

## SYNTHESE

# DE FINANCIËLE COMPENSATIE VAN DE SLACHTOFFERS VAN TRANSFUSIE-ONGEVALLLEN – EEN POGING OM DE DISCRIMINATIE TE VERMINDEREN





## SYNTHESE

# DE FINANCIËLE COMPENSATIE VAN DE SLACHTOFFERS VAN TRANSFUSIE-ONGEVALLLEN – EEN POGING OM DE DISCRIMINATIE TE VERMINDEREN

CHRISTIAN LEONARD, CATHERINE MELOTTE, XAVIER MARECHAL, IRM VINCK, NICOLAS ESTIENNE, SABINE STORDEUR





## ■ VOORWOORD

Het zal je maar overkomen: een ongemeen heftig onweer dat je hele wijk blank zet, een hagelbui die amok maakt, een windhoos die een spoor van vernieling trekt... De schade die door dergelijke calamiteiten wordt veroorzaakt is bovendien vaak slechts gedeeltelijk of helemaal niet verzekerd. Gelukkig bestaat er zoiets als het rampenfonds, dat bij abnormaal hevige natuurverschijnselen kan tussenkomen in de schade. Hier gaat het duidelijk over een 'no fault' situatie, maar met een maatschappelijke bereidheid om de slachtoffers van deze 'brute pech' vanuit de solidariteit te ondersteunen.

Het is een heel ander verhaal wanneer je dak bij de eerste de beste windstoot wordt weggeblazen omdat de architect of de aannemer zware constructiefouten heeft gemaakt. Dan gaat het om bewezen aansprakelijkheid en het recht op schadeloosstelling dat eruit volgt.

In dit rapport over de compensatie voor slachtoffers van een Hepatitis C of HIV-besmetting door een bloedtransfusie laveren we tussen de twee benaderingen. De opdracht voor deze studie kwam van de Minister, en ze werd duidelijk ingegeven vanuit een politieke bereidheid om mogelijke discriminaties weg te werken en dus een bijkomende inspanning te doen vanuit de publieke middelen. Maar de concrete mechanismen die hiervoor in het verleden en tot op vandaag konden worden aangesproken, trekken de problematiek onvermijdelijk in de meer juridische sfeer.

Het gevaar voor een tekst als deze die voor u ligt, is dat woorden zoals 'discriminatie', 'verantwoordelijkheid', 'schadeloosstelling', ... heel andere betekenissen krijgen, en andere implicaties hebben, naargelang men ze strikt juridisch bekijkt, dan wel vanuit een moreel of ethisch standpunt. En eigenlijk wordt er aan de lezer gevraagd om steeds die dubbele bril op te zetten.

Met de gewaardeerde hulp en expertise van de medewerkers van Thelius, Reacfin en Estienne&Callewaert, hebben wij geprobeerd enkele voorstellen te formuleren die voor alle betrokkenen, maar in de eerste plaats voor de slachtoffers zelf, aanvaardbaar en werkbaar zijn. Hopelijk kan hiermee een dossier dat al te lang aansleept, op bevredigende wijze worden afgesloten.

Christian LÉONARD  
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS  
Algemeen Directeur



## ■ KERN BOODSCHAPPEN

- Het merendeel van de gekende gevallen van besmetting met het humaan immunodeficiëntievirus (HIV) of het hepatitis C-virus (HCV) door bloedtransfusie deed zich voor in de periode vóór 1985 (voor HIV) en vóór 1990 (voor HCV).
- Drie initiatieven zorgden tot nog toe voor een gedeeltelijke vergoeding van de slachtoffers: de wet van 1991 betreffende de aansprakelijkheid voor 'producten met gebreken', een specifieke tegemoetkoming door de VZW AAPS voor personen besmet met HIV tussen 1/08/1985 en 30/06/1986, en de wet van 2010 die het Fonds voor de Medische Ongevallen oprichtte (FMO).
- Deze drie initiatieven bieden echter geen oplossing voor alle specifieke situaties en voor toekomstige gevallen. Men stelde bovendien, a posteriori, vast dat ze zorgen voor een discriminatie tussen personen die nochtans dezelfde pathologie en dezelfde besmettingswijze gemeen hebben.
- Het kabinet vroeg aan het KCE om de problematiek van de financiële vergoeding van slachtoffers besmet met HCV door een bloedtransfusie, grondig te herzien en voorstellen te formuleren om een einde te maken aan de discriminatie. Het KCE besliste om de slachtoffers van HIV en HCV via transfusie op gelijke voet te plaatsen (en enkel deze twee categorieën van patiënten).
- Om ethische, wetenschappelijke en pragmatische redenen acht het KCE het niet wenselijk om een begindatum vast te stellen vanaf wanneer een transfusie recht geeft op een financiële vergoeding. Alle besmettingen met HIV en HCV komen dus in aanmerking, ongeacht het jaar van de transfusie en voor zover de transfusie in België werd uitgevoerd.
- Zowel de directe als de secundaire slachtoffers komen in aanmerking voor schadevergoeding. Onder directe slachtoffers verstaan we de personen die besmet werden met HIV of HCV via bloedtransfusie of hun kinderen die tijdens de zwangerschap of de geboorte besmet werden. 'Secundaire' slachtoffers zijn alle personen met een regelmatige affectieve relatie met het directe slachtoffer (levenspartners, ouders, kinderen, zelfs broers en zussen, huisgenoten, mantelzorgers, enz). Een officiële familieband is dus niet bepalend, maar vooral een 'relationele nabijheid' met het directe slachtoffer.
- Om recht te hebben op schadevergoeding moet de infectieuze pathologie een voldoende ernstige schade bij het slachtoffer veroorzaken, d.w.z. leiden tot een chronisch lijden van minimaal 6 maanden of een zware behandeling noodzaken.
- Een forfaitair bedrag wordt voorzien voor de directe slachtoffers. Een tweede, lager bedrag is voor de partner en de 'gelijkgestelden', en een derde, nog lager bedrag wordt voorzien voor de kinderen van de directe slachtoffers.



- Het KCE stelt voor een nieuwe wet uit te vaardigen die aan het FMO een specifieke opdracht toekent om de slachtoffers forfaitair te vergoeden en waarin de bewijslast wordt omgekeerd. Deze opdracht zou expliciet verschillen van de hoofdopdracht van het FMO, zijnde het vergoeden van slachtoffers van medische ongevallen.
- Het FMO zou ook bevoegd zijn voor alle toekomstige gevallen van besmetting door transfusie – waarvan men redelijkerwijze kan aannemen dat hun aantal zeer beperkt zal zijn. Aangezien we onmogelijk kunnen voorspellen of er in de toekomst andere overdraagbare pathologieën zullen bijkomen, moet de lijst met de door bloedtransfusie overdraagbare pathologieën, kunnen worden aangevuld door de Koning op basis van wetenschappelijke gegevens.
- Het budget voor de schadevergoedingen bedraagt ongeveer 67 miljoen euro, te verdelen over de periode 2017-2022 (ongeveer 13,6 miljoen voor 2017). Het gaat hierbij over een maximale inschatting op basis van voorzichtige hypothesen.
- Ten slotte benadrukt het KCE dat de nodige publiciteit aan deze nieuwe vergoedingsmodaliteit moet worden gegeven, o.a. via de patiëntenorganisaties, zodat iedereen die ervoor in aanmerking komt op de hoogte is, ongeacht het socio-economisch niveau, opleiding of gezondheidsvaardigheden (health literacy).



# ■ SYNTHESE

## INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD.....	1
■	KERN BOODSCHAPPEN.....	2
■	SYNTHESE .....	4
1.	CONTEXT EN DOELSTELLINGEN VAN DIT RAPPORT .....	5
1.1.	VORIG KCE-RAPPORT (2010) .....	7
1.2.	DOELSTELLINGEN VAN HET HUIDIGE RAPPORT .....	7
1.3.	METHODOLOGIE .....	8
2.	MOGELIJKE DISCRIMINATIES.....	8
2.1.	DISCRIMINATIE M.B.T. HET TYPE VAN MEDISCH PROBLEEM .....	8
2.2.	DISCRIMINATIE M.B.T. HET MOMENT VAN BESMETTING.....	9
2.3.	DISCRIMINATIE M.B.T. HET TE VERGOEDEN SLACHTOFFER.....	10
2.4.	DISCRIMINATIE M.B.T. DE WIJZE VAN FINANCIËLE COMPENSATIE .....	11
2.5.	GEEN NIEUWE DISCRIMINATIE DOEN ONTSTAAN DOOR EEN GEBREK AAN INFORMATIE... 12	
3.	ENKELE VOORBEELDEN UIT HET BUITENLAND.....	12
3.1.	FRANKRIJK.....	13
3.2.	ZWEDEN .....	13
3.3.	ITALIË.....	13
3.4.	QUÉBEC.....	13
3.5.	ONTARIO .....	14
4.	NAAR EEN UITBREIDING VAN DE OPDRACHTEN VAN HET FMO .....	15
5.	KOSTPRIJS VAN DE NIEUWE WET .....	16
5.1.	INLEIDING.....	16
5.2.	Globale financiële last .....	16
■	AANBEVELINGEN .....	18





## 1. CONTEXT EN DOELSTELLINGEN VAN DIT RAPPORT

*"Het is de verantwoordelijkheid van de regeringen om voor een risicoloze en toereikende bevoorrading van bloed en bloedproducten te zorgen voor alle patiënten die een transfusie nodig hebben<sup>a</sup>"*

Wereldgezondheidsorganisatie, 1975

Er werd - zowel in België als elders - al veel aandacht besteed aan de situatie van personen die via een transfusie werden besmet met het humaan-immunodeficiëntievirus of AIDS (HIV) of het hepatitis C-virus (HCV). Het grootste deel van de gekende besmettingen gebeurde vóór 1985 (HIV) en vóór 1990 (HCV). Er werd al zeer veel gediscussieerd over het thema en sinds de jaren '80 werden er al tal van wetsontwerpen en -voorstellen over ingediend. Onderhand is men het er wel over eens geworden dat de slachtoffers zich in een uitzonderlijke situatie bevinden die een specifieke oplossing vereist. In België werden er al drie initiatieven genomen die de kwestie (gedeeltelijk) hadden moeten oplossen (Figuur 1):

- Sinds **1991** voorziet de wet betreffende de aansprakelijkheid voor **produkten met gebreken**<sup>b</sup> de mogelijkheid aan slachtoffers van alle besmettingen door een bloedtransfusie, om het Rode Kruis te vervolgen als 'producent' of leverancier van het bloed. Het blijkt echter niet gemakkelijk om zich op deze wet te baseren om schadevergoeding te verkrijgen. De slachtoffers moeten niet alleen bewijzen dat er een transfusie plaatsvond, maar ook dat er met zekerheid een causaal verband bestaat tussen deze transfusie en de besmetting. Voor oude feiten is dat erg moeilijk, doordat de registratie van medische

handelingen toen onvolledig was of zelfs helemaal ontbrak. Het zeer beperkte aantal gevallen dat door al de verzekeraar van het Rode Kruis werd behandeld en aanvaard, is hiervan het bewijs. Bovendien geldt deze wet niet voor schadegevallen van vóór zijn inwerkingtreding (01/04/1991).

- In **2001** werd er retroactief een tegemoetkoming toegekend specifiek aan personen die met HIV besmet werden door een bloedtransfusie in België tussen 1 augustus 1985 en 30 juni 1986. De afhandeling van dit project werd toevertrouwd aan **de vzw Vereniging voor het toekennen van een Toelage aan met HIV besmette Personen (VTHP)** die daarvoor werd opgericht en die in 2009 opnieuw ontbonden werd. Van de 44 aanvragen werden er 38 aanvaard. De uitgekeerde bedragen varieerden van € 124.000 voor de slachtoffers zelf, tot € 62.000 voor de echtgenoten of wettelijk samenwonende partners, en tot € 6.200 voor de kinderen en ouders van het slachtoffer.
- In **2010** werd het **Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO)**<sup>c</sup> opgericht bij wet. Deze biedt de slachtoffers van medische ongevallen de mogelijkheid om een schadevergoeding te eisen, als de geleden schade zwaar en abnormaal is en het gevolg is van een zorgverstrekking. Deze wet wordt ook de 'No fault'-wet genoemd, omdat de aansprakelijkheid voor het medische ongeval niet vastgesteld moet worden.

Toch heeft deze wet uitsluitend betrekking op de ongevallen die zich sinds haar inwerkingtreding (op 2 april 2010) voordeden. De toepassingsvoorwaarden zijn trouwens zeer restrictief omdat het slachtoffer abnormale en voldoende zware schade moet hebben geleden. De wet vormde dus geen oplossing voor slachtoffers die vóór deze datum door een transfusie werden besmet. Bovendien leidt het

<sup>a</sup> Wereldgezondheidsvergadering Resolutie WHA28.72: Gebruik van en aanbod aan bloed en bloedproducten In: Achtentwintigste Wereldgezondheidsvergadering, Genève, 13-30 mei 1975 Genève, Wereldgezondheidsorganisatie, 1975 Opgenomen in de aanbevelingen inzake 'Screening Donated Blood for Transfusion-Transmissible Infections'

(screening van bloeddonaties op via transfusie overdraagbare infecties), WHO 2010, p.6

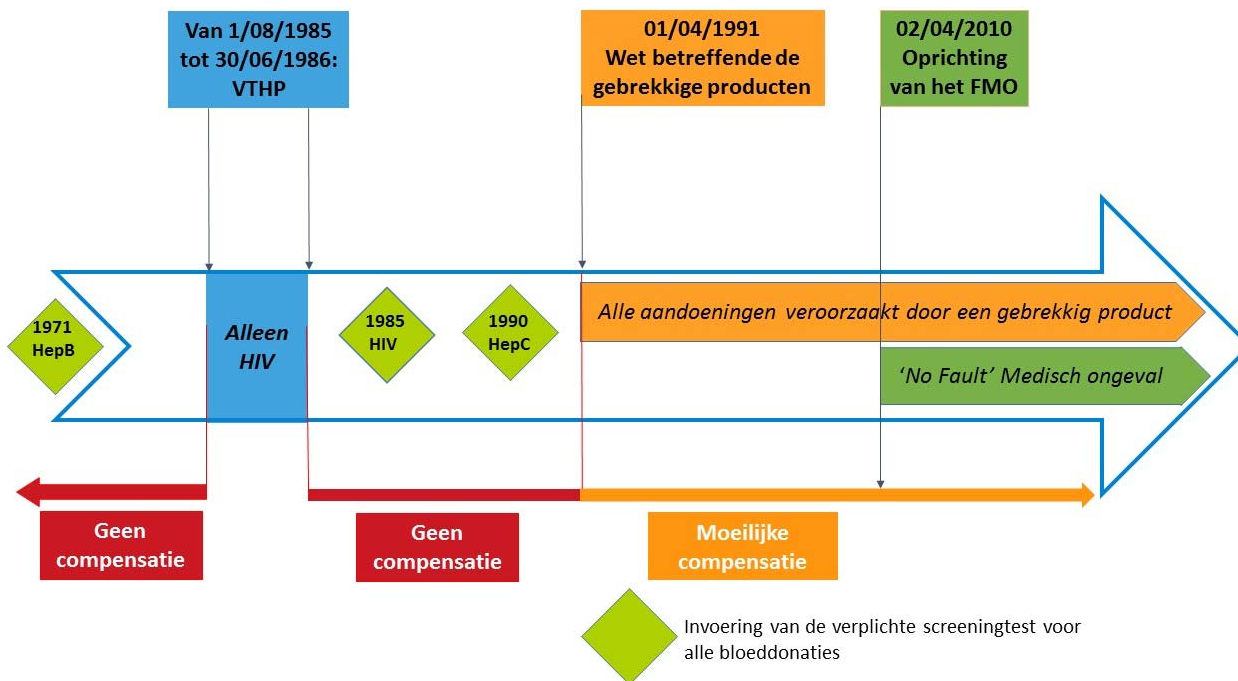
<sup>b</sup> Wet van 25 februari 1991 betreffende de aansprakelijkheid voor produkten met gebreken, *BS* 22 maart 1991.

<sup>c</sup> Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *BS* 2 april 2010.



gelijkstellen van een transfusie die een besmetting veroorzaakte met een medisch ongeval tot heel wat uiteenlopende interpretaties waarover tot vandaag geen duidelijkheid bestaat. Zo zou het FMO de slachtoffers van een transfusie kunnen verwijzen naar de wet van 1991. De oprichting van het FMO vormt evenmin een definitieve oplossing voor de toekomstige besmettingen door transfusie.

Figuur 1 – Compensatiemogelijkheden doorheen de tijd





### 1.1. Vorig KCE-rapport (2010)

Tijdens zijn opstelling zorgde de "no fault" wet van maart 2010 voor heel wat discussie en werden er bijgevolg ook verschillende amendementsvoorstellen ingediend. Het KCE stelde in die periode een rapport op (KCE Report 134) om de mogelijke gevolgen van deze voorstellen te bestuderen en om na te gaan of de nieuwe wet een oplossing zou kunnen bieden aan de besmette slachtoffers. Het rapport bevatte ook budgettaire simulaties per voorstel, waarbij actuariële modellen werden gebruikt.

De conclusie van het rapport was dat het Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO) geen gepaste oplossing zou bieden voor de mensen die vóór 1 augustus 1985 met het HIV-virus, of vóór 1 juli 1990 met het hepatitis C-virus werden besmet (data waarop een screening op deze ziekten voor alle bloeddonoren verplicht werd). Verder stelde het rapport dat de voorstellen nieuwe vormen van discriminatie kunnen veroorzaken, niet alleen tussen de besmette slachtoffers door een transfusie enerzijds en door een medisch ongeval anderzijds, maar ook tussen de besmette transfusieslachtoffers onderling<sup>d</sup>. Er werd dan ook aanbevolen om de bestaande wet niet te wijzigen.

### 1.2. Doelstellingen van het huidige rapport

In haar regeerakkoord stelt de huidige regering dat *"ze de oprichting zal onderzoeken van een vergoedingsfonds voor personen waarvoor bewezen is dat zij naar aanleiding van een bloedtransfusie vóór 1986 besmet werden met het hepatitis C-virus, om de discriminatie weg te werken met personen die in dezelfde omstandigheden besmet werden met het HIV-virus, die wel vergoed werden."*

In dit kader vroeg men het KCE om opnieuw de schadeloosstelling van personen die door een transfusie met HCV besmet raakten, meer diepgaand te bestuderen.

Wij vonden echter dat we de situatie van de transfusieslachtoffers die werden besmet met HCV en HIV niet afzonderlijk kunnen onderzoeken, om geen nieuwe discriminatie te veroorzaken. Daarom moet het rapport nagaan wat het meest gepaste instrument zou zijn om deze slachtoffers te vergoeden, vanuit een juridische, ethische en budgettaire invalshoek.

Bovendien behoort het tot de missie van het KCE om een antwoord te bieden op politieke en ethische vragen over de gelijke behandeling van personen die vanuit een bepaald standpunt ook effectief gelijk zijn: zij die besmet werden met HCV of met HIV door een bloedtransfusie. Hiervoor baseerde het KCE zich op het principe van de solidariteit en de collectieve, maatschappelijke verantwoordelijkheid. Nergens is er daarbij sprake van enige specifieke aansprakelijkheid van de overheid. Daar tegenover staat wel dat de door ons voorgestelde oplossing op geen enkele manier vorderingen op basis van aansprakelijkheid van een zorgverlener of -instelling uitsluit. Of anders gezegd, het invoeren van de solidariteit maakt de wetgeving over de juridische aansprakelijkheid niet ongeldig, als deze van toepassing is.

---

<sup>d</sup> Zie KCE Report 134 pagina 52 voor meer details



### 1.3. Methodologie

In dit rapport werden de volgende methoden gecombineerd:

- Analyse van de ethische vragen over de schadeloosstelling van slachtoffers van een bepaalde schade. Deze vragen en de antwoorden erop vormen in zekere zin de rode draad doorheen dit rapport;
- Studie van de juridische literatuur, o.a. over de Belgische rechtspraak rond het thema of rond andere schadevergoedingskwesties;
- Internationale contextualisering door een analyse van de wetgeving van verschillende landen die een strategie uitwerkten voor de schadeloosstelling van besmette slachtoffers door transfusie (Frankrijk, Zweden, Québec, Ontario en Italië);
- Raadpleging van externe experts: advocaten die gespecialiseerd zijn in dit onderwerp (Catherine Mélotte voor Thelius, Nicolas Estienne voor Estienne & Callewaert) en actuarissen (Reacfin);
- Bijeenkomsten van stakeholders (patiëntenverenigingen, privé verzekeraars, ziekenfondsen, Rode Kruis-Croix Rouge en het FMO);
- Ontwikkeling van actuariële modellen om de budgettaire impact van de aanbevolen maatregelen te bepalen.

## 2. MOGELIJKE DISCRIMINATIES

### 2.1. Discriminatie m.b.t. het type van medisch probleem

Allereerst kunnen we ons de vraag stellen waarom de slachtoffers van een bloedtransfusie een voorkeurbehandeling zouden moeten krijgen. Er wordt immers geen vergoeding voorzien voor slachtoffers die, in het verleden, op een andere manier besmet raakten, zoals door gebruik van endoscopisch materiaal, of die een besmettelijke aandoening opliepen in een ziekenhuis (nosocomiale infectie) of door ambulante zorg.

In zijn rapport van 2010 (punt 3.7) stelde het KCE al dat het niet objectief kan worden gerechtvaardigd dat slachtoffers die vóór 1 juli 1990 besmet werden met het hepatitis C-virus, een schadevergoeding zouden krijgen, terwijl dit geweigerd zou worden aan slachtoffers van medische ongevallen die voordien plaatsvonden (d.w.z. vóór de publicatie van de wet van 31 maart 2010).

We kunnen dus enkel elke vorm van discriminatie uitsluiten, als alle slachtoffers van een medisch ongeval op een billijke manier worden behandeld, ongeacht wie ze zijn en de omstandigheden van het ongeval.

Deze opmerking is weliswaar legitiem, maar we moeten daarbij toch pragmatisch blijven. Met de huidige studie willen de beleidsmakers de discriminatie tussen de slachtoffers van een transfusie met HIV of hepatitis C verminderen. Het is dus absoluut niet de bedoeling van dit rapport om *alle* discriminaties op te heffen bij de vergoeding van *alle* schade veroorzaakt door zorgprestaties in de ruime betekenis van het woord.

Toch lijkt het voor meer billijkheid en coherentie pertinent om niet alleen degenen die met het hepatitis C-virus door een bloedtransfusie besmet werden, te weerhouden, maar ook degenen op dezelfde manier HIV opliepen buiten de periode waarvoor de VTHP een tegemoetkoming voorzag.

En omdat we niet kunnen voorspellen of er later bij ons nog andere overdraagbare ziekten zullen opduiken, wordt ook best voorzien dat de lijst van overdraagbare pathologieën via bloedtransfusie later nog door de Koning kan worden uitgebreid op basis van wetenschappelijk onderzoek.



Anderzijds kunnen de twee besmettelijke aandoeningen gedurende jaren of zelfs levenslang blijven sluimeren. Daarom moet worden bepaald dat de betrokken infectie tot voldoende zware schade moet leiden, d.w.z. dat ze een chronisch 'lijden' moet veroorzaken gedurende minstens 6 maanden, of dat een zware behandeling noodzakelijk moet zijn.

### De maatschappelijke verantwoordelijkheid

In ons gezondheidszorgsysteem kan een patiënt die ziek werd door bv. onveilige seksuele betrekkingen, net zoals alle zieken, een beroep doen op zorg die door de ziekteverzekering financieel wordt gedekt. In dat geval wordt er een beroep gedaan op de solidariteit van de ziekteverzekering, zonder dat de patiënt een individuele verantwoordelijkheid moet dragen. De maatschappelijke verantwoordelijkheid kan evenmin worden ingeroepen: de patiënt wordt niet als verantwoordelijke beschouwd, maar de maatschappij evenmin.

Bij een besmetting via transfusie wordt de zieke uiteraard ook niet verantwoordelijk gesteld, maar moet de maatschappij wel een verantwoordelijkheid opnemen. Die vloeit voort uit een ander type van solidariteit, zijnde het zich bekommeren om het lot van mensen die hun vertrouwen stelden in een collectief systeem dat is tekortgeschoten.

Er wordt dus aanbevolen om ons te focussen op mensen die besmet werden met HIV of HCV door een bloedtransfusie op Belgisch grondgebied.

## 2.2. Discriminatie m.b.t. het moment van besmetting

Tot nu toe werden er schadevergoedingen toegekend voor welbepaalde periodes (zie figuur 1). Kunnen vandaag nog geen enkel verhaal uitoefenen, de personen die door een transfusie besmet raakten:

- met HIV vóór augustus 1985 en tussen 30/06/1986 en 01/04/1991 (datum van inwerkingtreding van de wet van 25/02/1991);
- met HCV vóór 01/04/1991.

Daarbij kunnen ze moeilijk een vergoeding te krijgen op basis van de wet van 1991 en bestaan er onzekerheden over de bevoegdheden van het FMO.

Als we de vergoedingen van de VTHP even buiten beschouwing laten, kunnen we stellen dat iedereen die vroeger op eender welk moment door een transfusie besmet werd met HCV en HIV, het slachtoffer is van discriminatie.

**Loopt de maatschappelijke verantwoordelijkheid enkel vanaf het moment dat we een bepaalde ziekte kunnen opsporen?** Of anders gezegd: kan de maatschappij bij haar weigering om schadevergoeding te betalen, aanvoeren dat zij onmogelijk kon weten dat er op het moment van de bloedtransfusie een risico bestond, zolang ze niet beschikte over een test om het virus op te sporen? Vanuit een juridisch standpunt is dit standpunt zeker verdedigbaar, maar vanuit een filosofisch standpunt bestaan er andere standpunten. Als we de redenering van de Franse filosoof Henry Bergson volgen, is het antwoord op hogergestelde vraag negatief. Volgens Bergson wordt een gebeurtenis mogelijk als ze zich heeft voltrokken. Voordien was ze hooguit waarschijnlijk, maar eenmaal ze zich voordoet – al was het maar één keer – kan ze altijd opnieuw plaatsvinden. Zodra een besmetting door een bloedtransfusie aangetoond wordt, wordt ze vanaf dan altijd mogelijk. De maatschappij is daarom niet pas aansprakelijk vanaf de ontwikkeling van een betrouwbare opsporingstest, en zelfs niet vanaf het moment dat ze weet dat er een mogelijk risico bestaat, maar veel eerder.



De maatschappelijke verantwoordelijkheid mag dus niet beschouwd worden als een aansprakelijkheid die voortvloeit uit het strafrecht of het burgerlijk recht. Het is eerder een morele verantwoordelijkheid die voortkomt uit het bestaan van een maatschappij. Zo kan in de gezondheidszorg een maatschappij beslissen om de solidariteit te laten spelen voor de slachtoffers van wat men 'pech' zou kunnen noemen. Zelfs wanneer men een gebrek aan voorzorg niet kan invoeren – wat het geval was toen het virus nog onbekend was – blijft het een feit dat deze pech een impact heeft gehad op het leven van een aantal mensen, en dat we ons om hun lot moeten bekommeren

Volgens de juridische logica moet een periode voor dewelke een schadevergoeding wordt voorzien, een begindatum hebben. Dit kan de datum zijn van de ontdekking en het eerste gebruik van een betrouwbare opsporingstest. Toch lijkt het ons beter om geen datum vast te leggen, niet alleen om de hierboven vermelde filosofische en morele redenen, maar ook uit pragmatisme.

De wetenschap kan immers niet met zekerheid het ogenblik waarop de virussen voor het eerst in ons land opdoken of de exacte datum waarop het gebruik van de opsporingstest mogelijk en verplicht werd, bepalen.

Bovendien kunnen de infectiemerkers niet meteen na de besmetting in het bloed worden opgespoord. Na elke infectie is er een periode gedurende welke het resultaat van een test negatief is, ondanks de aanwezigheid van de infectieuze agens. Na een negatief resultaat kan men dus niet met zekerheid een besmetting uitsluiten. Dat relatieve nog meer het belang van de introductiedatum van de screeningstest.

Er wordt aanbevolen om alle besmettingen met HIV en HCV door bloedtransfusie in aanmerking te nemen, ongeacht het tijdstip van deze transfusies, op voorwaarde dat ze in België plaatsvonden (bij het gebruik van de term 'besmettingen' in deze tekst, zijn deze voorwaarden impliciet van toepassing).

### 2.3. Discriminatie m.b.t. het te vergoeden slachtoffer

De personen die al een schadeloosstelling ontvingen, werden tot nu toe vergoed als direct of indirect slachtoffer, of als erfgenaam.

#### *Directe slachtoffers*

Een **direct slachtoffer** is de persoon die de transfusie met besmet bloed kreeg. Hij/zij is persoonlijk in zijn fysieke of psychische integriteit getroffen.

Een bijzondere problematiek is die van de **kinderen die geboren worden** uit een moeder die besmet raakte bij een bloedtransfusie (die plaatsvond vóór of tijdens haar zwangerschap) en die **in utero of tijdens de bevalling besmet werden**. De bevalling is een kritiek moment, want zelfs als het kind tijdens de zwangerschap niet werd besmet, kan er tijdens de bevalling nog een overdracht van moeder op kind plaatsvinden. Bij een besmetting door transfusie moeten de reeds verwekte, maar nog ongeboren kinderen daarom als directe slachtoffers beschouwd worden, tot en met het moment van hun geboorte.

#### *Indirecte slachtoffers*

De **indirecte slachtoffers** of 'onrechtstreeks lijdende' slachtoffers hebben nadeel geleden door de aandoening van het directe slachtoffer, omdat hun leven nauw met dat van het directe slachtoffer verbonden was. Bovendien is de kans groot dat, op het moment dat er aanspraak wordt gemaakt op een schadevergoeding, het directe slachtoffer intussen overleden is, en kunnen alleen de indirecte slachtoffers nog een vordering instellen.

De betaling van een schadevergoeding zou kunnen worden beperkt tot de directe slachtoffers. Hierdoor zouden de indirecte slachtoffers en de rechthebbenden van de directe en indirecte slachtoffers *de facto* uitgesloten worden. Dit zou echter niet stroken met het gemeen recht en met de meeste andere schadevergoedingssystemen (bv. de wet m.b.t. de gebrekkige producten of de wet van 31 maart 2010). Hun uitsluiting is ook moeilijk te



verdedigen, omdat in een recente studie zelfs bedenkingen werden gemaakt over het onderscheid tussen directe en indirecte slachtoffers<sup>e</sup>.

Toch worden de categorieën van **de indirecte slachtoffers** in een systeem gebaseerd op solidariteit, i.p.v. op aansprakelijkheid, **best afgebakend**. De term kan immers zeer ruim geïnterpreteerd worden, met daarbij inbegrepen de werkgevers, verzekeraars, enz. We beperken ons dan ook best tot de 'naasten', dus tot de personen die een zekere 'nabijheid' tot het directe slachtoffer kunnen aantonen: levenspartners, ouders, kinderen, eventueel broers en zussen, huisgenoten, mantelzorgers, enz.... Om een indirect slachtoffer te zijn, is het bestaan van een officiële familieband niet bepalend, maar moet er vooral een 'relationele nabijheid' zijn. Op die manier kunnen ook mensen die een concrete band met het directe slachtoffer hebben, in aanmerking komen. Deze groep wordt de **secundaire slachtoffers genoemd**.

We moeten ook voorzichtig zijn met toekennen van een bijzonder statuut aan secundaire slachtoffers die via seksuele betrekkingen met het directe slachtoffer door hetzelfde virus werden besmet. Het vaststellen van een oorzakelijk verband is in die context (meerdere partners, verborgen relaties, enz.) immers een delicate oefening.

### *Erfgenamen*

Vandaag voorziet de wet dat de directe en indirecte slachtoffers een vordering tot schadevergoeding kunnen indienen. Deze vordering gaat bij hun overlijden van rechtswege over op hun erfgenamen<sup>f</sup>. Technisch gezien zou in een nieuwe wet, die de schadevergoeding van de slachtoffers van een besmetting regelt, hiervan kunnen worden afgeweken. Het gevolg kan echter een verschillende behandeling zijn tussen de erfgenamen van slachtoffers in het algemeen, en de erfgenamen van een slachtoffer dat wordt vergoed in het kader van de betrokken wet.

De vzw VTHP betaalde wel ook enkel een schadevergoeding uit aan de directe slachtoffers en hun echtgenoten of wettelijk samenwonenden, kinderen en ouders. Voor het bepalen van de rechthebbenden op een vergoeding hebben we ons minstens gedeeltelijk gebaseerd op dit precedent.

Er wordt aanbevolen om een vergoeding te voorzien (op een nog te bepalen manier) voor de directe (met inbegrip van kinderen die nog geboren moeten worden tot en met het moment van de geboorte) en voor de secundaire slachtoffers van de besmettingen, zoals hiervoor gedefinieerd.

### 2.4. Discriminatie m.b.t. de wijze van financiële compensatie

Met wijze van financiële compensatie bedoelen we het bedrag dat betaald wordt om het leed van de besmetting op een bepaalde manier te vergoeden. Hierbij moeten de voor- en nadelen van een integrale en een forfaitaire schadevergoeding tegen elkaar worden afgewogen.

Een **integrale schadevergoeding** wordt waarschijnlijk het meeste toegepast. Hiermee kan men de vergoeding aanpassen aan de specifieke situatie. Toch zijn er twee belangrijke nadelen: bij oude gevallen is het moeilijk om de omvang van de schade te bepalen, en door de diversiteit van de gevallen en de onvoorspelbare kosten is het berekenen van de nodige budgettaire middelen een complexe oefening.

**De forfaitaire schadevergoeding** biedt het voordeel dat ze de zaken sterk vereenvoudigt, maar wijkt dan weer af van de regel dat schade concreet ingeschat moet worden op basis van de kenmerken van elk slachtoffer. Dat maakt haar inherent onbillijk. Bij een forfait ontvangt iedereen een gelijke vergoeding, terwijl elk geval specifiek is. Het inschatten van het globale kostenplaatje is dan weer eenvoudiger.

<sup>e</sup> J.L. Fagnart, *Quelle égalité pour les victimes ?*, For. ass., 2014, 209-217.

<sup>f</sup> Artikel 724 van het Burgerlijk Wetboek



Als we werkelijk de discriminatie willen verminderen, is er een procedure nodig die niet te zwaar, te complex of te duur is. Verder moet ze ermee rekening houden dat het moeilijk is om voor oude feiten een zeker causaal verband tussen de pathologie en de (in België uitgevoerde) transfusie aan te tonen. In die optiek zou een integrale schadevergoeding duidelijk nadelig zijn voor personen die al lang geleden besmet werden. Zij zullen onmogelijk de geleden schade kunnen aantonen (met de nodige bewijsstukken). Alleen de slachtoffers die in de loop der jaren een sterk dossier aanlegden, zullen een schadeloosstelling kunnen krijgen. Er moet dan ook gevreesd worden dat de sociale ongelijkheden in de gezondheidszorg en op vlak van gezondheid in het algemeen, ook zullen spelen bij het kunnen vorderen van een schadevergoeding. Dit vraagt immers een perfecte administratieve organisatie en een precies inzicht in de juridische wereld.

Door de **voorspelbare verscheidenheid** van de situaties, lijkt het ons **redelijker en billijker om een forfaitaire compensatie te voorzien**.

Daarbij moet er een bepaald bedrag worden voorzien voor de directe slachtoffers en een ander, lager bedrag voor de secundaire slachtoffers. Voor de secundaire slachtoffers kunnen er verschillende bedragen worden vastgelegd, afhankelijk van hun graad van 'nabijheid' met het directe slachtoffer, zoals voor de forfaitaire schadevergoeding van de vzw VTHP.

NB: De eerder ontvangen compensaties van de vzw VTHP blijven verworven: slachtoffers die al een schadevergoeding ontvingen die lager ligt dan het nieuwe wettelijke forfait, kunnen nog aanspraak maken op het verschil tussen het forfait en de reeds ontvangen schadevergoeding.

**Er wordt aanbevolen om de directe en secundaire slachtoffers van de besmetting forfaitair te vergoeden.**

## 2.5. Geen nieuwe discriminatie in het leven roepen door een gebrek aan informatie

Elke nieuwe wet die discriminaties wil doen verdwijnen, voorziet niet alleen best eenvoudige procedures, maar moet ook via patiëntenverenigingen voldoende publiciteit krijgen, zodat iedereen die aan de voorwaarden voldoet, er een beroep op kan doen, ongeacht zijn sociaal, economisch of cultureel niveau. Zo zou het redelijk zijn om de slachtoffers vijf jaar de tijd te geven om een vordering in te stellen, vanaf het moment van inwerkingtreding van de wet. Als deze periode verstreken is, zou er dan geen enkele vordering meer aanvaard worden.

**Er wordt aanbevolen om hieraan voldoende publiciteit te geven, o.a. via patiëntenverenigingen. Op die manier kan iedereen die aan de voorwaarden voor financiële compensatie voldoet, van de nieuwe mogelijkheden gebruik maken.**





### 3. ENKELE VOORBEELDEN UIT HET BUITENLAND

Een kort overzicht van de systemen in het buitenland toont aan dat andere landen met een gelijkaardige problematiek worden geconfronteerd, en dat hun maatregelen relatief eenvoudig gebleven zijn.

#### 3.1. Frankrijk

Het in 2002 opgerichte 'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux' (ONIAM) werd in 2004 belast met het vergoeden van de transfusieslachtoffers die besmet werden met HIV. Sinds 1 januari 2009 vergoedt de ONIAM ook de slachtoffers van een besmetting met het hepatitis C-virus, ongeacht de datum van besmetting. Verder belast de wet van 17 december 2012 de ONIAM eveneens met het vergoeden van de slachtoffers die besmet raakten via een transfusie met het hepatitis B-virus (6 verzoeken in 2014) en het humaan T-cel-lymfotroop virus (HTLV) (geen enkel verzoek in 2014). De transfusie moet daarbij plaatsgevonden hebben in Frankrijk en het slachtoffer hoeft het causale verband tussen de transfusie en de besmetting niet aan te tonen; het transfusiecenter of de schuldenaar van de schadeloosstelling moet het niet-bestaan van dit oorzakelijke verband (omkering van de bewijslast) aantonen. Voor het overige komt de ONIAM alleen tussen voor medische ongevallen waarvoor een fout niet aangetoond hoeft te worden. De feiten verjaren na 10 jaar, vanaf de consolidatie van de schade, en de ONIAM betaalt een integrale schadevergoeding op basis van een specifiek referentiesysteem.

#### 3.2. Zweden

Sinds 1 januari 1997 moeten alle Zweedse zorginstellingen een verzekering afsluiten waarmee de slachtoffers van (zowel fysieke als psychische) schade door medische handelingen, met inbegrip van bloedtransfusies, vergoed kunnen worden. Het slachtoffer moet de medische handeling identificeren, die met een *doorslaggevende probabilliteit* de oorzaak van de schade vormt, zonder het bewijs te moeten leveren van een oorzakelijk verband tussen deze handeling en de schade, en zonder een fout te moeten aantonen of een aansprakelijke te moeten aanduiden. Het schadeloosstellingsprincipe is dat van de integrale schadevergoeding zonder mogelijkheid tot verrijking, d.w.z. dat er rekening wordt gehouden met de bedragen die het slachtoffer al ontvangen heeft van andere instanties. Een verjaringstermijn van 3 jaar begint te lopen vanaf het moment waarop de schade zich voor het eerst gemanifesteerd heeft. Finland (1986), Noorwegen (1988) en Denemarken (1997) keurden reeds soortgelijke wetten goed. De Zweedse wet vormde een bron van inspiratie voor belangrijke artikelen van de Belgische wet van 31 maart 2010, waarmee het Fonds voor de Medische Ongevallen werd opgericht.

#### 3.3. Italië

Een wet van 25 februari 1992 voorziet een vergoeding van slachtoffers besmet met hepatitis C of HIV door een bloedtransfusie en die daardoor 'onomkeerbare' schade leden. De transfusie moet plaatsgevonden hebben na 24 juli 1978. De slachtoffers krijgen geen integrale schadevergoeding, maar ontvangen een schadeloosstelling met een vast en een complementair gedeelte. Het feit dat het bedrag van beide delen niet geïndexeerd wordt in functie van de evolutie van het algemeen niveau van de prijzen, leidde al tot verschillende rechtszaken voor het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (nog geen uitspraak).



### 3.4. Québec

Om als transfusieslachtoffer erkend te worden, moet iemand na 27 september 1998 in een instelling van Québec een gebrekkig of een met (on)bekende pathogenen besmet product ontvangen hebben, dat verdeeld werd door Héma-Québec<sup>g</sup>, of hij moet door iemand anders zijn besmet, die op zijn beurt een door Héma-Québec verdeeld gebrekkig product ontving in een instelling van Québec na hogervermelde datum. Het slachtoffer moet een verzoek tot schadevergoeding indienen bij het 'Institut national de santé publique' (INSPQ) binnen 3 jaar na de datum waarop de schade zich voor het eerst manifesteerde<sup>h</sup>.

Daarnaast wordt wie besmet raakte met het hepatitis C-virus door een bloedtransfusie of door een toediening van bloedproducten tussen 1 januari 1986 (datum waarop het mogelijk werd om bepaalde risicodonoren uit te sluiten) en 1 juli 1990 (datum waarop men de screeningtest voor hepatitis C systematisch voor alle bloeddonaties begon te gebruiken) gedekt door een federale-provinciale-territoriale regeling waaraan de regering van Québec bijdraagt. In mei 1999 besliste de regering van Québec om uit humanitaire overwegingen financiële hulp te bieden aan personen die het virus opliepen vóór 1986 en na 1990. Dankzij dit initiatief ontvingen 864 personen tot nu toe een cheque van 10.000 \$<sup>i</sup>.

### 3.5. Ontario

Het 'Programme ontarien d'aide aux victimes de l'hépatite C' (POAVCH) erkent als slachtoffer:

- personen die vóór 1 januari 1986 of tussen 2 juli 1990 en 28 september 1998 besmet werden met HCV via het bloedbevoorradingssysteem in Ontario
- personen die besmet raakten met HCV door hun echtgeno(o)t(e), partner of moeder (via verticale transmissie tijdens de zwangerschap of bij de bevalling) die op hun beurt besmet raakten met HCV via het bloedbevoorradingssysteem in Ontario,
- de erfgenamen van iemand die besmet raakte met het virus via het bloedbevoorradingssysteem in Ontario in de loop van de periode die door voormeld programma beoogd wordt<sup>k</sup>.

<sup>g</sup> Héma-Québec is een instantie die onder meer bloedproducten en weefsel verspreidt in Québec.

<sup>h</sup> Zie <https://www.hema-quebec.qc.ca/sang/savoir-plus/mesures-securite/indemnisation-victimes.fr.html>

<sup>i</sup> Zie <https://www.premier-ministre.gouv.qc.ca/actualites/communiqués/2004/mars/2004-03-24a.asp>

<sup>j</sup> Zie voor een uitstekende samenvatting van de situatie in Canada ook <http://www.bdp-parl.qc.ca/content/lop/researchpublications/prb9915-f.htm>

<sup>k</sup> Zie [http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/hepcf/hepc\\_assistplanf.html](http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/hepcf/hepc_assistplanf.html)



## 4. NAAR EEN UITBREIDING VAN DE OPDRACHTEN VAN HET FMO

Het Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO) werd opgericht door de wet van 31 maart 2010 m.b.t. de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (ook wel de 'no fault'-wet genoemd, omdat de wet niet vereist dat de aansprakelijkheid voor het medische ongeval aangetoond wordt). Op het eerste gezicht is het FMO de geschikte instelling om de slachtoffers van een relatief oude besmetting te vergoeden, in navolging van de ONIAM in Frankrijk.

Toch zijn er op dit ogenblik een aantal onverenigbaarheden tussen de wetgeving m.b.t. de werking van het FMO en de specificiteiten die nodig zijn om de slachtoffers te vergoeden:

- het FMO komt alleen tussen voor medische ongevallen die zich voordeden na de datum van publicatie van de wet (2 april 2010);
- het FMO "*vergoedt het slachtoffer of zijn rechthebbenden overeenkomstig het gemeen recht (...)*"; dus een integrale schadevergoeding, verjaringstermijnen, enz.
- tot vandaag werd de vraag of een besmetting na transfusie moet worden beschouwd als een medisch ongeval, of als het gevolg van de toediening van een gebrekkig product, nog niet definitief beslecht.

Omdat het ons geen goed idee lijkt om de (al complexe) wet van 31 maart 2010 te wijzigen, zou men **een aparte wet kunnen invoeren, die het FMO een specifieke opdracht geeft om de slachtoffers van een besmetting via transfusie forfaitair te vergoeden**. Het FMO zou op die manier het 'instrument' voor deze compensatie worden, en deze opdracht zou expliciet losstaan van het vergoeden van therapeutische ongevallen, wat de hoofdopdracht van het FMO is.

Hiermee zouden de drie hogervermelde moeilijkheden opgelost worden:

- de schade als gevolg van bepaalde feiten (transfusies) die van vóór de datum van publicatie van de wet dateren, kan in aanmerking genomen worden (retroactieve werking);

- de schadevergoeding voor transfusieslachtoffers moet niet langer gebaseerd zijn op de regeling voor de slachtoffers van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. Men kan de slachtoffers dus een forfaitaire schadeloosstelling uitbetalen;
- de kwestie van de gelijkstelling van de transfusie met een medisch ongeval moet niet meer worden opgelost, omdat deze *de facto* deel zou uitmaken van een *andere* opdracht van het FMO.

Het FMO wordt op die manier bevoegd voor de financiële compensatie van de slachtoffers van een besmetting van vóór de inwerkingtreding van de wet. Het FMO wordt daarnaast best ook bevoegd voor alle gevallen die zich na deze datum voordoen. Om een nieuwe discriminatie te vermijden, moet het immers kunnen tussenkomen bij nieuwe gevallen – we gaan ervan uit dat ze zeldzaam zullen zijn – en bij andere besmettelijke aandoeningen die de Koning aan de lijst kan toevoegen.

Voor deze nieuwe gevallen kan men een verjaringstermijn van 5 jaar voorzien, vanaf de kennisname van de schade. Deze termijn mag niet aflopen vóór de consolidatie van de aandoening.

Wij stellen eveneens voor om een weerlegbaar vermoeden van oorzakelijk verband (omkering van de bewijslast) te laten gelden. De patiënt zal dan alleen de transfusie en het letsel moeten bewijzen, zijnde dus de besmetting met het virus. Zodra deze twee elementen zijn aangetoond, heeft het slachtoffer recht op een vergoeding, behalve als de instelling die de vergoeding moet betalen (het FMO) het bewijs levert dat de transfusie niet aan de basis ligt van de besmetting.

Omgekeerd moet er een recht op subrogatie voor het FMO worden voorzien, als uit het dossier van het slachtoffer blijkt dat er door een gekende dader een fout werd begaan.

Ten slotte moet aan het FMO de nodige praktische en financiële middelen ter beschikking worden gesteld, zodat het deze nieuwe opdracht kan uitvoeren



## 5. KOSTPRIJS VAN DE NIEUWE WET

### 5.1. Inleiding

De kostprijs van het wetsvoorstel hangt af van:

- de principes van de toepassing (statuut van direct of secundair slachtoffer, geen bewijslast voor het oorzakelijk verband tussen transfusie en pathologie, bewijs van een transfusie op Belgisch grondgebied, toegekende bedragen);
- de beschikbare gegevens (aantal via transfusie besmette personen, sterftecijfer bij de betrokken populatie);
- de geformuleerde hypothesen bij gebrek aan precieze of betrouwbare gegevens (het percentage dat een beroep zal doen op de wet of het percentage slachtoffers dat op de hoogte is van zijn pathologie, die door een medische diagnose werd bevestigd).

De evaluatie van de kosten voor het invoeren van de nieuwe wet is dan ook beperkt tot **de schadeloosstelling van de directe en de secundaire slachtoffers van hepatitis C en HIV**. Voor de secundaire slachtoffers hebben we ons beperkt tot degenen die een geregelde, affectieve relatie met het directe slachtoffer hadden (levenspartners, ouders, broers en zussen, huisgenoten, mantelzorgers, enz) en de kinderen. Alle vandaag beschikbare en betrouwbare gegevens werden gebruikt. Wanneer er geen betrouwbare gegevens bestonden, formuleerden we 'voorzichtige' hypothesen, d.w.z. hypothesen waarbij het aantal te vergoeden slachtoffers werd overschat. Op die manier kon er een kostenplan opgesteld worden, dat een grote budgettaire zekerheid biedt, omdat de bedragen maximalistisch zijn. De kostprijs voor het indienen van de voorgestelde wet, zoals hier berekend, zal dus wellicht evenzeer overschat worden.

---

<sup>l</sup> Bij gebrek aan gegevens houdt deze raming geen rekening met de transfusieslachtoffers die vóór 1990 met hepatitis C besmet raakten en die vóór 2006 gestorven zijn. In dit opzicht werden de schadeloosstellingskosten onderschat.

Vooraf voor de kosten van de schadeloosstelling van de slachtoffers die besmet werden met **HCV** moesten we hypothesen formuleren, omdat het aantal slachtoffers in België niet werd geteld. Hun aantal werd dan ook geschat door de informatie van nationale en internationale bronnen te vergelijken (voor meer details zie het deel 'kosten' van het wetenschappelijk rapport).

In tegenstelling tot HCV wordt **HIV** nauw opgevolgd door de Belgische gezondheidsinstanties. Zo bestaan er in België zeven referentielaboratoria die door het WIV (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid) erkend worden. Ze voeren de bevestigingstests voor de screeningsdiagnoses uit en trachten de epidemiologische gegevens van de patiënt te verzamelen. Deze gegevens worden dan gevalideerd, geanalyseerd en gepubliceerd. Daardoor is er veel informatie beschikbaar, die gebruikt kon worden in het kader van deze studie.

### 5.2. Globale financiële last

Het aantal te vergoeden **directe slachtoffers** wordt geraamd op:

- **voor HCV: 1.243 directe slachtoffers<sup>l</sup>** die in de periode van 2017 tot 2032 aanspraak zullen maken op een schadeloosstelling. Volgens de mortaliteitstabellen schatten we dat de jaarlijkse kosten na 2022 verwaarloosbaar worden.
- **voor HIV: 41 directe slachtoffers<sup>m</sup>** die mogelijk in aanmerking komen voor een vergoeding.

Een gemiddelde van **2,7 secundaire slachtoffers per direct slachtoffer** lijkt redelijk, als we ervan uitgaan dat elk direct slachtoffer één levenspartner of een 'naaste' had of heeft, en 1,7 kinderen (nationaal gemiddelde per gezin). In de veronderstelling dat al deze secundaire slachtoffers nog in leven zijn op het moment dat ze een schadevergoeding kunnen vragen (voorzichtige hypothese), zou hun aantal **6.072 voor HCV** bedragen voor

<sup>m</sup> Dit cijfer houdt ook rekening met de hemofiliepatiënten die op Belgisch grondgebied besmet raakten. Het sluit echter wel de personen uit, die tussen 2001 en 2005 al een schadevergoeding ontvingen van de vzw VHTP.



de periode van 2017 tot 2034 en **184 voor HIV**. In beide gevallen hielden we daarbij rekening met de secundaire slachtoffers die gelinkt zijn aan de nog levende en aan de overleden directe slachtoffers.

We gingen er ook van uit dat de directe slachtoffers elk € 20.000 zouden krijgen, de 'naasten' elk € 10.000 en de kinderen elk € 5.000.

De **globale kosten**, berekend op basis van de verschillende hypothesen voor de HIV- en HCV-slachtoffers worden in onderstaande tabel samengevat. (voor meer details over de berekening, zie het wetenschappelijk rapport, hoofdstuk 8). Daaraan moeten we uiteraard de extra financiële middelen toevoegen die het FMO nodig heeft voor de behandeling van ongeveer 7500 bijkomende dossiers.

**Tabel 1 – Kosten voor alle in aanmerking genomen pathologieën voor de periode 2017-2022**

	Directe slachtoffers	Naasten	Kinderen	Totaal
<b>2017</b>	5.444.000	4.406.000	3.745.100	13.595.100
<b>2018</b>	10.108.000	8.852.000	7.524.200	26.484.200
<b>2019</b>	4.804.000	4.526.000	3.847.100	13.177.100
<b>2020</b>	2.322.000	2.348.000	1.995.800	6.665.800
<b>2021</b>	1.161.000	1.244.000	1.057.400	3.462.400
<b>2022</b>	1.021.000	1.234.000	1.048.900	3.303.900
Totaal	24.860.000	22.610.000	19.218.500	<b>66.688.500</b>

Een budget van ca. **67 miljoen euro** zal nodig zijn om de discriminatie weg te werken bij slachtoffers van hepatitis- of HIV-besmettingen via bloedtransfusie. Dit bedrag moet worden gespreid over de periode 2017-2022 (met ongeveer. 13,6 miljoen euro voor 2017).



## ■ AANBEVELINGEN<sup>n</sup>

### 1. Een financiële vergoeding voorzien volgens de principes hieronder vermeld:

#### 1.1. De begunstigten

- Met 'directe' slachtoffers wordt bedoeld,:
  - iedereen die werd besmet met HIV of HCV via transfusie (de lijst met besmettelijke pathologieën via transfusie moet kunnen worden aangepast door de Koning op grond van wetenschappelijke elementen),
  - die de transfusie in België kreeg,
  - ongeacht de datum waarop deze transfusie plaatsvond.
- De kinderen van de directe slachtoffers, die tijdens de zwangerschap of bij de geboorte werden besmet worden als 'directe' slachtoffers beschouwd.
- 'Secundaire' slachtoffers zijn alle personen met een regelmatige affectieve relatie met het directe slachtoffer (levenspartners, ouders, kinderen, zelfs broers en zussen, huisgenoten, mantelzorgers, enz.). Een officiële familieband is dus niet bepalend, maar vooral een 'relationele nabijheid' met het directe slachtoffer.

#### 1.2. De betrokken pathologie

- De pathologie moet veroorzaakt zijn door HIV of HCV, en moet tot een voldoende ernstige schade leiden, d.w.z. een chronisch 'lijden' veroorzaken gedurende een periode van minstens 6 maanden of een zware behandeling noodzaken.

#### 1.3. De wijze van financiële vergoeding

- Met wijze van financiële vergoeding wordt bedoeld het forfaitaire bedrag dat in zekere mate het leed als gevolg van de overdracht van de pathologie vergoedt.
- Een financiële compensatie wordt toegekend als het slachtoffer kan aantonen dat het een transfusie kreeg in België en dat het besmet werd met HIV of HCV.

<sup>n</sup> Het KCE blijft als enige verantwoordelijk voor de geformuleerde aanbevelingen.



- Een forfaitair bedrag wordt voorzien voor de directe slachtoffers; een tweede lager bedrag voor de 'levenspartner', en een derde, nog lager bedrag, wordt voorzien voor de kinderen van de directe slachtoffers.
  - De eerder verkregen vergoedingen blijven verworven. Als het slachtoffer al een schadevergoeding ontving die lager was dan het nieuwe wettelijke forfait, kan het nog aanspraak maken op het verschil tussen de reeds ontvangen schadevergoeding en het nieuwe forfait.
2. Bij wet een nieuwe specifieke opdracht toevertrouwen aan het Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO) waarbij het een financiële vergoeding toekent aan de 'directe' en 'secundaire' slachtoffers volgens voormelde schadevergoedingsprincipes. Deze wet moet bovendien het volgende voorzien:
- een weerlegbaar vermoeden van oorzakelijk verband: het FMO moet aantonen dat de transfusie niet plaatsgevonden heeft (in België) of dat het toegediende bloed niet besmet was (omkering van de bewijslast);
  - een subrogatierecht voor het FMO als er uit het dossier van een slachtoffer zou blijken dat er een fout werd begaan door een gekende dader;
  - het FMO voorzien van de praktische mogelijkheden en de financiële middelen om deze nieuwe opdracht uit te voeren.
3. Zorgen voor voldoende publiciteit, o.a. via patiëntenverenigingen, zodat iedereen die aan de voorwaarden voldoet op de hoogte is van de nieuwe mogelijkheid om een financiële vergoeding te krijgen



## COLOFON

Titel:	De financiële compensatie van de slachtoffers van transfusie-ongevallen – een poging om de discriminatie te verminderen – Synthese
Auteurs:	Christian Léonard (KCE), Catherine Mélotte (Thelius), Xavier Maréchal (Reacfin), Irm Vinck (KCE), Nicolas Estienne (Estienne & Callewaert), Sabine Stordeur (KCE)
Project coordinator:	Sabine Stordeur (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Reviewers:	Maria-Isabel Farfan (KCE), Laurence Kohn (KCE), Raf Mertens (KCE)
Stakeholders:	Muriel Colinet (CHAC asbl), Benoît Collin (FAM – FMO, INAMI – RIZIV), Veerle Compennolle (Rode Kruis Vlaanderen), Hugo Coppens (Onafhankelijke Ziekenfondsen), Isabelle Dagneaux (Université de Namur), Geneviève Haucotte (FAM – FMO, INAMI – RIZIV), Mia Honinckx (FMO – FAM), Ria Koeck (Sensoa, Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid), Danièle Sondag (Croix-Rouge de Belgique), Rita Thys (Assuralia), Daniëlla Verbruggen (Union Nationale des Mutualités Socialistes)
Externe validatoren:	Pierre Slegers (EQUAL Partners), Philippe Tréguier (l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux [ONIAM], France), Thierry Vansweevelt (Universiteit Antwerpen)
Andere gemelde belangen:	<p>Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Benoît Colin (FAM – FMO, INAMI – RIZIV), Geneviève Haucotte (FAM – FMO, INAMI – RIZIV), Mia Honinckx (FAM – FMO), Rita Thys (Assuralia)</p> <p>Eigenaar van maatschappelijk kapitaal, aandelen, opties of andere financiële instrumenten: Xavier Maréchal (Reacfin)</p> <p>Honoraria of een andere vergoeding voor het schrijven van een publicatie of het deelnemen aan de ontwikkeling ervan: Xavier Maréchal (Reacfin), Pierre Slegers (assisteerde bij het opstellen van de wet van 15 mei 2007 m.b.t. de vergoeding van schade door gezondheidszorg)</p> <p>Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen bij de resultaten van deze studie: Veerle Compennolle (Rode Kruis Vlaanderen), Xavier Maréchal (Reacfin), Danièle Sondag (Croix-Rouge de Belgique)</p> <p>Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Benoît Colin (FAM – FMO, INAMI – RIZIV), Daniëlla Verbruggen (Service Juridique Mutualités Socialistes)</p>
Layout:	Ine Verhulst



**Disclaimer:**

- De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.
- Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.
- Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).
- Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.

Publicatiedatum:	20 oktober 2016
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Insurance, Liability ; Actuarial Analysis ; Malpractice, Blood Transfusion
NLM classificatie:	HG 8054
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2016/10.273/70
ISSN:	2466-6432
Copyright:	De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <a href="http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten">http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten</a> .

**Hoe refereren naar dit document?**

Léonard C, Mélotte C, Maréchal X, Vinck I, Estienne N, Stordeur S. De financiële compensatie van de slachtoffers van transfusie-ongevallen – een poging om de discriminatie te verminderen – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2016. KCE Reports 273As. D/2016/10.273/70.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.