

# Activiteitenverslag van het Fonds voor de medische ongevallen – 2012





# Inhoud

Woord vooraf van de voorzitter en de ondervoorzitter	2
Voorwoord door de Algemene directie	4
Inleiding	5
1 <sup>e</sup> Deel - Opdrachten	7
2 <sup>e</sup> Deel - Beheersorganen	11
3 <sup>e</sup> Deel - Administratieve structuur en team	17
4 <sup>e</sup> Deel - Activiteitenstatistieken	23
5 <sup>e</sup> Deel - Begroting en kosten in het kader van het beheer of de opdrachten	43
6 <sup>e</sup> Deel - Aanbevelingen om schade als gevolg van gezondheidszorg te voorkomen	49
7 <sup>e</sup> Deel - Adviezen van het Fonds	51
8 <sup>e</sup> Deel - Verslag over de integratie van het FMO in het RIZIV	55
Bijlagen	61
Bijlage 1	
Samenstelling van de Raad van Bestuur	62
Bijlage 2	
Wet van 31 maart 2010 (betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg - B.S. 02.04.2010)	64
Bijlage 3	
Hoofdstuk 5 van de wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) (B.S. 29.3.2013) betreffende de integratie van het Fonds als bijzondere dienst en aparte tak in het RIZIV	74

# Woord vooraf van de voorzitter en de ondervoorzitter

Beste lezer,

Voor u ligt het eerste activiteitenverslag van het Fonds voor de medische ongevallen.

Deze nieuwe instelling werd opgericht krachtens de langverwachte wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg. De wetgever beoogt met deze wet de toegenomen ontevredenheid weg te nemen die bij alle betrokken actoren bestond over de regeling van de medische aansprakelijkheid: de patiënten en hun nabestaanden, de zorgverleners en de verzekeraars.

Sinds de wet op 1 september 2012 in zijn geheel in werking trad, beschikken de slachtoffers van medische ongevallen onder bepaalde voorwaarden over een nieuw subjectief recht op integrale schadevergoeding zonder dat zij een fout van een zorgverlener moeten bewijzen. Gelijkijdig introduceert de nieuwe wet een minnelijke advies- en vergoedingsprocedure voor het nieuw opgerichte Fonds voor de medische ongevallen. Het betreft een alternatieve procedure die de slachtoffers ter beschikking staat naast de gerechtelijke procedure.

De verwachtingen ten aanzien van het Fonds zijn terecht hoog gespannen. De nieuwe procedure moet de slachtoffers het voordeel bieden van een gratis, eenvoudige, snelle en efficiënte afhandeling van hun schadegeval. De procedure is bovendien laagdrempelig omdat het Fonds de leiding neemt van het geschil en een tegensprekelijke expertise organiseert waar nodig. Op basis van de nationale solidariteit vergoedt het Fonds daarnaast zelf schade die voortvloeit uit een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid en een bepaalde ernstdrempel overschrijdt. Ook indien het Fonds oordeelt dat een zorgverlener aansprakelijk is voor het schadegeval, treedt het in welomschreven gevallen op als een waarborgfonds.

Sinds zijn oprichting heeft het beheerscomité (voorheen Raad van Bestuur) in nauwe samenwerking met het RIZIV de nodige voorbereidingen getroffen met het oog op een snelle operationaliteit van het Fonds. Bij de uitwerking hiervan werd steeds veel waarde gehecht aan een gezonde mix van medische en juridische ervaring en communicatievaardigheden, alsmede waarborgen voor onafhankelijkheid.

Opdat het Fonds zich nog beter zou kunnen toeleggen op zijn kerntaken, heeft de wetgever het Fonds recentelijk omgevormd tot een (vijfde) operationele dienst van het RIZIV. Beide instellingen waren krachtens de wet van 31 maart 2010 reeds op budgettair en administratief vlak met elkaar verbonden. Desondanks diende het Fonds een instelling te vormen met eigen rechtspersoonlijkheid en een afgezonderd personeels- en financieel beheer. Deze administratieve opdracht verzwaarde in belangrijke mate de oprichting en de werking van het Fonds en bleek op lange termijn niet houdbaar. Deze functionele integratie tussen beide instellingen doet echter op geen enkele wijze afbreuk aan de specificiteit en de autonomie van het Fonds en van zijn organen bij de invulling van hun taken.

Dit verslag bevat een eerste neerslag van de uiteenlopende werkzaamheden en voorbereidingen die het Fonds voor de medische ongevallen hebben gevormd en richting geven. Het geeft ook een eerste inkijk in het aantal en de aard van de aanvragen die reeds bij het Fonds zijn ingediend. Reeds van bij aanvang vinden tal van patiënten en hun nabestaanden de weg naar het Fonds.

Inmiddels is het personeelskader bijna volledig ingevuld en werken alle medewerkers volop aan een adequate en deskundige afhandeling van de ingediende aanvragen. Via openbare aanbestedingen werden de voorbije maanden pools van medische en juridische experts gevormd waarop het Fonds een beroep kan doen voor de invulling van zijn opdrachten. Het resultaat van deze inspanningen blijft niet uit en de eerste adviezen zullen dan ook spoedig worden verstrekt.

Het nastreven van een evenwichtig en deskundig antwoord in elk dossier is een blijvende bezorgdheid en vergt een voortdurende inspanning van alle medewerkers van het Fonds. De leden van het beheerscomité zijn zich ten volle bewust van deze uitdaging en het belang hiervan voor de gehele samenleving.

Geneviève Schamps

Voorzitster beheerscomité

Steven Lierman

Ondervoorzitter beheerscomité

## Voorwoord door de Algemene directie

U houdt in uw handen het eerste activiteitenverslag van het Fonds voor de medische ongevallen, een nieuw orgaan dat bij wet van 31 maart 2010 is opgericht en uiteindelijk sedert 1 april 2013 als een nieuwe operationele dienst is opgenomen in het RIZIV. Het Fonds beschikt over beheersautonomie voor zijn bevoegdheden en oefent die met name uit via zijn eigen beheerscomité en zijn omschreven en aparte administratieve structuur.

Het activiteitenverslag bestrijkt hoofdzakelijk de eerste effectieve periode van beheer van de bevoegdheden die het bij wet van 31 maart 2010 kreeg toegekend, met andere woorden, van 1 september 2012 tot 28 februari 2013.

Tussen 1 april 2010 en 31 augustus 2012 waren zowel het Fonds als het RIZIV druk in de weer om dit nieuwe instrument ten dienste van de slachtoffers van medische ongevallen op te richten! Het afgelegde parcours, van de samenstelling van een "projectteam" dat, overeenkomstig de wet en de voorziene procedures, belast is met de omschrijving en de geleidelijke invoering van alle menselijke, materiële, financiële, juridische, administratieve, informatica-middelen,... tot de oprichting van de Raad van Bestuur om ten slotte te resulteren in de werkelijke start van het Fonds in september 2012, was lang, met name omdat er geen regering met volledige bevoegdheid was en ondanks de goede wil van de regering van langlopende zaken en de duidelijke steun van de minister en zijn medewerkers die met dit dossier waren belast!

Het was dus een lange klim maar de top is bereikt! Eerst moest het projectteam groeien om operationeel te worden vanaf september 2012 en het dossiers kon ontvangen en behandelen.

Het verslag handelt hoofdzakelijk over die laatste periode maar men mag niet vergeten hoeveel werk op voorhand is verzet om dit resultaat te bereiken.

We willen bij de verschijning van dit voorwoord en dit verslag van de gelegenheid gebruik maken om dank te betuigen aan al onze medewerkers van het Fonds en de andere diensten van het RIZIV, aan de Raad van Bestuur (die ondertussen is omgedoopt tot het Beheerscomité van het Fonds), en aan de beleidscel van Minister Onkelinx en de Minister zelf!

We zijn ons allen bewust van de verwachtingen van de burgers en in het bijzonder van de slachtoffers van medisch ongevallen waarop de nieuwe door het parlement bepaalde wet van 31 maart 2010 een antwoord en een oplossing wilt bieden.

Daarom nodigen wij u uit om dit eerste verslag aandachtig te lezen want het toont niet alleen welke weg al is afgelegd maar ook de richting die we vastberaden moeten volgen zodat we zo goed en zo snel mogelijk kunnen tegemoetkomen aan de verwachtingen die dit nieuwe recht op schadevergoeding voor medische ongevallen met zich brengt.

Jo DE COCK

dd. Directeur-generaal

Fonds voor de medische ongevallen

Benoît COLLIN

dd. Directeur-generaal

Fonds voor de medische ongevallen

# Inleiding

Het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) is opgericht bij de wet van 31 maart 2010 (Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg - B.S. 02.04.2010) en heeft als belangrijkste opdracht de vergoeding te organiseren van de slachtoffers van schade als gevolg van gezondheidszorg of van hun rechthebbenden.

In deel 1 wordt in het kort herinnerd aan de wettelijke opdrachten van het FMO.

Een van de andere opdrachten van het FMO die in de dezelfde wet is opgenomen (artikel 8 §2 3°) is: *“een jaarlijks activiteitenverslag opstellen dat aan de minister, aan de Wetgevende Kamers en aan de Federale Commissie Rechten van de patiënt” wordt bezorgd. Dit verslag bevat de analyse van statistische en financiële gegevens, aanbevelingen om de schade als gevolg van gezondheidszorg te voorkomen, een voorstelling van en toelichting bij de adviezen die het Fonds meent te moeten uitbrengen. Dit verslag bevat geen persoonsgegevens.”*

Om die wettelijke opdracht uit te voeren, is het jaarverslag als volgt gestructureerd:

- de uiteenzetting en de analyse van de **statistische gegevens** zijn opgenomen in **deel 4**
- de uiteenzetting en de analyse van de **financiële gegevens** zijn opgenomen in **deel 5**
- de **aanbevelingen om schade als gevolg van gezondheidszorg te vermijden**, volgen in **deel 6**
- **een voorstelling van en een commentaar bij de adviezen die het Fonds denkt te moeten uitbrengen**, zijn te vinden in **deel 7**.

Elk jaar zullen, rekening houdende met de activiteiten en met de nuttige informatie of mededelingen, de verschillende delen meer of minder uitgebreid worden behandeld.

Het leek ons ook nuttig om de wettelijk gevraagde informatie in het raam van dit jaarverslag aan te vullen:

- Met informatie over het beheersorgaan van het FMO. In het begin was dat de **Raad van Bestuur** maar door de integratie in het RIZIV is dat het **Beheerscomité** van de dienst FMO geworden. **Deel 2** is gewijd aan dit algemeen overzicht.
- Met informatie over de administratie die belast is met de dagelijkse operationalisering van de opdrachten van het FMO. Die informatie is te vinden in **deel 3**.

Met de wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) (B.S. 29.03.2013) wordt het FMO als een nieuwe operationele dienst in het RIZIV geïntegreerd. Die integratie is ingegaan op 1 april 2013. In artikel 21 van de bestuursovereenkomst 2013-2015 van het RIZIV is ook bepaald dat een jaarverslag moet worden opgemaakt t.a.v. het Beheerscomité van het Fonds en de bevoegde Minister met daarin een verslag over de **integratie van het FMO in het RIZIV**. Dat verslag is te lezen in **deel 8**.





1<sup>e</sup> Deel

Opdrachten



De opdrachten van het FMO staan omschreven in artikel 8 van de wet medische ongevallen van 31 maart 2010 (Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg - B.S. 2.4.2010).

Het behelst enerzijds taken in het kader van zijn **opdracht om slachtoffers van schade** als gevolg van gezondheidszorg of hun rechthebbenden (binnen de grenzen van art. 4 en 5) **te vergoeden** en anderzijds **opdrachten van algemeen belang**. In het eerste geval betreft het een advies-, vergoedings- en bemiddelingsfunctie. Daarnaast vervult het FMO algemene opdrachten in het kader van registratie, rapportering en preventie.

Hierna volgt een korte beschrijving van elke taak waarmee het FMO belast is.

## I. Advies-, vergoedings- en bemiddelingsopdracht (Art.8 §1)

Voor genoemde functies maken de belangrijkste opdracht uit van het FMO. Het onderstelt namelijk:

- 1° bepalen of schade als gevolg van gezondheidszorg aan de patiënt al dan niet aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener, alsook de beoordeling van de ernst van de schade. Hiervoor kan het FMO:
  - a) bij de zorgverlener(s), de zorginstelling, de patiënt en aan elk natuurlijk persoon of rechtspersoon alle documenten en informatie opvragen die noodzakelijk zijn om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade waarvoor de aanvraag is ingediend, te kunnen beoordelen
  - b) een beroep doen op gespecialiseerde zorgverleners om verduidelijking te krijgen over een specifiek domein van gezondheidszorg.
- 2° vaststellen of de burgerlijke aansprakelijkheid van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt daadwerkelijk en voldoende is gedekt door een verzekering. Bovendien kan het FMO zich uitspreken over de reikwijdte van de dekking van de door de zorgverlener afgesloten verzekering.
- 3° de zorgverlener of zijn verzekeraar verzoeken om een vergoedingsvoorstel te doen aan de patiënt of zijn rechthebbenden wanneer het oordeelt dat de aansprakelijkheid van een zorgverlener in het geding is.
- 4° uitkeren van een vergoeding aan de patiënt of zijn rechthebbenden wanneer er aan de vergoedingsvoorwaarden van art. 4 en 5 van onderhavige wet is voldaan.
- 5° organiseren van een bemiddeling (overeenkomstig de artikelen 1.724 tot 1.733 Ger.W.) wanneer de patiënt of zijn rechthebbende, een zorgverlener en/of zijn verzekeraar hierom verzoekt. Het verstrekken van een advies inzake de toereikendheid van het vergoedingsvoorstel dat wordt voorgesteld door de zorgverlener of de verzekeraar, indien de patiënt of zijn rechthebbenden hierom verzoeken.

## II. Preventie-, registratie- en rapportingsopdracht

De preventiefunctie houdt in dat het FMO alle gegevens betreffende de aanvragen dient te centraliseren zodat het op verzoek van de bevoegde minister of op eigen initiatief adviezen kan uitbrengen over elke aangelegenheid in verband met preventie of de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

Verder heeft het FMO ook de taak om statistieken op te stellen over de vergoedingen die krachtens de bepalingen van de wet medische ongevallen werden toegekend.

Ten slotte dient er een jaarlijks activiteitenverslag opgesteld en overgemaakt te worden aan de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, aan de Wetgevende Kamers en aan de Federale Commissie Rechten van de Patiënt. Dit verslag bevat onder meer de analyse van statistische en financiële gegevens, alsook aanbevelingen ter preventie van schade als gevolg van gezondheidszorg en ter verbetering van de vergoeding ervan en bovendien eventueel een voorstelling van en toelichting bij de adviezen die het FMO meent te moeten uitbrengen. Dit verslag mag enkel anonieme gegevens bevatten en aldus geen persoonsgegevens.



2<sup>e</sup> Deel

Beheersorganen



## I. Opdrachten van de Raad van Bestuur

Het Fonds voor de medische ongevallen is oorspronkelijk opgericht als overheidsinstelling met een eigen rechtspersoonlijkheid, gerangschikt in categorie B, zoals bepaald in de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut (ION).

Overeenkomstig de bepalingen van voornoemde wet beschikt het Fonds over een Raad van Bestuur. Die Raad van Bestuur moet erop toezien dat het Fonds zijn verschillende opdrachten, zoals beschreven in het eerste deel van dit verslag, uitvoert.

Onder voorbehoud van de bepalingen van de voornoemde wet van 1954 heeft de Raad van Bestuur alle bevoegdheden die noodzakelijk zijn voor het bestuur van het Fonds. Hij heeft ook de bevoegdheid om te benoemen zoals bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 8 januari 1973 tot vaststelling van het statuut van het personeel van sommige instellingen van openbaar nut.

De directeur-generaal van het Fonds is belast met het dagelijks beheer van het instituut en oefent die bevoegdheid uit onder toezicht van de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur is niet aangevoerd om tussen te komen in de behandeling van de individuele dossiers. Die taak komt toe aan de administratie van het Fonds die de individuele aanvragen moet behandelen onder de verantwoordelijkheid van de directeur van het Fonds. De Raad van Bestuur is daarentegen wel belast met het definiëren van het te volgen vergoedingsbeleid, dat door de directeur moet worden uitgevoerd.

## II. Samenstelling van de Raad van Bestuur

Aangezien het Fonds gedeeltelijk door het RIZIV wordt gefinancierd, is de samenstelling van de Raad van Bestuur (R.B.) geïnspireerd op de samenstelling van het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV. De vertegenwoordigers van de patiënten zijn eraan toegevoegd, aangezien zij rechtstreeks bij de materie zijn betrokken. De voorwaarden voor de aanwijzing van de leden van de Raad van Bestuur zijn vastgesteld in het koninklijk besluit van 15 november 2010 (B.S. 15.12.2010). De werking van de Raad van Bestuur is vastgesteld in een aantal bepalingen van de wet van 16 maart 1954, bij koninklijk besluit van 12 oktober 2011 (B.S. 17.10.2011) en door een huishoudelijk reglement.

De Raad van Bestuur van het Fonds is als volgt samengesteld:

- 1° vier leden die de overheid vertegenwoordigen;
- 2° vier leden die de representatieve organisaties van alle werkgevers vertegenwoordigen en de representatieve organisaties van zelfstandigen;
- 3° vier leden die de representatieve organisaties van alle werknemers vertegenwoordigen;
- 4° vier leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;
- 5° vijf leden die de beroepsbeoefenaars vertegenwoordigen, waarvan minstens 3 geneesheren;
- 6° drie leden die de verzorgingsinstellingen vertegenwoordigen, waarvan minstens een geneesheer-hygiënist;
- 7° vier leden die de patiënten vertegenwoordigen;
- 8° twee professoren of docenten in de rechten, gespecialiseerd in medisch recht.

De Raad van Bestuur en elk van de vertegenwoordigde groepen tellen evenveel Nederlands-talige als Franstalige leden. Om te beoordelen of aan die voorwaarde is voldaan, worden de vertegenwoordigers van de beroepsbeoefenaars en van de verzorgingsinstellingen als één groep beschouwd.

De voorzitter en de ondervoorzitter hebben een andere taalrol.

Het bericht betreffende de benoeming van de voorzitter, de ondervoorzitter, en de leden van de Raad van Bestuur van het Fonds voor de medische ongevallen is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 16 augustus 2011 (zie bijlage 1).

Na de benoeming van de leden heeft de Raad van Bestuur de eerste keer kunnen vergaderen op 23 september 2011.

### III. Vergaderingen en verwezenlijkingen van de Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur heeft vanaf de eerste vergadering een systeem van werkgroepen georganiseerd. De werkgroep maakt deel uit van de Raad van Bestuur. De samenstelling is dezelfde maar in beperktere groep.

De werkgroepen zijn belast met de voorbereiding van de besprekingen binnen de Raad teneinde ze te vergemakkelijken. De werkgroepen nemen geen beslissingen. Na een technische bespreking proberen ze te komen tot consensussen en gemeenschappelijke standpunten; de conclusies van die besprekingen worden vervolgens voor bespreking en goedkeuring aan de Raad van Bestuur voorgelegd.

De voorzitter en de ondervoorzitter van de Raad van Bestuur bepalen de agenda van de werkgroep. Alle punten die voor het Fonds van belang zijn, kunnen op de agenda worden geplaatst. De onderwerpen die tot op heden zijn behandeld, hadden voornamelijk betrekking op de begroting (controle van de voor het Fonds opgestelde begroting), de human resources (discussies over het organigram van het Fonds, de functiebeschrijvingen van de aan te werven personeelsleden), de door het Fonds toegepaste procedures (aan de aanvragers verstuurd typebrieven, formulieren voor de indiening van de aanvragen, interne procedures, enz.), de niet gedefinieerde juridische begrippen van de wet van 31 maart 2010 (ernstcriteria, medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, termijnen, enz.), de communicatie van het Fonds (bespreking van de website die voor het FMO is uitgewerkt, de door het callcenter van het Fonds gebruikte FAQ, enz.), de voor het FMO ontwikkelde informaticatool (programma GENIDOC en bepalen welke informatie in de informaticaprogramma's moet worden opgenomen zodat betrouwbare en nuttige statistieken kunnen worden opgemaakt).

Op basis van de besprekingen in de werkgroepen en de Raad van Bestuur konden een reeks richtlijnen en interpretaties worden geformuleerd waardoor het FMO op 1 september 2012 van start kon gaan en de eerste aanvragen konden worden behandeld.

Naast het belangrijke werk van de Raad met betrekking tot de processen en de richtlijnen voor het beheer, heeft hij ook de nodige middelen voor het beheer en de opdrachten van het Fonds kunnen definiëren en verdedigen: begroting, organigram, follow-up van de verbintenissen inzake HR, IT-programma's, enz.

Sedert de start in september 2012 volgt de Raad nauwkeurig de statistieken van het Fonds nauwkeurig: dossiers en callcenter (zie deel 4) en de algemene evolutie van de behandeling van de dossiers.

Via de toepassing Concerto die nu reeds voor het Verzekeringscomité van het RIZIV bestaat, zal de Raad/het Comité vanaf september 2013 over een beveiligde informaticatoegang tot de nota's en de oproepingen beschikken.

Tabel 1 - Raden van bestuur en werkgroepen	
Raden van bestuur	Werkgroepen
23/09/2011	13/10/2011 (begroting + HR)
03/10/2011	24/10/2011 (begroting + HR)
17/10/2011	07/11/2011 (begroting + HR)
05/12/2011	12/01/2012 (juridische aspecten)
16/01/2012	09/02/2012 (juridische aspecten)
27/02/2012	01/03/2012 (juridische aspecten)
26/03/2012	08/03/2012 (juridische aspecten)
21/05/2012	14/05/2012 (juridische aspecten)
25/06/2012	21/05/2012 (juridische aspecten)
24/09/2012	04/06/2012 (juridische aspecten)
10/12/2012	18/06/2012 (juridische aspecten)
08/03/2013	25/06/2012 (juridische aspecten)
	02/07/2012 (juridische aspecten)
	08/10/2012 (juridische aspecten)
	24/10/2012 (juridische aspecten)
	12/11/2012 (juridische aspecten)
	26/11/2012 (juridische aspecten)
	26/11/2012 (juridische aspecten)

Bron: Fonds voor medische ongevallen

## IV. Beheerscomité in het raam van de integratie van het FMO in het RIZIV

In het raam van de integratie van het Fonds voor de medische ongevallen als nieuwe dienst van het RIZIV is de Raad van Bestuur vervangen door een Beheerscomité. Door de oprichting van dat Beheerscomité wordt de autonomie van de nieuwe dienst bij de uitvoering en de follow-up van zijn wettelijke opdrachten gewaarborgd.

De samenstelling van het Beheerscomité is identiek aan wat vóór de integratie voor de Raad van Bestuur bestond. De in de wet ingevoegde overgangsbepaling tot uitvoering van die integratie geeft de regeringscommissarissen en de leden van de Raad van Bestuur van het Fonds voor de medische ongevallen, ingesteld bij de wet van 31 maart 2010, die hun functie uitoefenen op het moment van de inwerkingtreding van die wet, de mogelijkheid om hun mandaat voort te zetten (tot het einde ervan) als leden van het Beheerscomité waardoor een nieuwe benoeming of een nieuw mandaat via K.B. wordt vermeden en waardoor de continuïteit tussen het Fonds als ION categorie B en het Fonds als nieuwe dienst van het RIZIV wordt gewaarborgd.

In tegenstelling tot wat vóór de integratie van het Fonds in het RIZIV bestond, zal in de wet (artikel 137 quinquies van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994) een bepaling over het Beheerscomité worden opgenomen en zullen daarin zijn bevoegdheden duidelijk worden gedefinieerd.



Het Beheerscomité van het FMO:

- 1° beheert samen met de dienst en zijn directeur-generaal de in de voormelde wet van 31 maart 2010 bepaalde opdrachten
- 2° stelt de rekeningen vast en maakt de begroting op met betrekking tot de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg, zoals die is vastgesteld in de voormelde wet van 31 maart 2010
- 3° stelt het Algemeen Comité de begroting van de administratiekosten van de dienst voor
- 4° verleent het Algemeen Comité advies over het jaarlijkse voorstel met betrekking tot de personeelsformatie van de dienst
- 5° wordt door de directeur-generaal van de dienst geïnformeerd over de procedures voor overheidsopdrachten in het kader van de opdrachten van de dienst of van het beheer ervan en met name die opdrachten die de administrateur-generaal van het Instituut aan het Beheerscomité heeft gedelegeerd
- 6° stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt dat ter goedkeuring voor aan de Koning.

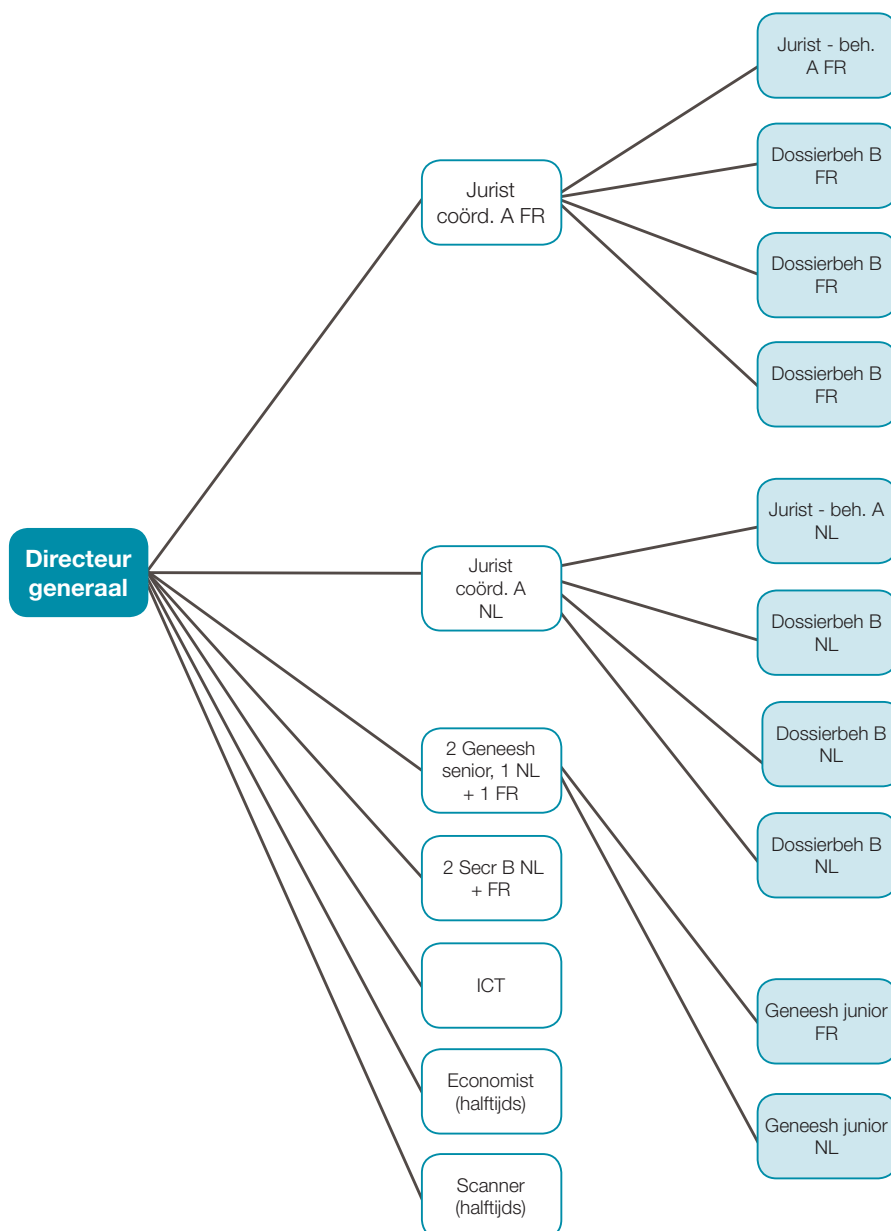


3<sup>e</sup> Deel

Administratieve  
structuur en team



# I. Organigram van het Fonds voor de medische ongevallen



Het organigram van de administratie van het Fonds voor de medische ongevallen kan thans overeenkomstig het schema hierboven worden samengevat. Een groot deel van de aanwervingen is al uitgevoerd terwijl sommige aanwervingen nog moeten gebeuren.

## II. Reeds uitgevoerde aanwervingen

Sinds september 2010 heeft het RIZIV, overeenkomstig de opdracht waarmee het was belast bij artikel 11 van de wet van 31 maart 2010, actief stappen ondernomen om een team samen te stellen dat in staat was om de fundamenten te leggen van het Fonds voor de medische ongevallen en om het Fonds, zodra het zou zijn opgericht, de mogelijkheid te geven zijn wettelijke opdrachten te vervullen. Die stappen hebben ertoe geleid dat het RIZIV in juni 2010 een eerste projectteam heeft samengesteld voor een voorlopige opdracht van enkele maanden. Dat projectteam bestond oorspronkelijk uit twee personeelsleden, met name een projectleider en een jurist.

Dat basisteam is vrij snel uitgebreid met verschillende nieuwe personeelsleden. In een tweede fase heeft het RIZIV het initiatief genomen om binnen zijn algemene diensten een cel op te richten om het oorspronkelijke projectteam te stabiliseren en de aanwerving van contractuele personeelsleden mogelijk te maken en zo te vermijden dat men alleen een beroep kon doen op het systeem van de interne mobiliteit.

Eerst heeft het projectteam zich onder meer toegelegd op het bepalen van de personeelsbehoeften van het Fonds voor de medische ongevallen, wanneer dat operationeel zou worden. Dat werk is verricht in overleg met de HR-dienst van het RIZIV en de Raad van Bestuur van het FMO, zodra de leden ervan benoemd waren. Zo kon het hierboven weergegeven organigram worden uitgewerkt.

Het RIZIV heeft gezorgd voor alle aanwervingen voor rekening van het FMO. Hoewel het Fonds een eigen rechtspersoonlijkheid heeft, heeft het nooit zelf iemand aangeworven noch enige verantwoordelijkheid genomen als werkgever.

Om de verschillende functies in het organigram te kunnen invullen, heeft het RIZIV personeel aangeworven via arbeidscontracten en via de interne markt, dankzij het systeem van de mobiliteit. Op die manier kon een team worden samengesteld met de volgende profielen:

- 1 Franstalige jurist - coördinator niveau A, statutair
- 1 Nederlandstalige jurist - coördinator niveau A, statutair
- 1 Franstalige jurist - dossierbeheerder niveau A, contractueel
- 1 Nederlandstalige jurist - dossierbeheerder niveau A, contractueel
- 3 Franstalige dossierbeheerders niveau B, contractueel
- 2 Nederlandstalige dossierbeheerders niveau B, statutair
- 1 Nederlandstalige secretaris niveau B, contractueel
- 1 Franstalige secretaris niveau B, contractueel
- 1 Nederlandstalige ICT-coördinator niveau A, contractueel
- 1 Franstalige economist (halftijds) niveau A, contractueel
- 1 Nederlandstalige scanner (halftijds) niveau C, statutair
- 1 Nederlandstalige senior arts - coördinator niveau A, contractueel.

Momenteel werken dus 15 personeelsleden voor het Fonds voor de medische ongevallen. Aangezien twee personeelsleden halftijds werken, komt dat neer op 14 voltijdse equivalenten voor een personeelsformatie die op 19 VTE is vastgesteld.

Het Fonds beschikt dus over 7 personeelsleden van niveau A, waarvan 3 Franstaligen en 4 Nederlandstaligen, 7 personeelsleden van niveau B, waarvan 3 Nederlandstaligen en 4 Franstaligen en 1 Nederlandstalig personeelslid van niveau C.

De algemene directie van het Fonds voor de medische ongevallen wordt voorlopig waargenomen door de administrateur-generaal van het RIZIV, Jo De Cock, en de adjunct-administrateur-generaal, Benoit Collin. Zij vervullen momenteel alle opdrachten die normaal tot de bevoegdheid van de directeur-generaal van het FMO behoren.

### III. Nog uit te voeren aanwervingen

Sommige functies die in het basisorganigram zijn vastgesteld (personeelsformatie van 19 VTE) zijn nog niet ingevuld. Er zijn ondertussen meerdere initiatieven genomen om de volgende profielen aan te werven:

- 1 directeur-generaal: de procedure voor de selectie van de directeur loopt. Het gaat om een managementfunctie (mandaat). De functiebeschrijving wordt besproken in het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV. Zodra de weging is aanvaard, wordt de procedure bij SELOR voortgezet. Die procedure zou in de loop van het tweede semester 2013 afgerond moeten zijn.
- 1 Nederlandstalig dossierbeheerder: in het organigram is voorzien in de aanwerving van 3 Franstalige en 3 Nederlandstalige dossierbeheerders. Gelet op het aantal Franstalige dossiers die al zijn ingediend, zijn de 3 Franstalige dossierbeheerders al aangeworven. Aangezien er minder Nederlandstalige dossiers zijn ingediend, is de procedure voor de aanwerving van een derde Nederlandstalige dossierbeheerder niveau B nog niet opgestart.
- 1 Franstalige senior geneesheer - coördinator: het FMO zoekt actief naar een Franstalige geneesheer - coördinator om zijn intern medisch team te versterken. Er zijn verschillende stappen ondernomen die echter nog niets hebben opgeleverd.
- 2 junior geneesheren, 1 Franstalige, 1 Nederlandstalige: verschillende geneesheren hebben hun kandidatuur gesteld en de aanwerving van de twee junior geneesheren zou in de loop van het tweede kwartaal 2013 rond moeten zijn.

Het organigram van het FMO is opgesteld vooraleer de instelling operationeel was (september 2012). Het RIZIV heeft dus in samenwerking met de Raad van Bestuur van het FMO gekozen voor een voorzichtige aanpak die gebaseerd was op een redelijke raming van de werklast die kon worden verwacht op basis van de opzoeking tijdens de projectfase.

Na enkele maanden werking van het FMO worden de grote lijnen van de oorspronkelijke verwachtingen bevestigd. In dit stadium is de werklast noch onderraamd noch overraamd. Begin maart zijn evenwel de eerste expertises opgestart. Dat is een nieuwe fase voor het FMO. Het bestaande organigram zou nog kunnen evolueren als er concrete behoeften ontstaan.

## IV. Externe expertise

Twee overheidsopdrachten zouden tijdens het tweede kwartaal van 2013 moeten worden afgesloten teneinde te kunnen beschikken over een pool van juridische en medische experts die het team van het FMO kunnen bijstaan bij de behandeling van de dossiers, de medische expertises, adviezen of geschillen, enz. Die pool zou bestaan uit specialisten uit het hele land, met verschillende medische specialismen en met juridische of medische expertise binnen de actieradius van het Fonds.

## V. Middelen

Het Fonds beschikt voor het beheer van de dossiers momenteel over een ICT-toepassing die al op het RIZIV bestond (GENIDOC) en die licht is aangepast aan de specifieke behoeften van het Fonds. Rekening houdende met de ervaringen met dat instrument en de behandeling van de dossiers sedert september 2012, legt de ICT-dienst samen met het beheerteam de laatste hand aan de analyse van de behoeften en de werklast met het oog op een nieuwe toepassing die beter beantwoordt aan de processen en dossiers die het Fonds behandelt; daarin zullen instrumenten voor een medische follow-up (analyse en expertises) en voor statistisch en financieel beheer worden geïntegreerd.

Momenteel worden alle binnenkomende dossiers gescand en in PDF-formaat in de bestaande toepassing geïntegreerd. In de toekomst zullen we proberen om de gescande gegevens rechtstreeks in de toepassing te integreren om het aantal coderingen te beperken.

De econoom die belast is met het financiële en statistische beheer ontwikkelt een financieel simulatie-instrument dat het Fonds de mogelijkheid moet geven om de begrotingsramingen op basis van de parameters uit de KCE-studie te volgen en ze te vergelijken met wat is gerealiseerd qua aantal en type van dossiers en tegemoetkomingen of financiële kosten. Dat instrument zal rechtstreeks worden gevoed met de gegevens van de nieuwe toepassing voor dossierbeheer.

Momenteel is het typeformulier voor het indienen van een aanvraag beschikbaar in PDF en moeten de dossiers via de post aangetekend worden verstuurd. In de toekomst wenst het Fonds een formulier dat in Word kan worden ingevuld en gesaved, en zelfs een online-formulier en een beveiligde elektronische uitwisseling van de (medische) gegevens.

Sedert 1 september 2012 is er een website ([www.fmo.fgov.be](http://www.fmo.fgov.be)) en een extern callcenter dat op werkdagen tussen 8 en 17u bereikbaar is via het nummer 02/790.10.90. Later (vierde kwartaal 2013) zal de FMO-website in de website van het RIZIV worden geïntegreerd; de website zal evenwel ook via het bestaande adres toegankelijk blijven.





4<sup>e</sup> Deel

Activiteitenstatistieken



In dit deel worden de activiteitenstatistieken van de “opdrachten” voorgesteld. Aangezien het Fonds sedert 1 september 2012 actief is, is het interessant om een aantal tendensen te belichten. Eerst zullen de statistieken van het callcenter worden besproken. Uit die statistieken kunnen immers de voornaamste vragen van de bevolking in verband met de opdrachten en procedures van het Fonds worden afgeleid. Daarna zullen de activiteitenstatistieken worden toegelicht om algemene informatie te verschaffen over de dossiers en hun follow-up in het Fonds. In verband met die activiteitenstatistieken is het belangrijk te melden dat momenteel alleen statistieken met betrekking tot het begin van de behandelingsprocedure van de dossiers beschikbaar zijn. Aangezien het Fonds pas sedert 1 september 2012 actief is, zijn er onvoldoende dossiers in een latere fase om er significante statistieken uit te halen.

## I. Statistieken callcenter

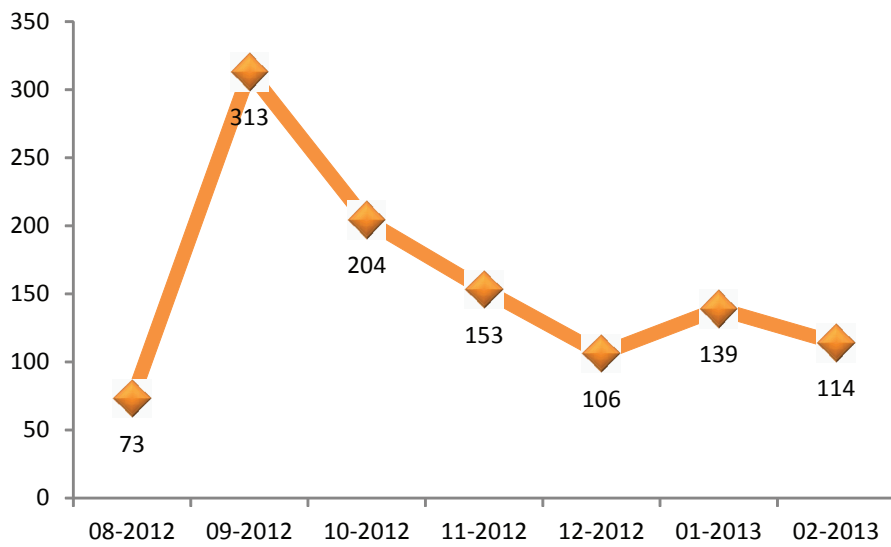
We bekijken eerst de statistieken van het callcenter. Die zijn in de onderstaande tabel opgenomen en bestrijken de periode van augustus 2012 – februari 2013. Er wordt een overzicht gegeven van het totale aantal oproepen per maand maar ook van het aantal oproepen die binnen 30 seconden werden beantwoord (service level), het aandeel Franstalige en Nederlandstalige oproepen of nog de ‘abandon rate’ die overeenstemt met het percentage oproepen waarbij de beller uiteindelijk heeft gehaakt alvorens hij door een operator te woord werd gestaan.

Tabel 2 – Reporting van de callcenter-oproepen								
Reporting FAM-FMO	08-2012	09-2012	10-2012	11-2012	12-2012	01-2013	02-2013	Moyenne
<b>Totaal oproepen</b>	73	313	204	153	106	139	114	157
<b>Totaal gecumuleerde oproepen</b>	73	386	590	743	849	988	1102	-
<b>Service Level</b>	84%	87%	82%	94%	96%	90%	93%	89,43%
<b>Abandon rate</b>	6%	2%	1%	0%	1%	1%	0%	1,57%
<b>NL rate</b>	9%	30%	28%	36%	29%	33%	35%	28,57%
<b>FR rate</b>	91%	70%	72%	64%	71%	67%	65%	71,43%
<b>FAQ rate</b>	88%	93%	95%	91%	88%	90%	89%	90,57%

Bron: Fonds voor medische ongevallen

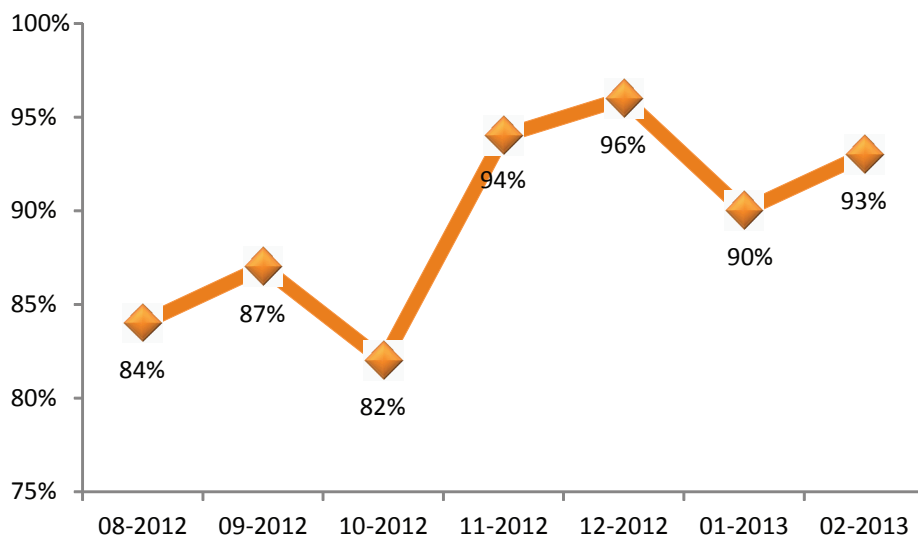
De belangrijkste informatie in deze tabel betreft het aantal oproepen en de taalkundige verdeling van de oproepen. Uit de onderstaande grafiek blijkt dat het aantal oproepen in de maand september zeer hoog was. Dat is volkomen logisch aangezien het Fonds in september is opgestart. Daarna is het aantal oproepen geleidelijk aan afgenomen totdat het begin 2013 een kruissnelheid bereikte. We stellen ook vast dat de reactiesnelheid van de dienst zeer hoog is aangezien ongeveer 90% van de bellers binnen de 30 seconden te woord wordt gestaan door een operator. Als rekening wordt gehouden met een ‘abandon rate’ van 1,57%, dan betekent dit dat minder dan 9% van de bellers meer dan 30 seconden moet wachten om iemand aan de lijn te krijgen.

Grafiek 1 - Call center - Aantal oproepen per maand



Bron: Fonds voor medische ongevallen

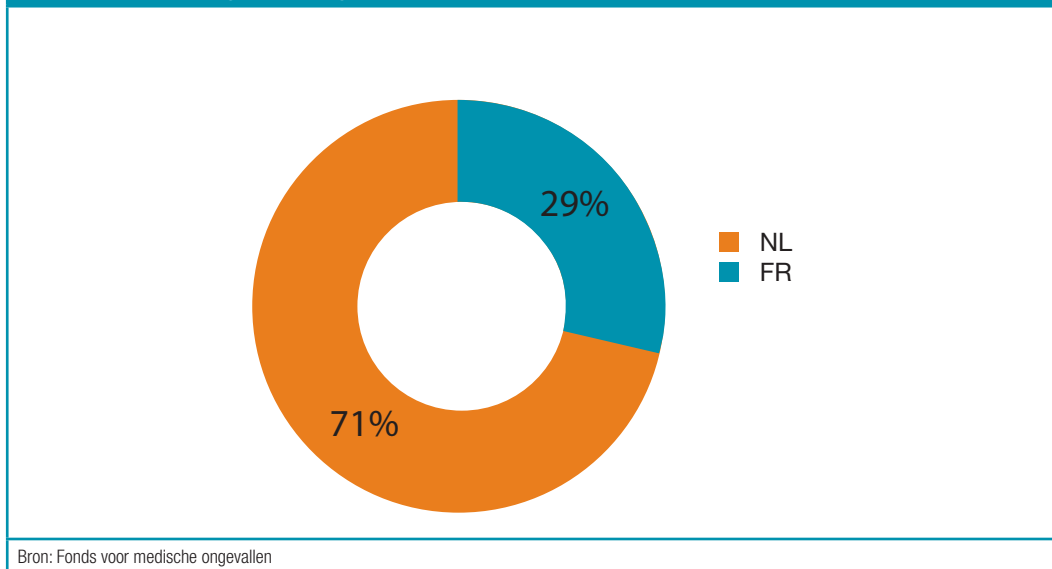
Grafiek 2 - Call center - Service level



Bron: Fonds voor medische ongevallen

De tweede heel interessante vaststelling die op basis van deze tabel kan worden gedaan, heeft betrekking op de taalkundige verdeling van de oproepen. Uit het onderstaande schema blijkt dat er duidelijk meer Franstalige oproepen binnenkomen. Meer dan 70% van de oproepen zijn immers vragen die in het Frans worden gesteld. Dat opmerkelijke resultaat vereist meer onderzoek om te begrijpen waarom het onevenwicht in de taalkundige verdeling van de oproepen zo groot is. Belangrijk om te vermelden, is dat dit onevenwicht sedert de installatie van het callcenter elke maand wordt waargenomen. Als we ons echter alleen op het jaar 2013 concentreren, stellen we vast dat het aantal Franstalige oproepen iets gedaald is en rond de 65 % schommelt. Verderop zullen we zien dat dit overwicht aan Franstalige oproepen wordt weerspiegeld in de meerderheid aan dossiers die in het Frans worden ingediend.

Grafiek 3 : Taalkundige verdeling



Ten slotte vindt het Fonds het belangrijk om te weten welke vragen de burger over zijn dienstverlening heeft. Daarom is een lijst FAQ aangemaakt om het nodige te doen opdat de bevolking beter wordt ge-informeerd en het aantal oproepen in verband met die vragen vermindert. Hieronder volgt de lijst FAQ sedert de maand augustus 2012, op basis waarvan de FAQ-rate van bovenstaande tabel is bepaald. Het gemiddelde van 90,57% betekent gewoonweg dat in 90% van de oproepen naar het callcenter ten minste een van de onderstaande vragen aan bod kwam.

#### Frequently Asked Questions

- Datum van de tegemoetkoming ten opzichte van de indiening van een dossier.
- Aanvraag verzending formulier via de post.
- Dossier ontvankelijk?
- Hoe het dossier overdragen?
- Mag ik voor x een dossier indienen?
- Ik heb een brief van het FMO ontvangen, wat moet ik doen?
- Naast elkaar bestaande procedures (fonds + justitie)?
- Kunt u me vertellen hoe ver het staat met de behandeling van mijn dossier?

Er dient tevens opgemerkt dat naast dit overzicht van FAQ aan het callcenter, een reeks mogelijke FAQ worden beantwoord op de website van het FMO en dat zij regelmatig worden aangevuld met antwoorden op de FAQ van het callcenter.

## II. Activiteitenstatistieken – Opdrachten

Hieronder hebben we het over de activiteitenstatistieken van het Fonds die de periode augustus 2012-februari 2013 bestrijken. De reden waarom rekening moet worden gehouden met de maand augustus, is dat een aantal dossiers al vóór september 2012 zijn ingediend, dus vóór de officiële start van het Fonds (dossierbehandeling).

De informatie hieronder heeft voornamelijk betrekking op algemene statistieken over de dossiers die in voornoemde periode zijn ingediend. Er worden onder andere cijfers verstrekt over de taalkundige en geografische verdeling, de plaats van het ongeval of nog het aantal ingediende en reeds gesloten dossiers. Naast die algemene statistieken wordt ook informatie meegedeeld over de twee grote behandelingsfasen van de dossiers met onder meer de ontvankelijkheid ervan. Tot slot zullen een reeks behandelingstermijnen worden voorgesteld om een idee te hebben van de tijd die nodig is om een dossier dat bij het Fonds is ingediend, te behandelen.

Maar alvorens die verschillende cijfers toe te lichten, moet eraan worden herinnerd dat ze een eerste aanzet zijn en dat ze in de volgende verslagen zullen worden aangevuld met meer gedetailleerde informatie zodra voor een aantal dossiers een advies is geformuleerd en een effectieve schadeloosstelling is uitbetaald of op basis van de parameters/gegevens die zijn ingevoerd in het systeem voor het beheer van de dossiers (zorgverleners die aansprakelijk worden gesteld, type schade, enz.).

### 1. Open, gesloten of heropende dossiers en taalkundige verdeling

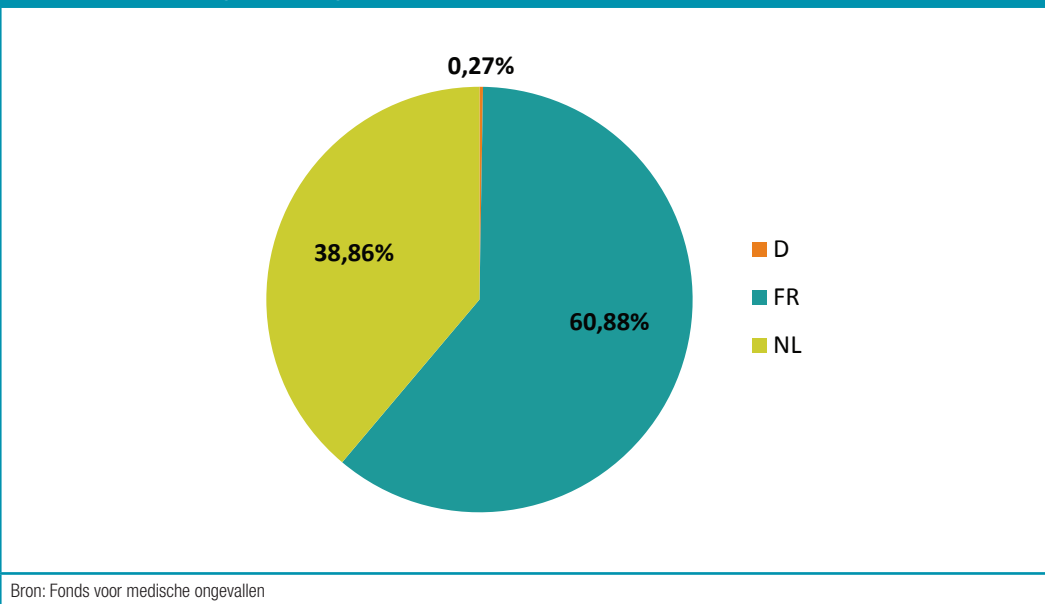
We onderzoeken eerst de taalkundige verdeling van de dossiers alsook hun status in februari 2013.

Tabel 3 – Aantal dossiers				
Aantal dossiers	Taal			Totaal
	D	F	N	
<b>Gesloten</b>		70	24	94
<b>Open</b>	2	385	268	655
<b>Heropend</b>		4	1	5
<b>Totaal</b>	<b>2</b>	<b>459</b>	<b>293</b>	<b>754</b>

Bron: Fonds voor medische ongevallen

Uit onderstaande tabel blijkt dat in totaal 754 dossiers bij het Fonds zijn ingediend. Verder in dit verslag zullen we zien hoe dat cijfer over de bewuste periode is verdeeld maar eerst richten we onze aandacht op de taalkundige verdeling van die dossiers. Zoals eerder in de statistieken van het callcenter al is aangegeven, stellen we hier ook een sterk overwicht vast van Franstalige dossiers. Zij vertegenwoordigen 60% van het totaal tegen bijna 39 % Nederlandstalige dossiers. Net als voor de oproepen die het callcenter ontvangt, is het momenteel moeilijk om een precieze uitleg voor dat verschijnsel te geven. Via studies zal kunnen worden uitgemaakt welke factoren dat resultaat kunnen beïnvloeden. Sedert januari 2013 lijkt het grote verschil FR/NL echter af te nemen en naar een verhouding van 54% FR - 46% NL te zijn geëvolueerd. We merken ten slotte ook op dat de Duitstalige dossiers slechts een miniem gedeelte vertegenwoordigen in het totale aantal dossiers.

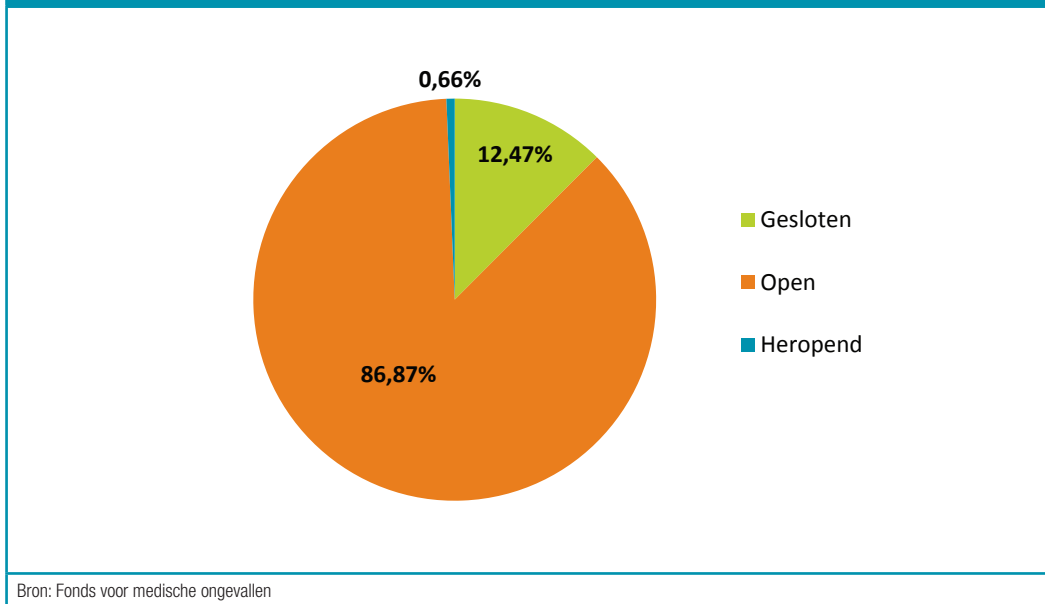
Grafiek 4 - Taalkundige verdeling van de dossiers



Alvorens de cijfers over de statussen van de dossiers toe te lichten, moet eerst kort worden uitgelegd wat wordt begrepen onder een open, een gesloten en een heropend dossier.

- abc
 • Een **open dossier** is een dossier dat bij het Fonds is ingediend en er nog altijd wordt behandeld. Het kan zich in fase 1 bevinden (bepaling van zijn ontvankelijkheid, ontvangst van de documenten, enz.) of in fase 2 (juridisch of medisch onderzoek, expertise, enz.).
- Een **gesloten dossier** daarentegen is een dossier dat niet meer wordt behandeld, en dat om verschillende redenen: het heeft aanleiding gegeven tot een vergoeding die door alle partijen is aanvaard, het is administratief niet-ontvankelijk verklaard, enz. Als een dossier vandaag wordt gesloten, is dat meestal omdat het in fase 1 niet-ontvankelijk is verklaard.
- Een **dossier kan wel worden heropend** wanneer nieuwe gegevens die onbekend waren op het ogenblik dat het dossier werd gesloten, opduiken en moeten worden onderzocht. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer een dossier dat is gesloten omdat de vereiste documenten niet binnen de opgelegde termijn waren aangekomen, nadien moet worden heropend zodra de aanvrager uiteindelijk de bedoelde documenten heeft bezorgd.

Grafiek 5 - Status van de dossiers



Nu die begrippen zijn omschreven, kunnen we vaststellen dat het overgrote deel van de dossiers momenteel geopend is (in het volgende punt wordt onderzocht in welke fase die dossiers zich bevinden) en dus in behandeling is. De gesloten dossiers vertegenwoordigen logischerwijze een tweede, zij het veel kleinere, groep van bij het FMO ingediende dossiers. Er dient opgemerkt dat slechts een zeer klein aantal gesloten dossiers moesten worden heropend aangezien het slechts om 0,66% van alle dossiers gaat.

## 2. Verdeling van de dossiers per fase en per taal

Nu het aantal gesloten, open en heropende dossiers bekend is, is het interessant om na te gaan hoe de open en heropende dossiers over de verschillende fasen van de procedure zijn verdeeld. Net als in het vorige punt, is het nuttig om kort uit te leggen wat die fasen 1 en 2 inhouden alvorens over te gaan tot de bespreking van de resultaten.

Fase 1 is de initiële fase in de behandeling van de dossiers. In deze fase openen de dossierbeheerders het dossier en verzamelen ze alle documenten die ze nodig hebben om te bepalen of het vanuit administratief oogpunt ontvankelijk is. Het gaat dus om een administratieve fase die begint met de ontvangst van de adviesaanvraag van het slachtoffer of zijn rechthebbenden en die eindigt wanneer de administratieve ontvankelijkheid van het dossier is bepaald.

Op dat ogenblik is het dossier ofwel administratief niet-ontvankelijk en wordt het gesloten, ofwel is het administratief ontvankelijk en dan wordt de fase 2 van de behandeling ingezet. Die fase 2 is ongetwijfeld de belangrijkste fase van de procedure omdat het de fase is met de uitvoering van de medische en juridische onderzoeken op basis waarvan het Fonds een advies kan uitbrengen over de aansprakelijkheid en over het recht op vergoeding. Die tweede fase loopt af zodra het Fonds zijn advies heeft geformuleerd (medisch ongeval met of zonder aansprakelijkheid of burgerlijke aansprakelijkheid die onvoldoende gedekt wordt door een verzekering, enz.).

Daarna begint de derde fase, waarin een voorstel tot vergoeding door het Fonds wordt geformuleerd. Zoals eerder is aangehaald, heeft het Fonds nog voor geen enkel dossier een advies uitgebracht en dat om drie redenen: de tijd die nodig is om de verschillende expertisen te laten uitvoeren, het feit dat het Fonds pas in september 2012 operationeel is geworden en dat de interne medische ploeg nog onvoldoende bemand is om de dossiers te onderzoeken en de expertise-aanvragen voor te bereiden.

Tabel 4 – Aantal dossiers per fase en per taallangue					
Aantal dossiers	Taal				
Fase	D	F	N	Totaal	%
<b>Open</b>	2	385	268	<b>655</b>	<b>99,24%</b>
1. Initiële fase		69	37	<b>106</b>	<b>16,06%</b>
2. Onderzoek medisch en juridisch	2	316	231	<b>549</b>	<b>83,18%</b>
<b>Heropend</b>		4	1	<b>5</b>	<b>0,76%</b>
1. Initiële fase		1		<b>1</b>	<b>0,15%</b>
2. Onderzoek medisch en juridisch		3	1	<b>4</b>	<b>0,61%</b>
<b>Totaal</b>	<b>2</b>	<b>389</b>	<b>269</b>	<b>660</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>0,3%</b>	<b>58,94%</b>	<b>40,76%</b>	<b>100%</b>	

Bron: Fonds voor medische ongevallen

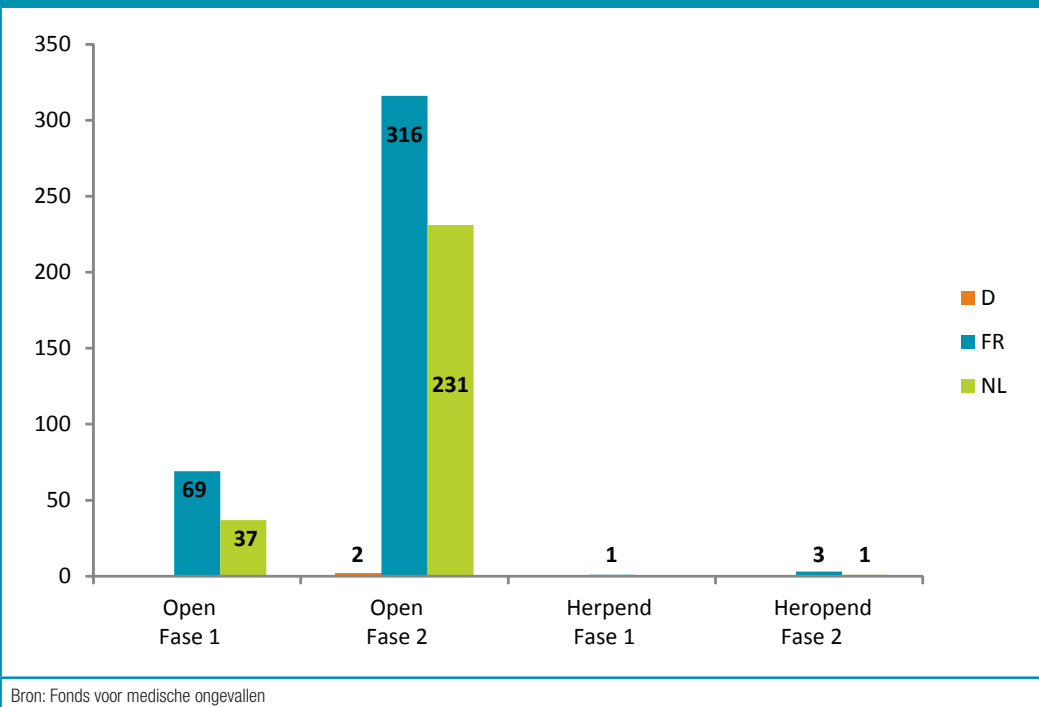
We bekijken nu de verdeling van de dossiers tussen die twee fasen. Bovenstaande tabel bestaat uit twee delen, een ervan heeft betrekking op de open dossiers en het andere op de heropende dossiers. Gezien het zeer geringe aantal heropende dossiers, spitsen we ons toe op de cijfers in het eerste deel van de tabel.

Uit dat deel blijkt dat 83% van de geopende dossiers zich momenteel in de tweede fase van de behandeling bevindt, met name de evaluatie vanuit medisch en juridisch oogpunt. Dat cijfer toont aan dat de dossiers in fase 1 vrij snel worden behandeld. De meeste van de 106 dossiers die zich nog in fase 1 bevinden, zijn immers dossiers die tijdens het eerste kwartaal van 2013 bij het Fonds zijn ingediend en waarvoor nog enige tijd nodig is om alle op administratief vlak noodzakelijke documenten te verzamelen. In het dagelijks beheer stelt men bovendien vast dat de dossiers die bij het Fonds worden ingediend gaandeweg alsmaar vollediger blijken te zijn. Dat heeft tot gevolg dat er minder tijd nodig is om de verschillende documenten te verzamelen.

In verband daarmee is het nuttig erop te wijzen dat die initiële fase (fase 1) momenteel gemiddeld **41 kalenderdagen** duurt. Concreet betekent dit dat tussen het tijdstip waarop het Fonds de adviesaanvraag ontvangt en het tijdstip waarop het zich uitspreekt over de administratieve ontvankelijkheid van het dossier (dat ook overeenstemt met de inleiding van fase 2) 41 dagen verstrijken. Die termijn wordt echter geleidelijk aan korter. Wanneer we alleen de in 2013 ingediende dossiers in aanmerking nemen, zien we dat de initiële fase gemiddeld slechts **21 kalenderdagen** duurt! We wijzen er tevens op dat in artikel 15 van de wet van 31 maart 2010 wordt bepaald dat het Fonds binnen een maand vanaf de ontvangst van de aanvraag de ontvangst daarvan bevestigt. Het Fonds bevestigt hier niet alleen de ontvangst maar het deelt ook binnen een vrij korte termijn mee of de aanvraag op administratief vlak ontvankelijk is.



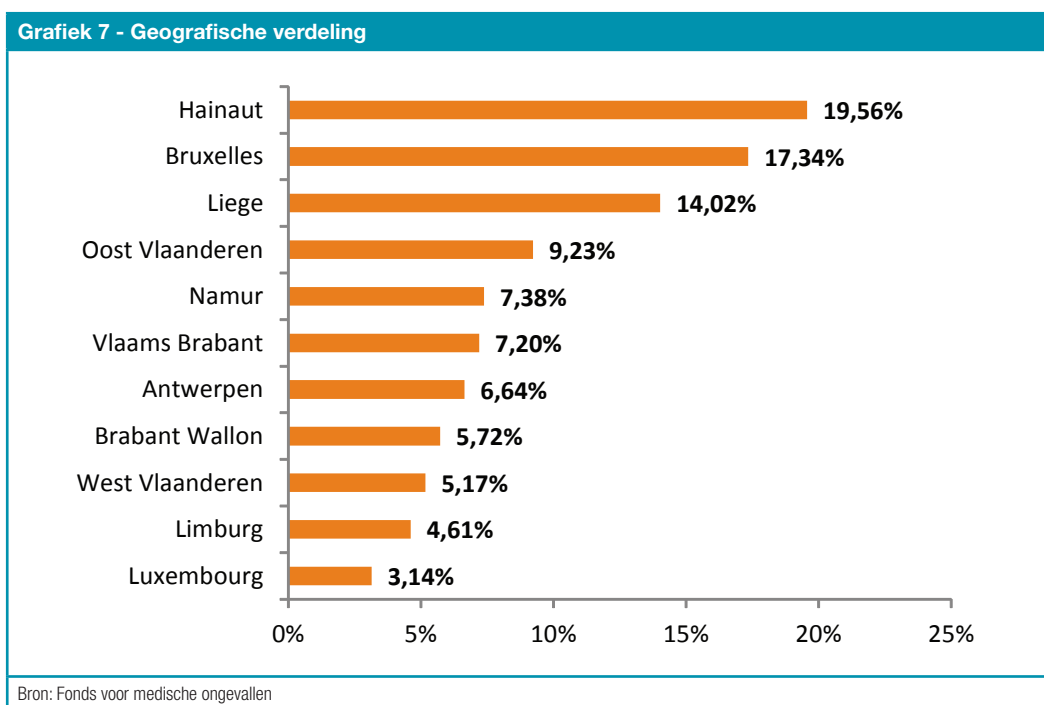
Grafiek 6 - Nombre de dossiers en phases 1 et 2



Via de bovenstaande grafiek wordt verduidelijkt hoe ver het staat met de behandeling van de verschillende dossiers. Uit de grafiek blijkt duidelijk dat de meeste dossiers zich in fase 2 bevinden, met name de fase van de juridische en medische evaluatie op basis waarvan het Fonds een advies kan uitbrengen over de vergoedingsaanvraag. Wat de taalkundige verdeling betreft, merken we ook hier, zoals verwacht, hetzelfde onevenwicht op tussen Franstalige en Nederlandstalige dossiers in de verschillende fasen, en dat zowel voor de geopende als voor de heropende dossiers.

### 3. Geografische verdeling van de dossiers

In verband met de geografische verdeling is het belangrijk erop te wijzen dat de dossiers verdeeld zijn volgens de woonplaats van de aanvrager en niet op basis van de plaats waar het medisch ongeval zich heeft voorgedaan.

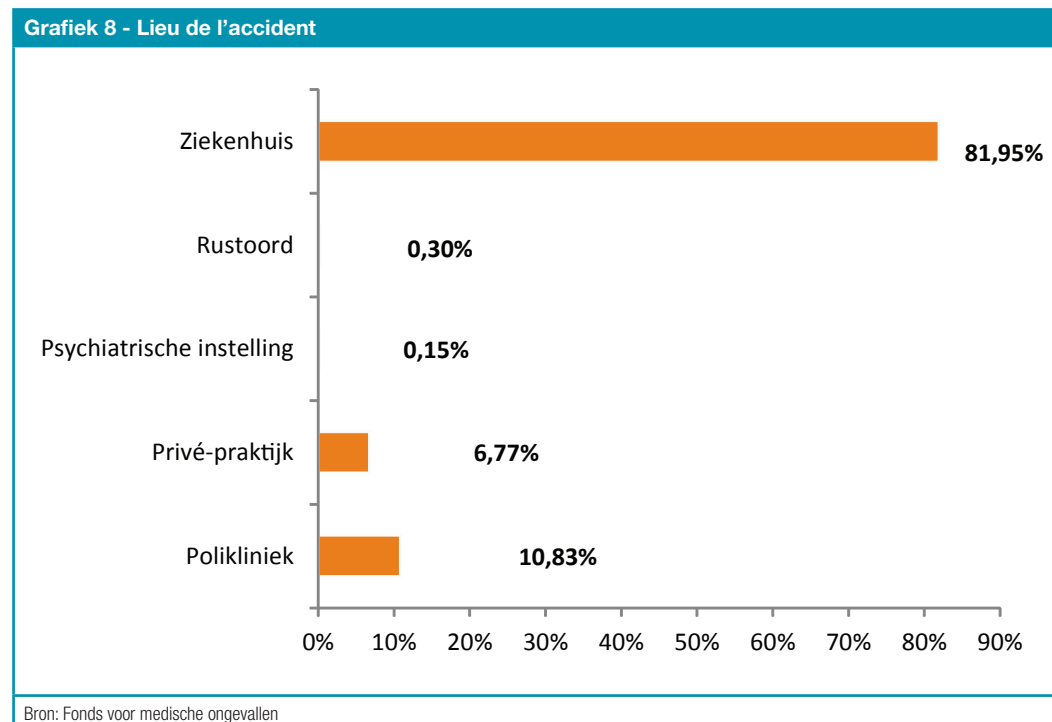


Uit bovenstaande grafiek vallen drie provincies of regio's duidelijk op, namelijk, Henegouwen, Brussel en de provincie Luik. Ze vertegenwoordigen samen meer dan 50% van alle aanvragen. Daarna volgen Oost-Vlaanderen, met iets minder dan 10 %, en de provincies Namen, Vlaams-Brabant en Antwerpen, die rond de 7 % voor hun rekening nemen. De overige provincies van het land staan onderaan in de rangschikking en vertegenwoordigen minder dan 6 % van de ingediende dossiers.

Op gewestelijk vlak zien we dat 49,82% van de dossiers wordt ingediend door personen die in het Waals Gewest wonen, 17,34 % van de dossiers door personen die uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest afkomstig zijn en 32,84% van de dossiers door personen uit het Vlaams Gewest.

## 4. Verdeling van de dossiers volgens de plaats van het ongeval

De volgende statistiek betreft de plaats van het ongeval. Op die manier krijgt men een duidelijk beeld van de spreiding van de ongevallen over de verschillende plaatsen waar geneeskundige verstrekingen kunnen worden verleend.



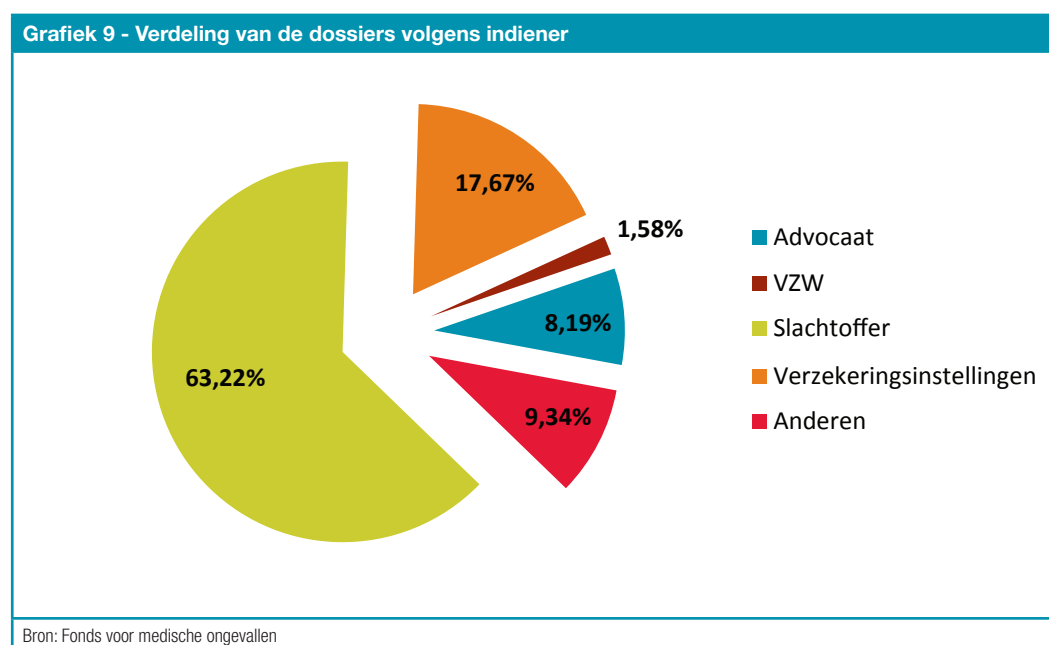
De plaats met de hoogste frequentie is het ziekenhuis. Meer dan acht op tien ongevallen doen zich immers daar voor, ofwel tijdens een opname ofwel bij de toediening van ambulante verzorging in het ziekenhuis.

Voorlopig kan nog geen oorzaak worden aangewezen voor het overwicht van het ziekenhuis als plaats van het ongeval in de aangiften van medische ongevallen. Later zal in de mate van het mogelijke moeten worden onderzocht of het ziekenhuis meer in de aangiften voorkomt omdat de schade ernstiger is of omdat de vaststelling van de schade complexer of moeilijker is of omdat inderdaad “van alle medische ongevallen”, er meer plaatsvinden in de ziekenhuizen en om welke objectieve redenen (complexiteit van de verzorging, van de behandelde aandoeningen, enz.).

Ver achter de ziekenhuizen vinden we in de rangschikking poliklinieken met 10,83% van de ongevallen en de privépraktijken met 6,77%. Sommige dossiers betreffen ongevallen in een rusthuis of een psychiatrische inrichting maar die gevallen komen veel minder vaak voor.

## 5. Verdeling van de dossiers per indiener van de aanvraag

De verdeling van de dossiers volgens de indiener van de aanvraag kan onbeduidend lijken omdat men ervan uitgaat dat het slachtoffer zelf de aanvraag rechtstreeks indient. Hoewel de meeste dossiers inderdaad door het slachtoffer worden ingediend, is dat niet altijd het geval. Zoals onderstaande grafiek immers aangeeft, gebeurt het dat het slachtoffer niet in staat is om de aanvraag in te dienen of dat hij verkiest om door een derde persoon te worden bijgestaan.



Zoals hierboven wordt aangegeven, wordt de aanvraag in het merendeel van de gevallen door het slachtoffer zelf ingediend (63,22%).

Andere partijen kunnen echter ook een aanvraag indienen in de plaats van het slachtoffer. Het gaat hoofdzakelijk om de verzekeringsinstellingen (ziekenfondsen) (18%), de advocaten (ongeveer 8%) of vzw's (patiëntenorganisaties bijvoorbeeld) (2%).

Dat zijn natuurlijk niet de enige partijen die een aanvraag indienen voor een slachtoffer. In sommige gevallen dienen de rechthebbenden, de wettelijke vertegenwoordigers of allerhande gemachtigden een aanvraag in bij het Fonds. Die andere indieners zijn opgenomen in de rubriek "Anderen" in de bovenstaande grafiek. Die rubriek neemt een niet onbelangrijke plaats in want ze vertegenwoordigt meer dan 9% van het totale aantal ingediende dossiers.

## 6. Verdeling van het aantal ingediende en geopende dossiers per maand

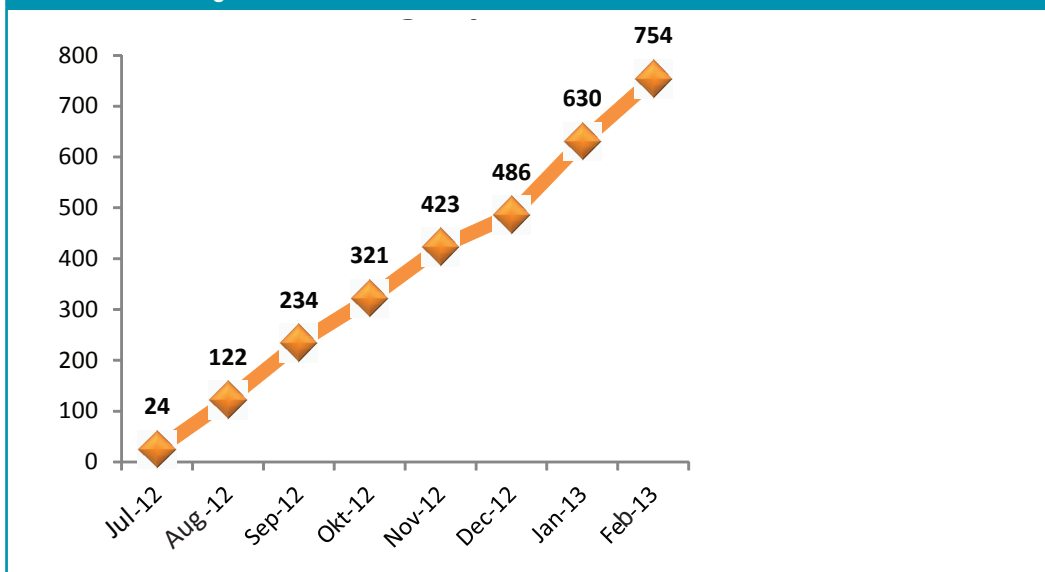
Met de statistiek betreffende het aantal ingediende dossiers per maand kunnen we, onder andere, nagaan of het aantal dossiers permanent stijgt, of er kalmere periodes of veel drukker periodes zijn, of er sprake is van een opstarteffect en van een kruissnelheid.

**Tabel 5 - Verdeling van het aantal ingediende dossiers per maand**

Maand	Aantal dossiers	Gecumuleerde dossiers
Juli 2012	24	24
Aug 2012	98	122
Sep 2012	112	234
Okt 2012	87	321
Nov 2012	102	423
Dec 2012	63	486
Jan 2013	144	630
Feb 2013	124	754
<b>Totaal</b>	<b>754</b>	-

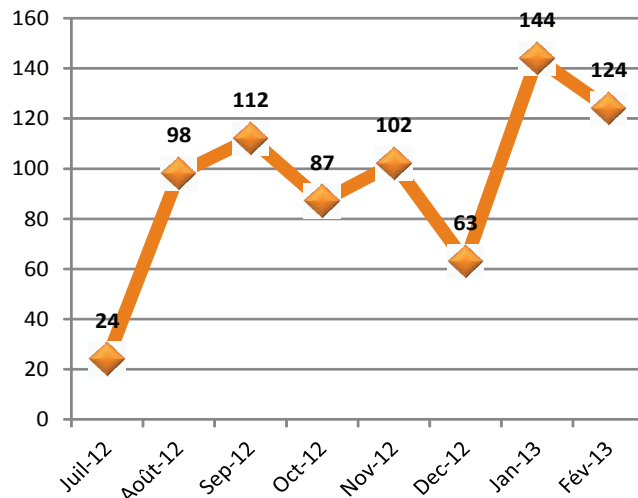
Bron: Fonds voor medische ongevallen

**Grafiek 10 - Aantal gecumuleerde dossiers**



Bron: Fonds voor medische ongevallen

Grafiek 11 - Aantal geopende dossiers per maand



Bron: Fonds voor medische ongevallen

Uit de analyse van de tabel en de vorige grafieken kunnen we meerdere zaken afleiden over het aantal ingediende dossiers.

Als we de grafiek van het aantal gecumuleerde dossiers bekijken, merken we een permanente toename op sedert de maand augustus 2012. We zien een praktisch rechte lijn die aantoont dat de toevloed van dossiers vrij stabiel en continu is.

Als we de cijfers per maand analyseren, zien we een aantal opvallende zaken. We stellen bijvoorbeeld vast dat er in september een grote toevloed van dossiers was. Dat mag geen verbazing wekken want het is de maand waarin het Fonds is opgestart en waarin er veel rond het Fonds is gecommuniceerd. Het is ook interessant om vast te stellen dat, na die toevloed in september, tussen oktober en december 2012 aanzienlijk minder dossiers zijn ingediend, met slechts 63 dossiers in die laatste maand, waarna er terug een piek was in januari met 144 ingediende dossiers. Ten slotte stellen we vast dat in de maanden januari en februari 2013 meer dossiers zijn ingediend dan in de maand september. We zullen de volgende maanden de cijfers dus in het oog moeten houden en nagaan of dat hoge aantal erop wijst dat de bevolking meer en meer op de hoogte is van het bestaan van het Fonds (dan kunnen we de volgende maanden een toename van het aantal dossiers verwachten) dan wel of de cijfers zich op een zeker niveau stabiliseren.

## 7. Verdeling van het aantal gesloten dossiers in fase 1 per maand van indiening

In de volgende tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal gesloten dossiers in fase 1 op basis van de maand van indiening.

Als we het voorbeeld nemen van de maand juli 2012, dan geeft de tabel aan dat er van de 24 dossiers die in juli 2012 bij het Fonds zijn ingediend, vandaag 20 zijn gesloten (en dat er dus 4 nog altijd in fase 1 of fase 2 worden behandeld). Daaruit blijkt dat de bevolking in juli 2012 waarschijnlijk niet goed op de hoogte was van het type schade die het Fonds kon vergoeden. De meeste dossiers die toen werden ingediend, vielen immers niet binnen het toepassingsgebied van de wet van 31 maart 2010.

Het feit dat het percentage gesloten dossiers per maand gaandeweg afneemt, is vrij logisch te noemen aangezien sommige dossiers die begin 2013 bij het Fonds zijn ingediend nog moeten worden onderzocht. De tabel moet dus omzichtig worden geanalyseerd. Niettemin biedt dit een juist beeld van het aandeel gesloten dossiers per maand.

Maand	Aantal dossiers	Aantal gesloten dossiers	%
Juli 2012	24	20	83,3
Aug 2012	98	11	11,2
Sep 2012	112	17	15,2
Okt 2012	87	15	17,2
Nov 2012	102	11	10,8
Dec 2012	63	6	9,5
Jan 2013	144	12	8,3
Feb 2013	124	2	1,6
<b>Totaal</b>	<b>754</b>	<b>94</b>	<b>12,5</b>
Bron: Fonds voor medische ongevallen			

## 8. Aantal ontvankelijke en niet-ontvankelijke dossiers en taalkundige verdeling

De laatste twee activiteitenstatistieken die worden besproken, betreffen de administratieve ontvankelijkheid van de dossiers die bij het Fonds zijn ingediend, alsook de oorzaken van de niet-ontvankelijkheid. We herinneren eraan dat de verklaring in verband met de administratieve ontvankelijkheid de laatste stap is van de initiële fase bij de verwerking van de dossiers. Een dossier wordt ontvankelijk verklaard zodra alle administratieve elementen verzameld zijn en het dossier in fase 2 kan worden behandeld. Het betreft dus wel degelijk een administratieve ontvankelijkheid en geen akkoord voor de betaling van een vergoeding of de vaststelling van de aansprakelijkheid.

Aantal dossiers	Taal			Totaal	
	D	F	N		
Ontvankelijkheid					
Nee			59	13	72
Ja	2	400		280	682
<b>Totaal</b>	<b>2</b>	<b>459</b>	<b>293</b>	<b>754</b>	

Bron: Fonds voor medische ongevallen

In deze tabel wordt aangegeven hoeveel ontvankelijke en niet-ontvankelijke dossiers over de desbetreffende periode zijn ingediend, met de taalkundige verdeling erbij.

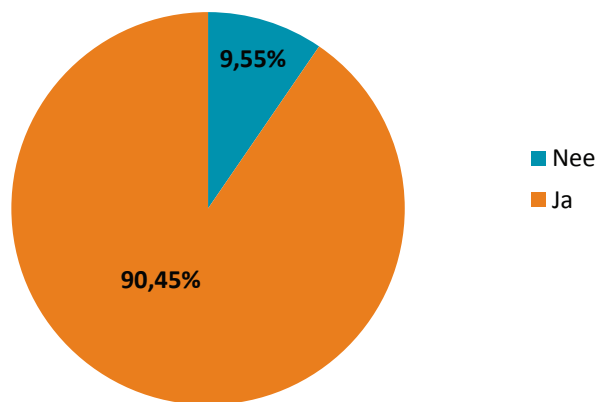
Uit de bovenstaande tabel blijkt dat 72 dossiers niet ontvankelijk zijn. Zoals eerder is aangegeven, zijn momenteel 94 dossiers gesloten. Dat betekent dat 22 ontvankelijke dossiers (die dus in fase 2 zijn beland) momenteel gesloten zijn. Die mogelijkheid kan zich voordoen in verschillende situaties die eigen zijn aan de dossiers. De meeste van die 22 dossiers zijn echter om twee redenen gesloten:

- Nadat het dossier ontvankelijk is verklaard in fase 1, heeft de aanvrager het Fonds niet verder de nodige documenten bezorgd die noodzakelijk zijn voor de behandeling van zijn dossier. Het Fonds heeft bijgevolg het dossier gesloten maar kan het nog steeds heropenen als de aanvrager de vereiste documenten inlevert.
- De aanvrager had een aanvraag ingediend bij het Fonds. Die aanvraag is ontvankelijk verklaard maar nadien heeft hij beslist om een andere piste te volgen dan die van het Fonds (gerechtelijke procedure, minnelijke schikking met de verzekeraar, enz.). Het Fonds heeft daarom de behandeling van het dossier van de aanvrager stopgezet.

Uit de onderstaande grafiek blijkt bovendien dat 90% van de ingediende dossiers vanuit administratief oogpunt ontvankelijk is. Dat wil zeggen dat zij beantwoorden aan de criteria van artikel 12 van de wet van 31 maart 2010 (zie bijlage). Daarmee wordt aangetoond dat de aanvragen die naar het Fonds worden gestuurd over het algemeen vrij volledig zijn en aan de door de wet vastgestelde voorwaarden beantwoorden.



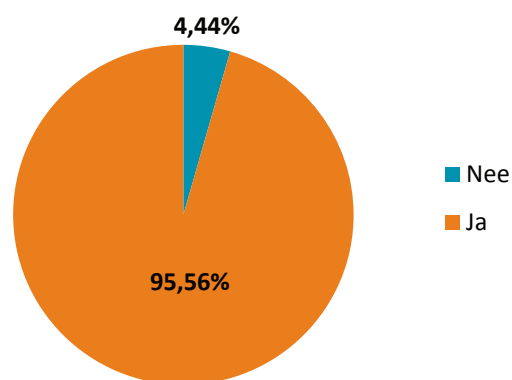
Grafiek 12 - Ontvankelijkheid



Bron: Fonds voor medische ongevallen

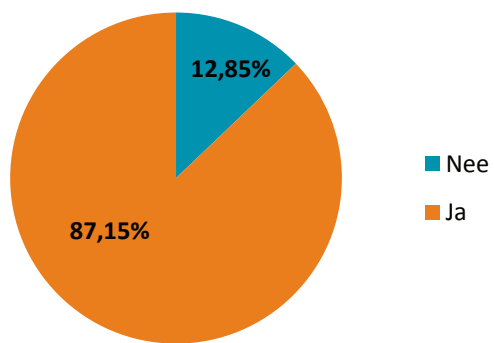
Als we het ontvankelijkheids criterium van nabij bekijken, zien we dat bij de Nederlandstalige dossiers het aantal ontvankelijke dossiers proportioneel hoger is. Meer dan 95% van de Nederlandstalige dossiers is immers ontvankelijk terwijl dat slechts voor 87% van de Franstalige dossiers het geval is. Er kunnen tal van oorzaken aan de basis van dat lichte onevenwicht liggen en zij moeten in de toekomst worden onderzocht indien die trend zich doorzet. Het aandeel Franstalige dossiers was in het begin immers veel hoger dan nu. Het is dus normaal dat er meer niet-ontvankelijke Franstalige dossiers werden geteld.

Grafiek 13 - Ontvankelijkheid NL



Bron: Fonds voor medische ongevallen

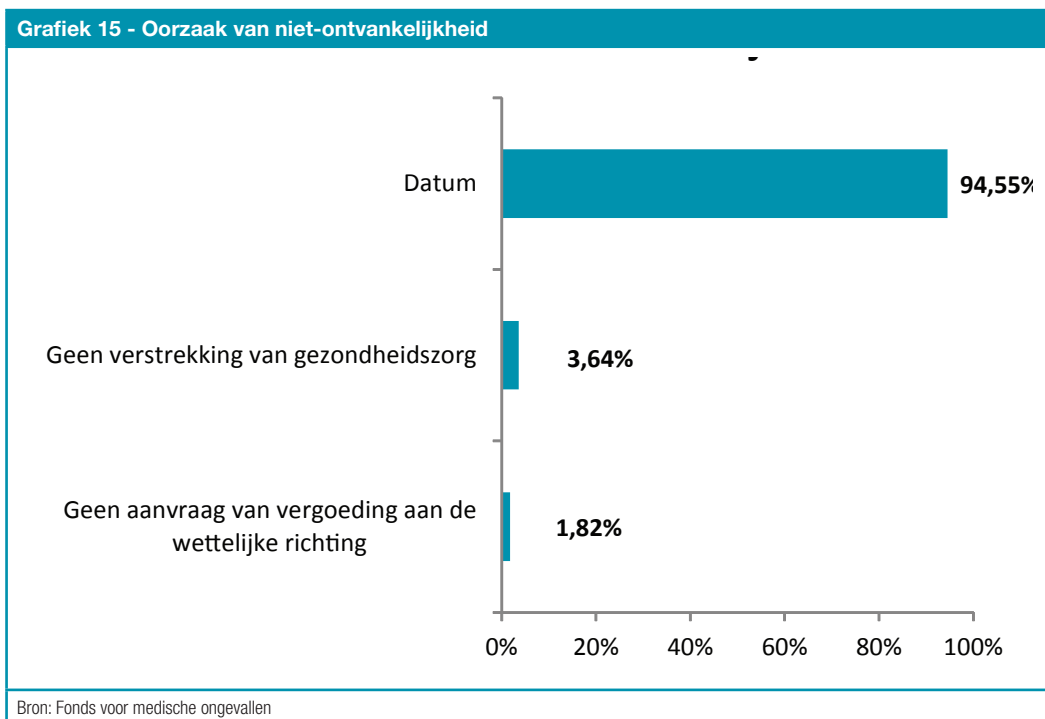
Grafiek 14 - Ontvankelijkheid FR



Bron: Fonds voor medische ongevallen

## 9. Verdeling van de oorzaken van niet-ontvankelijkheid van de dossiers

We eindigen deze analyse met de oorzaken van administratieve niet-ontvankelijkheid die tot nu toe zijn vastgesteld.



Bovenstaande grafiek is overduidelijk en toont heel precies aan dat als een dossier als niet-ontvankelijk wordt beoordeeld dat meestal is op basis van het tijdstip waarop het feit dat aan de basis lag van het ongeval zich heeft voorgedaan. Volgens de wet van 31 maart 2010 die op 2 april 2010 van toepassing was, zijn de dossiers met betrekking tot een medisch ongeval waarvan het feit dat het ongeval heeft veroorzaakt van vóór 2 april 2010 dateert, niet ontvankelijk voor het Fonds. Die oorzaak van niet-ontvankelijkheid heeft echter hoofdzakelijk betrekking op de dossiers die in de eerste maanden na de start van het Fonds zijn ingediend. Die oorzaak zou in de toekomst dus minder moeten voorkomen.

Dat impliceert dat de hierboven vermelde gemiddelde 9,55% voor de niet-ontvankelijke dossiers in de toekomst zou moeten afnemen. Naast de datum van het ongeval zijn er nog een aantal meer specifieke gevallen van niet-ontvankelijkheid. Het gebeurt bijvoorbeeld dat de aanvraag wordt verworpen omdat ze geen aanvraag tot vergoeding in de wettelijke zin is of omdat ze steunt op een feit dat geen geneeskundige verstrekking is. Die oorzaken betreffen echter nauwelijks meer dan 5% van de niet-ontvankelijke dossiers.



# 5<sup>e</sup> Deel

Begroting en kosten in het kader van het beheer of de opdrachten



Na de statistieken betreffende de activiteiten “opdrachten” van het Fonds te hebben besproken, dient een blik te worden geworpen op de begroting en de mogelijke kosten die deze verschillende opdrachten voor het Fonds zullen inhouden. Daarom is dit vijfde deel gewijd aan de financiële gegevens, meer bepaald aan de begrotingen 2012 en 2013 van het Fonds. Die begrotingen zullen in twee delen worden voorgesteld: een deel betreffende de opdrachten van het Fonds en een deel betreffende de werkingsuitgaven van het Fonds (beheersbegroting).

Zoals hierboven vermeld, is het logisch om vast te stellen dat tot nu toe geen vergoeding is betaald aangezien de verst gevorderde dossiers zich in de expertisefase bevinden. De eerste vergoedingen zullen waarschijnlijk tijdens de tweede helft van 2013 worden betaald. Momenteel is het dus niet mogelijk om statistieken te verstrekken over de aard van de vergoedingen, maar evenmin, en vooral ook niet, over de reële bedragen van die vergoedingen. Aangezien de expertises begin 2013 zijn begonnen en nog niet zijn beëindigd, kunnen aan de hand van de beschikbare gegevens ook geen relevante statistieken worden opgesteld over de kosten die deze expertises met zich meebrengen.

Voor dit eerste verslag zullen in dit deel dus geen financiële statistieken kunnen worden vermeld voor de follow-up van de begroting “opdrachten” die enerzijds de vergoedingen betreffen en anderzijds de kosten van de expertises die noodzakelijk zijn voor de goede uitvoering van de opdrachten van het Fonds. Zo zullen evenmin de financiële statistieken of rekeningen voor de follow-up van de beheersbegroting kunnen worden verstrekt, aangezien de rekeningen 2013 op dit moment niet zijn opgesteld.

## I. Begroting 2012 en 2013 – Opdrachten

In onderstaande tabel worden de middelen die het Fonds in 2012 ter beschikking heeft voor de uitvoering van zijn opdrachten, opgesomd.

<b>Tabel 8 – Middelen ter beschikking van het Fonds in 2012</b>	
<b>Rubriek</b>	<b>Begroting 2012 (in EUR)</b>
814.4 – Betwiste zaken betreffende de opdrachten van de instelling	51.843
814.5 – Honoraria, andere dan voor betwiste zaken	291.333
833.5 – Ten laste nemen van kosten, die normaal door de begunstigde moeten gedragen worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergoedingen: 5.177.814 EUR</li> <li>• Rampen: 1.909.132 EUR</li> <li>• Nosocomiale infecties: 601.127 EUR</li> <li>• EMA: 1.127.957 EUR</li> </ul>	8.816.030
<b>TOTAAL</b>	<b>9.159.206</b>
Bron: Fonds voor medische ongevallen	

Aangezien het Fonds pas in september 2012 met zijn activiteiten is gestart en er tot nu toe geen enkele vergoeding is betaald, is voor de begroting “opdrachten 2012” niets uitgegeven.

In de onderstaande tabel worden de middelen die het Fonds in 2013 ter beschikking heeft voor de uitvoering van zijn opdrachten, opgesomd.

Tabel 9 - Middelen ter beschikking van het Fonds in 2013	
Rubriek	Begroting 2013
814.4 – Betwiste zaken betreffende de opdrachten van de instelling	110.000
814.5 – Honoraria, andere dan voor betwiste zaken	805.000
833.5 – Ten laste nemen van kosten, die normaal door de begunstigden moeten gedragen worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergoedingen: 5.111.870 EUR</li> <li>• Rampen: 1.910.748 EUR</li> <li>• Nosocomiale infecties: 556.829 EUR</li> <li>• EMA: 1.345.530 EUR</li> </ul>	8.924.977
<b>TOTAAL</b>	<b>9.839.977</b>
Bron: Fonds voor medische ongevallen	

De betwiste zaken betreffende de opdrachten van de instelling stemmen overeen met het bedrag dat is geraamd voor de betaling van de advocaten in het kader van gerechtelijke procedures tegen een privéverzekeraar of van procedures tegen de verzekerden, ter betwisting van een advies of om een andere reden.

De honoraria, andere dan voor betwiste zaken, betreffen de middelen waarover het Fonds beschikt om een beroep te doen op externe gespecialiseerde beroepsmensen, die precieze informatie over een specifiek medisch probleem kunnen verstrekken. Meestal gaat het om geneesheren-specialisten of gespecialiseerde technici die op basis van hun specialisme het Fonds bijstaan bij de behandeling van specifieke dossiers.

Tot slot vormt het ten laste nemen van kosten die normaal door de begunstigden moeten worden gedragen, veruit het grootste bedrag, aangezien het gaat om het bedrag dat wordt vrijgemaakt om de slachtoffers te vergoeden. Die tenlasteneming wordt in vier aparte categorieën uitgesplitst aangezien de vergoedingen worden toegekend wegens een nosocomiale infectie, een catastrofale ramp of een ander soort medisch ongeval en de minnelijke medische expertises die zullen worden uitgevoerd.

Die begrotingen “opdrachten” zijn aanvankelijk vastgesteld op basis van een KCE-studie (rapport 107A: “Vergoeding van schade ten gevolge van gezondheidszorg”) **en bleven binnen de grenzen die door de regering werden toegekend** (jaarlijks bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bepaald door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, volgens artikel 10 van de wet van 31 maart 2010), rekening houdende met het redelijke vergoedingsrisico in 2013, gelet op de duur van de behandeling van een dossier. De normale en initiële begroting was immers aanzienlijk hoger omdat zij was gebaseerd op het aantal gevallen dat door het KCE was gesimuleerd en berekend.

## II. Begroting 2012 en 2013 – Beheer

Naast de opdrachtenbegroting (tegemoetkomingen) is er natuurlijk een beheersbegroting (werking) waarin de uitgaven die noodzakelijk zijn voor de goede dagelijkse werking van het Fonds worden ingeschreven. Zij wordt in haar geheel opgenomen in de middelen die worden opgesomd in artikel 10 van de wet van 31 maart 2010 voor de uitvoering van de opdrachten van het Fonds en maakt dus deel uit van het jaarlijkse bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bepaald door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

In de onderstaande tabellen worden de beheersbegrotingen van het Fonds weergegeven, respectievelijk voor de jaren 2012 en 2013.

Tabel 10 – Beheersbegroting 2012 (in EUR en in %)		
Begroting 2012	Totaal	%
Personeel	1.647.641	49,2%
Gewone werkingskosten	489.970	14,6%
Roerende investeringen	111.000	3,3%
Informatica werkingskosten	900.000	26,9%
Informatica investeringen	200.000	6%
<b>Totaal beheersbegroting</b>	<b>3.348.611</b>	<b>100%</b>

Bron: Fonds voor medische ongevallen

Tabel 11 – Beheersbegroting 2013 (in EUR en in %)		
Begroting 2013	Totaal	%
Personeel	1.306.653	52,9%
Gewone werkingskosten	372.370	15,1%
Roerende investeringen	21.000	0,9%
Informatica werkingskosten	700.000	28,3%
Informatica investeringen	70.000	2,8%
<b>Totaal beheersbegroting</b>	<b>2.470.023</b>	<b>100%</b>

Bron: Fonds voor medische ongevallen

Bij de uitgaven die in de beheersbegroting zijn opgenomen, bevinden zich de personeelsuitgaven voor de vergoeding van het personeel dat bij het Fonds werkt (dossierbeheerders, artsen, juridische experts, economen, enz.), maar ook de uitgaven voor de gewone werking en informaticawerking, de roerende investeringen en investeringen in informatica, die noodzakelijk zijn voor de creatie van specifieke toepassingen in het Fonds of voor de invoering van een performant systeem voor dossierbeheer.

Er dient op te worden gewezen dat de beheersbegroting 2013 is herzien om rekening te houden met de realiteit van de personeelsaanwervingen gedurende het hele jaar 2013 en met de realiteit van de andere behoeften op basis van het boekjaar 2012, rekening houdende met de beperking van het toegekende totaalbudget en met de opdrachten.



### III. Financiële statistieken betreffende de opdrachten

Deze rubriek is momenteel niet van toepassing omdat er geen relevante gegevens zijn betreffende het bedrag van de expertiseonderzoeken of vergoedingen, meer bepaald de geplande tegemoetkomingen van het Fonds ten laste van zijn begroting “opdrachten”.



## 6<sup>e</sup> Deel

Aanbevelingen om schade  
als gevolg van  
gezondheidszorg te  
voorkomen



In de wet van 31 maart 2010 wordt bepaald dat in het jaarverslag aanbevelingen van het Fonds inzake het voorkomen van schade als gevolg van gezondheidszorg moeten worden opgenomen. In die wet wordt het Fonds, naast zijn voornaamste opdracht van vergoeding en controle op de vergoeding, immers belast met een preventie-opdracht op basis van de vaststellingen die kunnen worden gedaan in het licht van de behandeling van de ingediende dossiers en van de algemene besprekingen binnen de dienst en het Beheerscomité van het Fonds. In die zin zullen de statistieken steeds preciezer zijn, teneinde echt de profielen van de dossiers (plaats van de verstrekking, soort verstrekking, betrokken zorgverleners, betreffende aandoeningen, veroorzaakte schade, enz.) te schetsen en maatregelen ter preventie van schade vast te leggen en te bespreken.

In deze actiefase van het Fonds is het te vroeg om dergelijke analyses uit te voeren, meer bepaald omdat de huidige statistieken nog te algemeen zijn en het onderzoek van de in de dossiers beoogde medische problematiek nog in zijn start- en behandelingsfase zit, en niet in een conclusiefase waaruit nuttige lering zou kunnen worden getrokken.

Gelet op het overzicht van het ziekenhuis als plaats van verstrekking, zal het interessant zijn:

- Om na te gaan of er al dan niet een bemiddelingsfase (georganiseerd door de wetgeving inzake de ziekenhuizen en de patiëntenrechten) aan de indiening van de dossiers bij het Fonds is voorafgegaan. Zo ja, dan zal het interessant zijn om de adviezen van het Fonds te vergelijken met het resultaat van de bemiddeling en om na te gaan waarom de bemiddeling niet volstond om het dossier voor de “eisende” of voor de “aansprakelijke” partij te verduidelijken. Indien er geen beroep werd gedaan op bemiddeling, dan zal het interessant zijn om de reden daarvoor te onderzoeken!
- Om op basis van het advies van het Fonds, deze problematiek, die overheersend in het ziekenhuis optreedt, te onderzoeken en na te gaan welke maatregelen kunnen worden aanbevolen, rekening houdend met de huidige kennis van de wetenschap, om schade (met of zonder aansprakelijkheid) of om conflicten over eventuele therapeutische schade, te vermijden.
- Om te proberen de realiteit van de medische ongevallen van naderbij te bekijken, teneinde na te gaan of dat overzicht van de ziekenhuisproblematiek wel degelijk overeenstemt met een hogere frequentie van de medische ongevallen en of er niet gewoon meer aangifte wordt gedaan, meer bepaald op basis van de ernst van de schade misschien.

Wordt ongetwijfeld vervolgd in het volgende verslag 2013!

7<sup>e</sup> Deel

Adviezen van het Fonds



Overeenkomstig de Wet van 31 maart 2010 worden in het jaarverslag de adviezen van het Fonds, met betrekking tot de verschillende materies die onder zijn bevoegdheid vallen, opgenomen (vergoeding en preventie), en dat onder andere op vraag van de Minister maar eveneens op eigen initiatief.

Hier ook is het nog te vroeg om, naast de interne aanbevelingen van de Raad van de Bestuur ter verduidelijking van de procedure of van de interne procedures voor het dossierbeheer en de gevraagde adviezen over de werking (begroting, personeel, enz.) of over de wetgeving (o.a. de recente wet over de integratie van het fonds in het RIZIV), adviezen of voorstellen te formuleren over eventuele wijzigingen van de wet van 31 maart 2010 of om andere elementen te overwegen met betrekking tot de behandeling van de aanvragen en dossiers.

Desalniettemin leek het zinvol om, bij de adviezen van de Raad van Bestuur, de hieronder volgende adviezen mee te delen. Zij kunnen de belanghebbenden van het Fonds op bepaalde punten meer duidelijkheid verschaffen.

## I. Ernst van schade

### 1. De patiënt heeft een blijvende invaliditeit van 25 % of meer

De Raad van Bestuur beveelt het gebruik van de verschillende bestaande schalen aan maar rekening houdende met de individuele situatie van het slachtoffer. Om willekeur te vermijden, moet de expert zijn conclusies motiveren en moeten ze transparant zijn. In een initiële fase wordt overeengekomen om voor elk individueel geval de meest geschikte schaal te gebruiken. Dit zijn de officiële Belgische schaal, de Europese schaal, eventueel aangevuld met andere schalen zoals de ICF (International classification of functioning, disability and health). Momenteel is het niet mogelijk om a priori en definitief een bepaalde schaal te kiezen en zo andere schalen uit te sluiten.

Alle schalen mogen worden gebruikt mits er een adequate motivering is en een consistente toepassing voor vergelijkbare categorieën van schadegevallen. Desgewenst kan het Fonds voor de medische ongevallen, op basis van de eigen ervaring, in de toekomst een eigen referentiekader ontwikkelen met het oog op de evaluatie van de graad van invaliditeit.

### 2. De patiënt is tijdelijk arbeidsongeschikt gedurende minstens 6 opeenvolgende maanden of 6 niet opeenvolgende maanden over een periode van 12 maanden

Rekening houdende met de ratio legis van de wet en de voorbereidende werkzaamheden stelt de Raad van Bestuur voor om voor de beoordeling van het criterium rekening te houden met een tijdelijke arbeidsongeschiktheid (TAO) aan 100 %. De beoordeling moet concreet zijn bv: de reactivering voor therapeutische doeleinden verhindert niet dat het FMO een TAO kan erkennen. De concrete beoordeling van het FMO in elk dossier kan een correctief gevolg hebben.

De Raad van Bestuur wenst te benadrukken dat er geen sprake is van het feit gebruik te maken van een systeem van degressieve tijdelijke arbeidsongeschiktheid zoals de verzekeringsmaatschappijen dat doen voor de vergoeding van de schade in het kader van het gemeen recht. Dat systeem van degressieve tijdelijke arbeidsongeschiktheid staat vaak volledig los van de effectieve werkhervatting en van de reële mogelijkheden daartoe. Men kan “in theorie” over de mogelijkheden beschikken om een gedeelte van zijn activiteiten te hervatten maar “in de praktijk” daartoe “niet in staat zijn. Zelfs een slachtoffer dat van goede wil is, heeft niet altijd de mogelijk om deeltijds te werken of om aangepast werk uit te voeren. Een theoretische en baremieke benadering, zoals die vaak in het gemeen recht wordt toegepast, is te vermijden. Er moet veeleer worden uitgegaan van de individuele situatie van het slachtoffer

### 3. De schade verstoort bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden van de patiënt

De Raad van Bestuur stel voor dat het FMO zich zal baseren op de objectieve parameters vervat in de ICF om de gevolgen te evalueren van de problemen die de patiënt ondervindt in zijn dagelijkse leven, alsook met betrekking tot zijn deelname aan het maatschappelijk leven (zie de matrix hieronder – zie voor meer details: <http://www.rivm.nl/who-fic/in/ICFwebuitgave.pdf>).

Bovendien zal veel belang worden gehecht aan de individuele situatie van elke patiënt (geval per geval). Het persoonlijk karakter van elk individu speelt ook een rol, sommigen leveren immers de meer inspanningen om een bepaald resultaat te bereiken dan anderen (uitvoering versus vermogen).

**Tabel 12 - Activiteiten en participatie: datamatrix**

Domeinen	Typering	
	Uitvoering	Vermogen
d1 Leren en toepassen van kennis		
d2 Algemene taken en eisen		
d3 Communicatie		
d4 Mobiliteit		
d5 Zelfverzorging		
d6 Huishouden		
d7 Tussenmenselijke interacties en relaties		
d8 Belangrijke levensgebieden		
d9 Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven		

Bron: Nederlandse vertaling van de WHO-publicatie International Classification of Functioning, Disability and Health ICF, Geneva 2001)

Ter herinnering de wetgever en de werkgroep willen de dossierbeheerders en de geneesheren van het FMO een algemene richtlijn geven maar er moet steeds rekening worden gehouden met de individuele situatie van de patiënt. Om die reden opteert de werkgroep ervoor om geen punten of gewicht toe te kennen aan de verschillende parameters. De Raad van Bestuur stelt voor om naast de aard van de stoornissen ook rekening te houden met de graad van ernst, de factor tijd (tijdelijk, langdurig of blijvend) en het verloop van de (gevolgen van de) stoornis (constant of wisselend karakter).

## II. Abnormale schade

De Raad van Bestuur verwijst naar de parlementaire stukken van de wet van 31 maart 2010 waarin wordt aangegeven dat de schade als abnormaal moet worden beschouwd “*indien bij de huidige stand van de kennis de schade vermeden had kunnen worden*”, alsook “*indien de schade niet het gevolg is van de specifieke toestand van de patiënt, die wordt bepaald in functie van zijn voorgeschiedenis, zijn specifieke kenmerken zoals zijn leeftijd en zijn fysieke mogelijkheden, maar ook in functie van de pathologie waarvoor de zorg wordt verstrekt, van een andere pathologie of in functie van de behandeling die hij onderging om die te behandelen, ...*” (Parl. St. 12 november 2009, Memorie van toelichting, DOC 52, 2240/001, p. 25). De parlementaire stukken vermelden voorts dat wanneer in de wet wordt verwezen naar “*de huidige stand van de wetenschap*”, de huidige stand van de wetenschappelijke kennis, alsook het hoogste niveau ervan, wordt bedoeld (Parl. St. 12 november 2009, Memorie van toelichting, DOC 52, 2240/001, 2241/001, p. 26).

De Raad van Bestuur verwijst naar haar eerdere voorstel om dit criterium in een eerste fase niet verder *in abstracto* te definiëren, maar de ontwikkeling toe te laten in het licht van de behandeling van de individuele dossiers. De Raad van Bestuur baseert zich hiervoor op de wil van de wetgever om het concept te beoordelen in het licht van elk individueel dossier en meent (net als de wetgever) dat deze benadering moeilijk verzoenbaar is met het opstellen van abstracte (statistische) risicopercen-tages verbonden aan behandelingen of diagnosetechnieken. Zelfs wanneer een gezondheidsrisico dat verbonden is aan een behandeling of diagnose statistisch niet abnormaal is, kan het in een concreet geval toch abnormaal zijn, gelet op de gezondheidstoestand van de patiënt of de huidige stand van de wetenschap.

## III. Medische gegevens

De Raad van Bestuur vraagt aan de patiënt om een recent medisch getuigschrift over zijn gezondheidstoestand te bezorgen. Wanneer de patiënt dat om eender welke reden niet kan bezorgen, brengt hij het Fonds daarvan op de hoogte; het Fonds zal vervolgens zelf de nodige stappen zetten om de medische informatie te verkrijgen, hetzij door zich zelf te wenden tot de zorgverlener(s), hetzij door een geneesheer die deel uitmaakt van het netwerk te belasten met een medisch onderzoek van de patiënt. Dat medisch getuigschrift wordt louter beschouwd als bijkomende nuttige informatie voor het Fonds en is geen voorwaarde voor de ontvankelijkheid van de aanvraag.



# 8<sup>e</sup> Deel

## Verlag over de integratie van het FMO in het RIZIV



De bestuursovereenkomst van het RIZIV 2013-2015 bevat een artikel 21 dat als volgt luidt: "*Artikel 21. De integratie van het Fonds voor de Medische ongevallen als bijzondere dienst bij het RIZIV en de ondersteuning bij het operationaliseren van de opdrachten van het Fonds*".

#### **ACTIES – VERBINTENISSEN:**

1. Realiseren van de effectieve integratie van het Fonds als bijzondere RIZIV-dienst, in uitvoering van de wet van 31 maart 2010 en de gecoördineerde GVVU-wet van 1994,
 

of concreet:

  - oprichten en definiëren van de rol van de organen (Algemeen Beheerscomité RIZIV, Beheerscomité FMO, algemene directie RIZIV, algemene directie FMO). Streefdatum: 1e trimester 2013.
  - opzetten van de processen inzake infrastructuur en de HR-middelen (+ installatie van het management voor wat betreft het eerste jaar). Streefdatum: elk jaar in 4e trimester jaar X-1.
2. Jaarlijks een verslag opmaken betreffende de activiteiten van het Fonds (met inbegrip van de elementen uit de 1e verbintenis) t.a.v. het Beheerscomité van het Fonds en de bevoegde Minister. Streefdata: 31.4.2013 (activiteiten van september 2012 tot en met februari 2013), 31.3.2014 (activiteiten jaar 2013), 31.3.2015 (activiteiten jaar 2014).
3. Opmaken van een boordtabel voor de follow-up van de dossiers en de behandelingstermijnen. Streefdatum: 30.6.2013.
4. Uitvoeren van een evaluatie en opmaak van een rapport ter zake betreffende de wet voor de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (van 31 maart 2010) met het oog op eventuele bijstellingen van deze wet en van de GVVU-wet. Streefdatum: 30.6.2015.
5. Voorstellen van de mogelijke aanpassingen aan de reglementaire teksten, inclusief coördineren van het debat hierover. Streefdatum: 31.12.2015.

Krachtens artikel 21. "Acties-verbintenissen, 2.", heeft dit deel specifiek betrekking op de daadwerkelijke integratie van het Fonds als bijzondere dienst in het RIZIV, zoals vermeld in Acties-verbintenissen, 1.

Dit verslag moet worden gezien als "Jaarlijks een verslag opmaken betreffende de activiteiten van het Fonds".

## I. Wettelijke basis van de integratie

In het Belgisch Staatsblad van 29 maart 2013 is de wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) bekendgemaakt.

In hoofdstuk 5. van die wet, betreffende de “Oprichting van een dienst ‘*Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO)*’ bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)”, worden de voorwaarden van die oprichting vastgelegd, meer bepaald in de artikelen 27 tot 43.

Artikel 43 luidt als volgt: “*De inwerkingtreding van dit hoofdstuk is vastgesteld op ten vroegste 1 januari 2013. Indien de publicatie van deze wet na deze datum plaatsvindt, wordt de inwerkingtreding van dit hoofdstuk vastgesteld op de eerste dag van de maand die volgt op de publicatie.*”

Gelet op de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van 29 maart 2013 wordt de inwerkingtreding van hoofdstuk 5 vastgesteld op de eerste dag van de maand die volgt op de publicatie, dus op 1 april 2013.

## II. Algemene voorwaarden inzake de integratie en de autonomie van het Fonds in het RIZIV

De wetgever streefde in principe naar een organisatorische integratie van de dienst “Fonds voor de medische ongevallen” in het RIZIV, waarbij echter een autonomie op het vlak van bestuur en beheer van de opdrachten wordt gegarandeerd.

In afdeling 1, artikelen 27 tot 29, wordt de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade ten gevolge van gezondheidszorg gewijzigd, door in die wet de opdrachten en procedures voor het Fonds te behouden en de institutionele en organisatorische elementen van het Fonds als ION van categorie B op te heffen.

Er dient te worden benadrukt dat de opdrachten van het Fonds en de procedures verder worden geregeld bij de oorspronkelijke wet van 31 maart 2010, waarin de vergoeding van schade ten gevolge van gezondheidszorg werd ingevoerd. Zoals de wetgever het wenste, is dat een eerste garantie voor autonomie van het in het RIZIV geïntegreerde Fonds, aangezien elke eventuele wijziging in zijn opdrachten via een wijziging van de specifieke wet van 31 maart 2010 moet worden doorgevoerd, en niet via de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet).

In afdeling 2, artikelen 30 tot 37, wordt de GVU-wet gewijzigd teneinde het Fonds op institutioneel en organisatorisch vlak als nieuwe dienst in het RIZIV te integreren.

Artikel 30 vormt een aanvulling op de draagwijdte van de gecoördineerde wet: “*Zij stelt tevens een regeling in voor de vergoeding van de medische ongevallen die het gevolg zijn van gezondheidszorg, en organiseert die in een aparte tak die betrekking heeft op de vergoeding van de medische ongevallen*”. De oprichting van een **aparte derde tak betreffende de vergoeding van de medische ongevallen** naast de aparte tak van de geneeskundige verzorging en de aparte tak van de uitkeringen, vormt een nieuwe garantie voor de autonomie van deze nieuwe tak, op dezelfde manier als voor de twee takken met een andere oorsprong, binnen de gecoördineerde wet en binnen de organisatie- en beheersmethodes van het RIZIV.

Via artikel 33 wordt in de GvU-wet een nieuwe titel VIbis ingevoegd die de nieuwe artikelen 137ter tot 137sexies bevat.

Het is rond die titel VIbis dat het draait bij de integratie van het Fonds in het RIZIV aangezien hij de “*VERGOEDING VAN SCHADE ALS GEVOLG VAN GEZONDHEIDSZORG*” betreft en de organisatorische voorwaarden regelt voor de integratie van een nieuwe aparte tak en een nieuwe dienst “*Fonds voor de Medische Ongevallen*”, afgekort als FMO, opricht die belast is met het beheer van de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg en met de toepassing van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.” (artikel 137ter, § 1).

In het nieuwe artikel 137ter, § 2 wordt het volgende bepaald: “*Vanaf de datum van inwerkingtreding van titel VIbis, neemt de dienst alle bij voormelde wet van 31 maart 2010 vastgestelde opdrachten van het Fonds voor de medische ongevallen over en voert ze verder uit.*”

Teneinde de scheiding van de opdrachten en het aparte karakter van enerzijds die nieuwe tak en die nieuwe dienst en anderzijds de andere takken en diensten van het RIZIV te versterken, wordt in het nieuwe artikel 137ter het volgende gesteld:

§ 5: “*De leden van het Beheerscomité, de personeelsleden evenals alle permanente of occasionele medewerkers van de dienst zijn gebonden door het beroepsgeheim.*”

§ 6: “*Geen van de andere diensten of personeelsleden van een andere dienst van het Instituut kunnen toegang of informatie krijgen met betrekking tot de door de dienst behandelde dossiers en individuele zaken of de personen op wie zij betrekking hebben, zelfs niet voor of in het kader van de opdrachten van die andere dienst.*”

### III. Oprichting van de organen en definiëren van hun rol

In punt III wordt onderzocht hoe de verschillende organen worden opgericht en hoe hun rol wordt gedefinieerd (acties-verbintenissen 1, eerste streepje van artikel 21 van de bestuursovereenkomst RIZIV 2013-2015), meer bepaald om te komen tot het gewenste evenwicht tussen functionele integratie en autonomie van de opdrachten.

Zoals reeds vermeld, luidt artikel 33 van de wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) als volgt:

“*In dezelfde wet (gecoördineerde ZIV-wet van 1994) wordt een titel VIbis ingevoegd, die de artikelen 137ter tot 137sexies bevat, luidende:*

“*TITEL VIBIS. - DE VERGOEDING VAN SCHADE ALS GEVOLG VAN GEZONDHEIDSZORG*”

HOOFDSTUK 1. behandelt: - *DE ORGANEN*”

## 1. De dienst “Fonds voor de medische ongevallen”

In dit hoofdstuk 1 wordt een eerste afdeling als volgt omschreven: *“Afdeling 1. - De dienst “Fonds voor de Medische Ongevallen” (FMO)”*

In een nieuw artikel 137ter worden die nieuwe dienst en zijn opdracht als volgt gedefinieerd:

*“Er wordt binnen het Instituut, onder de naam “Fonds voor de Medische Ongevallen”, afgekort als FMO, een dienst opgericht die belast is met het beheer van de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg en met de toepassing van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.*

*Vanaf de datum van inwerkingtreding van titel VIbis, neemt de dienst alle bij voormelde wet van 31 maart 2010 vastgestelde opdrachten van het Fonds voor de Medische Ongevallen over en voert ze verder uit.”*

## 2. Het Beheerscomité van de dienst

In dit hoofdstuk 1 wordt een tweede afdeling als volgt omschreven:

*“Afdeling 2. – Het Beheerscomité van de dienst”*

In een nieuw artikel 137quater wordt dit nieuwe beheersorgaan van de dienst “Fonds voor de medische ongevallen” opgericht en wordt de samenstelling ervan bepaald, overeenkomstig de samenstelling van de Raad van Bestuur van het bij de wet van 31 maart 2010 opgerichte Fonds.

In een nieuw artikel 137quinquies wordt de rol van het nieuwe Beheerscomité vastgelegd:

*“1° beheert samen met de dienst en zijn directeur-generaal de in de voormelde wet van 31 maart 2010 bepaalde opdrachten;*

*2° stelt de rekeningen vast en maakt de begroting op met betrekking tot de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg, zoals die is vastgesteld in de voormelde wet van 31 maart 2010;*

*3° stelt het Algemeen Comité de begroting van de administratiekosten van de dienst voor;*

*4° verleent het Algemeen Comité advies over het jaarlijkse voorstel met betrekking tot de personeelsformatie van de dienst;*

*5° wordt door de directeur-generaal van de dienst geïnformeerd over de procedures voor overheidsopdrachten in het kader van de opdrachten van de dienst of van het beheer ervan en met name die opdrachten die de administrateur-generaal van het Instituut aan het Beheerscomité heeft gedelegeerd;*

*6° stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt dat ter goedkeuring voor aan de Koning.”*

In artikel 137quinquies wordt niet alleen de rol van het Beheerscomité van de dienst vastgelegd maar ook de rol van andere actoren (hierboven onderstreept) in hun relaties met die dienst, zoals de directeur-generaal van de dienst, het Algemeen comité (Algemeen Beheerscomité van het RIZIV) en de administrateur-generaal van het RIZIV, ook al worden ook andere rollen van die verschillende actoren gepreciseerd (soms meer in het algemeen) in andere artikelen van de Gvu-wet.

Tot de rol van het Beheerscomité van de dienst behoort ook de autonome bevoegdheid van de dienst bij het beheer van de opdrachten die zijn vastgelegd bij de wet van 31 maart 2010, waaronder de begroting “opdrachten” (punten 1° en 2°).

De functionele integratie van de dienst in het RIZIV houdt echter een bevoegdheid in op het vlak van het formuleren van voorstellen en adviezen (aan het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV) of verstrekken van informatie (door de directeur-generaal) zoals vermeld in de punten 3° (beheersbegroting), 4° (personeel) en 5° (overheidsopdrachten).

### 3. De directeur-generaal

Naast wat in punt III.2 wordt gepreciseerd over de rol van de directeur-generaal jegens het Beheerscomité van de dienst en wat er staat in de functiebeschrijving van de directeur-generaal, die door de verschillende instanties is gevalideerd (Algemeen Beheerscomité van het RIZIV, Raad van Bestuur van het FMO, Algemeen Bestuur van het RIZIV, enz.), wordt in hoofdstuk 5 (artikel 27 tot 43) van de wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) nog het volgende gepreciseerd:

- Artikel 34 vormt een aanvulling op artikel 177 van de GVVU-wet, door de directeur-generaal van de dienst “Fonds voor de medische ongevallen” eraan toe te voegen. In artikel 177 wordt enerzijds bepaald dat het personeel van het Instituut onder de leiding staat van de administrateur-generaal, bijgestaan door de adjunct-administrateur-generaal. Zij worden in hun opdrachten terzijde gestaan door de directeurs-generaal van de diensten. Anderzijds wordt er gesteld dat de directeurs-generaal de leiding over de betrokken diensten (hun respectieve dienst) uitoefenen onder het gezag van de administrateur-generaal en van de adjunct-administrateur-generaal.
- Artikel 35 vormt een aanvulling op artikel 182 van de GVVU-wet, door de directeur-generaal van de dienst “Fonds voor de medische ongevallen” eraan toe te voegen. In dat artikel 182 wordt bepaald dat de directeurs-generaal de vergaderingen van het Algemeen comité (Algemeen Beheerscomité van het RIZIV) bijwonen, maar in de nieuwe § 4 wordt ook het volgende gesteld: *“De directeur-generaal van het in artikel 177, tweede lid, bedoelde Fonds, wordt belast met de uitvoering van de beslissingen van het Beheerscomité van de dienst van het Fonds voor de Medische Ongevallen, waartoe hij overeenkomstig artikel 181, zevende lid, is gemachtigd. Hij woont de vergaderingen van het Beheerscomité van de dienst van het Fonds voor de Medische Ongevallen bij en neemt het secretariaat ervan waar. Hij woont ambtshalve de vergaderingen bij van de raden en commissies die in de dienst werkzaam zijn of kan zich daarop laten vertegenwoordigen door de ambtenaar die hij aanwijst.”*

## IV. Andere punten betreffende de integratie van het Fonds voor de medische ongevallen

De integratie van het Fonds voor de medische ongevallen als een nieuwe tak van de gecoördineerde ZIV-wet en een nieuwe bijzondere dienst van het RIZIV, zal leiden tot de verdwijning van het Fonds als ION van categorie B, zoals dat wordt bepaald in de wet van 31 maart 2010. Die verdwijning zal leiden tot de afsluiting van de rekeningen 2010 tot 2013 op 31 maart 2013, de overheveling van de financieringstoelage 2013 (begroting voor opdrachten en beheer) naar het RIZIV en de beëindiging van de sociale of fiscale verplichtingen van de oude ION op 31 maart 2013; zij moeten door het RIZIV worden overgenomen.

Verscheidene teksten (huishoudelijk reglement,...) en procedures (personeel, financiën,..) zullen eveneens moeten worden gewijzigd teneinde rekening te houden met de nieuwe wettelijke context. Dat alles zou in de loop van 2013 moeten worden geregeld.

# Bijlagen

- Bijlage 1** Samenstelling van de Raad van Bestuur
- Bijlage 2** Wet van 31 maart 2010 (betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg - B.S. 02.04.2010)
- Bijlage 3** Hoofdstuk 5 van de wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) (B.S. 29.3.2013) betreffende de integratie van het Fonds als bijzondere dienst en aparte tak in het RIZIV

# Bijlage 1 - Samenstelling van de Raad van Bestuur

## Professoren of docenten in de rechten, gespecialiseerd in medisch recht

Geneviève Schamps (FR) Voorzitster  
Jean-Luc Fagnard (FR) (plaatsvervanger) *onstlagnemend*  
Steven Lierman (NL) Vice-voorzitter  
Jean Rogge (NL) (plaatsvervanger)

## Vertegenwoordigers van de overheid

Jean-Noël Godin (FR) (effectief)  
Anne Junion (FR) (plaatsvervanger)  
Laurent Guinotte (FR) (effectief)  
Anne Kirsch (FR) (plaatsvervanger)  
Marc Loix (NL) (effectief)  
Daniel Devos (NL) (plaatsvervanger)  
Stefaan Noreilde (NL) (effectief)  
Yolande Avontroodt (NL) (plaatsvervanger)

## Vertegenwoordigers van werkgevers en zelfstandigen

Brigitte Delbrouck (FR) (effectief)  
Michel Devriese (FR) (plaatsvervanger)  
Bernadette Adnet (Fr) (effectief)  
Jean Creplet (FR) (plaatsvervanger)  
Gert Peeters (NL) (effectief)  
Martine Bogaert (NL) (plaatsvervanger)  
Lieven Depaepe (NL) (effectief)  
Ivo Van Damme (NL) (plaatsvervanger)

## Vertegenwoordigers van werknemers

Marie-Hélène Ska (FR) (effectief)  
Andrée Debrulle (FR) (plaatsvervanger)  
Paul Palsterman (FR) (effectief)  
Anne Panneels (FR) (plaatsvervanger)  
Hugo Van Lancker (NL) (effectief)  
Sabine Slegers (NL) (plaatsvervanger)  
Joost Rampelberg (NL) (effectief) *onstlagnemend*  
Celien Vanmoerkerke (NL) (plaatsvervanger)



## Vertegenwoordigers van verzekeringsinstellingen

Jacques Bolly (FR) (effectief)  
Paul Jamar (FR) (plaatsvervanger)  
Hélène Notable (FR) (effectief)  
Natacha Badie (FR) (plaatsvervanger)  
Renée Vander Veken (NL) (effectief)  
Karen Mullié (NL) (plaatsvervanger)  
Paul Kennes (NL) (effectief)  
Hugo Coppens (NL) (plaatsvervanger)

## Vertegenwoordigers van beroepsbeoefenaars

Michel Masson (FR) (effectief)  
Jacques Hugé (FR) (plaatsvervanger)  
Michel Evrard (FR) (effectief)  
Fabienne Vandooren (FR) (plaatsvervanger)  
Bruno Seys (FR) (effectief)  
Guy Bergiers (FR) (plaatsvervanger)  
Yves Grysolle (NL) (effectief)  
Marc De Leeuw (NL) (plaatsvervanger)  
Heidi Vanheusden (NL) (effectief)  
Sean Vranckx (NL) (plaatsvervanger)

## Vertegenwoordigers van verzorgingsinstellingen

Alban Antoine (FR) (effectief)  
Anne-Marie Jaumotte (FR) (plaatsvervanger)  
Herman Nys (NL) (effectief)  
Johan Hellings (NL) (plaatsvervanger)  
Annette Schuermans (NL) (effectief)  
Bart Gords (NL) (plaatsvervanger)

## Vertegenwoordigers van de patiënten

Maria Lopez-Alonzo (FR) (effectief)  
Anne-Cécile Hansenne (FR) (plaatsvervanger)  
Juan Rodriguez (FR) (effectief)  
Micky Fierens (FR) (plaatsvervanger)  
Roel Heijlen (NL) (effectief)  
Sarah Defloor (NL) (plaatsvervanger)  
Denise Vander Weyden (NL) (effectief)  
Didier Vanhede (NL) (plaatsvervanger)

# Bijlage 2 - Wet van 31 maart 2010 (betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg - B.S. 02.04.2010

BELGISCH STAATSBLED — 02.04.2010 — MONITEUR BELGE

19913

## WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

N. 2010 — 1083 [C — 2010/24096]

31 MAART 2010. — Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (1)

ALBERT II, Koning der Belgen,  
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt :

HOOFDSTUK 1. — Inleidende bepalingen

Afdeling 1. — Algemene bepaling

**Artikel 1.** Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Afdeling 2. — Definities en toepassingsgebied

**Art. 2.** Voor de toepassing van deze wet en haar uitvoeringsbesluiten wordt verstaan onder :

1° « zorgverlener » : een beroepsbeoefenaar of een verzorgingsinstelling;

2° « beroepsbeoefenaar » : de beoefenaar bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, alsmede de beoefenaar van een niet-conventionele praktijk bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen;

3° « verzorgingsinstelling » : elke instelling die gezondheidszorg verstrekt en is gereguleerd door de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, evenals het ziekenhuis dat beheerd wordt door het Ministerie van Landsverdediging en dat gelegen is in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de bloedinstellingen en -centra in de zin van het koninklijk besluit van 4 april 1996 betreffende de afneming, de bereiding, de bewaring en de terhandstelling van bloed en bloedderivaten van menselijke oorsprong en de instellingen bedoeld in het koninklijk besluit nr. 143 van 30 december 1982 tot vaststelling van de voorwaarden waaraan de laboratoria moeten voldoen voor de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor verstrekkingen van klinische biologie;

4° « verstrekking van gezondheidszorg » : door een zorgverlener verstrekte diensten met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden;

5° « patiënt » : de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek;

6° « schade als gevolg van gezondheidszorg » : schade die haar oorzaak vindt in een verstrekking van gezondheidszorg en die voortvloeit uit :

a) ofwel een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener;

b) ofwel een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid;

7° « medisch ongeval zonder aansprakelijkheid » : een ongeval dat verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg dat geen aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, dat niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt en dat voor de patiënt abnormale schade met zich meebrengt. De schade is abnormaal wanneer ze zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie. Het therapeutisch falen en een verkeerde diagnose zonder fout zijn geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid;

8° « verzekeraar » : een verzekeringsonderneming die in België is toegelaten of van toelating is vrijgesteld met toepassing van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen;

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,  
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

F. 2010 — 1083 [C — 2010/24096]

31 MARS 2010. — Loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (1)

ALBERT II, Roi des Belges,  
A tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Dispositions *pr liminaires*

Section 1<sup>re</sup>. — Disposition générale

**Article 1<sup>er</sup>.** La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Section 2. — Définitions et champ d'application

**Art. 2.** Pour l'exécution de la présente loi et de ses arrêtés d'exécution, on entend par :

1° « prestataire de soins » : un praticien professionnel ou une institution de soins de santé;

2° « praticien professionnel » : le praticien visé à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, ainsi que le praticien ayant une pratique non conventionnelle, visée dans la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales;

3° « institution de soins de santé » : tout établissement dispensant des prestations de soins de santé et réglementé par la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, ainsi que l'hôpital géré par le Ministère de la Défense nationale et situé dans la Région de Bruxelles-Capitale, les établissements et centres de transfusion sanguine au sens de l'arrêté royal du 4 avril 1996 relatif au prélèvement, à la préparation, à la conservation et à la délivrance du sang et des dérivés du sang d'origine humaine, et les établissements visés par l'arrêté royal n° 143 du 30 décembre 1982 fixant les conditions auxquelles les laboratoires doivent répondre en vue de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour les prestations de biologie clinique;

4° « prestation de soins de santé » : services dispensés par un prestataire de soins en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé du patient ou de l'accompagner en fin de vie;

5° « patient » : la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non;

6° « dommage résultant de soins de santé » : un dommage qui trouve sa cause dans une prestation de soins de santé et qui découle :

a) soit d'un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins;

b) soit d'un accident médical sans responsabilité;

7° « accident médical sans responsabilité » : un accident lié à une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient et qui entraîne pour le patient un dommage anormal. Le dommage est anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible. L'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic ne constituent pas un accident médical sans responsabilité;

8° « assureur » : une entreprise d'assurances agréée en Belgique en application de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances ou dispensée de l'agrément en application de cette même loi;

19914

BELGISCH STAATSBLAD — 02.04.2010 — MONITEUR BELGE

9° « verzekeringsinstelling » : de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen in de zin van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen;

10° « het Fonds » : het Fonds bedoeld in artikel 6;

11° « de Minister » : de Ministers die bevoegd zijn voor Volksgezondheid en Sociale Zaken.

**Art. 3.** § 1. Deze wet regelt de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg, onverminderd het recht van het slachtoffer of zijn rechthebbenden om, overeenkomstig de regels van het gemeen recht, de vergoeding van zijn schade voor de hoven en rechtbanken te vorderen.

§ 2. Zijn uitgesloten uit het toepassingsgebied van deze wet, de schade die het gevolg is van :

1° een experiment in de zin van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon;

2° een verstrekking van gezondheidszorg die werd verricht met een esthetisch doel en die niet terugbetaalbaar is krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

§ 3. Het slachtoffer van schade als gevolg van gezondheidszorg of zijn rechthebbenden kunnen niet meer dan een keer worden vergoed voor dezelfde schade door een beroep te doen op de procedure voor het Fonds en de gerechtelijke weg te bewandelen of door een beroep te doen op die procedure na reeds in der minne voor die schade te zijn vergoed buiten om het even welke procedure.

HOOFDSTUK 2. — *Voorwaarden voor de vergoeding door het Fonds*

**Art. 4.** Het Fonds vergoedt het slachtoffer of zijn rechthebbenden overeenkomstig het gemeen recht :

1° wanneer de schade is veroorzaakt door een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst;

2° wanneer het Fonds oordeelt of wanneer vaststaat dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener, wiens burgerlijke aansprakelijkheid niet of niet voldoende is gedekt door een verzekeringsovereenkomst;

3° wanneer het Fonds oordeelt dat de schade veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener en wanneer deze of zijn verzekeraar de aansprakelijkheid betwist, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst;

4° wanneer de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt een voorstel tot vergoeding doet dat het Fonds kennelijk ontoereikend vindt.

**Art. 5.** De schade is ernstig genoeg indien aan één van de volgende voorwaarden is voldaan :

1° de patiënt is getroffen door een blijvende invaliditeit van 25 % of meer;

2° de patiënt is getroffen door een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden;

3° de schade verstoort bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden van de patiënt;

4° de patiënt is overleden.

HOOFDSTUK 3. — *Het Fonds voor de medische ongevallen*

**Art. 6.** Er wordt een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid opgericht, genaamd « Fonds voor de medische ongevallen », die ingedeeld wordt in de categorie B bepaald bij de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle van sommige instellingen van openbaar nut.

Onverminderd de wet van 16 maart 1954 en deze wet bepaalt de Koning de regelen betreffende de organisatie en de werking van het Fonds.

**Art. 7.** § 1. De raad van bestuur van het Fonds is samengesteld als volgt :

1° vier leden die de overheid vertegenwoordigen;

2° vier leden die de representatieve organisaties van alle werkgevers en de representatieve organisaties van zelfstandigen vertegenwoordigen;

3° vier leden die de representatieve organisaties van alle werknemers vertegenwoordigen;

4° vier leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;

9° « organisme assureur » : les mutualités et les unions nationales de mutualités au sens de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualité et aux unions nationales de mutualités;

10° « le Fonds » : le Fonds visé à l'article 6;

11° « le Ministre » : les Ministres qui ont dans leurs attributions la Santé publique et les Affaires sociales.

**Art. 3.** § 1<sup>er</sup>. La présente loi règle l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, sans préjudice du droit de la victime ou de ses ayants droit de réclamer, conformément aux règles du droit commun, l'indemnisation de son dommage devant les cours et tribunaux.

§ 2. Sont exclus du champ d'application de la présente loi, les dommages résultant :

1° d'une expérimentation au sens de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine;

2° d'une prestation de soins de santé accomplie dans un but esthétique non remboursable en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 3. La victime d'un dommage résultant de soins de santé ou ses ayants droit ne peuvent être indemnisés plusieurs fois pour ce même dommage en ayant recours cumulativement à la procédure devant le Fonds et à la voie judiciaire ou en ayant recours à cette procédure après avoir bénéficié d'une indemnisation amiable de ce dommage en dehors de toute procédure.

CHAPITRE 2. — *Conditions de l'indemnisation par le Fonds*

**Art. 4.** Le Fonds indemnise la victime ou ses ayants droit conformément au droit commun :

1° lorsque le dommage trouve sa cause dans un accident médical sans responsabilité, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5;

2° lorsque le Fonds est d'avis ou qu'il est établi que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins, dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte par un contrat d'assurance;

3° lorsque le Fonds est d'avis que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins et que celui-ci ou son assureur conteste la responsabilité, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5;

4° lorsque l'assureur couvrant la responsabilité du prestataire de soins qui a causé le dommage formule une offre d'indemnisation que le Fonds juge manifestement insuffisante.

**Art. 5.** Le dommage est suffisamment grave lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

1° le patient subit une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %;

2° le patient subit une incapacité temporaire de travail au moins durant six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur une période de douze mois;

3° le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient;

4° le patient est décédé.

CHAPITRE 3. — *Le Fonds des accidents médicaux*

**Art. 6.** Il est créé, sous le nom de « Fonds des accidents médicaux », un organisme public doté de la personnalité juridique, classé dans la catégorie B prévue par la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public.

Sans préjudice de la loi du 16 mars 1954 et de la présente loi, le Roi détermine les règles relatives à l'organisation et au fonctionnement du Fonds.

**Art. 7.** § 1. Le conseil d'administration du Fonds se compose comme suit :

1° quatre membres représentant l'autorité;

2° quatre membres représentant les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et les organisations représentatives de travailleurs indépendants;

3° quatre membres représentant les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés;

4° quatre membres représentant les organismes assureurs;

5° vijf leden die de beroepsbeoefenaars vertegenwoordigen, waaronder minstens drie artsen;

6° drie leden die de verzorgingsinstellingen vertegenwoordigen, waaronder minstens een geneesheer-hygiënist;

7° vier leden die de patiënten vertegenwoordigen;

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

De raad van bestuur en elk van de groepen die erin zijn vertegenwoordigd tellen evenveel Nederlandstalige als Franstalige leden. Om te oordelen of deze laatste voorwaarde is vervuld worden de vertegenwoordigers van de beroepsbeoefenaars en van de verzorgingsinstellingen beschouwd als één enkele groep.

De voorzitter en de ondervoorzitter behoren tot een verschillende taalrol.

§ 2. De Koning bepaalt de wijze waarop de leden worden aangewezen.

Hij benoemt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Minister-raad, de voorzitter, de ondervoorzitter en de leden voor een hernieuwbaar mandaat van zes jaar. Hij kan, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, plaatsvervangende leden benoemen.

§ 3. De Koning bepaalt de vergoedingen en het presentiegeld van de voorzitter, de ondervoorzitter en de leden van de raad van bestuur van het Fonds.

**Art. 8. § 1.** Het Fonds heeft als opdracht de vergoeding van de slachtoffers van schade als gevolg van gezondheidszorg of van hun rechthebbenden te organiseren binnen de grenzen van de artikelen 4 en 5.

In het kader van deze opdracht is het Fonds ermee belast :

1° te bepalen of de schade als gevolg van gezondheidszorg die de patiënt heeft geleden al dan niet aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, en de ernst van de schade te beoordelen. Te dien einde, kan het Fonds :

a) aan iedere natuurlijke persoon of rechtspersoon alle documenten en informatie opvragen die noodzakelijk zijn om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade waarvoor de aanvraag is ingediend te kunnen beoordelen;

b) een beroep doen op gespecialiseerde beroepsbeoefenaars om verduidelijking te krijgen omtrent een specifiek domein van gezondheidszorg;

2° vast te stellen of de burgerlijke aansprakelijkheid van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt daadwerkelijk en voldoende is gedekt door een verzekering;

3° wanneer het oordeelt dat de schade voldoet aan de voorwaarden gesteld in de artikelen 4 en 5, de patiënt of zijn rechthebbenden te vergoeden;

4° wanneer het oordeelt dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, de zorgverlener of diens verzekeraar te verzoeken een voorstel te doen tot vergoeding van de patiënt of zijn rechthebbenden;

5° op verzoek van de patiënt of zijn rechthebbenden, van een zorgverlener of zijn verzekeraar, een bemiddeling te organiseren overeenkomstig de artikelen 1724 tot 1733 van het Gerechtelijk Wetboek. Het Fonds kan in voorkomend geval partij zijn aan de bemiddeling;

6° op vraag van de patiënt of zijn rechthebbenden advies te verstrekken over de toereikendheid van het bedrag van de vergoeding die door de zorgverlener of zijn verzekeraar wordt voorgesteld.

§ 2. Het Fonds heeft eveneens als opdracht :

1° op verzoek van de minister of op eigen initiatief, adviezen uit te brengen over elke aangelegenheid in verband met de preventie of de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg;

2° statistieken op te maken over vergoedingen die werden toegekend krachtens de bepalingen van deze wet;

3° een jaarlijks activiteitenverslag op te stellen dat aan de minister, aan de Wetgevende Kamers en aan de Federale Commissie Rechten van de patiënt wordt bezorgd. Dit verslag bevat de analyse van statistische en financiële gegevens, aanbevelingen om de schade als gevolg van gezondheidszorg te voorkomen, een voorstelling van en toelichting bij de adviezen die het Fonds meent te moeten uitbrengen. Dit verslag bevat geen persoonsgegevens.

5° cinq membres représentant les praticiens professionnels, dont trois médecins au moins;

6° trois membres représentant les institutions de soins de santé, dont au moins un médecin hygiéniste;

7° quatre membres représentant les patients;

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

Le conseil d'administration et chacun des groupes représentés en son sein comptent autant de membres de langue française que de membres de langue néerlandaise. Pour juger si cette dernière condition est remplie, les représentants des praticiens professionnels et des institutions de soins de santé sont considérés comme un seul groupe.

Le président et le vice-président sont d'un rôle linguistique différent.

§ 2. Le Roi fixe le mode de désignation des membres.

Il nomme, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, le président, le vice-président et les membres pour un mandat de six ans, renouvelable. Il peut, dans les conditions qu'il détermine, nommer des membres suppléants.

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

**Art. 8. § 1<sup>er</sup>.** Le Fonds a pour mission d'organiser l'indemnisation des victimes de dommages résultant de soins de santé ou de leurs ayants droit, dans les limites des articles 4 et 5.

Dans le cadre de cette mission, le Fonds est chargé de :

1° déterminer si le dommage résultant de soins de santé subi par le patient engage ou non la responsabilité d'un prestataire de soins, et d'évaluer la gravité de celui-ci. Dans ce but, le Fonds peut :

a) solliciter de toute personne physique ou morale tous les documents et toutes les informations nécessaires pour pouvoir apprécier les causes, les circonstances et les conséquences du dommage faisant l'objet de la demande;

b) faire appel à des praticiens professionnels spécialisés afin d'obtenir des précisions dans un domaine particulier des soins de santé;

2° vérifier si la responsabilité civile du prestataire de soins qui a causé le dommage est effectivement et suffisamment couverte par une assurance;

3° lorsqu'il estime que le dommage répond aux conditions fixées aux articles 4 et 5, indemniser le patient ou ses ayants droit;

4° lorsqu'il estime que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins, inviter celui-ci ou son assureur à formuler une offre d'indemnisation du patient ou de ses ayants droit;

5° organiser, à la demande du patient ou de ses ayants droit, d'un prestataire de soins ou de son assureur, une médiation conformément aux articles 1724 à 1733 du Code judiciaire. Le Fonds peut le cas échéant être partie à la médiation;

6° donner, à la demande du patient ou de ses ayants droit, un avis sur le point de savoir si le montant de l'indemnisation proposée par un prestataire de soins ou son assureur est suffisant.

§ 2. Le Fonds a également pour mission de :

1° émettre, à la demande du ministre ou d'initiative, des avis sur toute question concernant la prévention ou la réparation des dommages résultant de soins de santé;

2° établir des statistiques sur les indemnisations accordées en vertu des dispositions de la présente loi;

3° établir un rapport annuel d'activité, qui est remis au ministre, aux Chambres législatives et à la Commission fédérale Droits du patient". Ce rapport contient l'analyse des données statistiques et financières, des recommandations pour prévenir les dommages résultants de soins de santé, une présentation et un commentaire des avis que le Fonds estime devoir émettre. Ce rapport ne contient aucune donnée à caractère personnel.

**Art. 9. § 1.** De personeelsformatie van het Fonds moet het dit Fonds mogelijk maken over de noodzakelijke deskundigheid te beschikken om in het bijzonder zijn medische en juridische opdrachten te vervullen.

§ 2. De leden van de raad van bestuur en het personeel van het Fonds, alsook alle permanente of occasionele medewerkers ervan, zijn gebonden door het beroepsgeheim. Artikel 458 van het Strafwetboek is op hen van toepassing.

**Art. 10.** Voor de uitvoering van zijn taken kan het Fonds gefinancierd worden door :

1° een jaarlijks bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bepaald door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad;

2° de opbrengst van de subrogatievorderingen, die worden uitgeoefend overeenkomstig de artikelen 28, 30, 31 en 32;

3° de financiële opbrengsten van de bedragen waarover het Fonds beschikt;

4° de vergoedingen die aan het Fonds verschuldigd zijn krachtens de artikelen 15, zesde lid, en 31, zesde lid.

**Art. 11. § 1.** Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering stelt de diensten, het personeel, de uitrusting en de installaties die vereist zijn voor de werking van het Fonds tegen betaling ter beschikking ervan.

§ 2. De Koning kan ook statutaire of contractuele ambtenaren van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering of een andere openbare dienst naar het Fonds overdragen.

De Koning stelt de nadere regels voor de overdracht van het personeel vast bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

Deze overdracht van personeel naar het Fonds gebeurt met behoud van graad en hoedanigheid. De betrokken ambtenaren behouden hun geldelijke en administratieve anciënniteit.

#### HOOFDSTUK 4. — *Procedure*

##### Afdeling 1. — De aanvraag

**Art. 12. § 1.** Elke persoon die van mening is dat hij schade als gevolg van gezondheidszorg heeft geleden of zijn rechthebbenden kunnen bij een ter post aangetekende brief bij het Fonds aanvraag doen om advies over de eventuele aansprakelijkheid van een zorgverlener inzake de geleden schade alsook over de ernst ervan.

§ 2. De aangetekende brief vermeldt :

1° de volledige identiteit van de aanvragers, en in voorkomend geval van de patiënt;

2° de datum en een omschrijving van de gebeurtenis die de schade als gevolg van gezondheidszorg veroorzaakt heeft;

3° een beschrijving van de aangevoerde schade;

4° in voorkomend geval, de identiteit en het adres van de betrokken zorgverleners;

5° een opgave van eventuele burgerrechtelijke en strafrechtelijke procedures die werden ingesteld ten gevolge van de betreffende schade;

6° alle elementen op basis waarvan de oorsprong en de ernst van de schade kunnen worden beoordeeld;

7° de eventuele reeds ontvangen vergoedingen of die in behandeling zijn, inclusief de terugbetalingen die werden of zullen worden gedaan door een verzekeringsinstelling of een verzekeraar;

8° de identiteit van de verzekeringsinstelling van de aanvrager en van de eventuele verzekeraars die de schade kunnen vergoeden.

§ 3. De aanvraag is onontvankelijk wanneer ze aan het Fonds wordt gericht na meer dan vijf jaar te rekenen van de dag volgend op de dag waarop de aanvrager kennis heeft gehad van de schade waarvoor een vergoeding wordt gevraagd, of van de verzwaaring ervan, en van de identiteit van de persoon die de schade heeft veroorzaakt, of na meer dan twintig jaar te rekenen van de dag volgend op de dag waarop het feit dat de schade heeft veroorzaakt zich heeft voorgedaan.

§ 4. De in de paragraaf 3 bepaalde verjaringstermijn wordt geschorst of gestuit overeenkomstig het gemeen recht.

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

**Art. 9. § 1<sup>er</sup>.** Le cadre du personnel du Fonds doit permettre à celui-ci de disposer des compétences nécessaires à l'accomplissement de ses missions, notamment médicales et juridiques.

§ 2. Les membres du conseil d'administration et du personnel du Fonds, ainsi que tous les collaborateurs permanents ou occasionnels de celui-ci, sont tenus au secret professionnel. L'article 458 du Code pénal leur est applicable.

**Art. 10.** Pour l'exécution de ses missions, le financement du Fonds peut être assuré par :

1° un montant annuel à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité fixé par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres;

2° le revenu des actions subrogatoires exercées conformément aux articles 28, 30, 31 et 32;

3° les produits financiers recueillis sur les sommes dont le Fonds dispose;

4° les indemnités dues au Fonds en vertu des articles 15, alinéa 6, et 31, alinéa 6.

**Art. 11. § 1<sup>er</sup>.** L'Institut national d'assurance maladie-invalidité met à la disposition du Fonds, contre rétribution, les services, le personnel, l'équipement et les installations nécessaires au fonctionnement de celui-ci.

§ 2. Le Roi peut également transférer au Fonds des agents contractuels et statutaires du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ou d'un autre service public.

Le Roi fixe les modalités du transfert du personnel par arrêté délibéré en Conseil des Ministres.

Ce transfert de personnel au Fonds se fait avec maintien du grade et de la qualité. Les agents concernés conservent leur ancienneté administrative et pécuniaire.

#### CHAPITRE 4. — *Proc dure*

##### Section 1<sup>re</sup>. — La demande

**Art. 12. § 1<sup>er</sup>.** Toute personne qui s'estime victime d'un dommage résultant de soins de santé ou ses ayants droit peuvent adresser au Fonds, par lettre recommandée à la poste, une demande d'avis sur la responsabilité éventuelle d'un prestataire de soins dans le dommage subi, ainsi que sur la gravité de celui-ci.

§ 2. La lettre recommandée mentionne :

1° l'identité complète des demandeurs et, le cas échéant, du patient;

2° la date et une description de l'élément générateur du dommage résultant de soins de santé;

3° une description des dommages allégués;

4° le cas échéant, l'identité et l'adresse du ou des prestataires de soins impliqués;

5° l'indication des procédures civiles et pénales éventuelles mises en œuvre à la suite du dommage concerné;

6° tous les éléments qui permettent d'apprécier l'origine et la gravité du dommage;

7° les indemnisations éventuelles déjà perçues ou en cours de traitement, en ce compris les remboursements effectués ou à effectuer par un organisme assureur ou un assureur;

8° l'identité de l'organisme assureur du demandeur et des éventuels assureurs susceptibles d'indemniser le dommage.

§ 3. La demande est irrecevable si elle est adressée au Fonds plus de cinq ans à partir du jour qui suit celui où le demandeur a eu connaissance du dommage dont il est demandé l'indemnisation, ou de son aggravation, et de l'identité de la personne à l'origine du dommage, ou plus de vingt ans à partir du jour qui suit celui où s'est produit le fait qui a causé le dommage.

§ 4. Le délai de prescription visé au paragraphe 3 est suspendu ou interrompu conformément au droit commun.

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

§ 5. De aanvraag is eveneens onontvankelijk indien :

1° de aanvrager reeds voor dezelfde schade een voorstel tot definitieve vergoeding van het Fonds, de verzekeraar van de zorgverlener of de zorgverlener zelf heeft aanvaard;

2° de aanvrager reeds vergoed is voor de schade door het Fonds, de verzekeraar van een zorgverlener of de zorgverlener zelf, krachtens een in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak;

3° een in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak de aanvraag tot vergoeding van de schade niet gegrond verklaard heeft zowel op basis van de aansprakelijkheid van een zorgverlener als op basis van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.

§ 6. De aanvrager licht in voorkomend geval het rechtscollege bij wie de aanvraag tot vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg aanhangig is gemaakt in over de indiening van een aanvraag voor het Fonds. Hij licht het Fonds ook in over de indiening van elke aanvraag tot vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg voor een rechtbank overeenkomstig het gemeen recht.

**Art. 13.** § 1. Het versturen van de in artikel 12 bedoelde aanvraag schorst van rechtswege het onderzoek en de berechting van de burgerlijke rechtsvorderingen met betrekking tot dit medisch ongeval die zijn ingesteld voor de rechtscolleges van de rechterlijke orde, tot de dag volgend op de dag waarop :

1° de aanvrager een definitief voorstel tot vergoeding aanvaardt ofwel van het Fonds, ofwel van de zorgverlener, ofwel van de verzekeraar van laatstgenoemde;

2° de aanvrager een voorlopig of definitief voorstel tot vergoeding weigert ofwel van het Fonds, ofwel van de zorgverlener, ofwel van de verzekeraar van laatstgenoemde;

3° het Fonds aan de aanvrager kennis geeft van een advies waarin het oordeelt dat de voorwaarden bepaald bij de artikelen 4 en 5 niet zijn vervuld;

4° de aanvrager aan het Fonds kennis geeft van zijn wil om een einde te maken aan de procedure voor het Fonds.

§ 2. De verjaring van de burgerlijke rechtsvorderingen met betrekking tot dit medisch ongeval wordt geschorst onder dezelfde voorwaarden.

§ 3. het instellen van een rechtsvordering met betrekking tot dit medisch ongeval schorst de verjaring van de vordering bij of tegen het Fonds.

**Art. 14.** Wanneer de aanvraag kennelijk onontvankelijk is, brengt het Fonds de aanvrager onmiddellijk hiervan op de hoogte. Het geeft hem de redenen of waarom de aanvraag onontvankelijk is en duidt, in voorkomend geval, de instantie aan waarbij ze kan worden ingediend.

#### *Afdeling 2. — Behandeling van de aanvraag*

**Art. 15.** Binnen een termijn van een maand vanaf de ontvangst van de aanvraag bevestigt het Fonds de ontvangst hiervan.

In het kader van de behandeling van de aanvraag kan het Fonds bij de aanvrager of zijn rechthebbenden, bij alle zorgverleners die betrokken zouden kunnen zijn of bij de zorgverleners die de patiënt hebben behandeld, of bij elke andere persoon alle documenten en informatie opvragen die nodig zijn om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade als gevolg van gezondheidszorg, waarvoor de aanvraag is ingediend, te kunnen beoordelen.

Binnen een termijn van een maand na de kennisgeving van de opvraging door het Fonds bezorgen de zorgverleners, de aanvrager of zijn rechthebbenden of elke andere persoon aan wie het Fonds erom vraagt, aan dit laatste alle gevraagde documenten en informatie.

Indien de aanvrager of zijn rechthebbenden of de zorgverleners of elke andere persoon de vraag van het Fonds niet beantwoorden binnen een termijn van een maand na de kennisgeving, stuurt het Fonds een herinneringsbrief.

Indien de aanvrager of zijn rechthebbenden de herinneringsbrief van het Fonds niet beantwoorden binnen een termijn van een maand nadat het fonds hen ervan kennis heeft gegeven, worden zij geacht afstand te doen van hun aanvraag en van de schorsende werking ervan wat de verjaring betreft. Die veronderstelde verzaking maakt een einde aan de procedure, maar belet niet in voorkomend geval later een nieuwe aanvraag te doen waarvan de ontvankelijkheid wordt beoordeeld op die datum.

Indien de zorgverlener, of elke andere persoon behalve de aanvrager en zijn rechthebbenden, binnen een termijn van een maand vanaf de kennisgeving van de herinneringsbrief van het Fonds en behalve in geval van overmacht, niet antwoorden, zijn zij van rechtswege tegenover het Fonds een forfaitaire vergoeding van 500 euro per dag verschuldigd vanaf de dag die volgt op de laatste dag van de termijn,

§ 5. La demande est également irrecevable si :

1° le demandeur a déjà accepté, pour le même dommage, une offre d'indemnisation définitive du Fonds, de l'assureur du prestataire de soins ou du prestataire de soins lui-même;

2° le demandeur a déjà été indemnisé du dommage par le Fonds, par l'assureur d'un prestataire de soins ou par le prestataire de soins lui-même, en vertu d'une décision judiciaire coulée en force de chose jugée;

3° une décision judiciaire coulée en force de chose jugée a déclaré non fondée la demande d'indemnisation du dommage, tant sur la base de la responsabilité d'un prestataire de soins que d'un accident médical sans responsabilité.

§ 6. Le cas échéant, le demandeur informe la juridiction saisie de la demande d'indemnisation du dommage résultant de soins de santé de l'introduction d'une demande devant le Fonds. De même, il informe le Fonds de l'introduction de toute demande d'indemnisation du chef du dommage résultant de soins de santé devant une juridiction conformément au droit commun.

**Art. 13.** § 1<sup>er</sup>. L'envoi de la demande visée à l'article 12, suspend de plein droit l'examen et le jugement des actions civiles relatives à cet accident médical intentées devant les juridictions de l'ordre judiciaire, jusqu'au lendemain du jour où :

1° le demandeur accepte une offre définitive d'indemnisation soit du Fonds, soit du prestataire de soins, soit de l'assureur de ce dernier;

2° le demandeur refuse une offre d'indemnisation, provisionnelle ou définitive, soit du Fonds, soit du prestataire de soins, soit de l'assureur de ce dernier;

3° le Fonds notifie au demandeur un avis par lequel il estime que les conditions prévues par les articles 4 et 5 ne sont pas remplies;

4° le demandeur notifie au Fonds sa volonté de mettre un terme à la procédure devant le Fonds.

§ 2. La prescription des actions civiles relatives à cet accident médical est suspendue aux mêmes conditions.

§ 3. L'introduction d'une action judiciaire relative à cet accident médical suspend la prescription de l'action auprès du Fonds ou contre celui-ci.

**Art. 14.** Lorsque la demande est manifestement irrecevable, le Fonds en informe sans délai le demandeur. Il lui en indique les motifs et, le cas échéant, l'instance devant laquelle la demande peut être introduite.

#### *Section 2. — Traitement de la demande*

**Art. 15.** Dans le mois de réception de la demande, le Fonds en accuse réception.

Dans le cadre du traitement de la demande, le Fonds peut demander au demandeur ou à ses ayants droit, à tous les prestataires de soins qui pourraient être impliqués, ou aux prestataires de soins qui ont traité le patient, ou à toute autre personne tous les documents et renseignements qui lui sont nécessaires pour pouvoir apprécier les causes, les circonstances et les conséquences du dommage résultant de soins de santé qui fait l'objet de la demande.

Dans un délai d'un mois après la notification de la demande du Fonds, les prestataires de soins, le demandeur ou ses ayants droit, ou toute autre personne à laquelle le Fonds le demande, fournissent à celui-ci tous les documents et renseignements demandés.

Si le demandeur ou ses ayants droit, ou les prestataires de soins, ou toute autre personne, ne répondent pas à la demande du Fonds dans un délai d'un mois après la notification de celle-ci, le Fonds envoie une lettre de rappel.

Si le demandeur ou ses ayants droit ne répondent pas à la lettre de rappel du Fonds dans un délai d'un mois après la notification de celle-ci, ils sont censés renoncer à la demande et à l'effet suspensif de celle-ci en ce qui concerne la prescription. Cette renonciation présumée met fin à la procédure, mais n'interdit pas de formuler, le cas échéant, ultérieurement une demande nouvelle dont la recevabilité sera appréciée à cette date.

Si un prestataire de soins, ou tout autre personne que le demandeur et ses ayants droit, ne répondent pas dans le mois de la notification de la lettre de rappel du Fonds, et sauf cas de force majeure, ils deviennent débiteurs de plein droit, à l'égard du Fonds, d'une indemnité forfaitaire de 500 euros par jour à dater du lendemain du dernier jour du délai, et

en dit tot de overzending van de gevraagde informatie en documenten, met een maximum van 30 dagen. Het Fonds brengt bij een ter post aangetekende brief de zorgverlener of elke andere persoon, dan de aanvrager of zijn rechthebbenden op de hoogte van het bedrag dat het van plan is van hem te eisen bij wijze van forfaitaire vergoeding en verzoekt hem binnen de maand zijn eventuele opmerkingen hierover mee te delen. Met de eventuele opmerkingen die meegedeeld worden na verloop van deze termijn wordt geen rekening gehouden.

Het forfaitaire bedrag vermeld in het zesde lid wordt jaarlijks op 1 januari geïndexeerd op basis van de schommelingen van de index van de consumptieprijzen. Het aangepaste bedrag mag niet hoger zijn dan het bedrag dat resulteert uit de volgende formule : de in het zesde lid bedoelde forfaitaire som vermenigvuldigd met de index van de maand december van het verstreken jaar en gedeeld door de index van de maand december van het jaar voorafgaand aan het verstreken jaar.

Diegene die, met toepassing van het zesde lid, een bedrag verschuldigd is aan het Fonds beschikt over de mogelijkheid om een beroep in te dienen overeenkomstig het Gerechtelijk Wetboek.

Onverminderd zijn recht om voor de rechter te dagvaarden kan het Fonds de ingevolge het zesde lid verschuldigde bedragen bij dwangbevel invorderen. De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder en de nadere regels volgens welke de vervolging bij dwangbevel wordt uitgeoefend, evenals de kosten die eruit voortvloeien en de nadere regels volgens welke ze ten laste worden gelegd.

Dit artikel doet geen afbreuk aan het recht van het Fonds, van de aanvrager of zijn rechthebbenden om tegen de zorgverlener een vordering tot schadevergoeding, een vordering tot het overleggen van bepaalde stukken overeenkomstig het vierde deel, boek II, titel III, hoofdstuk VIII, afdeling II, van het Gerechtelijk Wetboek of een vordering krachtens de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt in te stellen en, in voorkomend geval, de betaling van een dwangsom te eisen overeenkomstig het vierde deel, boek IV, hoofdstuk XXIII, van het Gerechtelijk Wetboek.

De herinneringsbrief van het Fonds, verstuurd bij een ter post aangetekend schrijven, neemt, op straffe van nietigheid, de tekst van dit artikel over.

**Art. 16.** Indien de persoon die de aanvraag heeft ingediend niet de patiënt is en deze nog in leven is, heeft het Fonds alleen met de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt of zijn vertegenwoordiger, gegeven overeenkomstig de bepalingen van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, toegang tot het patiëntendossier.

Indien de persoon die de aanvraag heeft ingediend niet de patiënt is en deze overleden is, heeft het Fonds alleen met de uitdrukkelijke toestemming van een persoon bedoeld in artikel 9, § 4, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, toegang tot het patiëntendossier.

**Art. 17. § 1.** Het Fonds kan een beroep doen op gespecialiseerde beroepsbeoefenaars om precieze informatie te krijgen over een specifieke medische aangelegenheid.

§ 2. Tenzij de aanvraag kennelijk onontvankelijk of ongegrond is, of tenzij alle partijen bij de procedure er afstand van doen, organiseert het Fonds een tegensprekelijke expertise, indien er ernstige aanwijzingen zijn dat de schade de graad van ernst bedoeld in artikel 5 bereikt.

Het Fonds wijst in dit geval een onafhankelijk expert of, indien dit verantwoord is, een college van experts aan.

In de andere gevallen kan het Fonds een dergelijke expertise organiseren.

Het Fonds volgt het verloop van de expertise op en ziet er met name op toe dat het tegensprekelijke karakter ervan in acht wordt genomen.

§ 3. Elke partij kan bij het Fonds om de wraking van de aangewezen expert vragen indien deze niet de nodige onpartijdigheid bezit om zijn opdracht tot een goed einde te brengen.

De expert die weet dat er wat hem betreft een reden tot wraking bestaat, meldt dit onmiddellijk aan de partijen, en verklaart zich onbevoegd, tenzij de partijen hem daarvan vrijstellen.

Indien de partijen zich akkoord hebben verklaard met de aanwijzing van de expert, kunnen ze deze slechts wraken omwille van redenen die zich hebben voorgedaan of die bekend zijn geworden na zijn aanwijzing.

Er kan hoe dan ook geen enkele wraking meer worden voorgesteld na de installatievergadering of, bij gebreke hiervan, nadat de expert zijn werkzaamheden heeft aangevat, tenzij de partij slechts nadien in kennis is gesteld van de reden tot wraking.

ce, jusqu'à la transmission des renseignements et documents demandés, avec un maximum de 30 jours. Le Fonds informe par courrier recommandé à la poste le prestataire de soins, ou toute autre personne que le demandeur et ses ayants droit, du montant qu'il compte lui réclamer à titre d'indemnisation forfaitaire et l'invite à lui communiquer dans le mois ses éventuelles observations à cet égard. Les éventuelles observations communiquées après l'expiration de ce délai ne sont pas prises en compte.

La somme forfaitaire visée à l'alinéa 6 est indexée le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année sur la base des fluctuations de l'indice des prix à la consommation. Le montant adapté ne peut dépasser le montant qui résulte de la formule suivante : la somme forfaitaire visée à l'alinéa 6 multipliée par l'indice du mois de décembre de l'année écoulée et divisée par l'indice du mois de décembre de l'année précédant l'année qui vient de s'écouler.

Le débiteur à l'égard du Fonds en application de l'alinéa 6 dispose de la possibilité d'introduire un recours conformément au Code judiciaire.

Sans préjudice de son droit de citer devant le juge, le Fonds peut procéder au recouvrement des sommes qui lui sont dues en vertu du sixième alinéa par voie de contrainte. Le Roi règle les conditions et les modalités de poursuite par voie de contrainte ainsi que les frais résultant de la poursuite et les modalités de leur mise à charge.

Le présent article ne porte pas préjudice au droit du Fonds, du demandeur ou de ses ayants droit de former contre le prestataire de soins une action en dommages et intérêts, une action en production de documents conformément à la quatrième partie, livre II, titre III, chapitre VIII, section II, du Code judiciaire ou une action fondée sur la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et de postuler, le cas échéant, le paiement d'une astreinte conformément à la quatrième partie, livre IV, chapitre XXIII, du Code judiciaire.

La lettre de rappel du Fonds, envoyée sous pli recommandé à la poste, reproduit, à peine de nullité, le texte du présent article.

**Art. 16.** Si la personne qui a introduit la demande n'est pas le patient et si celui-ci est vivant, le Fonds n'a accès au dossier de patient que moyennant l'accord exprès de ce dernier ou de son représentant, donné conformément aux dispositions de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Si la personne qui a introduit la demande n'est pas le patient et si celui-ci est décédé, le Fonds n'a accès au dossier de patient que moyennant l'accord exprès d'une personne mentionnée à l'article 9, § 4, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

**Art. 17. § 1<sup>er</sup>.** Le Fonds peut faire appel à des praticiens professionnels spécialisés en vue d'obtenir des informations précises sur une question médicale particulière.

§ 2. A moins que la demande ne soit manifestement irrecevable ou non fondée, ou que l'ensemble des parties à la procédure y renoncent, le Fonds organise une expertise contradictoire s'il y a des indices sérieux que le dommage atteint le seuil de gravité visé à l'article 5.

Le Fonds désigne un expert indépendant ou, si cela se justifie, un collège d'experts.

Dans les autres cas, le Fonds peut organiser une telle expertise.

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

§ 3. Toute partie peut solliciter du Fonds la récusation de l'expert désigné si celui-ci ne présente pas l'impartialité requise pour mener à bien sa mission.

L'expert qui sait qu'il existe une cause de récusation dans son chef en fait immédiatement part aux parties et se déporte, à moins que celles-ci ne l'en dispensent.

Si les parties ont marqué leur accord sur la désignation de l'expert, elles ne peuvent le récuser que pour des causes survenues ou connues depuis sa désignation.

Aucune récusation ne peut en tout cas être proposée après la réunion d'installation ou, à défaut d'une telle réunion, après que l'expert a commencé ses travaux, à moins que la cause de la récusation n'ait été révélée ultérieurement à la partie.

§ 4. Tenzij de expert zich spontaan onbevoegd verklaart, richt de partij die om de wraking van de expert vraagt een met redenen omklede aanvraag in die zin aan het Fonds, op straffe van vervall binnen de vijftien dagen vanaf de datum waarop de partij kennis heeft gekregen van de redenen tot wraking.

Het Fonds deelt deze aanvraag onmiddellijk bij een ter post aangetekende brief mee aan de andere partijen en aan de expert wiens wraking wordt gevraagd, met het verzoek om binnen vijftien dagen hun opmerkingen eraan mee te delen. De expert moet verklaren of hij zijn wraking aanvaardt of betwist.

De wraking wordt toegestaan indien de expert ze aanvaardt of indien hij het stilzwijgen bewaart.

Indien de expert zijn wraking betwist besluit het Fonds bij een met redenen omklede beslissing hem te handhaven of hem te wraken. Het houdt geen rekening met de opmerkingen die door de partijen werden meegedeeld na het verstrijken van de termijn van vijftien dagen bedoeld in het tweede lid.

Indien het Fonds de wraking toestaat, wijst het onmiddellijk een andere expert aan.

§ 5. Het Fonds hoort de betrokken partijen, als ze erom vragen of als het dat wenselijk acht.

**Art. 18.** De aanvrager, zijn verzekeringsinstelling, de betrokken zorgverleners, hun verzekeraars en de andere partijen bij de procedure voor het Fonds kunnen zich tijdens de procedure laten bijstaan door de persoon van hun keuze.

**Art. 19.** Wanneer de feiten die aan de oorsprong liggen van de schade als gevolg van gezondheidszorg het rechtvaardigen, geeft het Fonds ze aan bij de bevoegde administratieve, tuchtrechtelijke of gerechtelijke overheden.

**Art. 20.** De procedure voor het Fonds is gratis voor de aanvrager.

In voorkomend geval zijn de expertisekosten ten laste van de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de schade en van zijn verzekeraar, indien de aansprakelijkheid door hem of zijn verzekeraar is erkend of indien deze is bepaald bij een in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak.

#### Afdeling 3. — Advies van het Fonds

**Art. 21.** Binnen een termijn van zes maanden vanaf de ontvangst van de aanvraag stelt het Fonds in een met redenen omkleed advies of het meent dat de schade als gevolg van gezondheidszorg een van haar oorzaken vindt in de aansprakelijkheid van één of meer zorgverleners, of in een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, of dat de schade onder geen enkele van deze categorieën ressorteert.

Indien het Fonds van oordeel is dat de schade als gevolg van gezondheidszorg een van haar oorzaken vindt in de aansprakelijkheid van één of meer zorgverleners, vermeldt het of de aansprakelijkheid van deze zorgverlener of die zorgverleners gedekt is door een verzekeringsovereenkomst inzake aansprakelijkheid.

Indien het Fonds meent dat de schade als gevolg van gezondheidszorg haar oorzaak vindt in een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, vermeldt het of de schade de ernst vertoont die bepaald is bij artikel 5.

**Art. 22.** Het advies van het Fonds wordt bij een ter post aangetekende brief ter kennis gebracht van de aanvrager, in voorkomend geval van zijn verzekeringsinstelling, van de betrokken zorgverleners en, in voorkomend geval, van hun verzekeraars.

Het is vergezeld van de stukken en documenten waarop het gegrond is.

In de kennisgeving van het advies vermeldt het Fonds de mogelijke rechtsvorderingen en de termijnen waarbinnen deze moeten worden ingesteld. Als dat niet het geval is, worden de beroepstermijnen met zes maanden verlengd.

In dezelfde kennisgeving verzoekt het Fonds, indien nodig, de verzekeraar van de betrokken zorgverlener een voorstel tot vergoeding te doen ten gunste van de aanvrager, en licht het de andere partijen bij de procedure hierover in.

**Art. 23.** Indien het Fonds in zijn advies besluit dat het gaat om een van de gevallen bedoeld in artikel 4, 1<sup>o</sup> of 2<sup>o</sup>, wordt gehandeld op de wijze bepaald in afdeling 4, voor zover, als het betreffende geval dat is welk bedoeld is in artikel 4, 1<sup>o</sup>, de schade de ernst vertoont die bepaald is bij artikel 5.

Indien het Fonds niet besluit dat er aanleiding is tot vergoeding krachtens artikel 4, 1<sup>o</sup>, of 2<sup>o</sup>, of indien het advies van het Fonds besluit dat de schade niet de ernst vertoont die bepaald is bij artikel 5, kan de

§ 4. A moins que l'expert ne se déporte spontanément, la partie qui sollicite la récusation de l'expert adresse une demande motivée en ce sens au Fonds, à peine de déchéance dans les quinze jours de la date à laquelle la partie a eu connaissance des causes de la récusation.

Le Fonds communique immédiatement par lettre recommandée à la poste cette demande aux autres parties et à l'expert dont la récusation est sollicitée, en les invitant à lui faire part de leurs observations dans les quinze jours. L'expert est tenu de déclarer s'il accepte ou s'il conteste la récusation.

La récusation est admise si l'expert l'accepte ou s'il garde le silence.

Lorsque l'expert conteste sa récusation, le Fonds décide de son maintien ou de sa récusation par une décision motivée. Il ne tient pas compte des observations qui lui ont été communiquées par les parties après l'expiration du délai de quinze jours visé à l'alinéa 2.

S'il admet la récusation, le Fonds désigne immédiatement un autre expert.

§ 5. Le Fonds entend les parties concernées, à leur demande ou s'il le juge opportun.

**Art. 18.** Le demandeur, son organisme assureur, les prestataires de soins impliqués, leurs assureurs et les autres parties à la procédure devant le Fonds peuvent se faire assister par la personne de leur choix au cours de la procédure.

**Art. 19.** Lorsque les faits à l'origine du dommage résultant de soins de santé le justifient, le Fonds les dénonce aux autorités administratives, disciplinaires ou judiciaires compétentes.

**Art. 20.** La procédure devant le Fonds est gratuite pour le demandeur.

Le cas échéant, les frais d'expertise sont à charge du prestataire de soins responsable du dommage et de son assureur, si la responsabilité du prestataire a été reconnue par lui ou son assureur ou si elle a été établie par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée.

#### Section 3. — Avis du Fonds

**Art. 21.** Dans les six mois de la réception de la demande, le Fonds indique, dans un avis motivé, s'il estime que le dommage résultant de soins de santé trouve l'une de ses causes dans la responsabilité d'un ou de plusieurs prestataires de soins, ou dans un accident médical sans responsabilité, ou encore qu'il ne relève d'aucune de ces catégories.

Si le Fonds estime que le dommage résultant de soins de santé trouve l'une de ses causes dans la responsabilité d'un ou de plusieurs prestataires de soins, il indique si la responsabilité de ce prestataire ou de ces prestataires est couverte par un contrat d'assurance de responsabilité.

Si le Fonds estime que le dommage résultant de soins de santé trouve sa cause dans un accident médical sans responsabilité, il indique si le dommage présente la gravité prévue à l'article 5.

**Art. 22.** L'avis du Fonds est notifié, sous pli recommandé à la poste, au demandeur, le cas échéant à son organisme assureur, aux prestataires de soins concernés, et, le cas échéant, à leurs assureurs.

Il est accompagné des pièces et documents qui le fondent.

Dans la notification de l'avis, le Fonds mentionne les possibilités d'actions et les délais dans lesquels lesdites actions doivent être introduites. À défaut, les délais de recours sont majorés de six mois.

Dans la même notification, le Fonds invite, s'il y a lieu, l'assureur du prestataire de soins concerné à formuler une offre d'indemnisation en faveur du demandeur, et en informe les autres parties à la procédure.

**Art. 23.** Si dans son avis, le Fonds conclut à l'une des hypothèses visées à l'article 4, 1<sup>o</sup> ou 2<sup>o</sup>, il est procédé comme il est dit à la section 4, pour autant que, si l'hypothèse est celle de l'article 4, 1<sup>o</sup>, le dommage présente la gravité prévue à l'article 5.

Si, dans son avis, le Fonds ne conclut pas qu'il y a lieu à indemnisation en vertu de l'article 4, 1<sup>o</sup>, ou 2<sup>o</sup>, ou s'il conclut à l'absence de la gravité prévue à l'article 5, le demandeur, sans préjudice de ses



aanvrager, onverminderd zijn gemeenrechtelijke rechtsvorderingen, overeenkomstig het Gerechtelijk Wetboek voor de rechtbank van eerste aanleg een vordering instellen tegen het Fonds om de vergoeding te verkrijgen waarop hij recht meent te hebben krachtens deze wet.

**Art. 24.** Het advies van het Fonds bindt noch de aanvrager, noch de betrokken zorgverleners en hun verzekeraars, noch, in voorkomend geval, de rechter.

#### *Afdeling 4. — Voorstel van het Fonds*

**Art. 25.** § 1. Wanneer het advies besluit dat er aanleiding is tot vergoeding krachtens artikel 4, 1° of 2°, en voor zover, als het betreffende geval dat is welk bedoeld is in artikel 4, 1°, de schade de ernst vertoont die bedoeld is bij artikel 5, stuurt het Fonds, binnen een termijn van drie maanden na de kennisgeving van het advies, een voorstel tot vergoeding naar de aanvrager bij een ter post aangetekende brief.

In het geval bedoeld in artikel 4, 3°, wanneer het Fonds zich in de plaats stelt van de verzekeraar van de zorgverlener met toepassing van artikel 30, stuurt het aan de aanvrager, bij een ter post aangetekende brief, een voorstel tot vergoeding binnen een termijn van drie maanden na de kennisgeving van de beslissing van de zorgverlener of zijn verzekeraar om de aansprakelijkheid van de zorgverlener te betwisten.

In hetzelfde geval, wanneer het Fonds zich in de plaats stelt van de verzekeraar van de zorgverlener met toepassing van artikel 32, stuurt het aan de aanvrager, bij een ter post aangetekende brief, een voorstel tot vergoeding, binnen een termijn van drie maanden die volgen op het verstrijken van de termijn van een maand waarover de verzekeraar beschikt om op de herinnering van het Fonds te antwoorden

In het geval bedoeld in artikel 4, 4°, wanneer het Fonds zich in de plaats stelt van de verzekeraar van de zorgverlener met toepassing van artikel 31, stuurt het aan de aanvrager, bij een ter post aangetekende brief, een voorstel tot vergoeding binnen een termijn van drie maanden na de kennisgeving van zijn met redenen omkleed advies omtrent de kennelijke ontoereikendheid van het voorstel van de verzekeraar.

§ 2. Wanneer de schade kan worden gekwantificeerd, vermeldt het voorstel een definitief bedrag.

§ 3. Wanneer de schade niet volledig kan worden gekwantificeerd, stelt het Fonds de betaling van een voorlopige vergoeding voor, rekening houdend met de reeds gemaakte kosten, de aard van de letsels, het ondergane leed en het nadeel dat voortvloeit uit de reeds verstreken periodes van ongeschiktheid en invaliditeit. De voorlopige vergoeding heeft ook betrekking op het meest waarschijnlijke nadeel voor de toekomst.

In dat geval stuurt de aanvrager, wanneer de schade volledig kan worden gekwantificeerd of wanneer ze aanzienkelijk evolueerde, een aanvullende aanvraag naar het Fonds.

§ 4. Het Fonds trekt van zijn voorstel de vergoedingen af waarop de aanvrager recht heeft krachtens een verzekeringsovereenkomst tot vergoeding van schade of krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

**Art. 26.** § 1. De aanvrager beschikt over een termijn van drie maanden om het voorstel tot vergoeding van het Fonds te aanvaarden.

Indien de aanvrager binnen deze termijn niet reageert, stuurt het Fonds hem een herinnering bij een ter post aangetekende brief.

Indien de aanvrager niet reageert binnen een termijn van een maand volgend op deze herinnering, wordt het voorstel vermoed te zijn geweigerd. In de herinneringsbrief wordt de aandacht van de aanvrager gevestigd op de gevolgen van het uitblijven van zijn reactie.

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

§ 2. Alvorens een standpunt in te nemen over het voorstel van het Fonds, kan de aanvrager ook, binnen de termijn die bepaald is in paragraaf 1, opmerkingen formuleren over het voorstel van het Fonds, waarop het Fonds moet antwoorden. Indien het Fonds, gelet op de opmerkingen van de aanvrager, het opportuun acht, kan het Fonds het bedrag van zijn voorstel aanpassen.

De termijnen bepaald in paragraaf 1 worden geschorst tijdens de duur van het onderzoek van de opmerkingen door het Fonds, zonder dat de nog te lopen termijn ooit minder dan twee maanden mag bedragen.

Het Fonds stuurt zijn antwoord met, desgevallend een aangepast voorstel bij een ter post aangetekende brief aan de aanvrager. Deze brief vermeldt de datum waarop de nog beschikbare termijn verstrijkt, alsmede de gevolgen van het ontbreken van reactie.

actions de droit commun, peut intenter, conformément au Code judiciaire, devant le tribunal de première instance, une action contre le Fonds afin d'obtenir les indemnités auxquelles il prétend avoir droit en vertu de la présente loi.

**Art. 24.** L'avis du Fonds ne lie ni le demandeur, ni les prestataires de soins concernés et leurs assureurs, ni le cas échéant le juge.

#### *Section 4. — Offre du Fonds*

**Art. 25.** § 1<sup>er</sup>. Lorsque l'avis conclut qu'il y a lieu à indemnisation en vertu de l'article 4, 1°, ou 2°, et pour autant que, si l'hypothèse est celle de l'article 4, 1°, le dommage présente la gravité prévue à l'article 5, le Fonds, dans les trois mois de la notification de l'avis, adresse au demandeur, sous pli recommandé à la poste, une offre d'indemnisation.

Dans l'hypothèse visée à l'article 4, 3°, lorsque le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins en application de l'article 30, il adresse au demandeur, sous pli recommandé à la poste, une offre d'indemnisation, dans les trois mois de la notification de la décision du prestataire de soins ou de son assureur de contester la responsabilité du prestataire de soins.

Dans cette même hypothèse, lorsque le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins en application de l'article 32, il adresse au demandeur, sous pli recommandé à la poste, une offre d'indemnisation, dans les trois mois qui suivent l'expiration du délai d'un mois laissé à l'assureur pour répondre au rappel du Fonds.

Dans l'hypothèse visée à l'article 4, 4°, lorsque le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins en application de l'article 31, il adresse au demandeur, sous pli recommandé à la poste, une offre d'indemnisation dans les trois mois de la notification de son avis motivé sur l'insuffisance manifeste de l'offre de l'assureur.

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

§ 3. Si le dommage ne peut être entièrement quantifié, le Fonds propose le versement d'une indemnisation provisionnelle tenant compte des frais déjà exposés, de la nature des lésions, de la douleur endurée et du préjudice résultant des périodes d'incapacités et d'invalidités déjà écoulées. L'indemnisation provisionnelle porte également sur le préjudice le plus probable pour l'avenir.

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

§ 4. Le Fonds déduit de son offre les indemnités auxquelles le demandeur a droit en vertu d'un contrat d'assurance à caractère indemnitaire ou en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

**Art. 26.** § 1<sup>er</sup>. Le demandeur dispose d'un délai de trois mois pour accepter l'offre d'indemnisation du Fonds.

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

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

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

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

Les délais prévus au paragraphe 1<sup>er</sup> sont suspendus pendant la durée de l'examen des observations par le Fonds, sans que le délai restant à courir puisse jamais être inférieur à deux mois.

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

De aanvrager kan slechts één keer opmerkingen toesturen.

**Art. 27.** Op straffe van verval, legt de aanvrager die het voorstel tot vergoeding van het Fonds betwist, zijn geschil overeenkomstig het Gerechtelijk Wetboek voor aan de rechtbank voor het verstrijken van de termijn bepaald bij artikel 26, § 1, in voorkomend geval verlengd in overeenstemming met paragraaf 2 van hetzelfde artikel. In het kader van die procedure is het Fonds noch gebonden door zijn advies, noch door zijn voorstel.

**Art. 28.** Wanneer het Fonds de aanvrager heeft vergoed met toepassing van artikel 4, 2°, treedt het in de rechten van deze laatste tegen de zorgverlener.

Noch de zorgverlener noch de rechter zijn gebonden door het bedrag van de vergoeding die het Fonds heeft toegekend aan de aanvrager.

Als de rechter oordeelt dat de door het Fonds aan de aanvrager betaalde sommen niet verschuldigd zijn, worden ze niet teruggevorderd.

#### Afdeling 5. — Voorstel van de verzekeraar van de zorgverlener

**Art. 29.** Wanneer de verzekeraar van de zorgverlener door het Fonds wordt verzocht een voorstel tot vergoeding te doen overeenkomstig artikel 22, vierde lid, wordt als volgt gehandeld.

Onverminderd de toepassing van artikel 30, stuurt de verzekeraar van de zorgverlener bij een ter post aangetekend schrijven binnen drie maanden na het verzoek van het Fonds een voorstel tot schadevergoeding aan de aanvrager en een kopie naar het Fonds.

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

Indien de schade niet volledig kan gekwantificeerd worden, stelt de verzekeraar van de zorgverlener een voorlopige vergoeding voor, rekening houdend met de reeds gemaakte kosten, de aard van de letsels, het ondergane leed en het nadeel dat voortvloeit uit de al verstreken periodes van ongeschiktheid en invaliditeit. De voorlopige vergoeding heeft ook betrekking op het meest waarschijnlijke nadeel voor de toekomst.

In dat geval stuurt de aanvrager, wanneer de schade volledig kan worden gekwantificeerd of wanneer ze aanzienlijk evolueerde, een aanvullende aanvraag aan de verzekeraar van de zorgverlener.

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

**Art. 30.** Artikel 29 doet geen afbreuk aan het recht van de zorgverlener of zijn verzekeraar om de aansprakelijkheid van de zorgverlener te betwisten. Deze betwisting wordt door de zorgverlener of zijn verzekeraar ter kennis gebracht aan de aanvrager, in voorkomend geval van de verzekeringsinstelling van deze laatste, evenals van het Fonds.

In dat geval, en voor zover een van de voorwaarden bedoeld in artikel 5 wordt vervuld, stelt het Fonds zich in de plaats van de verzekeraar van de zorgverlener en wordt er gehandeld overeenkomstig de artikelen 25 tot 27.

Nadat het Fonds de aanvrager heeft vergoed, treedt het in de rechten van de aanvrager tegen de zorgverlener en, in voorkomend geval, tegen de verzekeraar die de burgerlijke aansprakelijkheid van deze laatste dekt.

Noch de zorgverlener, noch de verzekeraar, noch de rechter zijn gebonden door het bedrag van de vergoeding die het Fonds heeft toegekend aan de aanvrager.

Als de rechter oordeelt dat de door het Fonds aan de aanvrager betaalde sommen niet verschuldigd zijn, worden ze niet teruggevorderd.

**Art. 31.** Wanneer de aanvrager een minnelijk voorstel tot vergoeding ontvangt van de verzekeraar van de zorgverlener, kan hij het Fonds schriftelijk om advies vragen betreffende dit voorstel.

Binnen een termijn van twee maanden na deze aanvraag verstrekt het Fonds een met redenen omkleed advies. Indien het Fonds het voorstel kennelijk ontoereikend vindt, stelt het zich in de plaats van de verzekeraar en handelt het overeenkomstig de artikelen 25 tot 27.

In dat geval treedt het Fonds in de rechten van de aanvrager tegen de zorgverlener en, in voorkomend geval, tegen de verzekeraar die de burgerlijke aansprakelijkheid van deze laatste dekt.

Noch de zorgverlener, noch de verzekeraar, noch de rechter zijn gebonden door het bedrag van de vergoeding die het Fonds heeft toegekend aan de aanvrager.

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

**Art. 27.** A peine de déchéance, le demandeur qui conteste l'offre d'indemnisation du Fonds porte, conformément au Code judiciaire la contestation, devant le tribunal avant l'expiration du délai prévu à l'article 26, § 1<sup>er</sup>, le cas échéant prolongé conformément au paragraphe 2 de ce même article. Dans le cadre de cette procédure, le Fonds n'est lié ni par son avis ni par son offre.

**Art. 28.** Lorsque le Fonds a indemnisé le demandeur en application de l'article 4, 2°, il est subrogé dans les droits de celui-ci contre le prestataire de soins.

Ni le prestataire de soins, ni le juge, ne sont liés par le montant de l'indemnisation accordée par le Fonds au demandeur.

Si le juge estime que les sommes payées au demandeur par le Fonds ne sont pas dues, elles ne sont pas récupérées.

#### Section 5. — Offre de l'assureur du prestataire de soins

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

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

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

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

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

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

**Art. 30.** L'article 29 ne porte pas préjudice au droit du prestataire de soins ou de son assureur de contester la responsabilité du prestataire de soins. Cette contestation est notifiée par le prestataire de soins ou son assureur au demandeur, le cas échéant à l'organisme assureur de ce dernier, ainsi qu'au Fonds.

Dans cette hypothèse, et pour autant que l'une des conditions visées à l'article 5 soit remplie, le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins et il est alors procédé conformément aux articles 25 à 27.

Le Fonds, après avoir indemnisé le demandeur, est subrogé dans les droits de celui-ci contre le prestataire de soins, et, le cas échéant, contre l'assureur qui couvre la responsabilité civile de celui-ci.

Ni le prestataire de soins, ni l'assureur, ni le juge ne sont liés par le montant de l'indemnisation accordée par le Fonds au demandeur.

Si le juge estime que les sommes payées au demandeur par le Fonds ne sont pas dues, elles ne sont pas récupérées.

**Art. 31.** Lorsque le demandeur reçoit une proposition amiable d'indemnisation de l'assureur du prestataire de soins, il peut demander par écrit l'avis du Fonds sur cette proposition.

Dans les deux mois de cette demande, le Fonds donne un avis motivé. Si le Fonds estime la proposition manifestement insuffisante, il se substitue à l'assureur et procède conformément aux articles 25 à 27.

Le Fonds est, dans ce cas, subrogé dans les droits du demandeur contre le prestataire de soins et, le cas échéant, contre l'assureur qui couvre la responsabilité civile de celui-ci.

Ni le prestataire de soins, ni l'assureur, ni le juge ne sont liés par le montant de l'indemnisation accordée par le Fonds au demandeur.

19922

BELGISCH STAATSBLAD — 02.04.2010 — MONITEUR BELGE

Als de rechter oordeelt dat de door het Fonds aan de aanvrager betaalde sommen niet verschuldigd zijn, worden ze niet teruggevorderd.

Wanneer het Fonds zich in de plaats stelt van de verzekeraar overeenkomstig het tweede lid, is de verzekeraar van rechtswege aan het Fonds een forfaitaire vergoeding verschuldigd die gelijk is aan 15 % van het bedrag van de totale vergoeding aan het slachtoffer toegekend door het Fonds, of, in voorkomend geval, van het bedrag vastgelegd door de rechter, voor zover deze laatste bevestigt dat het voorstel van de verzekeraar kennelijk ontoereikend was.

**Art. 32.** Indien het Fonds in zijn advies tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener heeft besloten, en indien in dat geval de aanvrager binnen een termijn van drie maanden na de kennisgeving van het advies geen minnelijk voorstel tot vergoeding ontvangt van de verzekeraar van de zorgverlener die aansprakelijk wordt geacht, informeert de aanvrager het Fonds daaromtrent.

Het Fonds stuurt een herinneringsbrief aan de verzekeraar van de zorgverlener, die beschikt over een termijn van een maand te rekenen van de kennisgeving van de herinneringsbrief om een voorstel te doen. De verzekeraar van de zorgverlener brengt het Fonds hiervan op de hoogte.

Bij gebrek aan reactie van de verzekeraar van de zorgverlener binnen de termijn van een maand te rekenen van de betekening van de herinneringsbrief, wordt de verzekeraar geacht de aansprakelijkheid van zijn verzekerde te betwisten. Indien een van de voorwaarden vastgesteld in artikel 5 wordt vervuld, stelt het Fonds zich in de plaats van de verzekeraar en wordt gehandeld op de wijze bepaald bij de artikelen 25 tot 27.

In dat geval treedt het Fonds, na de aanvrager te hebben vergoed, in de rechten van deze laatste.

Noch de zorgverlener, noch de verzekeraar, noch de rechter zijn gebonden door het bedrag van de vergoeding die het Fonds heeft toegekend aan de aanvrager.

Als de rechter oordeelt dat de door het Fonds aan de aanvrager betaalde sommen niet verschuldigd zijn, worden ze niet teruggevorderd.

#### HOOFDSTUK 5. — *Opheffings- en wijzigingsbepalingen*

**Art. 33.** Opgeheven worden :

1° de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, gewijzigd bij de wetten van 21 december 2007 en 22 december 2008 en gedeeltelijk vernietigd bij arrest nr. 8/2009 van 15 januari 2009 van het Grondwettelijk Hof;

2° de wet van 15 mei 2007 met betrekking tot de regeling van de geschillen in het kader van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, gewijzigd bij de wetten van 21 december 2007 en 22 december 2008.

**Art. 34.** In artikel 1 van de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut worden in de categorie B de woorden « Fonds voor de medische ongevallen », in alfabetische volgorde ingevoegd.

#### HOOFDSTUK 6. — *Inwerkingtreding*

**Art. 35.** § 1. Behoudens wat dit artikel en de artikelen 1, 6, 7, 9, 10, 11, 33 en 34 betreft, bepaalt de Koning de datum van inwerkingtreding van deze wet.

§ 2. Deze wet is van toepassing op schade veroorzaakt door een feit dat dateert van na de bekendmaking van de wet in het *Belgisch Staatsblad*.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het *Belgisch Staatsblad* zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Châteauneuf-de-Grasse, 31 maart 2010.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid,

Mevr. L. ONKELINX

De Minister van Justicie,

S. DE CLERCK

De Minister van Financiën,

D. REYNDERS

Met 's Lands zegel gezegeld :

De Minister van Justitie,

S. DE CLERCK

Si le juge estime que les sommes payées au demandeur par le Fonds ne sont pas dues, elles ne sont pas récupérées.

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

**Art. 32.** Si, dans son avis, le Fonds a conclu à la responsabilité du prestataire de soins, et si, dans cette hypothèse, le demandeur n'obtient pas, dans les trois mois de la notification de l'avis, une offre amiable d'indemnisation de l'assureur du prestataire estimé responsable, le demandeur en informe le Fonds.

Celui-ci adresse un rappel à l'assureur du prestataire de soins, qui dispose d'un délai d'un mois à dater de la notification du rappel pour formuler une offre. L'assureur du prestataire de soins en informe le Fonds.

A défaut de réaction de l'assureur du prestataire de soins dans le délai d'un mois à dater de la notification du rappel, l'assureur est présumé contester la responsabilité de son assuré. Si l'une des conditions fixées à l'article 5 est remplie, le Fonds se substitue à l'assureur et il est alors procédé comme il est dit aux articles 25 à 27.

Dans cette hypothèse, le Fonds, après avoir indemnisé le demandeur, est subrogé dans les droits de celui-ci.

Ni le prestataire de soins, ni l'assureur, ni le juge ne sont liés par le montant de l'indemnisation accordée par le Fonds au demandeur.

Si le juge estime que les sommes payées au demandeur par le Fonds ne sont pas dues, elles ne sont pas récupérées.

#### CHAPITRE 5. — *Dispositions abrogatoires et modificatives*

**Art. 33.** Sont abrogées :

1° la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, modifiée par les lois des 21 décembre 2007 et 22 décembre 2008 et partiellement annulée par l'arrêt n° 8/2009 du 15 janvier 2009 de la Cour constitutionnelle;

2° la loi du 15 mai 2007 concernant le règlement des différends dans le cadre de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, modifiée par les lois des 21 décembre 2007 et 22 décembre 2008.

**Art. 34.** Dans l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public, sont insérés dans l'ordre alphabétique, dans la catégorie B, les mots « Fonds des accidents médicaux ».

#### CHAPITRE 6. — *Entrée en vigueur*

**Art. 35.** § 1<sup>er</sup>. Sauf en ce qui concerne le présent article et les articles 1<sup>er</sup>, 6, 7, 9, 10, 11, 33 et 34, le Roi détermine la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

§ 2. La présente loi s'applique aux dommages résultant d'un fait postérieur à sa publication au *Moniteur belge*.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le *Moniteur belge*.

Donné à Châteauneuf-de-Grasse, le 31 mars 2010.

ALBERT

Par le Roi :

La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Mme L. ONKELINX

Le Ministre de la Justice,

S. DE CLERCK

Le Ministre des Finances,

D. REYNDERS

Scellé du sceau de l'Etat :

Le Ministre de la Justice,

S. DE CLERCK

## Nota

(1) *Zitting 2009-2010.*

Kamer van volksvertegenwoordigers.

Stukken. — Wetsontwerp, 52-2240 - Nr. 1. — Amendementen, 52-2240 - Nrs. 2 tot 5. — Verslag, 52-2240 - Nr. 6. — Tekst aangenomen door de commissie, 52-2240 - Nr. 7. — Tekst aangenomen in plenaire vergadering en overgezonden aan de Senaat, 52-2240 - Nr. 8.

Integraal Verslag. — 4 maart 2010.

Kamer van volksvertegenwoordigers.

Stukken. — Wetsontwerp, 52-2241 - Nr. 1. — Tekst verbeterd door de commissie, 52-2241 - Nr. 2. — Tekst aangenomen in plenaire vergadering en overgezonden aan de Senaat, 52-2241 - Nr. 1.

Integraal Verslag. — 4 maart 2010.

Senaat.

Stukken. — Ontwerp niet geëvoceerd door de Senaat, 4-1691 - Nr. 1.

## Note

(1) *Session 2009-2010.*

Chambre des représentants.

Documents. — Projet de loi, 52-2240 - N° 1. — Amendements, 52-2240 - N°2 à 5. — Rapport, 52-2240 - N° 6. — Texte adopté par la commission, 52-2240 - N° 7. — Texte adopté en séance plénière et transmis au Sénat, 52-2240 - N° 8.

Compte rendu intégral. — 4 mars 2010.

Chambre des représentants.

Documents. — Projet de loi, 52-2241 - N° 1. — Texte corrigé par la commission, 52-2241 - N° 2. — Texte adopté en séance plénière et transmis au Sénat, 52-2241 - N° 4.

Compte rendu intégral. — 4 mars 2010.

Sénat.

Documents. — Projet non évoqué par le Sénat, 4-1691 - N° 1.

# Bijlage 3 - Hoofdstuk 5 van de wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) (B.S. 29.3.2013) betreffende de integratie van het Fonds als bijzondere dienst en aparte tak in het RIZIV

CHAPITRE 5. — *Création d'un service « Fonds des Accidents médicaux » (FAM) au sein de l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)*

*Section 1<sup>re</sup>. — Modifications de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé*

**Art. 27.** Dans l'article 2 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, le 10° est remplacé par ce qui suit :

« 10° « Le Fonds » : le service spécial de l'Institut national d'assurance maladie invalidité visé à l'article 137<sup>ter</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994; ».

**Art. 28.** Dans la même loi, l'intitulé du chapitre 3 est remplacé par ce qui suit : « Chapitre 3. — Les missions du Fonds des accidents médicaux ».

**Art. 29.** Les articles 6, 7 et 9 à 11 de la même loi sont abrogés.

*Section 2. — Modifications de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994*

**Art. 30.** L'article 1<sup>er</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 est complété par la phrase suivante : « Elle institue également un régime d'indemnisation des accidents médicaux résultant de soins de santé et l'organise en un secteur distinct relatif à l'indemnisation des accidents médicaux. ».

**Art. 31.** A l'article 2, *f)*, de la même loi, remplacé par la loi du 24 décembre 2002, les modifications suivantes sont apportées :

1° après les mots « contrôle médicaux », le mot « et » est remplacé par une virgule;

2° après les mots « contrôle administratif », les mots « et du Fonds des Accidents Médicaux; » sont ajoutés.

**Art. 32.** Dans l'article 13 de la même loi, remplacé par la loi du 29 avril 1996 et modifié par la loi du 17 juin 2009, les mots « , *Vibis* » sont insérés entre les mots « aux titres III, IV » et les mots « et VII ».

HOOFDSTUK 5. — *Oprichting van een dienst « Fonds voor de medische ongevallen (FMO) » bij het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV)*

*Afdeling 1. — Wijzigingen van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg*

**Art. 27.** In artikel 2 van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg wordt de bepaling onder 10° vervangen als volgt :

« 10° « Het Fonds » : de bijzondere dienst van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, als bedoeld in artikel 137<sup>ter</sup> van de wet betreffende de verplichtende verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994; ».

**Art. 28.** In dezelfde wet wordt het opschrift van hoofdstuk 3 vervangen als volgt : « Hoofdstuk 3. De opdrachten van het Fonds voor de Medische Ongevallen ».

**Art. 29.** De artikelen 6, 7 en 9 tot 11 van dezelfde wet worden opgeheven.

*Afdeling 2. — Wijzigingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994*

**Art. 30.** Artikel 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt aangevuld met de volgende zin : « Zij stelt tevens een regeling in voor de vergoeding van de medische ongevallen die het gevolg zijn van gezondheidszorg, en organiseert die in een aparte tak die betrekking heeft op de vergoeding van de medische ongevallen ».

**Art. 31.** In artikel 2, *f)*, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 24 december 2002, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° na de woorden « evaluatie en controle » wordt het woord « en » vervangen door een komma;

2° na de woorden « Administratieve Controle » worden de woorden « en van het Fonds voor de Medische Ongevallen » toegevoegd.

**Art. 32.** In artikel 13 van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 29 april 1996 en gewijzigd bij de wet van 17 juni 2009, worden de woorden « , *Vibis* » ingevoegd tussen de woorden « in de titels III, IV » en de woorden « en VII ».

**Art. 33.** Dans la même loi, il est inséré un titre *Vibis*, comportant les articles 137ter à 137sexies, rédigé comme suit :

**« TITRE VIBIS. — DE L'INDEMNISATION  
DES DOMMAGES RESULTANT DE SOINS DE SANTE**

**CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — DES INSTITUTIONS**

*Section 1<sup>er</sup>.* — Du service « Fonds des Accidents médicaux » (FAM)

Art. 137ter. Il est institué au sein de l'Institut, sous le nom « Fonds des Accidents médicaux », en abrégé FAM, un service chargé de l'administration de l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé et de l'application de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

A dater de l'entrée en vigueur du présent titre *Vibis*, le service reprend et poursuit toutes les missions du Fonds des Accidents Médicaux définies par la loi du 31 mars 2010 précitée.

Sans préjudice de la loi du 31 mars 2010 précitée et de la présente loi, le Roi détermine les règles relatives à l'organisation et au fonctionnement du service.

Le cadre du personnel du service lui permet de disposer des compétences nécessaires à l'accomplissement de ses missions, notamment médicales et juridiques.

Les membres du Comité de gestion et du personnel du service, ainsi que tous les collaborateurs permanents ou occasionnels de celui-ci, sont tenus au secret professionnel.

Aucun autre service ou agents d'un autre service de l'Institut ne peut demander ou avoir accès ou recevoir une information sur des dossiers et affaires individuelles ou des personnes concernées par ceux-ci et traités par le service, même pour ou dans le cadre de l'exercice des missions de cet autre service.

*Section 2.* — Du Comité de gestion du service

Art. 137quater. § 1<sup>er</sup>. Le service « Fonds des Accidents médicaux » est géré par un Comité de gestion.

§ 2. Le Comité de gestion se compose comme suit :

1° quatre membres représentant l'autorité;

2° quatre membres représentant les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et les organisations représentatives de travailleurs indépendants;

3° quatre membres représentant les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés;

4° quatre membres représentant les organismes assureurs;

5° cinq membres représentant les praticiens professionnels, dont trois médecins au moins;

6° trois membres représentant les institutions de soins de santé, dont au moins un médecin hygiéniste;

7° quatre membres représentant les patients;

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

Le Comité de gestion et chacun des groupes représentés en son sein comptent autant de membres de langue française que de membres de langue néerlandaise. Pour juger si cette dernière condition est remplie, les représentants des praticiens professionnels et des institutions de soins de santé sont considérés comme un seul groupe.

Le président et le vice-président sont d'un rôle linguistique différent.

§ 3. Le Roi fixe le mode de désignation des membres. Il nomme, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, le président, le vice-président et les membres pour un mandat de six ans, renouvelable. Il peut, dans les conditions qu'il détermine, nommer des membres suppléants. Il fixe les montants des indemnités et jetons de présence du président, du vice-président et des membres du Comité de gestion.

§ 4. Sans préjudice de la loi du 31 mars 2010 précitée et de la présente loi, le Roi fixe les règles de fonctionnement du Comité de gestion.

§ 5. Un nombre maximum de trois commissaires du gouvernement, nommés par le Roi sur présentation respectivement du ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions, du ministre qui a la Santé Publique dans ses attributions et du ministre qui a le Budget dans ses attributions, assistent aux réunions du Comité de gestion.

**Art. 33.** In dezelfde wet wordt een titel *Vibisingevoegd*, die de artikelen 137ter tot 137sexies bevat, luidende :

**« TITEL VIBIS. — DE VERGOEDING  
VAN SCHADE ALS GEVOLG VAN GEZONDHEIDSZORG**

**HOOFDSTUK 1. — DE ORGANEN**

*Afdeling 1.* — De dienst « Fonds voor de Medische Ongevallen » (FMO)

Art. 137ter. Er wordt binnen het Instituut, onder de naam « Fonds voor de Medische Ongevallen », afgekort als FMO, een dienst opgericht die belast is met het beheer van de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg en met de toepassing van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

Vanaf de datum van inwerkingtreding van titel *Vibis*, neemt de dienst alle bij voormelde wet van 31 maart 2010 vastgestelde opdrachten van Fonds voor de Medische Ongevallen over en voert ze verder uit.

Onverminderd de voormelde wet van 31 maart 2010 en deze wet, bepaalt de Koning de regels met betrekking tot de organisatie en de werking van de dienst.

De personeelsformatie van de dienst stelt hem in staat te beschikken over de competenties die met name nodig zijn voor het volbrengen van zijn medische en juridische opdrachten.

De leden van het Beheerscomité, de personeelsleden evenals alle permanente of occasionele medewerkers van de dienst zijn gebonden door het beroepsgeheim.

Geen van de andere diensten of personeelsleden van een andere dienst van het Instituut kunnen toegang of informatie krijgen met betrekking tot de door de dienst behandelde dossiers en individuele zaken of de personen op wie zij betrekking hebben, zelfs niet voor of in het kader van de opdrachten van die andere dienst.

*Afdeling 2.* — Het Beheerscomité van de dienst

Art. 137quater. § 1. De dienst « Fonds voor de Medische Ongevallen » wordt beheerd door een Beheerscomité.

§ 2. Het Beheerscomité is samengesteld als volgt :

1° vier leden die de overheid vertegenwoordigen;

2° vier leden die de representatieve organisaties van alle werkgevers en de representatieve organisaties van zelfstandigen vertegenwoordigen;

3° vier leden die de representatieve organisaties van alle werknemers vertegenwoordigen;

4° vier leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;

5° vijf leden die de beroepsbeoefenaars vertegenwoordigen, waaronder minstens drie artsen;

6° drie leden die de verzorgingsinstellingen vertegenwoordigen, waaronder minstens één geneesheer-hygiënist;

7° vier leden die de patiënten vertegenwoordigen;

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

Het Beheerscomité en elk van de groepen die erin zijn vertegenwoordigd, tellen evenveel Nederlandstalige als Franstalige leden. Om te oordelen of deze laatste voorwaarde is vervuld, worden de vertegenwoordigers van de beroepsbeoefenaars en van de verzorgingsinstellingen beschouwd als een enkele groep.

De voorzitter en de ondervoorzitter behoren tot een verschillende taalrol.

§ 3. De Koning bepaalt de wijze waarop de leden worden aangewezen. Hij benoemt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de voorzitter, de ondervoorzitter en de leden voor een hernieuwbaar mandaat van zes jaar. Hij kan, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, plaatsvervangende leden benoemen. Hij stelt de bedragen vast van de vergoedingen en het presentiegeld voor de voorzitter, ondervoorzitter en leden van het Beheerscomité.

§ 4. Onverminderd de voormelde wet van 31 maart 2010 en deze wet, bepaalt de Koning de regels met betrekking tot de werking van het Beheerscomité.

§ 5. Een maximaal aantal van drie regeringscommissarissen, die de Koning benoemt, op voordracht van respectievelijk de minister bevoegd voor Sociale Zaken, de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en de minister bevoegd voor de Begroting, wonen de vergaderingen van het Beheerscomité bij.

20190

MONITEUR BELGE — 29.03.2013 — Ed. 2 — BELGISCH STAATSBLAD

Art. 137quinquies. Le Comité de gestion du service :

1° gère, avec le service et son directeur général, les missions déterminées par la loi du 31 mars 2010 précitée;

2° arrête les comptes et établit le budget relatif à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé comme déterminée par la loi du 31 mars 2010 précitée;

3° propose le budget des frais d'administration du service au Comité général;

4° donne un avis au Comité général sur la proposition annuelle de cadre du personnel du service;

5° est informé par le directeur général du service des procédures de marchés publics relatifs aux missions du service ou à sa gestion, et notamment ceux dont le Comité de gestion a délégué de l'administrateur général de l'Institut;

6° établit son règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Roi.

#### CHAPITRE 2. — Du financement

Art. 137sexies. § 1<sup>er</sup>. Pour l'exécution de ses missions et ses frais d'administration, le financement du service est assuré par :

1° un montant annuel, à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, fixé par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, sur la base du budget établi par le Comité de gestion du service et des frais d'administration proposé par le Comité de gestion du service au Comité général;

2° le revenu des actions subrogatoires exercées conformément aux articles 28, 30, 31 et 32 de la loi du 31 mars 2010 précitée;

3° les produits financiers recueillis sur les sommes dont le Service dispose;

4° les indemnités dues au service en vertu des articles 15, alinéa 6, et 31, alinéa 6 de la loi du 31 mars 2010 précitée.

§ 2. Le financement déterminé au § 1<sup>er</sup>, 1°, comprend les montants nécessaires au budget des missions et au budget des frais d'administration du service. ».

Art. 34. A l'article 177 de la même loi, remplacé par la loi du 29 avril 1996 et modifié par les lois des 14 janvier 2002, 24 décembre 2002 et 8 avril 2003, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans l'alinéa 2, après les mots « des soins de santé » le mot « et » est remplacé par une virgule;

2° dans l'alinéa 2, les mots « et un directeur général du Fonds des accidents médicaux » sont insérés entre les mots « un directeur général du Service des indemnités, » et les mots « ainsi que par un médecin-directeur général du Service. ».

Art. 35. A l'article 182 de la même loi, remplacé par la loi du 29 avril 1996 et modifié par la loi du 14 janvier 2002, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 3, les mots « ainsi que le directeur général du Fonds des accidents médicaux mentionné au § 4, » sont insérés entre les mots « aux §§ 1<sup>er</sup> et 2, » et les mots « assistent aux séances »;

2° l'article est complété par un paragraphe 4 libellé comme suit :

« Le directeur général du Fonds des accidents médicaux visé à l'article 177, alinéa 2, est chargé de l'exécution des décisions du Comité de gestion du service du Fonds des accidents médicaux, conformément à l'autorisation qui lui a été accordée en vertu de l'article 181, alinéa 7.

Il assiste aux séances du Comité de gestion du service du Fonds des accidents médicaux et en assure le secrétariat.

Il assiste de droit aux séances des conseils et commissions qui fonctionnent au sein du service ou il peut s'y faire représenter par le fonctionnaire qu'il désigne. ».

Art. 137quinquies. Het Beheerscomité van de dienst :

1° beheert samen met de dienst en zijn directeur-generaal de in de voormelde wet van 31 maart 2010 bepaalde opdrachten;

2° stelt de rekeningen vast en maakt de begroting op met betrekking tot de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg, zoals die is vastgesteld in de voormelde wet van 31 maart 2010;

3° stelt het Algemeen Comité de begroting van de administratiekosten van de dienst voor;

4° verleent het Algemeen Comité advies over het jaarlijkse voorstel met betrekking tot de personeelsformatie van de dienst;

5° wordt door de directeur-generaal van de dienst geïnformeerd over de procedures voor overheidsopdrachten in het kader van de opdrachten van de dienst of van het beheer ervan en met name die opdrachten die de administrateur-generaal van het Instituut aan het Beheerscomité heeft gedelegeerd;

6° stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt dat ter goedkeuring voor aan de Koning.

#### HOOFDSTUK 2. — De financiering

Art. 137sexies. § 1. Voor de uitvoering van zijn opdrachten en voor zijn administratiekosten wordt de dienst gefinancierd door :

1° een jaarlijks bedrag, ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bepaald door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, op basis van de door het Beheerscomité van de dienst opgestelde begroting en de administratiekosten, die door het Beheerscomité van de dienst aan het Algemeen comité worden voorgesteld;

2° de opbrengst van de subrogatievorderingen, die worden uitgeoefend overeenkomstig de artikelen 28, 30, 31 en 32 van de voormelde wet van 31 maart 2010;

3° de financiële opbrengsten van de bedragen waarover de dienst beschikt;

4° de vergoedingen die aan de dienst verschuldigd zijn krachtens de artikelen 15, zesde lid, en 31, zesde lid, van de voormelde wet van 31 maart 2010.

§ 2. De in § 1, 1°, vastgestelde financiering omvat de bedragen die nodig zijn voor de begroting van de opdrachten en voor de begroting van de administratiekosten van de dienst. ».

Art. 34. In artikel 177 van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 29 april 1996 en gewijzigd bij de wetten van 14 januari 2002, 24 december 2002 en 8 april 2003, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in het tweede lid wordt na de woorden « voor Geneeskundige Verzorging » het woord « en » vervangen door een komma;

2° in het tweede lid worden de woorden « en een directeur-generaal van het Fonds voor de Medische Ongevallen » ingevoegd tussen de woorden « een directeur-generaal van de Dienst voor Uitkeringen » en de woorden « alsmede door een geneesheer-directeur-generaal van de Dienst. ».

Art. 35. In artikel 182 van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 29 april 1996 en gewijzigd bij de wet van 14 januari 2002, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in paragraaf 3 worden de woorden « alsmede de in § 4 vermelde directeur-generaal van het Fonds voor de Medische Ongevallen » ingevoegd tussen de woorden « in § 1 en § 2 » en de woorden « wonen de vergaderingen van het Algemeen comité bij »;

2° het artikel wordt aangevuld met een paragraaf 4, luidende :

« De directeur-generaal van het in artikel 177, tweede lid, bedoelde Fonds, wordt belast met de uitvoering van de beslissingen van het Beheerscomité van de dienst van het Fonds voor de Medische Ongevallen, waartoe hij overeenkomstig artikel 181, zevende lid, is gemachtigd.

Hij woont de vergaderingen van het Beheerscomité van de dienst van het Fonds voor de Medische Ongevallen bij en neemt het secretariaat ervan waar.

Hij woont ambtshalve de vergaderingen bij van de raden en commissies die in de dienst werkzaam zijn of kan zich daarop laten vertegenwoordigen door de ambtenaar die hij aanwijst. ».

**Art. 36.** L'article 183 de la même loi, remplacé par la loi du 29 avril 1996 et modifié par la loi du 19 mai 2010, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« Le médecin directeur général du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et le directeur général du Service du contrôle administratif mentionnés aux alinéas précédents, assistent aux séances du Comité général. »

**Art. 37.** A l'article 192 de la même loi, remplacé par l'arrêté royal du 12 août 1994 et modifié en dernier lieu par la loi du 27 décembre 2012, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 1<sup>er</sup> est remplacé par ce qui suit :

« L'Institut dispose des ressources visées aux articles 137<sup>sexies</sup> et 191. »;

2° l'alinéa 3 est complété par la phrase suivante :

« Il attribue de même au secteur relatif à l'indemnisation des accidents médicaux les ressources visées à l'article 137<sup>sexies</sup> et il prélève sur le montant total de ces ressources le montant de ses frais d'administration figurant dans le document budgétaire visé à l'article 12, 4°, pour la part relative à ce secteur. »;

3° l'alinéa 4 est complété par le 3° rédigé comme suit :

« 3° au secteur relatif à l'indemnisation des accidents médicaux : les ressources visées à l'article 137<sup>sexies</sup> après prélèvement des frais d'administration pour la part relative à ce secteur. ».

#### Section 3. — Autres modifications nécessaires

**Art. 38.** Dans l'article 1<sup>er</sup>, 3°, de la loi du 22 juillet 1993 portant certaines mesures en matière de fonction publique, les mots « – le Fonds des accidents médicaux » sont abrogés.

**Art. 39.** Dans l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public, sont supprimés dans l'ordre alphabétique, dans la catégorie B, les mots « Fonds des accidents médicaux ».

**Art. 40.** Le Roi est habilité à prendre les éventuelles autres dispositions nécessaires afin d'assurer l'intégration du Fonds au sein de l'INAMI, le cas échéant en abrogeant, modifiant, ou complétant des dispositions légales, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres. Ces arrêtés sont confirmés dans les 12 mois de leur publication au *Moniteur belge*. A défaut, ils cessent de produire leurs effets.

#### Section 4. — Dispositions transitoires et entrée en vigueur

**Art. 41.** A titre de mesure transitoire, l'arrêté royal du 12 octobre 2011, déterminant les règles relatives à l'organisation et au fonctionnement du Fonds des accidents médicaux, reste d'application au Fonds et à ses organes, dans la mesure de sa compatibilité avec la nouvelle organisation prévue et ce tant qu'il n'est pas fait application des articles 137<sup>ter</sup>, § 3, et 137<sup>quater</sup>, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, insérés par la présente loi.

**Art. 42.** Sont d'application au Comité de Gestion institué par l'article 137<sup>quater</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, introduit par la présente loi, les règles suivantes :

1° A titre de mesure transitoire, les commissaires du Gouvernement déjà nommés pour le fonds dans le cadre de la loi du 31 mars 2010 précitée poursuivent leur mandat auprès du Comité de gestion;

2° A titre de mesure transitoire, les membres effectifs et suppléants du Conseil d'administration du Fonds des accidents médicaux institué par la loi précitée du 31 mars 2010, qui sont en fonction à la date de l'entrée en vigueur de la présente loi, poursuivent leur mandat en qualité de membres du Comité de gestion.

**Art. 43.** L'entrée en vigueur du présent chapitre est fixée au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Si la publication de la présente loi intervient après cette date, l'entrée en vigueur du présent chapitre est fixée au premier jour du mois qui suit la publication.

**Art. 36.** Artikel 183 van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 29 april 1996 en gewijzigd bij de wet van 19 mei 2010, wordt aangevuld met een lid, luidende :

« De in de voorgaande leden vermelde geneesheer-directeur-generaal van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle en de directeur-generaal van de Dienst voor Administratieve Controle wonen de vergaderingen van het Algemeen comité bij. »

**Art. 37.** In artikel 192 van dezelfde wet, vervangen bij het koninklijk besluit van 12 augustus 1994 en laatstelijk gewijzigd bij de wet van 27 december 2012, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° het eerste lid wordt vervangen als volgt :

« Het instituut beschikt over de in de artikelen 137<sup>sexies</sup> en 191 bedoelde inkomsten. »;

2° het derde lid wordt aangevuld met de volgende zin :

« Het wijst aan de tak Vergoeding van de medische ongevallen de in artikel 137<sup>sexies</sup> bedoelde inkomsten toe en heft op het totaalbedrag van die inkomsten het bedrag van zijn administratiekosten dat wordt vermeld in het in artikel 12, 4°, bedoelde begrotingsdocument, voor het gedeelte dat op die tak betrekking heeft. »;

3° het vierde lid wordt aangevuld met de bepaling onder 3°, luidende :

« 3° in de tak Vergoeding van de medische ongevallen : de in artikel 137<sup>sexies</sup> bedoelde inkomsten na aftrek van de administratiekosten voor het gedeelte dat op die tak betrekking heeft. ».

#### Afdeling 3. — Andere noodzakelijke wijzigingen

**Art. 38.** In artikel 1, 3°, van de wet van 22 juli 1993 houdende bepaalde maatregelen inzake ambtenarenzaken worden de woorden « – het Fonds voor de Medische Ongevallen » opgeheven.

**Art. 39.** In artikel 1 van de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut, worden in de alfabetische opsomming, in de categorie B, de woorden « Fonds voor de Medische Ongevallen » opgeheven.

**Art. 40.** De Koning is bevoegd om eventuele andere bepalingen te nemen die noodzakelijk zijn met het oog op de integratie van het Fonds in het RIZIV, eventueel door wettelijke bepalingen op te heffen, te wijzigen of te vervullen, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Die besluiten worden binnen de 12 maanden na hun bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* bekrachtigd. Zo niet hebben zij geen uitwerking meer.

#### Afdeling 4. — Overgangsbepalingen en inwerkingtreding

**Art. 41.** Bij wijze van overgangsmaatregel blijft het koninklijk besluit van 12 oktober 2011, tot vaststelling van de regels betreffende de organisatie en de werking van het Fonds voor de medische ongevallen, van toepassing op het Fonds en zijn organen, voor zover dat verenigbaar is met de nieuwe beoogde organisatie, en dat zolang de bij deze wet ingevoegde artikelen 137<sup>ter</sup>, § 3, en 137<sup>quater</sup>, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, niet worden toegepast.

**Art. 42.** Zijn van toepassing op het Beheerscomité dat wordt opgericht bij artikel 137<sup>quater</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd bij deze wet, de volgende regels :

1° Bij wijze van overgangsmaatregel zetten de regeringscommissarissen die in het kader van de voormelde wet van 31 maart 2010 reeds voor het Fonds zijn benoemd, hun mandaat voort bij het Beheerscomité;

2° Bij wijze van overgangsmaatregel zetten de effectieve en plaatsvervangende leden van de Raad van Bestuur van het bij de voormelde wet van 31 maart 2010 opgerichte Fonds voor de medische ongevallen, die in functie zijn op de datum van inwerkingtreding van deze wet, hun mandaat voort als leden van het Beheerscomité.

**Art. 43.** De inwerkingtreding van dit hoofdstuk is vastgesteld ten vroegste, op 1 januari 2013. Indien de publicatie van deze wet na deze datum plaatsvindt, wordt de inwerkingtreding van dit hoofdstuk vastgesteld op de eerste dag van maand die volgt op de publicatie.





Publicatiedatum: Juni 2013

Verantwoordelijke uitgever: J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

Realisatie: Fonds voor de medische ongevallen

Grafisch ontwerp: Communicatiecel van het RIZIV

Foto: Verypics

Wettelijk depot: D/2013/0401/23