

Rapport d'activités du Fonds des accidents médicaux – 2012



Sommaire

Mot des président et vice-président	2
Mot de la direction générale	4
Introduction	5
1 ^{re} Partie - Missions	7
2 ^e Partie - Organes de gestion	11
3 ^e Partie - Structure administrative et équipe	17
4 ^e Partie - Statistiques d'activités	23
5 ^e Partie - Budget et coûts de gestion ou de mission	43
6 ^e Partie - Recommandations pour prévenir les dommages résultants de soins de santé	49
7 ^e Partie - Avis du Fonds	51
8 ^e Partie - Rapport sur l'intégration du FAM au sein de l'INAMI	55
Annexes	61
Annexe 1	
Composition du Conseil d'administration	62
Annexe 2	
Loi du 31 mars 2010 (Loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé - M.B. 02.04.2010)	64
Annexe 3	
Chapitre 5 de la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I) (M.B. 29.03.2013) intégrant le Fonds comme un service spécial et un secteur distinct au sein de l'INAMI	75

Mot des président et vice-président

Chère lectrice, cher lecteur,

Vous entamez la lecture du premier rapport annuel d'activités du Fonds des accidents médicaux.

Cette nouvelle institution a été créée en vertu de la loi tant attendue du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé. Par cette loi, le législateur a voulu apporter une réponse au mécontentement de tous les acteurs concernés par la réglementation en matière de responsabilité médicale : les patients et leurs proches, les dispensateurs de soins et les assureurs.

Depuis que la loi est entièrement entrée en vigueur le 1er septembre 2012, les victimes d'accidents médicaux disposent, sous certaines conditions, d'un nouveau droit subjectif d'indemnisation intégrale sans devoir apporter la preuve d'une faute commise par un dispensateur de soins. Parallèlement, la nouvelle loi introduit une procédure de consultation et d'indemnisation amiable auprès du nouveau Fonds des accidents médicaux. Il s'agit d'une procédure alternative mise à la disposition des victimes, outre la procédure judiciaire.

Les attentes par rapport au Fonds sont élevées. À juste titre. La nouvelle procédure doit offrir aux victimes l'avantage d'un traitement gratuit, simple, rapide et efficace du dommage subi. De surcroît, la procédure est accessible à tous étant donné que le Fonds prend la direction des litiges et organise, le cas échéant, une expertise contradictoire. Par ailleurs, sur la base de la solidarité nationale, le Fonds indemnise les dommages qui dépassent un certain seuil de gravité résultant d'un accident médical sans responsabilité. Enfin, même si le Fonds considère qu'un dispensateur de soins est responsable du dommage subi, il intervient dans certains cas bien déterminés comme fonds de garantie.

Depuis sa création, le Comité de gestion (anciennement le Conseil d'administration) a, en étroite collaboration avec l'INAMI, pris les dispositions nécessaires en vue de rendre le Fonds rapidement opérationnel. Pour l'implémentation, les responsables ont toujours eu le souci d'un équilibre sain entre l'expérience médicale et juridique et de la communication, outre la garantie de l'indépendance du Fonds.

Afin que le Fonds puisse se concentrer encore davantage sur ses missions clés, le législateur a récemment transformé le Fonds en un (cinquième) service opérationnel de l'INAMI. Les deux institutions étaient déjà liées sur les plans budgétaire et administratif en vertu de la loi du 31 mars 2010. Cela étant, le Fonds devait néanmoins constituer une institution dotée de sa propre responsabilité juridique et d'une gestion financière et du personnel distincte. Cette mission administrative a lourdement grevé la création et le fonctionnement du Fonds et s'est avérée impraticable à long terme. Toutefois, cette intégration fonctionnelle du Fonds au sein de l'INAMI ne porte en aucune façon préjudice à la spécificité et à l'autonomie du Fonds et de ses organes dans l'accomplissement de leurs tâches.

Ce rapport présente les premiers résultats des diverses activités et des préparatifs qui ont donné forme et sens au Fonds des accidents médicaux. Il donne également un premier aperçu du nombre et de la nature des demandes déjà introduites au Fonds. D'emblée, de nombreux patients et leurs proches ont trouvé le chemin du FAM.

A l'heure actuelle, le cadre du personnel est pratiquement complet et tous les collaborateurs s'affairent au traitement adéquat et compétent des demandes introduites. Au cours de ces derniers mois, des équipes d'experts médicaux et juridiques ont été constituées par voie de marchés publics, équipes auxquelles le Fonds pourra faire appel dans le cadre de l'exécution de ses missions. Le résultat de tous ces efforts ne s'est pas fait attendre et les premiers avis seront rapidement rendus.

La recherche d'une réponse équilibrée et experte dans chaque dossier est un souci constant du Fonds, qui requiert un effort permanent de la part de tous ses collaborateurs. Les membres du Comité de gestion sont parfaitement conscients de ce défi et de son importance pour l'ensemble de la société.

Geneviève Schamps

Présidente du Comité de gestion

Steven Lierman

Vice-président du Comité de gestion

Mot de la direction générale

Vous tenez en main le premier rapport d'activités du Fonds des accidents médicaux, nouvelle institution créée par la loi du 31 mars 2010, et, finalement intégré comme un nouveau service opérationnel au sein de l'INAMI depuis le 1er avril 2013, avec l'autonomie de gestion de ses compétences via notamment son propre comité de gestion et sa structure administrative identifiée et distincte.

Le rapport d'activité porte principalement sur une première période de gestion effective des compétences attribuées par la loi du 31 mars 2010, soit du 1er septembre 2012 au 28 février 2013.

Pourtant, du 1er avril 2010 au 31 août 2012, le Fonds et l'INAMI n'ont pas ménagé leurs efforts pour mettre en place ce nouvel outil au service des victimes d'accidents médicaux ! De la constitution d'une équipe « projet » chargée de définir et de mettre en place progressivement, dans le respect de la loi et des procédures prévues, l'ensemble des moyens humains, matériels, financiers, juridiques, administratifs, informatiques, etc. à l'installation du Conseil d'administration pour aboutir finalement au démarrage effectif du fonds en septembre 2012, le chemin a été long, notamment par manque d'un gouvernement de plein exercice, malgré la bonne volonté du gouvernement en longues affaires courantes et le soutien clair de la Ministre et de ses collaborateurs en charge de ce dossier !

Le chemin a été long, mais le cap a été tenu ! L'équipe projet s'est étoffée puis est passée en mode opérationnel de réception et de traitement des demandes depuis septembre 2012.

C'est principalement de cette dernière période que le rapport vous informe mais il ne doit pas vous faire oublier, tout le travail réalisé avant pour y aboutir.

Nous voulons profiter de ce rapport et de notre introduction pour remercier pour tout ce long parcours et pour le travail accompli, l'ensemble de nos collaborateurs du Fonds et des autres services de l'INAMI, le Conseil d'administration (devenu entretemps le Comité de gestion du Fonds) et la cellule stratégique de la Ministre Onkelinx et la Ministre elle-même !

Nous sommes tous conscients des attentes des citoyens et plus particulièrement des victimes d'accidents médicaux, auxquelles la nouvelle loi du 31 mars 2010 décidée par le Parlement veut apporter réponse et solution.

C'est pourquoi nous vous remercions de la lecture attentive de ce premier rapport, qui indique le chemin déjà parcouru mais surtout nous oblige à poursuivre le parcours avec détermination afin de rencontrer au mieux et au plus vite les attentes de ce nouveau droit à l'indemnisation des accidents médicaux.

Jo DE COCK

Directeur général ff

du Fonds des Accidents Médicaux

Benoît COLLIN

Directeur général ff

du Fonds des Accidents Médicaux

Introduction

Le Fonds des accidents médicaux (FAM) a été institué par la loi du 31 mars 2010 (Loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé - M.B. 02.04.2010) avec pour mission principale d'organiser l'indemnisation des victimes de dommages résultant de soins de santé ou de leurs ayants droits.

La partie 1 reprend un rappel synthétique des missions légales du FAM.

Parmi les autres missions du FAM, il est prévu dans la même loi (article 8 §2 3°) : « **établir un rapport annuel d'activités**, 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 résultant 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 ».

Pour exécuter cette mission légale, le présent rapport est structuré comme suit :

- l'exposé et l'analyse des **données statistiques** font l'objet de la **partie 4**
- l'exposé et l'analyse des **données financières** font l'objet de la **partie 5**
- les **recommandations pour prévenir les dommages résultant de soins de santé** prendront place en **partie 6**
- **une présentation et un commentaire des avis que le Fonds estime devoir émettre** feront l'objet de la **partie 7**.

En fonction des années, des activités et des éléments d'information ou de communication utiles, les diverses parties seront plus ou moins développées.

Dans le cadre de ce rapport annuel d'activités, il nous a semblé également utile de compléter les informations légalement demandées :

- par une série d'informations quant à **l'organe de gestion** du FAM, au départ, le **Conseil d'administration**, qui est devenu le **Comité de gestion** du service FAM par l'intégration à l'INAMI. Ce tour d'horizon constitue la **partie 2**
- par une série d'informations quant à l'administration chargée de l'opérationnalisation des missions du FAM au quotidien. Cela fait l'objet de la **partie 3**.

La loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I) (M.B. 29.03.2013) intègre le FAM dans l'INAMI comme un nouveau service opérationnel. Cette intégration est devenue effective ce 1^{er} avril 2013. Le contrat d'administration 2013-2015 de l'INAMI, en son article 21, prévoit également la production d'un rapport annuel d'activités au Comité de gestion du Fonds et au Ministre compétent avec notamment un rapport **sur l'intégration du FAM au sein de l'INAMI** qui prendra donc place à la **partie 8**.

1^{re} Partie

Missions



Les missions du FAM sont décrites à l'article 8 de la loi sur les accidents médicaux du 31 mars 2010 (Loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé – M.B. du 2.4.2010).

Ladite loi comprend, d'une part, des **tâches dans le cadre de sa mission d'indemnisation des victimes** de dommages résultant de soins de santé ou leurs ayants droit (dans les limites des articles 4 et 5) et, d'autre part, des **missions d'intérêt général**. Dans le premier cas, il s'agit d'une fonction consultative, d'indemnisation et de médiation. Le FAM remplit en outre des missions générales dans le cadre de l'enregistrement, du reporting et de la prévention.

Voici une brève description de chaque mission dont le FAM est chargé.

I. Mission consultative, d'indemnisation et de médiation (Art.8 §1)

Les fonctions susmentionnées constituent la mission principale du FAM. Elles supposent en effet que le FAM doit :

- 1° déterminer si le dommage résultant de soins de santé subi par le patient engage ou non la responsabilité d'un dispensateur de soins, et évaluer la gravité de celui-ci. Dans ce but, le FAM peut :
 - a) solliciter du (des) dispensateur(s) de soins, de l'établissement de soins, du patient et 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 dispensateur de soins qui a causé le dommage est effectivement et suffisamment couverte par une assurance. Le FAM peut en outre se prononcer sur l'ampleur de la couverture de l'assurance conclue par le dispensateur de soins
- 3° inviter le dispensateur de soins ou son assureur à formuler une offre d'indemnisation au patient ou à ses ayants droit lorsqu'il estime que la responsabilité d'un dispensateur de soins est engagée
- 4° indemniser le patient ou ses ayants droit lorsque le dommage répond aux conditions fixées aux articles 4 et 5 de la présente loi
- 5° organiser, à la demande du patient ou de ses ayants droit, d'un dispensateur de soins ou de son assureur, une médiation (conformément aux articles 1.724 à 1.733 du Code judiciaire). Il s'agit en l'occurrence d'une médiation volontaire et non pas d'une médiation judiciaire

II. Mission de prévention, d'enregistrement et de reporting

La mission de prévention du FAM consiste à centraliser toutes les données relatives aux demandes afin de pouvoir émettre, à la demande du ministre compétent ou d'initiative, des avis sur toute question concernant la prévention ou la réparation des dommages résultant de soins de santé.

Le FAM est en outre chargé d'établir des statistiques sur les indemnisations accordées en vertu des dispositions de la loi sur les accidents médicaux.

Enfin, un rapport annuel d'activités doit être établi et transmis au ministre de la Santé publique et des Affaires sociales, aux Chambres législatives et à la Commission fédérale « Droits du patient ». Ce rapport contient entre autres l'analyse des données statistiques et financières, des recommandations pour prévenir les dommages résultant de soins de santé et pour améliorer l'indemnisation de ceux-ci, éventuellement une présentation et un commentaire des avis que le Fonds estime devoir émettre. Ce rapport ne peut contenir que des données anonymes et donc aucune donnée à caractère personnel.

2^e Partie

Organes de gestion



I. Missions du Conseil d'administration

Le Fonds des accidents médicaux a été initialement créé en tant qu'organisme public doté d'une personnalité juridique propre, classé dans la catégorie B prévue par la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêts publics.

Conformément aux dispositions de la loi précitée, le Fonds dispose d'un Conseil d'administration. Ce Conseil d'administration doit veiller à l'accomplissement par le Fonds de ses diverses missions, telles que décrites dans la première partie de ce rapport.

Sous réserve des dispositions de la loi de 1954 précitée, le Conseil d'administration dispose de tous les pouvoirs nécessaires à l'administration du Fonds. Il exerce également le pouvoir de nomination au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 8 janvier 1973 fixant le statut du personnel de certains organismes d'intérêt public.

Le directeur général du Fonds est chargé de la gestion journalière de l'institution et exerce cette compétence sous le contrôle du Conseil d'administration. Le Conseil d'administration n'a pas vocation à intervenir dans le traitement des dossiers individuels. Cette tâche revient à l'administration du Fonds qui doit traiter les demandes individuelles sous la responsabilité du directeur du Fonds. En revanche, il appartient au Conseil d'administration de définir la politique d'indemnisation à suivre, dont l'exécution revient au directeur.

II. Composition du Conseil d'administration

Dans la mesure où le Fonds est en partie financée par l'INAMI, la composition du Conseil d'administration (C.A.) est inspirée de la composition du Comité général de gestion de l'INAMI. Les représentants des patients ont été inclus dès lors qu'ils sont directement concernés par la matière. Les conditions de désignation des membres du Conseil d'administration sont fixées par l'arrêté royal du 15 novembre 2010 (M.B. 15.12.2010). Le fonctionnement du Conseil d'administration est quant à lui déterminé par certaines dispositions de la loi du 16 mars 1954, par l'arrêté royal du 12 octobre 2011 (M.B. 17.10.2011) et par un règlement d'ordre intérieur.

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° 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.

L'avis relatif à la nomination du président, du vice-président et des membres du Conseil d'administration du Fonds des accidents médicaux a été publié au Moniteur Belge le 16 août 2011 (voir annexe 1).

Après cette nomination des membres, le Conseil d'administration a pu se réunir pour la première fois le 23 septembre 2011.

III. Réunions et réalisations du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration a, dès sa première séance, organisé un système de groupes de travail (G.T.). Le groupe de travail est une émanation du Conseil d'administration. Il en reflète la composition mais de manière restreinte.

Les groupes de travail sont chargés de préparer les discussions au sein du conseil afin de les faciliter. Les groupes de travail ne prennent pas de décisions. Ils tentent de dégager des consensus et positions communes au terme d'une discussion technique et les conclusions de ces discussions sont ensuite soumises au Conseil d'administration pour discussion et approbation.

L'agenda du groupe de travail est arrêté par le Président du C.A. et le vice-Président et il peut concerner l'ensemble des questions qui intéressent le Fonds. Les sujets traités jusqu'à présent ont concerné essentiellement le budget (contrôle du budget élaboré pour le Fonds), les ressources humaines (discussions relatives à l'organigramme du Fonds, aux descriptions de fonctions des agents à recruter), les procédures appliquées par le Fonds (courriers types envoyés aux demandeurs, formulaires d'introduction des demandes, procédures internes, etc.), les concepts juridiques non définis de la loi du 31 mars 2010 (critères de gravité, accident médical sans responsabilité, délais, etc.), la communication du Fonds (discussion relative au site internet élaboré pour le FAM, les FAQ utilisés par le call center du Fonds, etc.), l'outil informatique développé pour le Fonds (programme GENIDOC et détermination des informations à répertorier dans les programmes informatiques en vue de l'élaboration de statistiques fiables et utiles).

Les discussions au sein des groupes de travail et du Conseil d'administration ont permis d'énoncer une série de directives et d'interprétations qui ont rendu possible l'opérationnalité du FAM au 1^{er} septembre 2012 et le traitement des premières demandes.

Outre l'important travail du conseil sur les processus et les directives de gestion, il a également pu définir et défendre les moyens nécessaires à la gestion et aux missions du Fonds : budget, Organigramme, suivi des engagements RH, Programmes IT, etc.

Depuis le démarrage effectif en septembre 2012, le conseil suit attentivement les statistiques du Fonds : dossiers et call center (voir partie 4) et l'évolution générale du traitement des dossiers.

Le conseil/comité disposera à partir de septembre 2013 d'un accès informatique sécurisé aux notes et convocation via l'application Concerto existant déjà pour le Comité de l'assurance de l'INAMI.

Tableau 1 - Récapitulatif des C.A. et G.T.	
C.A.	G.T.
23/09/2011	13/10/2011 (budget + RH)
03/10/2011	24/10/2011 (budget + RH)
17/10/2011	07/11/2011 (budget + RH)
05/12/2011	12/01/2012 (Aspects juridiques)
16/01/2012	09/02/2012 (Aspects juridiques)
27/02/2012	01/03/2012 (Aspects juridiques)
26/03/2012	08/03/2012 (Aspects juridiques)
21/05/2012	14/05/2012 (Aspects juridiques)
25/06/2012	21/05/2012 (Aspects juridiques)
24/09/2012	04/06/2012 (Aspects juridiques)
10/12/2012	18/06/2012 (Aspects juridiques)
08/03/2013	25/06/2012 (Aspects juridiques)
	02/07/2012 (Aspects juridiques)
	08/10/2012 (Aspects juridiques)
	24/10/2012 (Aspects juridiques)
	12/11/2012 (Aspects juridiques)
	26/11/2012 (Aspects juridiques)
	26-11-2012 (Aspects juridiques)

Source : Fonds des accidents médicaux

IV. Comité de gestion dans le cadre de l'intégration du FAM au sein de l'INAMI

Dans le cadre de l'intégration du Fonds des accidents médicaux en tant que nouveau service de l'INAMI, le Conseil d'administration est remplacé par un Comité de gestion. La création de ce Comité de gestion garantit l'autonomie du nouveau service dans l'exécution et le suivi de ses missions légales.

La composition prévue pour le Comité de gestion est identique à ce qui existait pour le Conseil d'administration avant l'intégration. La disposition transitoire insérée dans la loi qui réalise l'intégration permet aux commissaires du gouvernement et aux membres du Conseil d'administration du Fonds des accidents médicaux institué par la loi du 31 mars 2010 qui sont en fonction au moment de l'entrée en vigueur de cette loi de poursuivre leur mandat (jusqu'à la fin de celui-ci) en qualité de membres du Comité de gestion en évitant une nouvelle nomination ou un nouveau mandat via arrêté royal et assure ainsi la continuité entre le fonds OIP catégorie B et le fonds, nouveau service de l'INAMI.

Contrairement à ce qui existait avant l'intégration du Fonds au sein de l'INAMI, le Comité de gestion disposera à présent dans la loi (article 137 quinquies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994), d'une disposition qui définit clairement ses compétences.

Le Comité de gestion du FAM :

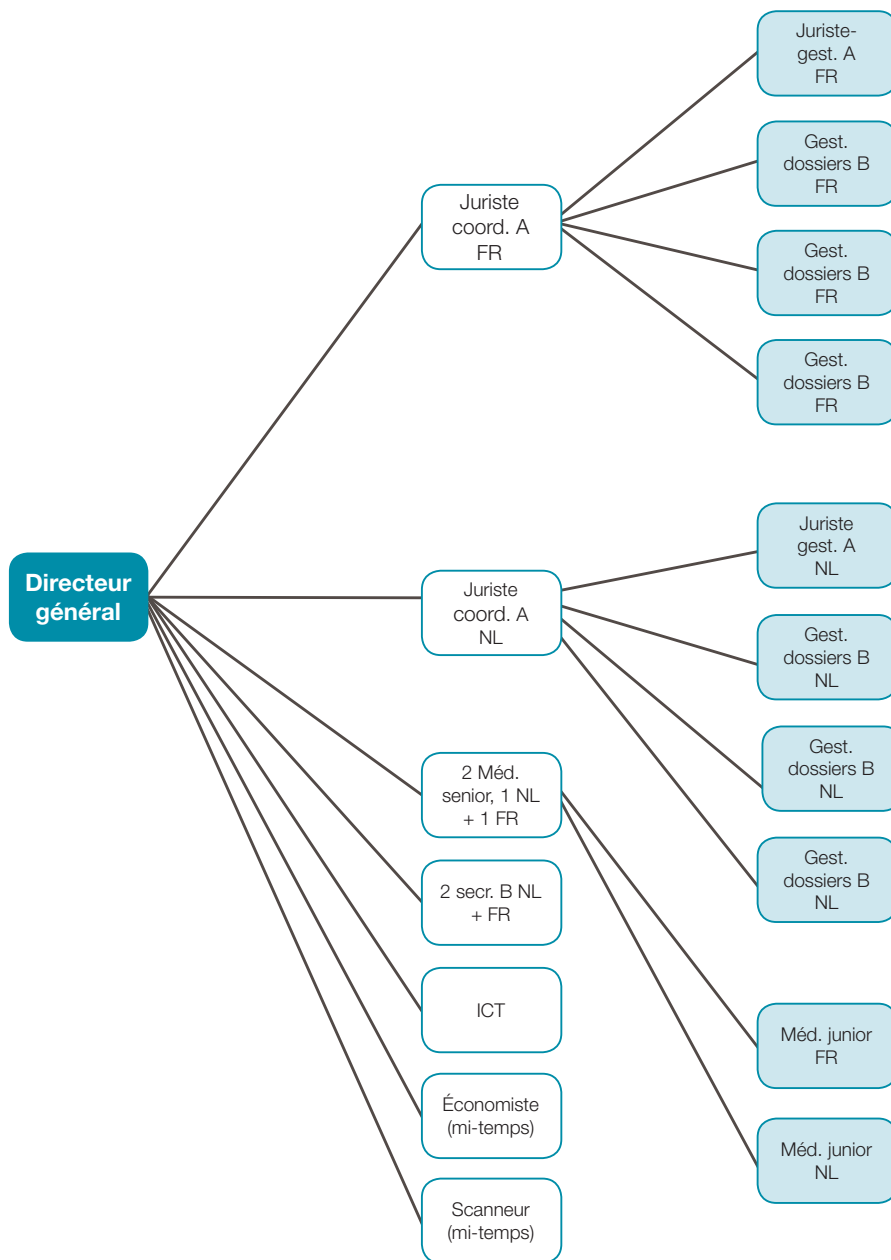
- 1° gère, avec le Service et son directeur général, les missions prévues par la loi du 31 mars 2010 précitée
- 2° arrête les comptes et établit le budget relatif à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé comme déterminée par la loi du 31 mars 2010 précitée
- 3° propose le budget des 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 il a délégué de l'administrateur général de l'Institut
- 6° établit son règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Roi.

3^e Partie

Structure administrative et équipe



I. Organigramme du Fonds des accidents médicaux



A ce jour, l'organigramme de l'administration du Fonds des accidents médicaux peut être synthétisé conformément au schéma exposé ci-dessus. Un grand nombre de recrutements ont déjà été opérés et certains doivent encore être réalisés.

II. Recrutements déjà réalisés

Depuis septembre 2010, conformément à la mission qui lui était confiée par l'article 11 de la loi du 31 mars 2010, l'INAMI a entrepris des démarches actives afin de constituer une équipe à même de jeter les bases du Fonds des accidents médicaux et le moment venu, de lui permettre d'accomplir les tâches qui lui sont confiées par la loi. Ces démarches ont conduit l'INAMI à constituer en juin 2010 une première équipe de projet pour une mission provisoire de quelques mois. Cette équipe de projet était initialement constituée de deux agents, à savoir un chef de projet et un juriste.

Cette équipe de projet de base s'est rapidement étoffée avec plusieurs nouveaux agents. Dans un second temps, l'INAMI a pris l'initiative de créer une cellule au sein de ses services généraux pour stabiliser l'équipe de projet initiale et permettre le recrutement d'agents contractuels, en évitant ainsi de ne dépendre que du système de la mobilité interne

Initialement, l'équipe de projet s'est attachée, entre autres, à déterminer les besoins en personnel du Fonds des accidents médicaux, lorsque celui-ci serait opérationnel. Ce travail s'est mené en concertation avec le service RH de L'INAMI et le Conseil d'administration du FAM, lorsque ses membres ont été nommés. Cela a permis l'élaboration de l'organigramme présenté ci-dessus.

L'ensemble des recrutements pour le compte du FAM ont été réalisés par l'INAMI. Le Fonds, même en tant qu'institution dotée de sa propre personnalité juridique, n'a en tant que tel jamais procédé à un recrutement, ni assumé de responsabilité en tant qu'employeur.

Afin de pourvoir aux différentes fonctions prévues dans l'organigramme, l'INAMI a eu recours à des engagements dans le cadre de contrats de travail et au marché interne, grâce au système de la mobilité. Ces démarches ont permis de constituer une équipe composée des profils suivants :

- 1 juriste coordinateur francophone niveau A, statutaire
- 1 juriste coordinateur néerlandophone niveau A, statutaire
- 1 juriste gestionnaire de dossiers francophone niveau A, contractuel
- 1 juriste gestionnaire de dossiers néerlandophone niveau A, contractuel
- 3 gestionnaires de dossiers de francophones niveau B, contractuels
- 2 gestionnaires de dossiers néerlandophone niveau B, statutaires
- 1 secrétaire néerlandophone niveau B, contractuel
- 1 secrétaire francophone niveau B, contractuel
- 1 coordinateur ICT néerlandophone niveau A, contractuel
- 1 économiste francophone (mi-temps) niveau A, contractuel
- 1 scanneur néerlandophone (mi-temps) niveau C, statutaire
- 1 médecin coordinateur senior néerlandophone niveau A, contractuel.

Actuellement, il y a donc 15 agents qui travaillent pour le Fonds des accidents médicaux. Compte tenu des deux agents actifs à mi-temps, cela représente 14 équivalents temps-plein pour un cadre prévu de 19 ETP.

Le Fonds dispose donc de 7 agents de niveau A, dont 3 francophones et 4 néerlandophones, de 7 agents de niveau B, dont 3 néerlandophones et quatre francophones et d'un agent de niveau C néerlandophone.

La direction générale du Fonds des accidents médicaux est provisoirement assurée par l'administrateur-général de l'INAMI, Jo De Cock et l'administrateur-général adjoint, Benoit Collin. Ils assurent actuellement toutes les missions normalement dévolues au directeur-général du FAM.

III. Recrutements encore à réaliser

Certaines fonctions prévues dans l'organigramme de base (Cadre de 19 ETP) ne sont pas encore pourvues. Plusieurs initiatives ont d'ores et déjà été lancées afin de recruter les profils suivants :

- 1 directeur général : la procédure de sélection du directeur est en cours. Il s'agira d'une fonction de management (mandat). La description de fonction est en cours d'examen par le Comité général de gestion de l'INAMI. Une fois que cette pondération aura été acceptée, la procédure sera poursuivie au SELOR. Cette procédure devrait aboutir dans le cours du second semestre 2013.
- 1 gestionnaire de dossier néerlandophone : l'organigramme prévoit le recrutement de trois gestionnaires de dossiers francophones et également de trois néerlandophones. Eu égard au nombre de dossiers déjà introduits en français, les trois gestionnaires francophones ont déjà été recrutés. En revanche, le nombre de demandes introduites en néerlandais étant moins important, le recrutement du troisième gestionnaire néerlandophone niveau B n'a pas encore été lancé.
- 1 médecin coordinateur senior francophone : le FAM recherche activement un médecin coordinateur francophone pour compléter son équipe médicale interne. Différentes démarches ont été entreprises qui n'ont pas encore abouties.
- 2 médecins juniors, 1 francophone, 1 néerlandophone : Plusieurs candidats ont été reçus et le recrutement des deux médecins juniors devrait être effectif dans le cours du second trimestre 2013.

L'organigramme du FAM a été élaboré avant que l'institution ne soit opérationnelle (septembre 2012). L'INAMI, en partenariat avec le Conseil d'administration du FAM, a donc eu recours à une approche prudente fondée sur une estimation raisonnable de la charge de travail qui pouvait être attendue sur base des recherches opérées dans la phase de projet.

Les quelques mois d'opérationnalité du FAM confirment dans les grandes lignes les attentes initiales. A ce stade, la charge de travail n'a été ni sous-estimée, ni surévaluée. Cependant, les premières expertises ont été lancées début mars 2013. C'est une nouvelle étape pour le FAM. En fonction des besoins concrets, l'organigramme existant pourrait encore connaître des évolutions.

IV. Expertise externe

Deux marchés publics devraient être clôturés au second trimestre 2013 pour bénéficier d'un pool d'experts juridiques et médicaux qui pourront assister l'équipe du FAM dans la gestion des dossiers, expertises médicales, avis ou contentieux, etc., et ce avec des spécialistes de tout le pays et de diverses spécialités médicales et d'expertise juridique ou médicale dans les domaines d'action du Fonds.

V. Outils

Le Fonds dispose actuellement d'un outil de gestion des dossiers via une application ICT déjà existante à l'INAMI (GENIDOC) qui a été légèrement adaptée aux besoins spécifiques du Fonds. Sur base de l'utilisation de cet outil et du traitement des dossiers depuis septembre 2012, le service ICT finalise, avec l'équipe de gestion, le cahier des besoins et des charges pour une nouvelle application répondant plus complètement aux processus et dossiers gérés par le Fonds avec intégration d'outils du suivi médical (analyse et expertises) et gestion statistiques et financières.

Actuellement l'ensemble des dossiers entrants sont scannés et intégrés au format PDF dans l'application existante. Dans le futur, nous essayerons d'intégrer les données scannées directement dans l'application pour limiter les encodages.

L'économiste chargé de la gestion financière et statistique développe un outil de simulation financière devant permettre au fonds de suivre les prévisions budgétaires sur base des paramètres de l'étude KCE et de les confronter avec le réalisé en nombre et types de dossiers et interventions ou coûts financiers. Cet outil sera directement alimenté par les données de la nouvelle application de gestion des dossiers.

Pour l'instant le formulaire type d'introduction d'une demande est disponible en PDF et les dossiers doivent être introduits par la poste et en recommandé. Dans le futur, le Fonds souhaite permettre un formulaire pouvant être sauvé et complété en Word, voire mettre en place un formulaire en ligne et un échange électronique sécurisée des données (notamment médicales).

Un site internet a été mis en place dès le 1 septembre 2012 (www.fam.fgov.be) ainsi qu'un call center externe au numéro 02/790.10.90 durant les jours ouvrables entre 8h et 17h. A terme (dernier trimestre 2013) le site FAM sera intégré dans le site web de l'INAMI, mais restera aussi accessible via l'adresse spécifique.

4^e Partie

Statistiques d'activités



Dans cette partie, les statistiques d'activités « missions » seront présentées. Le Fonds étant actif depuis le 1^{er} septembre 2012, il est intéressant de mettre en évidence certaines tendances. Dans un premier temps, les statistiques du call center seront abordées. Celles-ci permettront notamment de mettre en évidence les principales interrogations du public par rapport aux missions et aux procédures du Fonds. Les statistiques d'activités seront ensuite présentées afin de donner des informations générales concernant les dossiers et leur suivi au sein du Fonds. Concernant ces statistiques d'activités, il est important de préciser que seules des statistiques concernant le début de la procédure de traitement de dossiers sont disponibles aujourd'hui. En effet, étant donné que le Fonds n'est actif que depuis le 1^{er} septembre 2012, il n'y a pas suffisamment de dossiers dans les phases ultérieures pour en retirer des statistiques significatives.

I. Statistiques call center

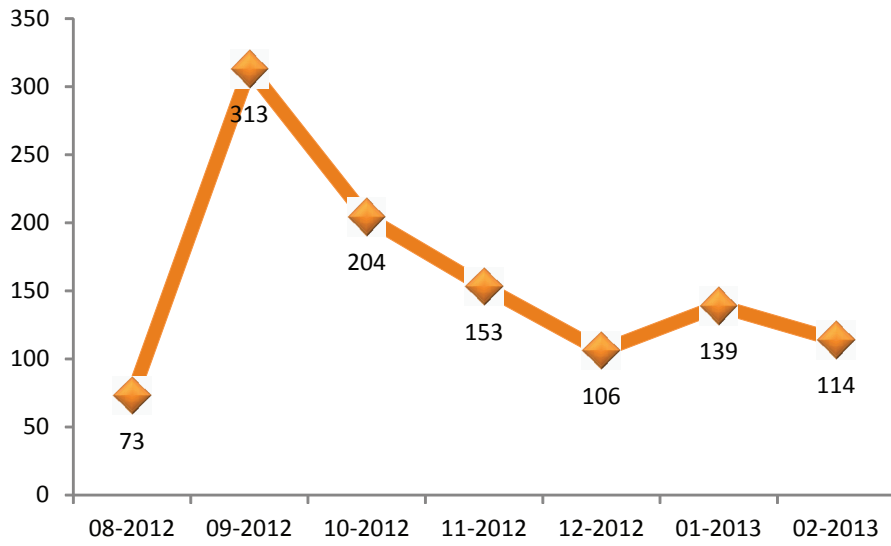
Commençons donc par jeter un œil sur les statistiques du call center. Celles-ci sont reprises dans le tableau ci-dessous portant sur la période août 2012 – février 2013. On y retrouve notamment le nombre total d'appels au cours de chaque mois, le volume d'appels décrochés dans les 30 secondes (service level), la proportion d'appels francophones et néerlandophones ou encore l'abandon rate correspondant au taux d'appels abandonnés par l'appelant avant d'obtenir la communication avec un opérateur.

Tableau 2 – Reporting des appels call-center								
Reporting FAM	08-2012	09-2012	10-2012	11-2012	12-2012	01-2013	02-2013	Moyenne
Nombre total d'appels	73	313	204	153	106	139	114	157
Nombre total d'appels cumulés	73	386	590	743	849	988	1102	-
Service Level	84%	87%	82%	94%	96%	90%	93%	89,43%
Abandon rate	6%	2%	1%	0%	1%	1%	0%	1,57%
NL rate	9%	30%	28%	36%	29%	33%	35%	28,57%
FR rate	91%	70%	72%	64%	71%	67%	65%	71,43%
FAQ rate	88%	93%	95%	91%	88%	90%	89%	90,57%

Source : Fonds des accidents médicaux

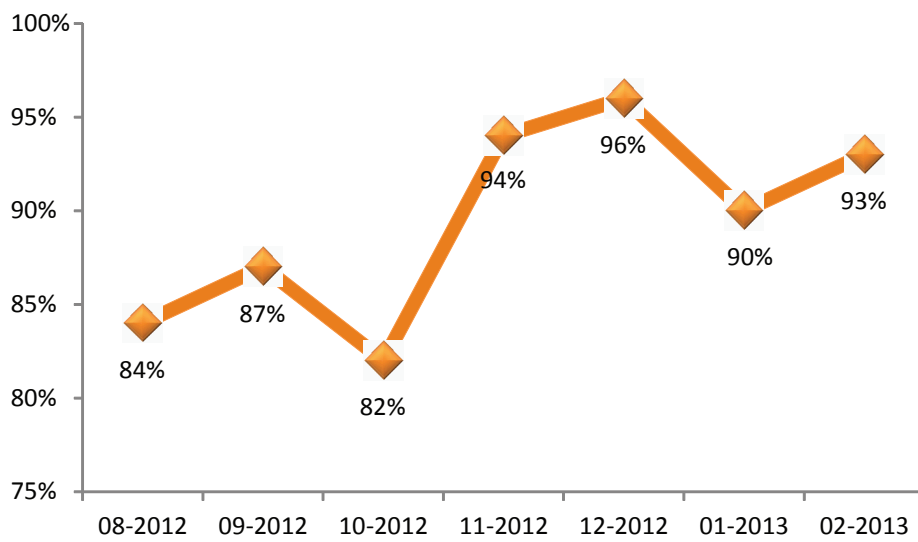
Les principales informations fournies par ce tableau concernent le nombre d'appels et la répartition linguistique des appels. En ce qui concerne le nombre d'appels, le graphique ci-dessous fait ressortir un niveau très élevé d'appels au cours du mois de septembre. Ceci étant tout à fait logique puisque le mois de septembre fut le mois de démarrage du Fonds. Par la suite, le nombre d'appels a suivi une diminution progressive jusqu'à atteindre une vitesse de croisière en ce début d'année 2013. Par ailleurs, on constate également une très bonne réactivité au niveau du service puisque près de 90% des appelants sont mis en communication avec un agent dans les 30 secondes. Si l'on tient compte d'un taux d'abandon de 1,57%, cela signifie que moins de 9% des appelants doivent patienter plus de 30 secondes avant d'avoir un interlocuteur.

Graphique 1 : Call center - Nombre d'appels par mois



Source : Fonds des accidents médicaux

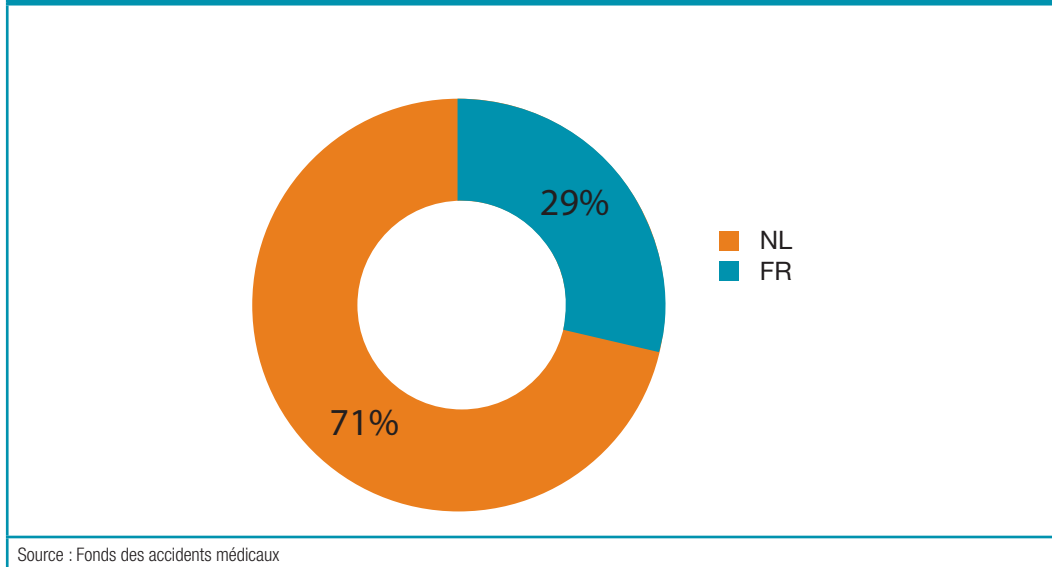
Graphique 2 : Call center - Service level



Source : Fonds des accidents médicaux

La deuxième constatation très intéressante que fait ressortir ce tableau concerne la répartition linguistique des appels. Comme on peut le constater dans le schéma ci-dessous, il y a une tendance très claire en faveur des appels francophones. En effet, plus de 70% des appels concernent des questions en français. Ce résultat interpellant demande des recherches ultérieures afin de comprendre pourquoi il existe un si grand déséquilibre dans la répartition linguistique des appels. Sur ce point, il est important de noter que ce déséquilibre est observé tous les mois depuis la mise en place du call center. Cependant, si l'on regarde uniquement l'année 2013, on constate que la proportion d'appels francophones a un peu diminué, se situant aux alentours de 65%. Nous verrons par la suite que ce taux d'appel majoritairement francophone est en adéquation avec un nombre majoritaire de dossiers introduits en français.

Graphique 3 : Call center - Répartition linguistique des appels



Enfin, il est important pour le Fonds de savoir quelles questions le public se pose à son sujet. C'est pourquoi une liste de FAQ a été créée afin de pouvoir prendre les mesures nécessaires pour mieux informer le public et diminuer le nombre d'appels concernant ces questions. Ci-dessous se trouve la liste des FAQ depuis le mois d'août 2012 sur base de laquelle le FAQ rate du tableau ci-dessus a été déterminé. La moyenne de 90,57% que l'on obtient signifie simplement que 90% des appels émis auprès du call center concernent au moins une des questions ci-dessous.

Frequently Asked Questions

- Date de l'intervention par rapport à l'introduction d'un dossier.
- Demande d'envoi du formulaire par la poste.
- Recevabilité du dossier ?
- Comment transmettre le dossier ?
- Puis-je introduire pour x ?
- J'ai reçu un courrier du FAM, que dois-je faire ?
- Coexistence de procédures (fonds + justice) ?
- Pouvez-vous me donner le suivi de mon dossier ?

Il faut également noter qu'à côté de ce relevé des FAQ auprès du Call center, une série de FAQ possibles trouvent une réponse sur le site internet du FAM et sont régulièrement complétées des réponses aux FAQ du call center.

II. Statistiques d'activités – Missions

Abordons maintenant les statistiques d'activités du Fonds en précisant tout d'abord que ces statistiques se rapportent à la période août 2012-février 2013. La raison pour laquelle il faut tenir compte du mois d'août est qu'un certain nombre de dossiers ont déjà été déposés avant septembre 2012, date officielle du démarrage du Fonds (traitement des dossiers).

Les différentes informations présentées ci-dessous concernent principalement des statistiques générales relatives aux dossiers introduits au cours de la période précitée. Parmi ces statistiques, on retrouvera la répartition linguistique et géographique, le lieu de l'accident ou encore le nombre de dossiers introduits et déjà clôturés. À côté de ces statistiques générales, on retrouvera également des informations relatives aux deux grandes phases du traitement des dossiers comme par exemple la recevabilité de ceux-ci. Enfin, certains délais de traitement seront présentés afin d'avoir une idée du temps nécessaire pour traiter un dossier introduit auprès du Fonds.

Mais avant de présenter ces différents chiffres, il est nécessaire de rappeler qu'ils constituent une première approche et qu'ils seront complétés dans les prochains rapports par des informations plus détaillées lorsqu'un certain nombre de dossiers auront donné lieu à un avis et une indemnisation effective ou en fonction de paramètres/données introduites dans le système de gestion des dossiers (dispensateurs mis en cause, type de dommages, etc.).

1. Dossiers ouverts, fermés et rouverts et répartition linguistique

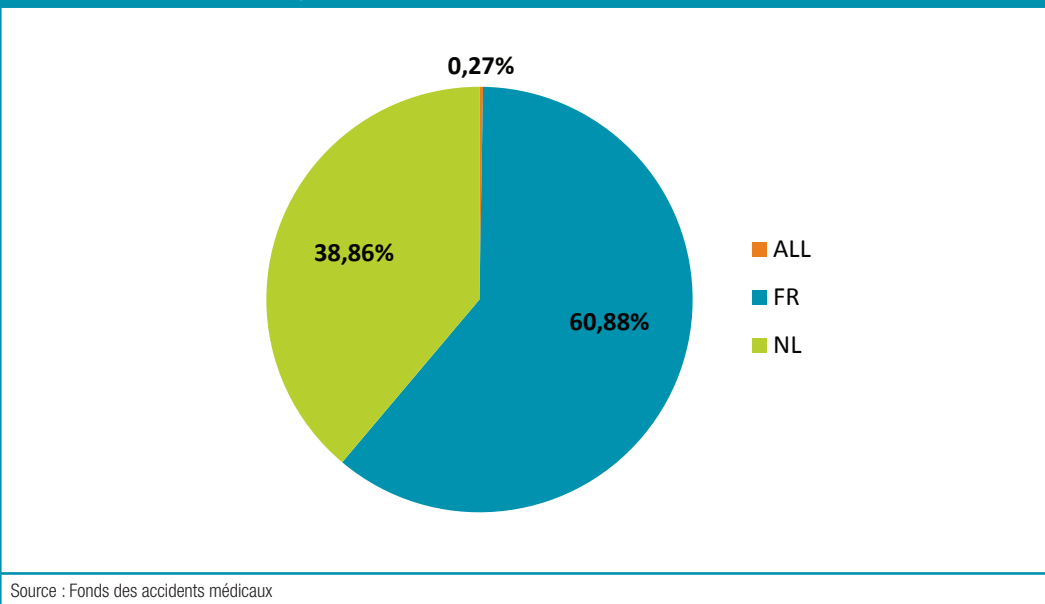
Commençons par examiner la répartition linguistique des dossiers ainsi que leurs statuts fin février 2013.

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Fermé		70	24	94
Ouvert	2	385	268	655
Rouvert		4	1	5
Total	2	459	293	754

Source : Fonds des accidents médicaux

Le tableau ci-dessus nous indique que 754 dossiers ont été introduits auprès du Fonds. Nous verrons par la suite comment ce chiffre est réparti sur la période concernée, mais avant cela, intéressons nous à la répartition linguistique de ces dossiers. En effet, comme mentionné ci-dessus dans les statistiques du call center, on observe ici aussi une assez forte prédominance des dossiers francophones avec un peu plus de 60% contre près de 39% pour les dossiers néerlandophones. À l'instar des appels émis auprès du call center, il est difficile, à l'heure actuelle, de donner une explication précise à ce phénomène. Des études ultérieures permettront de déterminer les facteurs pouvant influencer ce résultat. Cependant, depuis janvier 2013, la proportion FR/NL a tendance à s'amenuiser avec un taux de répartition de l'ordre de 54% FR - 46% NL. Remarquons encore que les dossiers en allemand ne représentent qu'une infime partie du total des dossiers.

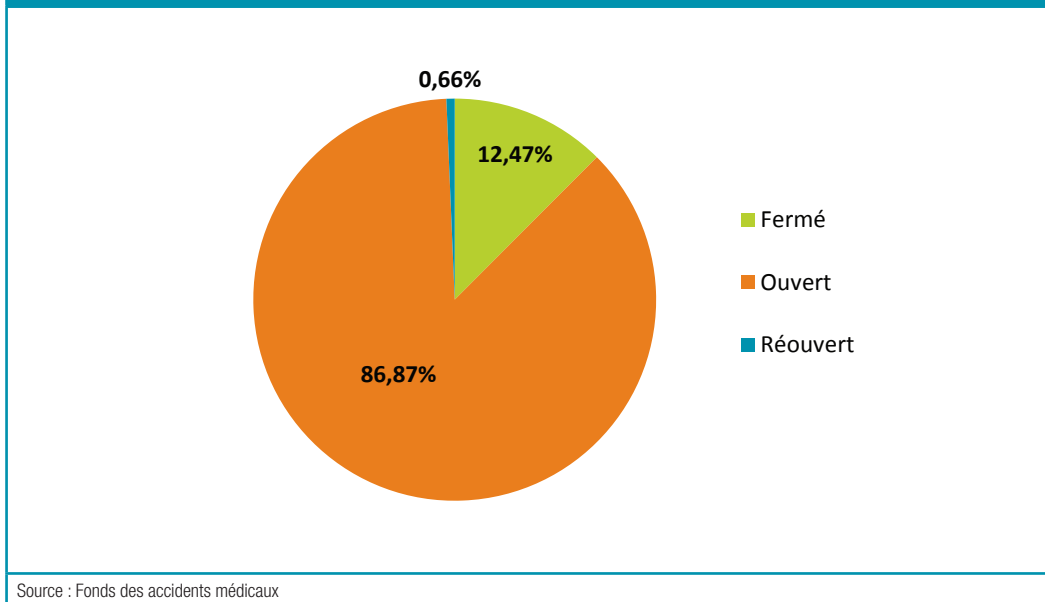
Graphique 4 : Répartition linguistique des dossiers



Avant d'aborder les chiffres concernant les statuts des dossiers, il convient de donner une brève explication sur ce qu'on entend par un dossier ouvert, fermé ou ré-ouvert.

- abc
 ○ Un **dossier ouvert** est un dossier qui a été introduit auprès du Fonds et qui est toujours en traitement au sein de celui-ci. Il peut se trouver en phase 1 (détermination de sa recevabilité, réception des documents, etc.) ou en phase 2 (étude juridique ou médicale, expertise, ...).
- A l'inverse, un **dossier fermé** est un dossier qui n'est plus en cours de traitement et ce pour diverses raisons : il a donné lieu à une indemnisation acceptée par toutes les parties, il a été jugé irrecevable administrativement, etc. A ce jour, la plupart des dossiers fermés le sont à cause de leur irrecevabilité en phase 1.
- Enfin, un **dossier peut être ré-ouvert** lorsque de nouveaux éléments, inconnus au moment de la fermeture du dossier, apparaissent et demandent à être examinés. C'est par exemple le cas d'un dossier qui a été fermé pour cause de non réception des documents requis dans le délai imparti et qui doit être ré-ouvert par la suite lorsque le demandeur a fourni finalement lesdits documents.

Graphique 5 : Statut des dossiers



Maintenant que ces notions ont été définies, on peut constater qu'actuellement, la très grande majorité des dossiers sont ouverts (l'analyse des phases dans lesquelles se situent ces dossiers sera faite dans le point suivant) et donc en cours de traitement. Les dossiers fermés représentent logiquement la deuxième partie des dossiers introduits au Fonds mais dans une proportion bien moindre. Enfin, il est à noter que très peu de dossiers fermés ont dû être ré-ouverts puisqu'ils ne représentent que 0,66% de l'ensemble des dossiers.

2. Répartition des dossiers par phase et par langue

Maintenant que la proportion de dossiers fermés, ouverts et rouverts est connue, il est intéressant de voir comment les dossiers ouverts et rouverts sont répartis au sein des différentes phases du processus. Comme dans le point précédent, il est utile de préciser brièvement ce qui se cache derrière ces phases 1 et 2 avant de présenter les résultats.

La phase 1 est la phase initiale dans le traitement des dossiers, c'est la phase au cours de laquelle les gestionnaires de dossiers vont ouvrir le dossier et réunir les documents nécessaires pour déterminer si ce dernier est recevable sur le plan administratif. Il s'agit donc d'une phase administrative qui débute par la réception de la demande d'avis de la victime ou de ses ayants droits et qui se termine lorsque la recevabilité administrative du dossier est déterminée.

A ce moment, soit le dossier est irrecevable administrativement et il est fermé, soit il est recevable administrativement et on ouvre alors la 2^e phase de traitement. Cette 2^e phase est sans doute la phase la plus importante du processus puisque c'est au cours de cette phase que vont se dérouler les études médicales et juridiques qui permettront au Fonds de donner un avis sur la responsabilité et sur le droit à indemnisation. Cette 2^e phase se termine lorsque le Fonds a rendu son avis (accident médical sans responsabilité ou avec responsabilité ou responsabilité civile pas suffisamment couverte par une assurance, etc.).

Une 3^e phase sera alors ouverte et consistera en l'émission de la proposition d'indemnisation du Fonds. Cependant, comme dit précédemment, aucun dossier n'a, pour l'instant, fait l'objet d'un dépôt d'avis de la part du Fonds et ce pour trois raisons : le temps que prennent les différentes expertises et le fait que le Fonds n'ait démarré son activité qu'en septembre 2012, ainsi que le fait que l'équipe médicale interne n'est pas encore complètement staffée pour analyser les dossiers et préparer les demandes d'expertises.

Nombre de dossiers	Langue			Total	%
	D	F	N		
Ouvert	2	385	268	655	99,24%
1. Phase initiale		69	37	106	16,06%
2. Evaluation médicale et juridique	2	316	231	549	83,18%
Rouvert		4	1	5	0,76%
1. Phase initiale		1		1	0,15%
2. Evaluation médicale et juridique		3	1	4	0,61%
Total	2	389	269	660	100%
%	0,3%	58,94%	40,76%	100%	

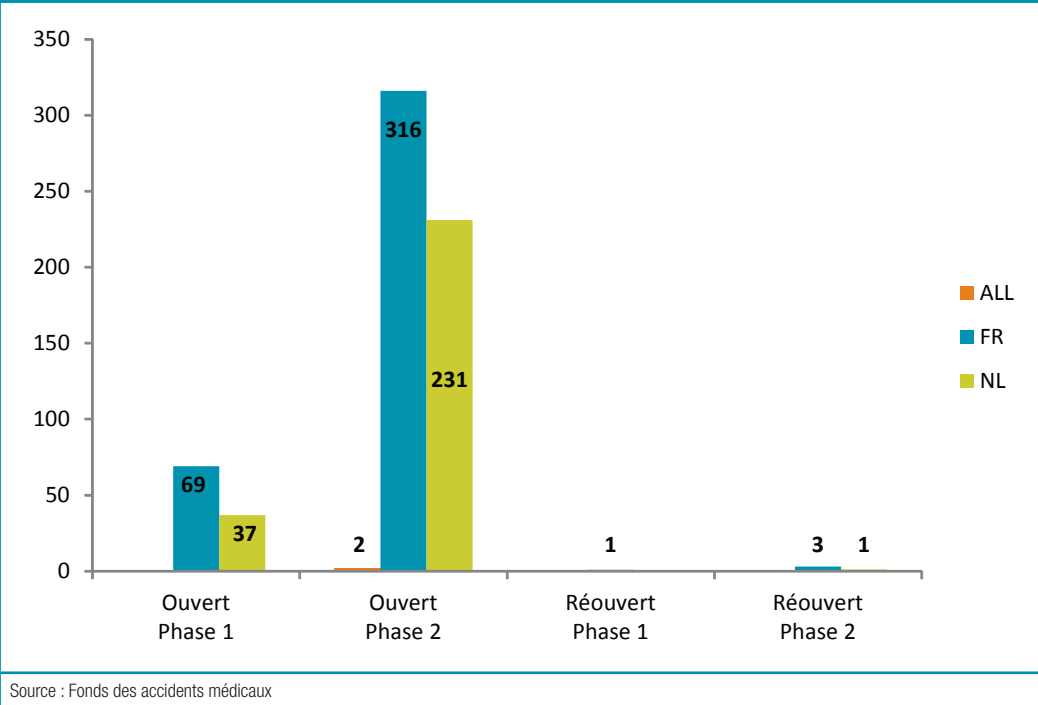
Source : Fonds des accidents médicaux

Il est à présent temps de regarder la répartition des dossiers entre ces deux phases. Le tableau ci-dessus est scindé en deux parties, l'une consacrée aux dossiers ouverts et l'autre aux dossiers rouverts. Vu le nombre très faible de dossiers rouverts, nous allons insister davantage sur les chiffres de la première partie du tableau.

Celle-ci nous révèle que 83% des dossiers ouverts sont actuellement dans la seconde phase de traitement, à savoir l'évaluation médicale et juridique. Ce chiffre nous montre que les dossiers sont traités assez rapidement en phase 1. En effet, la plupart des 106 dossiers encore en phase 1 sont des dossiers déposés auprès du Fonds en ce premier trimestre 2013 et pour lesquels il faut encore attendre quelque temps avant d'avoir l'ensemble des documents nécessaires sur le plan administratif. De plus, on constate dans la gestion quotidienne qu'au fil du temps, les dossiers introduits auprès du Fonds sont de plus en plus complets. Cela a pour conséquence de réduire le temps nécessaire pour réunir les différents documents.

A ce propos, il est utile de préciser qu'à l'heure actuelle, cette phase initiale (phase 1) prend en moyenne **41 jours calendrier**. Concrètement, cela signifie qu'entre le moment où le Fonds reçoit la demande d'avis et celui où il se prononce sur la recevabilité administrative du dossier (qui correspond également à l'ouverture de la phase 2), 41 jours s'écoulent. Cependant, la tendance est à la diminution de ce délai. En effet, si on regarde uniquement les dossiers introduits en 2013, la phase initiale ne dure en moyenne plus que **21 jours calendrier** ! Notons aussi que la loi du 31 mars 2010 indique, en son article 15, que le Fonds accuse réception de la demande dans le mois de sa réception. Ici, non seulement le Fonds accuse réception mais indique déjà dans un délai assez court si la demande est recevable administrativement.

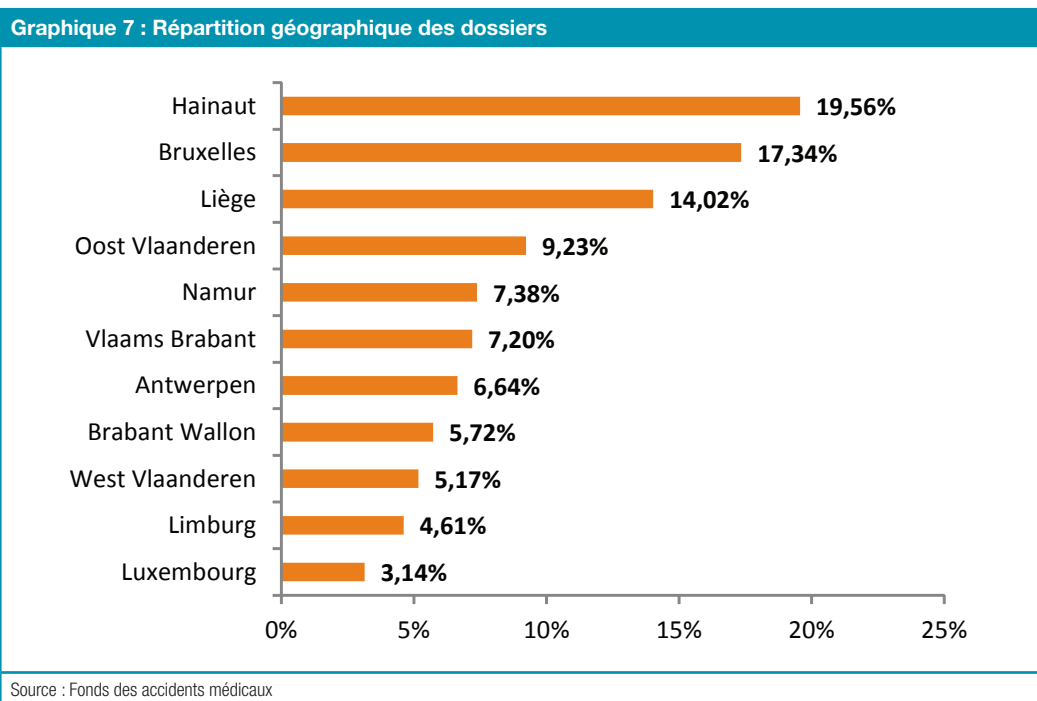
Graphique 6 : Nombre de dossiers par phases et par langue



Le graphique ci-dessus permet de mieux se rendre compte de l'état d'avancement du traitement des dossiers. En effet, il apparaît clairement que la majorité des dossiers se trouvent dans la phase 2, c'est-à-dire la phase d'évaluation juridique et médicale qui permettra au Fonds d'émettre un avis sur la demande d'indemnisation. En ce qui concerne la répartition linguistique, on retrouve sans surprise le même déséquilibre dossiers francophones/dossiers néerlandophones au sein des différentes phases que ce soit pour les dossiers ouverts ou rouverts.

3. Répartition géographique des dossiers

En ce qui concerne la répartition géographique, il est important de préciser que les dossiers sont répartis en fonction du lieu de domicile du demandeur et non en fonction du lieu où s'est déroulé l'accident médical.



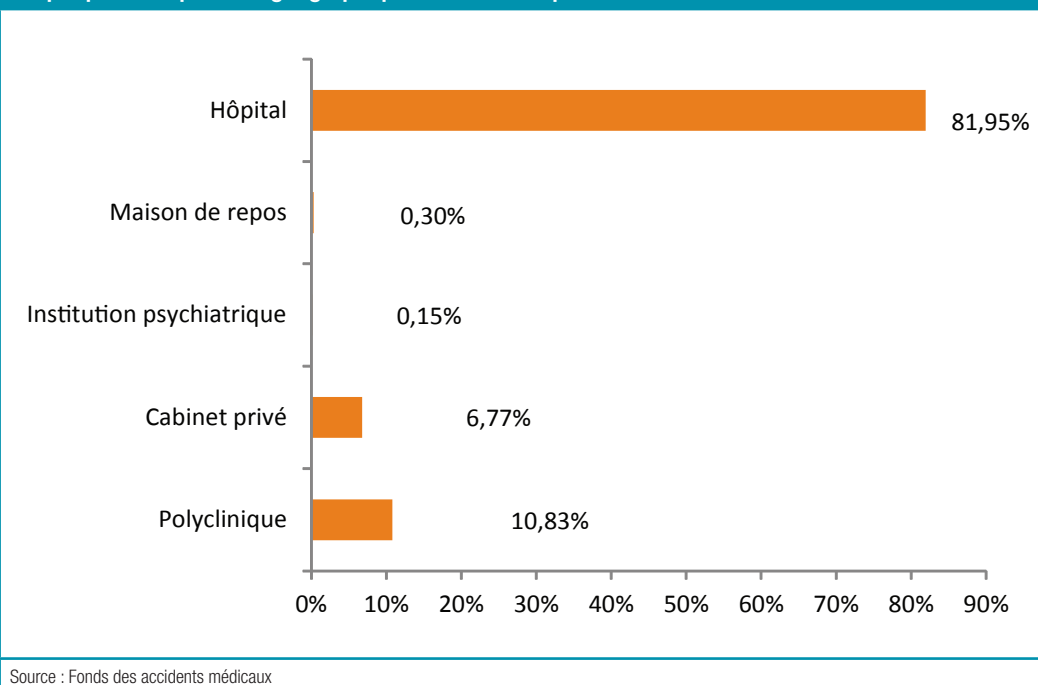
Le graphique ci-dessus met en évidence trois provinces ou régions à savoir, le Hainaut, la région de Bruxelles et la province de Liège qui représentent à eux trois plus de 50% de l'ensemble des demandes. Arrivent ensuite la Flandre orientale avec un peu moins de 10% et les provinces de Namur, du Brabant Flamand et d'Anvers avec un taux aux alentours de 7%. Les autres provinces du pays se retrouvent dans le bas de classement avec moins de 6% des dossiers introduits.

Sur le plan régional, 49,82% des dossiers sont introduits par des demandeurs domiciliés en Région wallonne, 17,34% en Région de Bruxelles-Capitale et 32,84% en Région flamande.

4. Répartition des dossiers par lieu de survenance de l'accident

La statistique suivante concerne le lieu de survenance de l'accident. Cela permet d'avoir une idée claire de la répartition des accidents au sein des différents lieux où des prestations de soins peuvent être fournies.

Graphique 8 : Répartition géographique des dossiers par lieu de survenance de l'accident



Le lieu de survenance le plus fréquent est l'hôpital. En effet, plus de huit accidents sur dix surviennent dans ce lieu que ce soit durant une hospitalisation ou en prestations ambulatoires au sein d'un hôpital.

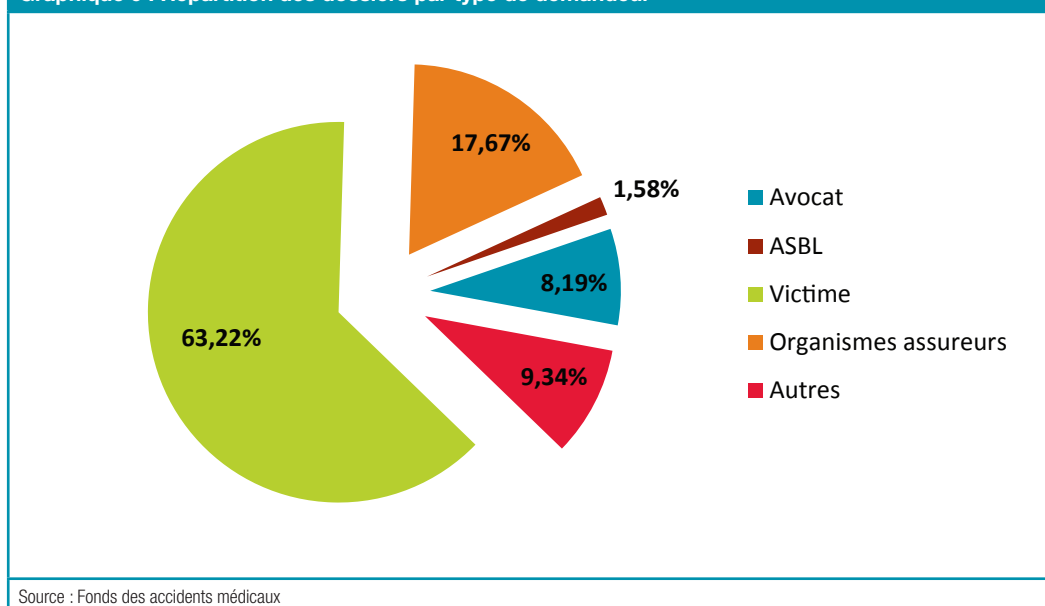
A l'heure actuelle, il n'est pas possible de déterminer la cause de cette prépondérance de l'hôpital dans les déclarations d'accidents médicaux. Il conviendra par la suite, dans la mesure du possible, d'examiner si l'hôpital est un lieu plus déclaré parce que la gravité du dommage est plus grave ou l'établissement du dommage plus complexe et conflictuelle ou si effectivement « tout accidents médicaux confondus », il y a plus d'accidents médicaux dans les hôpitaux et pour quelles raisons objectives (complexité des soins, des pathologies traitées, etc.).

Très loin derrière les hôpitaux, on retrouve les polycliniques avec 10,83% des accidents et les cabinets privés avec 6,77%. Enfin, certains dossiers font référence à des accidents survenus dans une maison de repos ou une institution psychiatrique mais il s'agit de cas beaucoup plus rares.

5. Répartition des dossiers par type de demandeur

La répartition des dossiers en fonction du type de demandeur est une donnée qui peut sembler anodine car on a tendance à penser que c'est la victime qui introduit directement la demande. Or, même si la majeure partie des dossiers sont effectivement introduits par la victime, ce n'est pas le cas de tous les dossiers. En effet, comme l'indique le graphique ci-dessous, il peut arriver que la victime ne soit pas en mesure d'introduire la demande ou qu'elle préfère se faire assister par une tierce personne.

Graphique 9 : Répartition des dossiers par type de demandeur



Comme indiqué ci-dessus, la personne qui introduit la demande est la victime elle-même dans la plupart des cas (63,22%).

Cependant, d'autres intervenants peuvent introduire une demande pour la victime. Il s'agit principalement des organismes assureurs (mutualités) pour environ 18%, des avocats, pour environ 8%, ou des ASBL (organisations de patients par exemple) pour environ 2%.

Ces intervenants ne sont bien évidemment pas les seuls à introduire une demande pour une victime il arrive, dans certains cas, que les ayants-droits, les représentants légaux ou divers mandataires introduisent une demande auprès du Fonds. Ces autres introducteurs sont repris sous la rubrique « Autres » dans le graphique ci-dessus. Cette rubrique n'est pas à négliger car elle représente plus de 9% du total des dossiers introduits.

6. Répartition du nombre de dossiers déposés et ouverts par mois

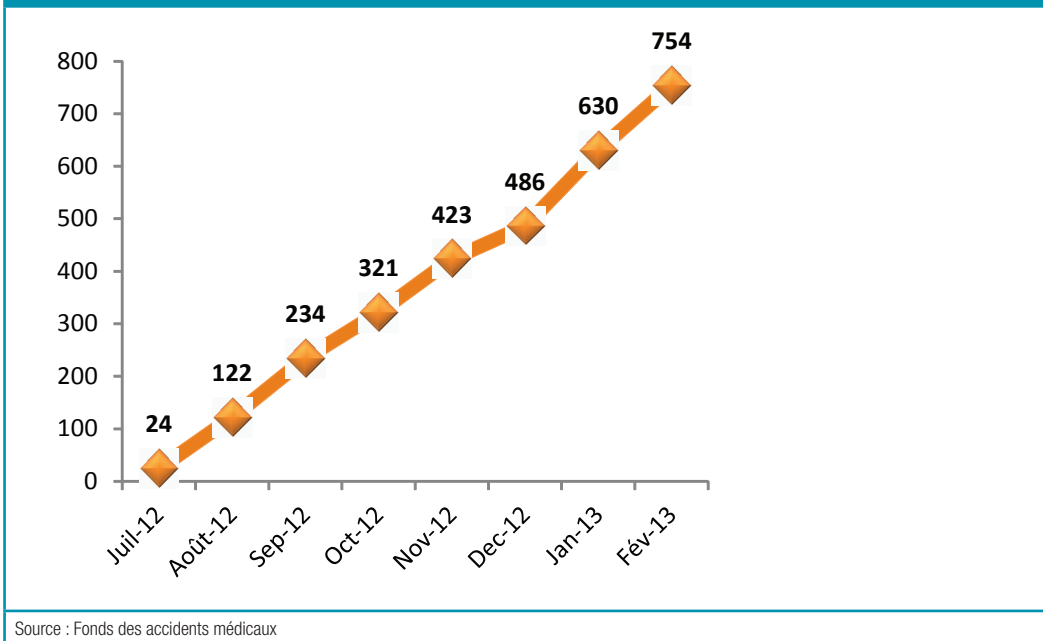
La statistique relative au nombre de dossiers introduits par mois permet notamment de voir s'il y a une croissance constante du nombre de dossiers ou s'il y a des périodes plus creuses ou à forte activité, ou des effets de démarrage et un rythme de croisière.

Tableau 5 - Répartition du nombre de dossiers déposés par mois

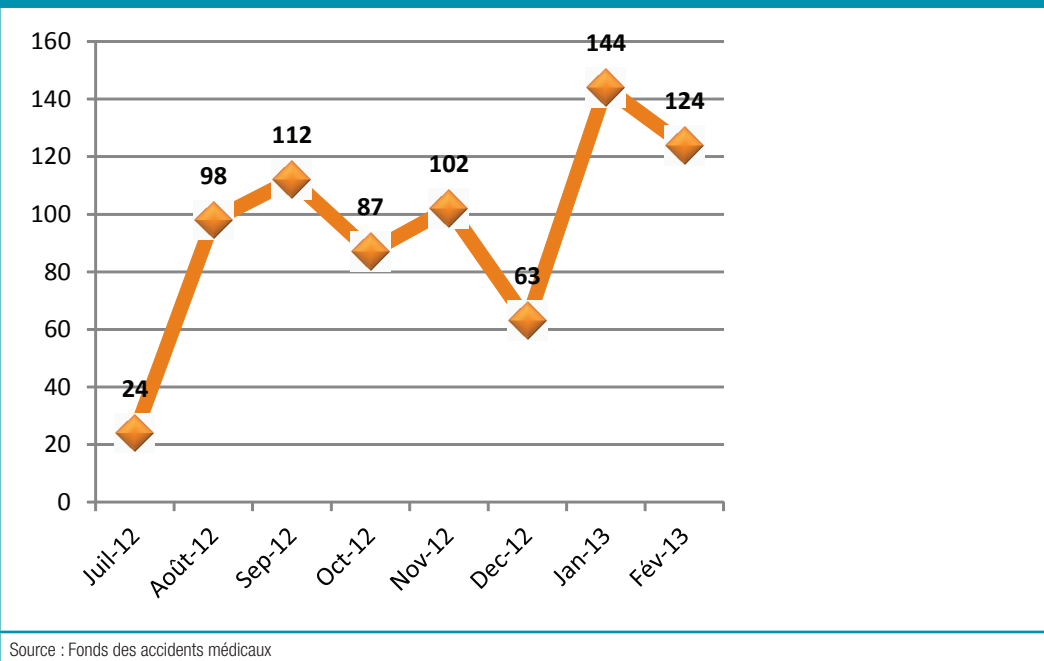
Mois	Nombre de dossiers	Dossiers cumulés
Juillet 2012	24	24
Août 2012	98	122
Sep 2012	112	234
Oct 2012	87	321
Nov 2012	102	423
Déc 2012	63	486
Janv 2013	144	630
Fév 2013	124	754
Total	754	-

Source : Fonds des accidents médicaux

Graphique 10 : Nombre cumulé de dossiers



Graphique 11 : Nombre de dossiers ouverts par mois



En analysant le tableau et les graphiques précédents, on peut tirer plusieurs enseignements concernant le nombre de dossiers introduits.

Tout d'abord, si on regarde le graphique du nombre de dossiers cumulés, on remarque une croissance constante depuis le mois d'août 2012. En effet, on se retrouve face à une ligne pratiquement droite qui nous montre que l'afflux de dossiers est relativement stable et continu.

Si on analyse les chiffres mois par mois, on peut malgré tout faire ressortir quelques chiffres. Par exemple, on constate qu'il y a eu un arrivage massif de dossiers au cours du mois de septembre. Ceci n'est pas étonnant puisqu'il s'agit du mois de démarrage du Fonds au cours duquel de nombreuses communications ont été faites au sujet du Fonds. Il est également intéressant de constater qu'après l'afflux du mois de septembre, le nombre de dossiers introduits a sensiblement diminué entre les mois d'octobre et décembre 2012 avec seulement 63 dossiers pour ce dernier, pour ensuite connaître un pic en janvier avec 144 dossiers introduits. Enfin, on s'aperçoit que les mois de janvier et février 2013 dépassent le mois de septembre en termes de dossiers introduits. Il faudra donc, à l'avenir, surveiller les chiffres dans les prochains mois et voir si ce nombre élevé est un signe que le public connaît de plus en plus le Fonds (on pourra dès lors s'attendre à une augmentation des dossiers dans les mois qui arrivent) ou bien si les chiffres se stabilisent à un certain niveau.

7. Répartition du nombre de dossiers clôturés en phase 1 par mois de dépôt

Le tableau suivant présente le nombre de dossiers clôturés en phase 1 en fonction de leur mois de dépôt.

Concrètement, si on prend l'exemple du mois de juillet 2012, le tableau signifie que sur les 24 dossiers déposés auprès du Fonds en juillet 2012, il y en a aujourd'hui 20 qui sont fermés (et donc 4 qui sont toujours en cours de traitement en phase 1 ou en phase 2). Ceci montre qu'en juillet 2012, le public n'était probablement pas bien au courant du type de dommage que le Fonds pouvait être amené à indemniser. En effet, la plupart des dossiers introduits à ce moment ne rentraient pas dans le champ d'application de la loi du 31 mars 2010.

Le fait que le pourcentage de dossiers clôturés par mois diminue au fil du temps est assez logique, étant donné que certains dossiers introduits auprès du Fonds en ce début d'année 2013 doivent encore être examinés. Il convient donc d'analyser ce tableau avec prudence car il peut y avoir des fermetures de dossiers qui vont venir s'ajouter aux chiffres ci-dessous. Néanmoins, cela donne une idée correcte de la proportion de dossiers fermés pour chaque mois.

Mois	Nombre de dossiers	Nombre de dossiers fermés	%
Juillet 2012	24	20	83,3
Août 2012	98	11	11,2
Sep 2012	112	17	15,2
Oct 2012	87	15	17,2
Nov 2012	102	11	10,8
Déc 2012	63	6	9,5
Janv 2013	144	12	8,3
Fév 2013	124	2	1,6
Total	754	94	12,5

Source : Fonds des accidents médicaux

8. Nombre de dossiers recevables et irrecevables et répartition linguistique

Les deux dernières statistiques d'activités qui vont être développées concernent la recevabilité administrative des dossiers introduits auprès du Fonds ainsi que les causes d'irrecevabilité. Rappelons que la déclaration de recevabilité administrative constitue la dernière étape de la phase initiale dans le traitement des dossiers. Celle-ci est accordée à un dossier lorsque tous les éléments administratifs sont réunis et qu'ils permettent au dossier de passer en phase 2. Il s'agit donc bien d'une recevabilité administrative et pas d'un accord pour le paiement d'une indemnisation ou pour l'établissement d'une responsabilité.

Nombre de dossiers	Langue			Total
	D	F	N	
Recevabilité				
Non			59	13
Oui	2	400		280
Total	2	459	293	754

Source : Fonds des accidents médicaux

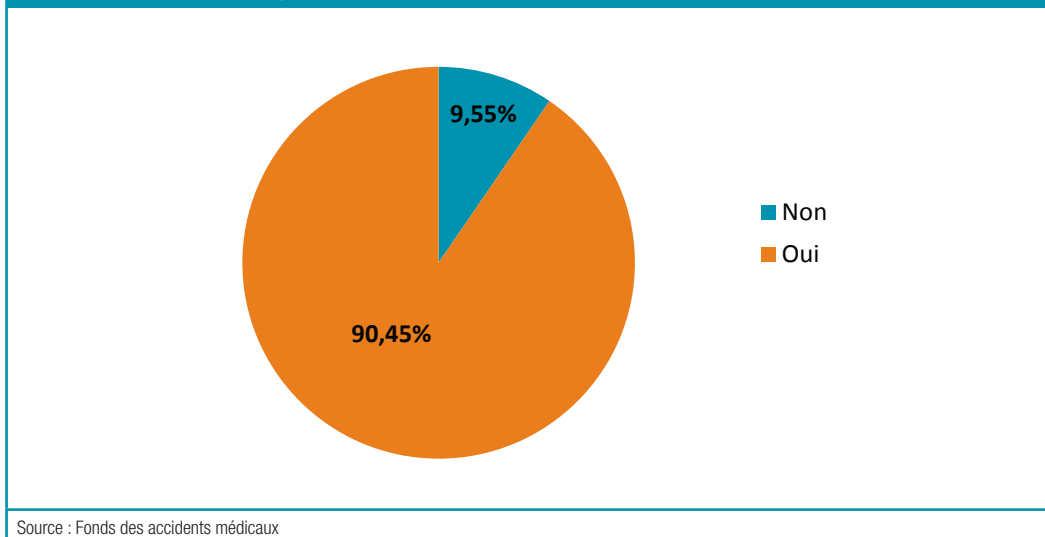
Ce tableau indique le nombre de dossiers recevables et irrecevables pour la période concernée avec la répartition linguistique associée.

Le tableau ci-dessus indique que le nombre de dossiers irrecevables s'élève à 72. Or, comme indiqué plus avant, il y a actuellement 94 dossiers clôturés. Ceci signifie que 22 dossiers recevables (donc passés en phase 2) sont actuellement fermés. Cette possibilité peut arriver dans différentes situations propres aux dossiers. Cependant, la grande majorité de ces 22 dossiers ont été fermés pour deux raisons :

- Après la recevabilité en phase 1, le demandeur a cessé de fournir les documents nécessaires au Fonds pour poursuivre le traitement de son dossier. Le Fonds a donc fermé le dossier en ayant toujours la possibilité de le ré-ouvrir si le demandeur fournit les documents requis.
- Le demandeur avait introduit une demande au Fonds qui a été jugée recevable mais par la suite, il a décidé de privilégier une autre voie que celle du Fonds (procédure judiciaire, négociation amiable avec l'assureur, etc.). Le Fonds a dès lors cessé de traiter le dossier du demandeur.

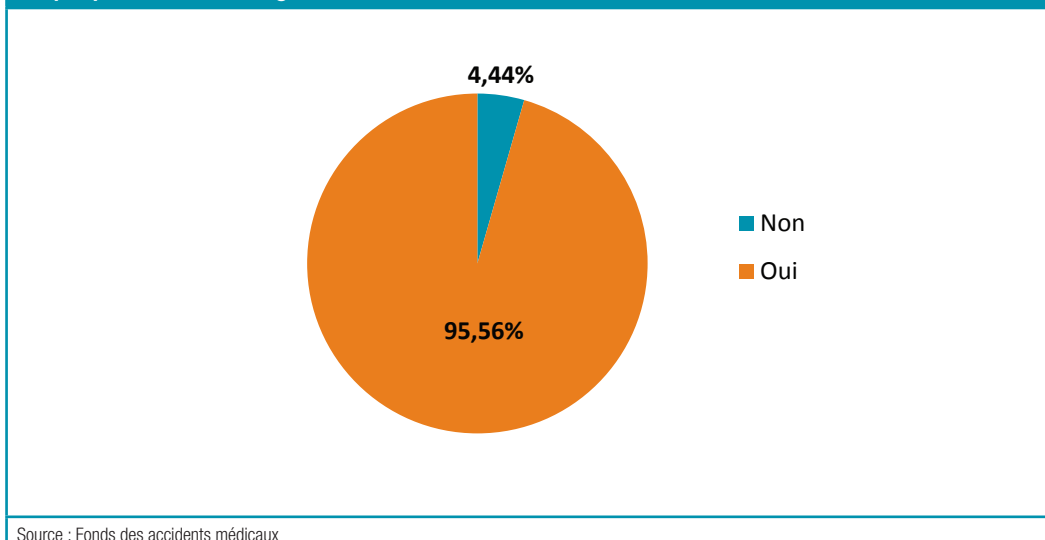
Par ailleurs, le graphique ci-dessous indique que 90% des dossiers introduits sont recevables au sens administratif, c'est-à-dire qu'ils répondent aux critères de l'article 12 de la loi du 31 mars 2010 (voir annexe). Ceci montre que les demandes envoyées au Fonds sont en général assez complètes et répondent aux conditions fixées par la loi.

Graphique 12 : Pourcentage de recevabilité des dossiers

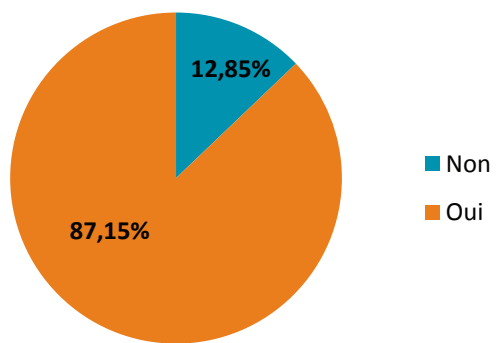


Si on analyse un peu plus en détail ce critère de recevabilité, on remarque qu'il y a une proportion plus importante de recevabilité dans les dossiers néerlandophones. En effet, plus de 95% des dossiers néerlandophones sont recevables alors que seulement 87% des francophones le sont. Les causes de ce léger déséquilibre peuvent être nombreuses et demanderont à être analysées dans le futur si cette tendance se confirme. En effet la proportion de dossiers déposés en français était plus importante au début qu'à l'heure actuelle. Il est donc normal que les irrecevabilités FR étaient plus fréquentes.

Graphique 13 : Pourcentage de recevabilité des dossiers NL



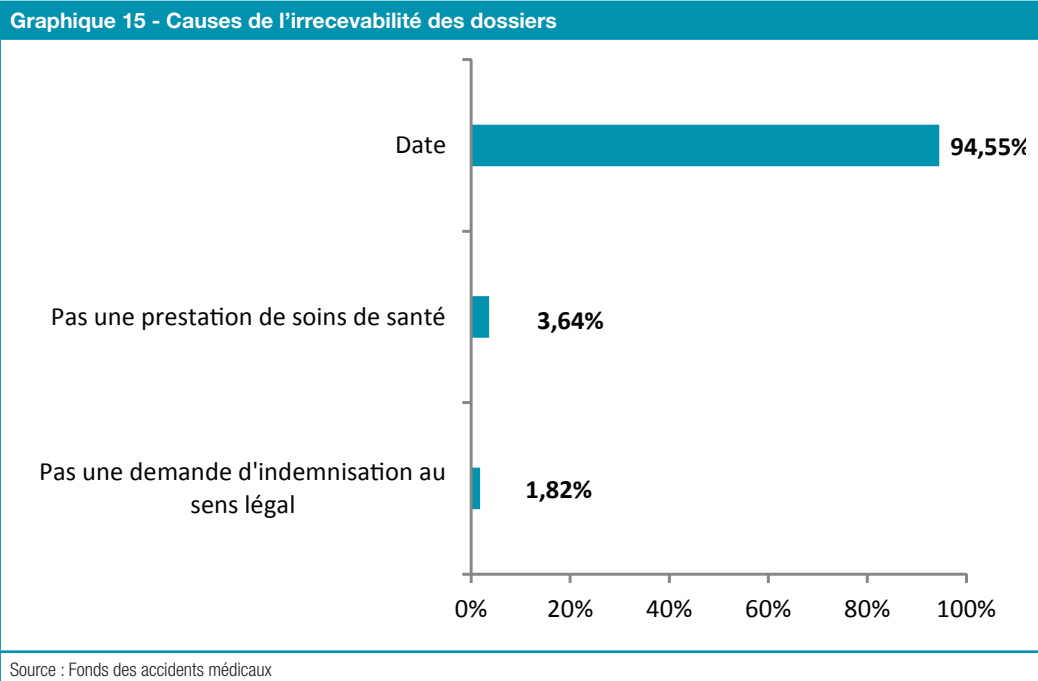
Graphique 14 : Pourcentage de recevabilité des dossiers FR



Source : Fonds des accidents médicaux

9. Répartition des causes d'irrecevabilité des dossiers

Enfin, terminons cette analyse en mentionnant les causes d'irrecevabilité administrative rencontrées jusqu'à présent.



Le graphique ci-dessus indique très clairement que la plupart des dossiers sont jugés irrecevables en raison de la date de survenance du fait générateur de l'accident. En effet, la loi du 31 mars 2010 étant entrée en application le 2 avril 2010, les dossiers relatifs à un accident médical dont le fait générateur est survenu à une date antérieure au 2 avril 2010 sont irrecevables pour le Fonds. Cependant, cette cause d'irrecevabilité concerne principalement des dossiers déposés dans les premiers mois du démarrage du Fonds, elle devrait donc être moins fréquente à l'avenir.

Ceci implique que le taux d'irrecevabilité moyen de 9,55% décrit ci-dessus devrait diminuer dans le futur. À côté de la date de survenance, on retrouve quelques cas plus spécifiques d'irrecevabilité. Il arrive par exemple que la demande soit rejetée car elle ne constitue pas une demande d'indemnisation au sens légal ou qu'elle fasse référence à un événement générateur qui n'est pas une prestation de soins de santé mais ces causes concernent à peine plus de 5% des dossiers irrecevables.

5^e Partie

Budget et coûts de gestion ou de missions



Après avoir abordé les statistiques relatives aux activités « missions » du Fonds, il convient de jeter un œil sur le budget et le coût potentiel que vont avoir ces différentes missions pour le Fonds. C'est pourquoi cette 5^e partie est consacrée aux informations financières et plus particulièrement aux budgets 2012 et 2013 du Fonds. Ces budgets seront présentés en deux parties, une partie relative aux missions du Fonds et une partie relative aux dépenses de fonctionnement du Fonds (budget de gestion).

Comme mentionné ci-dessus, les dossiers les plus avancés se trouvant dans la phase d'expertise, il est logique de constater qu'aucune indemnisation n'a été payée à ce jour. Les premières indemnisations arriveront probablement dans la seconde partie de l'année 2013. Il n'est donc pas possible, à l'heure actuelle, de fournir des statistiques sur la nature des indemnisations mais aussi, et surtout, sur les montants réels de ces indemnisations. Dans la même logique, les expertises ayant commencé en ce début d'année 2013 et n'étant pas terminées, les données à disposition ne permettent pas d'établir des statistiques significatives sur les coûts engendrés par ces expertises.

Pour ce premier rapport, il ne pourra donc pas être fait mention, dans cette partie, des statistiques financières pour suivi du budget « missions » relatives d'une part, aux indemnisations et d'autre part, aux coûts des expertises nécessaires à la bonne exécution des missions du Fonds. De même, les comptes 2013 n'étant pas établis à ce stade, les statistiques financières ou comptes pour suivi du budget de gestion ne pourront pas non plus être fournies.

I. Budget 2012 et 2013 – Missions

Le tableau ci-dessous présente les moyens mis à disposition du Fonds en 2012 pour exécuter ses missions.

Tableau 8 - Moyens mis à disposition du Fonds en 2012	
Rubrique du budget	Budget 2012 (en EUR)
814.4 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	51.843
814.5 – Honoraires autres que pour le contentieux	291.333
833.5 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires :	8.816.030
<ul style="list-style-type: none"> • Indemnisations : 5.177.814 EUR • Sinistres catastrophiques : 1.909.132 EUR • Infections nosocomiales : 601.127 EUR • EMA : 1.127.957 EUR 	
TOTAL	9.159.206
Source : Fonds des accidents médicaux	

Étant donné que le Fonds n'a démarré ses activités qu'en septembre 2012 et qu'aucune indemnisation n'a été payée à ce jour, aucune dépense liée à ce budget « missions 2012 » n'a été réalisée.

Le tableau ci-dessous présente les moyens 2013 mis à disposition du Fonds pour exécuter ses missions.

Tableau 9 - Moyens mis à disposition du Fonds en 2013	
Rubrique du budget	Budget 2013 (en EUR)
814.4 – Contentieux relatif aux missions de l'institution	110.000
814.5 – Honoraires autres que pour le contentieux	805.000
833.5 – Prise en charge des frais incombant aux bénéficiaires : <ul style="list-style-type: none"> • Indemnisations : 5.111.870 EUR • Sinistres catastrophiques : 1.910.748 EUR • Infections nosocomiales : 556.829 EUR • EMA : 1.345.530 EUR 	8.924.977
TOTAL	9.839.977
Source : Fonds des accidents médicaux	

Le contentieux relatif aux missions du Fonds représente le montant estimé pour payer des avocats dans le cadre de procédures juridiques contre un assureur privé ou de procédures contre les assurés, en contestation d'un avis ou autre cause.

Les honoraires autres que pour le contentieux concernent les ressources dont le Fonds dispose pour faire appel à des professionnels spécialisés externes en vue d'obtenir des informations précises sur un problème médical spécifique. Il s'agira généralement de médecins spécialistes ou de techniciens spécialisés qui, de par leur spécialité, assisteront le Fonds dans le traitement de dossiers spécifiques.

Enfin, la prise en charge des frais incombant normalement aux bénéficiaires constitue de loin le montant le plus important puisqu'il s'agit du montant prévu pour indemniser les victimes. Cette prise en charge est répartie en quatre catégories distinctes : les indemnisations résultant d'une infection nosocomiale, d'un sinistre catastrophique ou d'un autre type d'accident médical et les expertises médicales amiables qui seront réalisées.

Ces budgets « missions » ont été initialement établis sur base d'une étude KCE (rapport 107B : « Indemnisation des dommages résultant de soins de santé ») **et dans les limites accordées par le gouvernement** (montant annuel, à charge des frais d'administration de l'INAMI, fixé par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres selon l'article 10 de la loi du 31 mars 2010) tenant compte du risque raisonnable d'indemnisation en 2013 vu la durée de traitement d'un dossier. En effet, le budget normal et initial était nettement plus élevé car basé sur le nombre de cas simulés et calculés par le KCE.

II. Budget 2012 et 2013 – Gestion

A côté du budget des missions (interventions), il y a bien entendu un budget de gestion (fonctionnement) prévoyant les dépenses nécessaires au bon fonctionnement du Fonds au quotidien. Il est globalisé dans les moyens prévus par l'article 10 de la loi du 31 mars 2010 pour l'exécution de ses missions et fait donc partie du montant annuel, à charge des frais d'administration de l'INAMI, fixé par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres.

Les tableaux ci-dessous reprennent les budgets de gestion du Fonds respectivement pour les années 2012 et 2013.

Tableau 10 – Budget de gestion 2012 (en EUR et %)		
Budget 2012	EUR	%
Personnel	1.647.641	49,2%
Fonctionnement ordinaire	489.970	14,6%
Investissements mobiliers	111.000	3,3%
Fonctionnement informatique	900.000	26,9%
Investissements informatiques	200.000	6%
Total budget de gestion	3.348.611	100%

Source : Fonds des accidents médicaux

Tableau 11 – Budget de gestion 2013 (en EUR et %)		
Budget 2013	EUR	%
Personnel	1.306.653	52,9%
Fonctionnement ordinaire	372.370	15,1%
Investissements mobiliers	21.000	0,9%
Fonctionnement informatique	700.000	28,3%
Investissements informatiques	70.000	2,8%
Total budget de gestion	2.470.023	100%

Source : Fonds des accidents médicaux

Parmi les dépenses prévues par le budget de gestion, on retrouve les dépenses de personnel permettant de rémunérer le personnel en fonction au sein du Fonds (gestionnaires de dossiers, médecins, experts juridiques, économiste, etc.), mais aussi les dépenses de fonctionnement ordinaire et informatique ainsi que les investissements mobiliers et informatiques nécessaires pour la création d'applications spécifiques au Fonds ou encore la réalisation d'un système de gestion de dossiers performant.

Notons que le budget de gestion 2013 a été revu pour tenir compte de la réalité des engagements du personnel sur l'ensemble de l'année 2013 et sur la réalité des autres besoins sur base de l'exercice 2012 en tenant compte de la limitation du budget global octroyé et en regard des missions.

III. Statistiques financières concernant les missions

Cette rubrique n'est pas d'application pour l'instant car il n'y a pas de données significatives relatives au montant des expertises ou des indemnisations, à savoir les interventions prévues du Fonds à charge de son budget « missions ».

6^e Partie

Recommandations pour prévenir les dommages résultants de soins de santé



La loi du 31 mars 2010 prévoit que le rapport annuel d'activités contient les recommandations du Fonds pour prévenir les dommages résultant de soins de santé. En effet cette loi attribue au Fonds, à côté de sa mission principale d'indemnisation et de contrôle de l'indemnisation, une mission de prévention sur base des constats pouvant être établis à la lumière du traitement des dossiers déposés et des discussions générales qui peuvent se faire jour au sein de l'administration et du comité de gestion du Fonds. Dans cet esprit, les statistiques seront de plus en plus précises pour dessiner véritablement les profils des dossiers (lieu de la prestation, type de prestations, dispensateurs impliqués, pathologies concernées, dommages causés, etc.) et permettre d'identifier et de discuter des mesures de prévention utiles à éviter la survenance des dommages.

A ce stade de l'action du Fonds, il est trop tôt pour réaliser de telles analyses, notamment parce que les statistiques actuelles sont encore trop générales et l'analyse de la problématique médicale en cause dans les dossiers est encore dans sa phase de démarrage et de traitement et non dans une phase de conclusions permettant d'en tirer des enseignements utiles.

Vu la prédominance du lieu de prestation « hôpital », il sera intéressant :

- De vérifier si une phase de médiation a précédé ou non le dépôt des dossiers auprès du Fonds. Dans l'affirmative, il sera intéressant de confronter les avis du Fonds avec le résultat de la médiation et d'examiner la raison pour laquelle elle n'a pas pu suffire à clarifier le dossier pour la partie « plaignante » ou par la partie « mise en cause ». S'il n'y a pas eu recours à la médiation, il sera intéressant d'en obtenir la motivation !
- D'analyser, en fonction de l'avis du Fonds, cette problématique hospitalière qui semble majoritaire, pour déterminer les mesures qui peuvent être recommandées pour éviter la survenance des dommages avec ou sans responsabilité ou des contestations sur l'apparition éventuelle d'un aléa thérapeutique au regard de l'état actuel de la science.
- De tendre à approcher la réalité des accidents médicaux pour vérifier si cette prédominance de survenance hospitalière correspond effectivement à une réelle plus grande fréquence d'accidents médicaux et non à une plus grande fréquence de déclaration, notamment peut-être en fonction de la gravité du dommage.

A suivre, sans doute pour le prochain rapport 2013 !

7^e Partie

Avis du Fonds



La loi du 31 mars 2010 prévoit que le rapport annuel comprend les avis du Fonds sur toute matière en rapport avec ses missions (indemnisation et prévention), et ce à la demande par exemple du Ministre compétent mais également d'initiative.

Ici également, outre les recommandations internes issues du Conseil d'administration, en vue de clarifier la procédure et les processus internes de gestion des dossiers et des avis requis sur la gestion (budget, personnel, etc.) ou sur la législation (notamment sur la nouvelle loi intégrant le Fonds à l'INAMI), il est encore trop tôt pour émettre des avis ou des propositions quant à d'éventuelles modifications utiles de l'actuelle loi du 31 mars 2010 ou pour envisager d'autres éléments en rapport avec le traitement des demandes et dossiers.

Cependant, parmi les avis du Conseil d'administration, il lui a semblé utile de faire part de ceux qui suivent et qui peuvent éclairer les interlocuteurs du FAM sur certains éléments.

I. Gravité du dommage

1. Le patient subit une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25%

Le Conseil d'administration recommande l'utilisation des différents barèmes existants tout en tenant compte de la situation individuelle de la victime. Afin d'éviter l'arbitraire, il convient que l'expert fasse preuve de motivation et de transparence dans les conclusions qu'il rend. Dans une phase initiale, il convient d'utiliser le barème le plus adapté à chaque cas d'espèce. Il s'agit du barème officiel belge, du barème européen, ces derniers pouvant être complétés par d'autres barèmes tels que le CIF (Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé). A ce jour il n'est pas possible de choisir à priori et de manière définitive un barème à l'exclusion d'un autre.

Tous les barèmes existants peuvent être utilisés moyennant une motivation adéquate et une application cohérente aux catégories de dommages comparables. A l'avenir, il serait souhaitable que le Fonds des accidents médicaux, sur base de sa propre expérience, élabore son propre cadre de référence en ce qui concerne l'évaluation du degré d'invalidité.

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

Compte tenu de la ratio legis de la loi et des travaux préparatoires, le Conseil d'administration propose de prendre en compte une incapacité temporaire de travail (ITT) (100%) pour l'appréciation du critère. L'appréciation doit se faire de manière concrète p.ex : la remise au travail à des fins thérapeutiques n'empêche pas la reconnaissance par le FAM d'une ITT. L'appréciation concrète du FAM dans chaque dossier peut avoir un effet correctif.

Le Conseil d'administration tient à insister sur le fait qu'il n'est pas question d'utiliser un système d'incapacité temporaire dégressif comme le font généralement les compagnies d'assurance pour l'indemnisation des dommages en droit commun. Ce système d'incapacité temporaire dégressif est fréquemment détaché de la reprise effective du travail et des possibilités de reprises réelles. On peut « théoriquement » être capable de reprendre une partie de ses activités mais être « pratiquement » dans l'incapacité de retravailler. Même une victime de bonne volonté n'a pas toujours la possibilité de travailler à temps partiel ou de retrouver un travail adapté. Il faut éviter d'entrer dans une approche théorique et barémique comme on la voit régulièrement en droit commun et avoir égard à la situation individuelle des victimes.

3. Le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans des conditions d'existence du patient

Le Conseil d'administration propose que l'équipe du FAM se base sur les paramètres objectifs émis par le CIF afin de pouvoir évaluer les conséquences des troubles subis par le patient au niveau de ses activités quotidiennes mais aussi dans sa participation à la vie en société (voir ci-dessous matrice voir détails : <http://www.rivm.nl/who-fic/in/ICFwebuitgave.pdf>).

En outre, une grande importance sera accordée à la situation individuelle de chaque patient (cas par cas). Le caractère personnel de chaque individu entre également en compte, certains fournissent en effet davantage d'efforts pour atteindre un certain résultat que d'autres (l'exécution versus la capacité).

Tableau 12 - Activité et participation : matrice

Domaines	Qualification	
	Exécution	Capacité
d1 Apprentissage et application des connaissances		
d2 Tâches et exigences générales		
d3 Communication		
d4 Mobilité		
d5 Entretien personnel		
d6 Vie domestique		
d7 Relations et interactions avec autrui		
d8 Grands domaines de la vie		
d9 Vie communautaire, sociale et civique		

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

Pour rappel, le but du législateur et du groupe de travail est de donner une ligne directrice générale aux gestionnaires de dossiers et aux médecins du FAM tout en tenant compte de la situation individuelle du patient. Pour ces raisons, le Conseil d'administration n'opte pas pour un système de points ou de poids pour les différents paramètres. Le Conseil d'administration propose qu'à côté de la nature des troubles, l'on tienne également compte du degré de gravité, du facteur temps (temporaire, à long terme ou permanente) et du déroulement des (conséquences de) troubles (caractère constant ou variable).

II. Dommage anormal

Le Conseil d'administration se réfère aux travaux parlementaires de la loi du 31 mars 2010, qui indique que le dommage doit être considérée comme anormal "*si en l'état actuel des connaissances, le dommage avait pu être évité*", ainsi que "*lorsque le dommage n'est pas dû à la situation particulière du patient, déterminée en fonction de ses antécédents, de ses prédispositions particulières telles que son âge, ses capacités physiques, mais aussi de la pathologie pour laquelle la prestation de soins est posée, d'une autre pathologie, ou encore du traitement donné pour traiter cette dernière, etc.*" (Parl. St. 12 novembre 2009, Exposé des motifs, DOC 52, 2240/001, p. 25). Les travaux parlementaires mentionnent que lorsqu'il est fait référence dans la loi de « *l'état actuel de la science* », on entend par là l'état actuel des connaissances scientifiques, ainsi que le niveau le plus élevé de celles-ci. (Parl. St. 12 novembre 2009, Exposé des motifs, DOC 52, 2240/001, 2241/001, p. 26).

Le Conseil d'administration renvoie à sa proposition antérieure qui consiste, dans un premier temps, à ne pas définir ce critère *in abstracto* et à laisser ce travail s'accomplir dans le cadre de la gestion des dossiers individuels. Le Conseil d'administration se base ici sur la volonté du législateur de voir ce concept apprécié dans chaque cas individuel et considère (tout comme le législateur) qu'il est difficile de concilier cette intention avec l'établissement au préalable de pourcentages de risques abstraits (statistiques) liés à des traitements ou des diagnostics médicaux. Même si un risque pour la santé associé à un traitement ou un diagnostic n'est pas statistiquement anormal, il se peut toutefois qu'il le soit dans un cas particulier, compte tenu de l'état de santé du patient ou l'état actuel des connaissances.

III. Données médicales

Le Conseil d'administration opte pour le fait de demander au patient de fournir un certificat médical récent sur son état de santé. Et s'il ne sait pas le fournir pour quelle que raison que ce soit, il en avertit le Fonds, qui fera la démarche auprès du/des dispensateur(s) de soins pour obtenir ces informations médicales ou qui désignera un médecin faisant partie de son réseau pour examiner le patient. Ce certificat médical soit simplement être considérée comme une information complémentaire utile pour le FAM et ce n'est pas une condition de recevabilité de la demande.

8^e Partie

Rapport sur l'intégration du FAM au sein de l'INAMI



Le contrat d'administration de l'INAMI 2013-2015 contient un article 21 rédigé comme suit :
 « *Article 21. Intégration du Fonds des accidents médicaux comme service distinct au sein de l'INAMI et soutien dans le cadre de l'opérationnalisation des missions du Fonds* ».

ACTIONS - ENGAGEMENTS

1. Réaliser l'intégration effective du Fonds comme service particulier de l'INAMI en exécution de la loi du 31 mars 2010 et de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI).

Concrètement, les actions-engagements suivants devront être pris :

- créer les organes et déterminer leur rôle (Comité général de gestion de l'INAMI, Comité de gestion du FAM, direction générale de l'INAMI, direction générale du FAM). Date limite : 1er trimestre de 2013
 - lancer les processus relatifs à l'infrastructure et aux ressources humaines (+ installation du management pour la première année). Date limite : chaque année dans le courant du 4e trimestre de l'année X-1.
2. Rédiger un rapport annuel concernant les activités du Fonds (et concernant les points contenus dans le 1er engagement) à l'intention du Comité de gestion du Fonds et du ministre compétent. Dates limites : 30/04/2013 (activités de septembre 2012 au février 2013), 31/03/2014 (activités de l'année 2013), 31/03/2015 (activités de l'année 2014)
 3. Créer un tableau de bord pour le suivi des dossiers et les délais de traitement des dossiers. Date limite : 30/06/2013.
 4. Faire une évaluation et rédiger un rapport en la matière concernant la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (loi du 31 mars 2010) en vue d'y apporter d'éventuelles adaptations ainsi que dans la loi SSI. Date limite : 30.6.2015.
 5. Proposer des adaptations possibles aux textes réglementaires et coordonner le débat en la matière. Date limite : 31.12.2015. ».

En vertu de l'article 21. Actions-engagements 2., la présente partie fait spécifiquement rapport sur l'intégration effective du Fonds comme service particulier de l'INAMI comme prévu par l'actions – engagements 1.

« *Le rapport annuel concernant les activités du Fonds* » est quant à lui réalisé par l'ensemble du présent rapport.

I. Base légale de l'intégration

Le Moniteur Belge du 29 mars 2013 publie la Loi du 19 Mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I).

Son chapitre 5. porte « *Création d'un service « Fonds des Accidents médicaux » (FAM) au sein de l'Institut national d'assurance maladie et invalidité (INAMI) »* et règle les modalités de cette création dans ses articles 27 à 43.

En vertu de l'article 43 « *L'entrée en vigueur du présent chapitre est fixée au plus tôt le 1^{er} 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.* »

Vu la publication au Moniteur Belge du 29 mars 2013, l'entrée en vigueur du chapitre 5 est fixée au premier jour du mois qui suit la publication et donc au 1 avril 2013.

II. Modalités générales de l'intégration et de l'autonomie du Fonds au sein de l'INAMI

Le principe voulu par le législateur est une intégration organisationnelle du service « *Fonds des accidents médicaux* » au sein de l'INAMI, mais en assurant une autonomie dans la conduite et la gestion des missions.

La section 1, en ses articles 27 à 29, modifie la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, en gardant dans cette loi ce qui constitue les missions et les procédures devant le Fonds mais en abrogeant ce qui constituait les éléments institutionnels et organisationnel du Fonds en tant qu'OIP de catégorie B.

Il est important de souligner que les missions du Fonds et les procédures restent régies par la loi originelle du 31 mars 2010, instituant l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé. C'est, selon la volonté du législateur, une première garantie d'autonomie du Fonds intégré à l'INAMI, puisque tout changement éventuel dans ses missions doit se faire par modification de la loi spécifique du 31 mars 2010 et non par la loi SSI.

La section 2 en ses articles 30 à 37 modifie la loi SSI en vue d'intégrer sur le plan institutionnel et organisationnel le Fonds comme un nouveau service au sein de l'INAMI.

L'article 30 complète la portée de la loi SSI en indiquant : « *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.* ». La **création d'un troisième secteur distinct relatif à l'indemnisation des accidents médicaux** à côté du secteur distinct des prestations de santé et du secteur distinct des indemnités est une nouvelle garantie d'autonomie de ce nouveau secteur, au même titre que les deux secteurs distincts d'origine, au sein de la loi SSI et au sein des modes d'organisation et de gestion de l'INAMI.

L'article 33 insère dans la loi SSI un nouveau titre VIbis comportant des nouveaux articles 137ter à 137 sexies.

Ce titre VIBis constitue le cœur de l'intégration du Fonds au sein de l'INAMI en ce qu'il porte « *DE L'INDEMNISATION DES DOMMAGES RESULTANT DE SOINS DE SANTÉ* » et règle les modalités organisationnelles de l'intégration d'un nouveau secteur distinct et d'un nouveau service « *Fonds des Accidents médicaux* », en abrégé FAM, 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 » (article 137ter §1).

Le nouvel article 137ter §2 indique que : « *A dater de l'entrée en vigueur du présent titre Vlbis, le service reprend et poursuit toutes les missions du Fonds des Accidents Médicaux définies par la loi du 31 mars 2010 précitée.* »

Pour renforcer la séparation des missions et le caractère distinct entre d'une part, ce nouveau secteur et ce nouveau service et d'autre part, les autres secteurs et autres services de l'INAMI, le nouvel article 137ter prévoit :

- § 5 : « *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.* »
- §6 : « *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.* »

III. Création des organes et détermination de leur rôle

Dans ce point III., est examinée la manière dont sont créés les divers organes et leur rôle est déterminé (actions-engagements 1, 1^{er} tiret de l'article 21 du contrat d'administration INAMI 2013-2015), notamment, afin de réussir l'équilibre souhaité entre intégration fonctionnelle et autonomie des missions.

Comme déjà indiqué, l'article 33 de la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (l). prévoit :

« *Dans la même loi (coordonnée 1994 AMI), il est inséré un titre Vlbis, comportant les articles 137ter à 137sexies, rédigé comme suit :*

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

Son CHAPITRE 1^{er}. traite — « *DES INSTITUTIONS* »

1. Du service « Fonds des Accidents Médicaux »

Au sein de ce chapitre 1er, une première section porte comme libellé : « *Section 1er. — Du service « Fonds des Accidents médicaux » (FAM) ».*

Un nouvel article 137ter définit ce nouveau service et sa mission, comme suit :

« 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. »

2. Du Comité de gestion du service

Au sein de ce chapitre 1er, une seconde section porte comme libellé :

« Section 2. — Du Comité de gestion du service »

Un nouvel article 137quater crée ce nouvel organe de gestion du service « Fonds des accidents Médicaux » et en détermine la composition, reprise telle quelle du Conseil d'administration du Fonds institué par la loi du 31 mars 2010.

Un nouvel article 137quinquies détermine le rôle de ce nouveau Comité de gestion :

« 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. »

Cet article 137quinquies en déterminant le rôle du Comité de gestion du service indique également, dans leurs rapports avec lui, le rôle d'autres intervenants (soulignés ci-avant) comme le directeur général du service, le Comité général (de gestion de l'INAMI) et l'administrateur général de l'INAMI, même si d'autres rôles de ces divers intervenants sont également précisés (parfois plus globalement) dans d'autres articles de la loi SSI.

Dans le rôle du Comité de Gestion du service, on retrouve la compétence autonome du service dans la gestion des missions déterminées par la loi du 31 mars 2010 y compris sur le budget « missions » (points 1° et 2°).

L'intégration fonctionnelle du service au sein de l'INAMI implique par contre une compétence de proposition et d'avis (au Comité général de gestion de l'INAMI) ou d'information (de la part du Directeur général) comme indiqué aux points 3° (budget de gestion), 4° (personnel) et 5° (marchés publics).

3. Du directeur général

Outre ce qui est précisé dans le point III. 2. quant au rôle du Directeur général envers le Comité de gestion du service et ce qui est repris dans la description de fonction du Directeur général, validée par les diverses instances (Comité général de gestion INAMI, Conseil d'administration du FAM, Administration générale de l'INAMI, etc.), la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I) précise encore dans son chapitre 5 (article 27 à 43) :

- L'article 34 complète l'article 177 de la loi SSI en y ajoutant le directeur général du service « fonds des accidents médicaux. L'article 177 indique d'une part que le personnel de l'Institut est dirigé par l'Administrateur général, assisté par l'administrateur général adjoint et eux-mêmes assistés dans l'accomplissement de leur mission par les directeurs généraux des services et, d'autre part, que les directeurs généraux dirigent les services concernés (leur service respectif) sous l'autorité de l'Administrateur général ainsi que de celle de l'Administrateur général adjoint.
- L'article 35 complète l'article 182 de la loi SSI en y ajoutant le directeur général du service « fonds des accidents médicaux ». Cet article 182 indique que les Directeurs généraux assistent aux séances du Comité général (de gestion de l'INAMI), mais, également dans son nouveau § 4 : « *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.* ».

IV. Autres points concernant l'intégration du Fonds des accidents médicaux

L'intégration du Fonds des accidents médicaux comme un nouveau secteur de la loi SSI et un nouveau service spécial de l'INAMI va entraîner la disparition du Fonds comme OIP catégorie B tel que prévu dans le loi du 31 mars 2010. Cette disparition entraînera l'obligation de clôturer les comptes 2010 à 2013 au 31 mars 2013 et un transfert de l'allocation de financement 2013 (budget de mission et gestion) vers l'INAMI ainsi que la clôture des obligations sociales ou fiscales de l'ancien OIP au 31 mars 2013 et la reprise de celles-ci par l'INAMI.

Divers textes (règlement d'ordre intérieur, etc.) et procédures (personnel, finances, etc.) devront également être modifiés pour tenir compte du nouveau contexte légal. Tout cela devrait être réglé courant 2013.

Annexes

- [Annexe 1](#) Composition du Conseil d'administration
- [Annexe 2](#) Loi du 31 mars 2010 (Loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé - M.B. 02.04.2010)
- [Annexe 3](#) Chapitre 5 de la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I) (M.B. 29.03.2013) intégrant le Fonds comme un service spécial et un secteur distinct au sein de l'INAMI

Annexe 1 - Composition du Conseil d'administration

Professeurs ou chargés de cours de droit, spécialisés en droit médical

Geneviève Schamps (FR) (effectif) Présidente
Jean-Luc Fagnard (FR) (suppléant) *démissionnaire*
Steven Lierman (NL) (effectif) Vice-président
Jean Rogge (NL) (suppléant)

Représentants de l'autorité

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

Représentants des employeurs et des travailleurs indépendants

Brigitte Delbrouck (FR) (effectif)
Michel Devriese (FR) (suppléant)
Bernadette Adnet (FR) (effectif)
Jean Creplet (FR) (suppléant)
Gert Peeters (NL) (effectif)
Martine Bogaert (NL) (suppléante)
Lieven Depaepe (NL) (effectif)
Ivo Van Damme (NL) (suppléant)

Représentants des travailleurs salariés

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

Représentants des organismes assureurs

Jacques Bolly (FR) (effectif)
Paul Jammart (FR) (suppléant)
Hélène Notable (FR) (effectif)
Natacha Badie (FR) (suppléante)
Renée Vander Veken (NL) (effectif)
Karen Mullié (NL) (suppléante)
Paul Kennes (NL) (effectif)
Hugo Coppens (NL) (suppléant)

Représentants des praticiens professionnels

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

Représentants des institutions de soins

Alban Antoine (FR) (effectif)
Anne-Marie Jaumotte (FR) (suppléante)
Herman Nys (NL) (effectif)
Johan Hellings (NL) (suppléant)
Annette Schuermans (NL) (effectif)
Bart Gords (NL) (suppléant)

Représentants des patients

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

Annexe 2 - Loi du 31 mars 2010 (Loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé - M.B. 02.04.2010)

BELGISCH STAATSBLAD — 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 artsensj-bereidkunde, 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 verzorgingsinrichtingen, 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^{er}. — *Dispositions pr liminaires*
Section 1^{re}. — *Disposition générale*

Article 1^{er}. 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 regels 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^{er}. 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, waarvan 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 patiënt¹ 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^{er}. 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 patient¹. 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 verzekeringstelling 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 verzwaren 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^{er}. 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^{er}. 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^{re}. — La demande

Art. 12. § 1^{er}. 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^{er}. 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^{er} 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^{er}. 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 renonce, 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 verval 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° of 2°, wordt gehandeld op de wijze bepaald in afdeling 4, voor zover, als het betreffende geval dat is welk bedoeld is in artikel 4, 1°, 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°, of 2°, 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° ou 2°, il est procédé comme il est dit à la section 4, pour autant que, si l'hypothèse est celle de l'article 4, 1°, 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°, ou 2°, 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^{er}. 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^{er}. 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^{er}, 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^{er} 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^{er}, 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 confesser 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 Justitie,
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^{er} 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^{er}. Sauf en ce qui concerne le présent article et les articles 1^{er}, 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.

Annexe 3 - Chapitre 5 de la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I) (M.B. 29.03.2013) intégrant le Fonds comme un service spécial et un secteur distinct au sein de l'INAMI

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

Section 1^{re}. — 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^{ter} 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^{er} 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 « , *Vl*bis » 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^{ter} 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 « , *Vl*bis » 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^{er}. — DES INSTITUTIONS

Section 1^{re}. — 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^{er}. Le service « Fonds des Accidents médicaux » est géré par un Comité de gestion.

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

1^o quatre membres représentant l'autorité;

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

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

4^o quatre membres représentant les organismes assureurs;

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

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

7^o quatre membres représentant les patients;

8^o 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^o vier leden die de overheid vertegenwoordigen;

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

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

4^o vier leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;

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

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

7^o vier leden die de patiënten vertegenwoordigen;

8^o 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 maximumaantal 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^{er}. 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^{er}, 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^{er} 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^{er} est remplacé par ce qui suit :

« L'Institut dispose des ressources visées aux articles 137^{sexies} 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^{sexies} 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^{sexies} après prélèvement des frais d'administration pour la part relative à ce secteur. ».

Section 3. — Autres modifications nécessaires

Art. 38. Dans l'article 1^{er}, 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^{er} 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^{ter}, § 3, et 137^{quater}, § 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^{quater} 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^{er} 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^{sexies} 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^{sexies} 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^{sexies} 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^{ter}, § 3, en 137^{quater}, § 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^{quater} 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.

Date de publication : Juin 2013

Éditeur responsable : J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation : Fonds des accidents médicaux

Graphique design : Cellule communication de l'INAMI

Photo : Verypics

Dépôt légal : D/2013/0401/22