

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

7 juli 2015

GEDACHTEWISSELING

**met vertegenwoordigers van het RIZIV
en het Fonds voor de Medische Ongevallen,
over het activiteitenverslag 2013 van
het Fonds voor de Medische Ongevallen**

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN
DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
DE HEER **Benoît PIEDBOEUF**

INHOUD

Blz.

I. Inleidende uiteenzetting van de heer Jo De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV	3
II. Vragen en opmerkingen van de leden	4
III. Antwoorden	6

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

7 juillet 2015

ÉCHANGE DE VUES

**avec des représentants de l'INAMI
et du Fonds des Accidents Médicaux,
sur le rapport d'activités du Fonds
des Accidents Médicaux 2013**

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET
DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR
M. **Benoît PIEDBOEUF**

SOMMAIRE

Pages

I. Exposé introductif par M. Jo De Cock, administrateur général de l'INAMI	3
II. Questions et observations des membres	4
III. Réponses	6

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**

Voorzitter/Président: Muriel Gerkens

A. — Vaste leden / Titulaires:

N-VA Renate Hufkens, Yoleen Van Camp, Valerie Van Peel,
Jan Vercammen
PS André Frédéric, Alain Mathot, Daniel Senesael
MR Luc Gustin, Benoît Piedboeuf, Damien Thiéry

CD&V Nathalie Muylle, Els Van Hoof
Open Vld Dirk Janssens, Ine Somers
sp.a Maya Detiège
Ecolo-Groen Muriel Gerkens
cdH Catherine Fonck

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

An Capoen, Werner Janssen, Koen Metsu, Sarah Smeyers, Bert Wollants
Nawal Ben Hamou, Frédéric Daerden, Eric Massin, Fabienne Winckel
Sybille de Coster-Bauchau, Caroline Cassart-Mailleux, Olivier Chastel,
Stéphanie Thoron
Sarah Claerhout, Franky Demon, Nahima Lanjri
Katja Gabriëls, Nele Lijnen, Frank Wilrycx
Monica De Coninck, Karin Jiroflée
Anne Dedry, Evita Willaert
Michel de Lamotte, Benoît Lutgen

C. — Niet-stemgerechtigd lid / Membre sans voix délibérative:

FDF Véronique Caprasse

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GOI	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
FDF	:	Fédéralistes Démocrates Francophones
PP	:	Parti Populaire

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000: Parlementair document van de 54^e zittingsperiode +
basisnummer en volgnummer
QRVA: Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV: Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV: Beknopt Verslag
CRIV: Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag
en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken
(met de bijlagen)

PLEN: Plenum
COM: Commissievergadering
MOT: Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000: Document parlementaire de la 54^e législature, suivi
du n° de base et du n° consécutif
QRVA: Questions et Réponses écrites
CRIV: Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV: Compte Rendu Analytique
CRIV: Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le
compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu
analytique traduit des interventions (avec les an-
nexes)
PLEN: Séance plénière
COM: Réunion de commission
MOT: Motions déposées en conclusion d'interpellations
(papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tél.: 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél.: 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
courriel : publications@lachambre.be

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

DAMES EN HEREN,

Tijdens haar vergadering van 2 juni 2015 heeft uw commissie een gedachtewisseling gehouden met vertegenwoordigers van het RIZIV en van het Fonds voor de Medische Ongevallen over het activiteitenverslag 2013 van het Fonds voor de Medische Ongevallen 2013¹. Er is een bijwerking voorgesteld van de gegevens die in dat verslag staan.

I. — INLEIDENDE UITEENZETTING DOOR DE HEER JO DE COCK, ADMINISTRATEUR- GENERAAL VAN HET RIZIV

De heer Jo De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV, refereert voor de rechtsgrond, de werking en de samenstelling van het Fonds voor de Medische Ongevallen aan de wet 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg enerzijds en anderzijds aan het jaarverslag van de Fonds voor 2013. De integratie van het Fonds in het RIZIV is geregeld bij de wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I). Het Fonds is sinds 1 april 2013 in de structuur van het RIZIV opgenomen en ook sinds die datum kunnen medische ongevallen het voorwerp uitmaken van een aanvraag bij het Fonds.

Eind december 2013 heeft het FMO 1 606 dossiers ontvangen. Einde mei 2015 staat de teller op 2 786 ingediende dossiers. De belangrijkste toestroom van dossiers kwam er in 2013, met een gelijkaardig ritme in 2014. De eerste vijf maanden van 2015 lag het aantal ingediende dossiers dan weer wat lager dan het jaar ervoor. De nodige procedures maken dat een dossier afhandelen binnen zes maanden, zoals oorspronkelijk gehoopt, wellicht een te optimistische inschatting is. Ook manifest onterecht ingediende dossiers moeten de procedure geheel doorlopen.

Van de 2 786 dossiers bevinden er zich 373 in de eerste fase, deze van het onderzoek van de ontvankelijkheid. Van de 373 dossiers in de eerste fase (121 Nederlandstalig, 250 Franstalig en 2 Duitstalige dossiers) is 51 % (192 dossiers) door het FMO afgesloten. 2 390 dossiers bevinden zich momenteel in de tweede fase, deze van het juridische en medische onderzoek, terwijl er al 23 dossiers tot de fase van

¹ Dit verslag is beschikbaar:
— in het Nederlands, via <http://www.fmo.fgov.be/nl/about-us/annual-reports/index.html>;
— in het Frans, via <http://www.fmo.fgov.be/fr/about-us/annual-reports/index.html>.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a consacré sa réunion du 2 juin 2015 à un échange de vues avec des représentants de l'INAMI et du Fonds des Accidents Médicaux, sur le rapport d'activités du Fonds des Accidents Médicaux 2013¹. Une actualisation des données y figurant a été proposée.

I. — EXPOSÉ INTRODUCTIF PAR M. JO DE COCK, ADMINISTRATEUR GÉNÉRAL DE L'INAMI

M. Jo De Cock, administrateur général de l'INAMI, renvoie pour le fondement juridique, le fonctionnement et la composition du Fonds des Accidents médicaux à la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, d'une part, et au rapport annuel du Fonds de 2013, d'autre part. L'intégration du Fonds au sein de l'INAMI a été réglée par la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I). Depuis le 1^{er} avril 2013, le Fonds a été intégré dans la structure de l'INAMI et depuis cette date également, les accidents médicaux peuvent faire l'objet d'une demande auprès du Fonds.

Fin décembre 2013, le FAM a reçu 1 606 dossiers. Fin mai 2015, 2 786 dossiers figuraient au compteur des dépôts. L'afflux le plus important des dossiers a été enregistré en 2013, avec un rythme analogue en 2014. Durant les cinq premiers mois de 2015, le nombre de dossiers a connu un légère baisse par rapport à l'année précédente. En raison des procédures nécessaires, un délai de traitement de dossiers de six mois, ainsi qu'il avait été initialement espéré, découle sans doute d'une estimation trop optimiste. Même les dossiers qui ont manifestement été introduits à tort doivent suivre toute la procédure.

Sur les 2 786 dossiers, 373 se trouvent dans la première phase, celle de l'examen de la recevabilité. Sur ces 373 dossiers (250 francophones, 121 néerlandophones et 2 germanophones), 51 % (soit 192 dossiers) ont été clôturés par le FAM. 2 390 dossiers se trouvent actuellement dans la deuxième phase, celle de l'examen juridique et médical, tandis que 23 dossiers ont déjà atteint la phase de l'indemnisation. Il est indéniable

¹ Ce rapport est disponible:
— en français, sur <http://www.fmo.fgov.be/fr/about-us/annual-reports/index.html>;
— en néerlandais, sur <http://www.fmo.fgov.be/nl/about-us/annual-reports/index.html>.

de vergoeding zijn gekomen. Er is onmiskenbaar een zekere achterstand opgebouwd bij de afhandeling van de dossiers in de 2012 en 2013. De uitbreiding van het personeelskader van het Fonds 2014 heeft wel voor een kentering gezorgd.

In de meeste gevallen zijn het de slachtoffers zelf die een dossier bij het Fonds indienen, gevolgd door de verzekeringsinstellingen. Een minderheid wordt ingediend door advocaten of vzw's die bezig houden met patiëntenbegeleiding. Geografisch gezien komen de meeste dossiers uit de provincies Antwerpen, Henegouwen en Oost-Vlaanderen en de 19 Brusselse gemeenten. 84 % van de dossiers heeft te maken met voorvallen in ziekenhuizen en slechts 14 % houden verband met privépraktijken van artsen en poliklinieken. In bijna de helft van de dossiers betreft het zware gevolgen: ofwel een overlijden, een blijvende invaliditeit van meer dan 25 % of een tijdelijke arbeidsongeschiktheid van langer dan zes maanden. Orthopedie is de vaakst voorkomende zorgverstrekking. Het Fonds staat er op de dossiers en zeker de adviezen zo ruim mogelijk te documenteren en argumenteren, teneinde het aantal verdere juridische betwistingen zoveel mogelijk te vermijden.

II. — VRAGEN EN OPMERKINGEN VAN DE LEDEN

De heer Damien Thiéry (MR) stelt vast dat zorgverlener nog steeds niet verplicht zijn zich te verzekeren tegen de gevolgen van medische ongevallen. Heeft het Fonds zich reeds over deze problematiek gebogen? Het stijgende aantal ingediende dossiers wijst op een bestaande vraag naar tussenkomsten van het Fonds. Besteedt het Fonds bijgevolg voldoende aandacht naar de nodige ruchtbaarheid van zijn werking? Hoe verhoudt het aantal dossiers zich tot het aantal lopende rechtszaken? Waarom er is sprake van een kennelijke ongelijke geografische spreiding, met veel dossiers uit Antwerpen en Henegouwen? Kan ten slotte een berekening gemaakt worden van de kost voor de Sociale Zekerheid per dossier van het Fonds?

Mevrouw Valerie Van Peel (N-VA) vraagt eveneens naar een berekening van de kosten-batenanalyse van het Fonds en de kwestie van de verplichte beroepsaansprakelijkheid. Waarom is er sprake van 23 dossiers die in de eindfase zijn beland, terwijl er naar verluidt nog geen betalingen door het Fonds zijn gebeurd? Zou de afhandeling van een dossier binnen zes maanden

que le traitement des dossiers a accumulé un certain retard en 2012 et en 2013. L'extension du cadre du personnel du Fonds en 2014 a toutefois permis d'inverser la tendance.

Dans la plupart des cas, ce sont les victimes elles-mêmes qui introduisent un dossier auprès du Fonds, suivies par les organismes assureurs. Une minorité de dossiers est introduite par des avocats ou des ASBL qui s'occupent de l'accompagnement de patients. Du point de vue géographique, la plupart des dossiers concernent les provinces d'Anvers, du Hainaut et de Flandre occidentale, ainsi que les 19 communes de Bruxelles. 84 % des dossiers portent sur des accidents qui se sont produits dans des hôpitaux, et seulement 14 % concernent des accidents survenus dans des cabinets privés de médecins ou des polycliniques. Près de la moitié des dossiers concernent des accidents ayant eu des conséquences graves: soit un décès, soit une invalidité permanente de plus de 25 % ou une incapacité de travail temporaire de plus de six mois. L'orthopédie est la spécialité la plus fréquemment mise en cause dans les dossiers. Le Fonds s'efforce d'étayer le plus possible les dossiers et, *a fortiori*, ses avis, afin d'éviter au maximum le risque de contestations juridiques ultérieures.

II. — QUESTIONS ET OBSERVATIONS DES MEMBRES

M. Damien Thiéry (MR) constate que les prestataires de soins ne sont toujours pas tenus de s'assurer contre les conséquences des accidents médicaux. Le Fonds s'est-il déjà penché sur cette problématique? Le nombre croissant de dossiers introduits témoigne de l'existence d'une demande d'interventions du Fonds. Celui-ci se soucie-t-il dès lors suffisamment de faire connaître son action comme il se doit? Quelle est la proportion entre le nombre de dossiers introduits et le nombre d'affaires pendantes devant les tribunaux? Comment expliquer la disparité géographique manifeste du nombre de dossiers, qui sont très nombreux dans les provinces d'Anvers et de Hainaut? Enfin, est-il possible de calculer le coût pour la sécurité sociale de chaque dossier géré par le Fonds?

Mme Valerie Van Peel (N-VA) demande également une analyse coûts-bénéfices de l'action du Fonds et se pose également la question de la responsabilité professionnelle obligatoire. Pourquoi, par ailleurs, est-il question de 23 dossiers arrivés au terme de leur traitement, alors qu'apparemment, le Fonds n'a encore procédé à aucun paiement? Si le cadre du personnel

haalbaar kunnen worden, mits een volledige invulling van het personeelskader?

Hoe vermijdt het Fonds dat er mogelijke banden zijn tussen de door het Fonds gevraagde experts en de in een dossier betrokken arts? Momenteel is er nog geen coördinerend arts voor de Franstalige dossiers. Leidt dit tot verschillen in statistiek tussen Nederlandstalige en Franstalige dossiers?

Bij kleinere gevolgen kan er misschien al veel verholpen worden voor de slachtoffers door een grotere transparantie vanwege het Fonds en de betrokken ziekenhuizen en een bijkomende aandacht voor psychologische opvang. Kan het Fonds hierbij een rol vervullen? Het Fonds heeft daarnaast ook een preventieopdracht. Kan daarover al een evaluatie gemaakt worden?

De heer Daniel Senesael (PS) vraagt welk aandeel van de zorgverleners zich verzekerd hebben. Formuleert het Fonds beleidsaanbevelingen? Wordt de patiënt geïnformeerd over de verwachte wachttijd voor de behandeling van zijn dossier? Wat kan er nog gebeuren om de administratieve procedures voor de patiënten te vereenvoudigen, want kennelijk is het Fonds niet gewonnen voor een afhandeling via internet? Wat verklaart de terugval van het aantal ingediende dossiers sinds begin 2015? Tot dusver zijn er in 2015 slecht twee dossiers afgesloten. Is het budget voldoende en beschikt het Fonds over een voldoende groot netwerk van eventueel beschikbare experts?

Mevrouw Maya Detiège (sp.a) is eveneens benieuwd naar de mogelijke verklaring voor de vele dossiers uit Antwerpen. Ze sluit zich aan bij de vraag van mevrouw Van Peel over de evaluatie van de artsen die voor het Fonds dossiers behandelen? Bij erg technische dossiers wordt wellicht een beroep gedaan op externe expertise? Mevrouw Detiège dringt aan op aandacht voor enerzijds een grote openheid en transparantie over de stand van zaken en de uiteindelijke beslissing over hun dossier en anderzijds ook voor de tevredenheid van de patiënten.

Mevrouw Muriel Gerken (Ecolo-Groen) vraagt of de verklaring voor de vastgestelde regionale verschillen het voorwerp kan uitmaken van de raadgevende rol van het Fonds? Ondervindt het Fonds moeilijkheden om de nodige experts te vinden bij erg gespecialiseerde analyses, bijvoorbeeld vanwege de weinig flexibele barema's? In hoeverre wordt het Fonds geconfronteerd met dossiers die onvolledig blijken te zijn en kunnen administratieve procedures hiertoe herzien worden om de

était complet, serait-il possible de traiter complètement chaque dossier en l'espace de six mois?

Comment le Fonds évite-t-il l'existence éventuelle de liens entre les experts qu'il sollicite et les médecins visés dans les dossiers? Pour le moment, il n'existe pas encore de médecin coordinateur pour les dossiers francophones. Cela induit-il des différences dans les statistiques entre les dossiers néerlandophones et les dossiers francophones?

Concernant les conséquences mineures, de nombreux problèmes rencontrés par les victimes pourraient peut-être déjà se régler grâce à une transparence accrue de la part du Fonds et des hôpitaux concernés ainsi qu'en accordant une plus grande importance à la prise en charge psychologique. Le Fonds peut-il jouer un rôle à cet égard? Celui-ci assure en outre une mission de prévention. Une évaluation peut-elle déjà être réalisée en la matière?

M. Daniel Senesael (PS) demande quelle proportion des prestataires de soins s'est assurée. Le Fonds formule-t-il des recommandations sur la politique à mener? Le patient est-il informé du délai d'attente estimé pour le traitement de son dossier? Que peut-on encore faire pour simplifier les procédures administratives pour les patients, étant entendu que le Fonds n'est manifestement pas favorable au règlement par internet? Quelle est la raison de la baisse du nombre de dossiers introduits depuis le début de l'année 2015? Jusqu'à présent, deux dossiers seulement ont été clôturés en 2015. Le budget est-il suffisant et le Fonds dispose-t-il d'un réseau suffisamment étendu d'experts éventuellement disponibles?

Mme Maya Detiège (sp.a) est également curieuse d'entendre l'éventuelle explication du grand nombre de dossiers provenant d'Anvers. Elle se rallie à la question de Mme Van Peel concernant l'évaluation des médecins qui traitent des dossiers pour le Fonds. On recourt peut-être à une expertise externe pour les dossiers très techniques. Mme Detiège insiste pour que l'on soit attentif, d'une part, à une grande ouverture et à une grande transparence sur l'état d'avancement et la décision finale relative au dossier et, d'autre part, à la satisfaction des patients.

Mme Muriel Gerken (Ecolo-Groen) demande si les explications relatives aux différences régionales constatées peuvent relever du rôle consultatif du Fonds. Le Fonds a-t-il du mal à trouver les experts nécessaires dans le cadre d'analyses très spécialisées en raison, par exemple, de barèmes peu flexibles? Dans quelle mesure le Fonds est-il confronté à des dossiers qui se révèlent incomplets et est-il possible de revoir les procédures administratives à cet effet pour que les

nodige stukken in een latere fase bij het dossier te laten toevoegen? Welke modaliteiten zijn er om de patiënt te informeren over de stand van zaken van zijn dossier? Mevrouw Gerkens begrijpt de terughoudendheid om via internet te werken, aangezien er in de praktijk problemen zijn daar waar elektronische verzending al meer ingeburgerd is, zoals bij de afhandeling van arbeidsongevallen. Wordt de autonomie van het beheerscomité en de aparte rechtspersoonlijkheid van het Fonds behouden na de integratie in het RIZIV?

III. — ANTWOORDEN

A. De ingediende dossiers

1. Geografische verdeling

De heer Jo De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV, legt uit dat de gegevens met betrekking tot de verdeling van de dossiers over de provincies niet gestandaardiseerd zijn. Die gegevens moeten in perspectief worden geplaatst, rekening houdend met de demografische gegevens. De verschillen tussen de provincies zijn in werkelijkheid miniem en hangen af van het feit of de provincie al dan niet zorginstellingen op haar grondgebied heeft.

Mevrouw Geneviève Schamps, voorzitter van het directiecomité van het Fonds voor de Medische Ongevallen, vindt het nog te vroeg om conclusies te trekken uit de gegevens over het aantal ingediende dossiers per provincie.

2. Ernst

De heer Jo De Cock (RIZIV) heeft nog niet de mogelijkheid om de gemiddelde ernstgraad van de bij het Fonds ingediende dossiers te bepalen. Soms is de ernstgraad of de aansprakelijkheid van de zorgverstrekker al duidelijk bij de indiening van het dossier. Overigens is de indiening van een aantal dossiers te wijten aan een gebrekkige communicatie tussen de zorgverstrekker en de patiënt. Het behoort niet rechtstreeks tot de basistaken van het Fonds voor de Medische Ongevallen om dossiers met een lage ernstgraad te behandelen. Toch gebeurt dat om tegemoet te komen aan een maatschappelijke behoefte.

Er wordt voorrang gegeven aan de meest ernstige gevallen. Via onderzoek op basis van medische screening kan worden uitgemaakt om welke dossiers het gaat. In die gevallen wordt getracht snel te antwoorden.

pièces nécessaires soient ultérieurement jointes au dossier? Quelles sont les modalités prévues pour informer le patient de l'état d'avancement de son dossier? Mme Gerkens comprend la réticence à travailler par le biais d'Internet en raison des problèmes rencontrés en pratique là où l'envoi électronique est déjà plus ancré, comme pour le traitement des accidents du travail. L'autonomie du comité de gestion et la personnalité juridique distincte du Fonds seront-elles maintenues après son intégration dans l'INAMI?

III. — RÉPONSES

A. Sur les dossiers introduits

1. Répartition géographique

M. Jo De Cock, administrateur général de l'INAMI, expose que les données afférentes à la répartition des dossiers entre provinces ne sont pas standardisées. Ces données doivent être remises en perspective à la lumière des données démographiques. Les différences entre province sont en réalité minimales et dépendent de la présence sur leur territoire d'institutions de soins.

Mme Geneviève Schamps, présidente du comité de direction du Fonds des Accidents Médicaux, estime qu'il est prématuré de vouloir tirer des conclusions des données afférentes au nombre de dossiers introduits par province.

2. Gravité

M. Jo De Cock (INAMI) n'a pas encore la possibilité de définir le niveau de gravité moyen des dossiers introduits au Fonds. Parfois, l'absence de gravité ou la responsabilité du prestataire peut sembler évidente dès l'introduction. Un certain nombre de dossiers sont par ailleurs introduits en raison d'une piètre communication entre le prestataire et le patient. Traiter des dossiers d'une faible gravité ne rentre pas directement dans les missions de base du Fonds des Accidents Médicaux. Toutefois, pratiquer de la sorte répond à un besoin sociétal.

La priorité est donnée aux cas les plus graves. Une analyse par screening médical permet de définir ces dossiers. Une réponse rapide est alors recherchée.

3. Afgesloten dossiers en wegwerking van de achterstand

De heer Jo De Cock (RIZIV) onderstreept dat de in de inleiding genoemde 23 dossiers slechts betrekking hebben op die welke werden ingediend tijdens fase 3 (schadeloosstelling). Bij de afsluiting van het dossier wordt aangegeven dat geen beroep mogelijk is en dat dus alle beroepsmogelijkheden zijn benut. Andere dossiers worden afgesloten tijdens een van de twee andere fasen.

Mevrouw Geneviève Schamps (FMO) merkt op dat er geen ontvankelijkheidsvoorwaarde in verband met de aard van de schade bestaat om een dossier bij het Fonds voor de Medische Ongevallen in te dienen. De ontvankelijkheidsvoorwaarde inzake de schade heeft betrekking op de mogelijkheid om een vergoeding te krijgen, niet op de mogelijkheid om — na een expertise — een advies te krijgen. Het FMO hanteert dus een andere methode dan de Franse instelling voor medische ongevallen, het *Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)*.

Gezien de lage toegangsdrempel tot het Fonds werden in de eerste maanden na de oprichting veel dossiers ingediend, waardoor vertraging ontstond bij de behandeling ervan. Krachtens artikel 35, § 2, van voormelde wet van 2010, is de regeling van toepassing “op schade veroorzaakt door een feit dat dateert van na de bekendmaking van de wet in het *Belgisch Staatsblad*”, zijnde 2 april 2010.

Om de in de eerste jaren opgelopen vertraging weg te werken, heeft het beheerscomité een *masterplan* uitgewerkt, dat vruchten heeft afgeworpen. Alle medewerkers van het Fonds werken samen om de achterstand efficiënt weg te werken.

De vertegenwoordigster van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid geeft aan dat de minister haar steun zal verlenen aan de inspanningen van het Fonds voor de Medische Ongevallen om de achterstand weg te werken.

4. De zorgverlener is niet verzekerd

De heer Jo De Cock (RIZIV) geeft aan dat tot dusver nog geen enkel dossier werd behandeld waarin de in gebreke gestelde zorgverlener niet was gedekt door een beroepsaansprakelijkheidsverzekering. De vraag of die aansprakelijkheidsverzekering al dan niet wettelijk moet worden verplicht, valt buiten het raamwerk van het activiteitenverslag van het Fonds.

3. Dossiers clôturés et lutte contre l'arriéré

M. Jo De Cock (INAMI) souligne que les 23 dossiers cités en introduction ne concernent que ceux qui ont été clôturés à l'occasion de la phase 3 (de dédommagement). La clôture renvoie à l'absence de recours possible et donc à l'épuisement des voies de recours. D'autres dossiers sont clôturés à l'occasion des deux autres phases.

Mme Geneviève Schamps (FAM) fait remarquer qu'il n'existe pas de condition de recevabilité liée à la nature du dommage pour la saisine du Fonds des Accidents Médicaux. La condition liée au dommage concerne la possibilité de recevoir une indemnisation, pas la possibilité d'obtenir un avis suite à une expertise. La situation est donc différente de celle de l'instance française analogue, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM).

En raison de la facilité d'accès au Fonds, un retard a pu être noté dans les premiers mois de son installation, lorsqu'un grand nombre de dossiers ont été introduits. En vertu de l'article 35, § 2, de la loi précitée de 2010, le régime s'applique “aux dommages résultant d'un fait postérieur à sa publication au *Moniteur belge*”, à savoir le 2 avril 2010.

Pour résorber l'arriéré enregistré les premières années, le comité de gestion s'est doté d'un “masterplan”. Celui-ci livre de bons résultats. Toute l'équipe du Fonds collabore dans l'optique d'une résorption efficace.

La représentante de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique indique que la ministre soutiendra le Fonds des Accidents Médicaux dans ses efforts pour résorber l'arriéré.

4. Absence de couverture d'assurance du prestataire

M. Jo De Cock (INAMI) expose qu'encore aucun dossier n'a mis en cause un prestataire non couvert par une assurance en responsabilité professionnelle. La question de l'instauration éventuelle d'une obligation légale de s'assurer échappe aux limites de la discussion du rapport d'activités du Fonds.

Mevrouw Geneviève Schamps (FMO) wijst de commissieleden op de bedenkingen die Assuralia tegen een dergelijke verzekeringsplicht heeft geformuleerd tijdens de bespreking in commissie van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (DOC 52 2240/006, blz. 46 en volgende). De verzekeringsplicht ressorteert onder de deontologische verplichtingen van de artsen.

5. Cumulatie van vorderingen of vorderingenkeuze

De heer Jo De Cock (RIZIV) heeft geen weet van gevallen waarin bij het Fonds ingediende vorderingen worden gecumuleerd met rechtsvorderingen.

De heer Benoît Collin, adjunct-administrateur-generaal van het RIZIV, voegt eraan toe dat geen statistieken beschikbaar zijn over het aantal patiënten dat zich tot het Fonds wendt in verhouding tot het aantal patiënten dat naar de rechtbank stapt. Volgens hem komt het zelden voor dat patiënten de beide procedures cumuleren.

Bovendien worden de beslissingen van het Fonds nauwelijks betwist; daaruit kan wellicht worden geconcludeerd dat de patiënten doorgaans tevreden zijn over de werkzaamheden van het Fonds. De meeste patiënten willen vooral weten waarom iets is gebeurd en willen gehoor vinden. De adviezen van het Fonds zijn zeer stevig onderbouwd; de kwaliteit ervan wordt dan ook zelden ter discussie gesteld.

B. Werking

1. Onafhankelijkheid van het Fonds

Mevrouw Geneviève Schamps (FMO) merkt op dat aanvankelijk (in voormelde wet van 2010) werd geopteerd voor de vorm van een raad van bestuur, waarna werd overgestapt op die van een beheerscomité (ingevolge de wet van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid). Dat comité is samengesteld uit vertegenwoordigers van de patiënten, van de ziekenfondsen, van de werkgevers en andere betrokken partijen.

Dat de raad van bestuur werd omgevormd tot een beheerscomité, heeft geen gevolgen voor de werking van het Fonds. Het beheerscomité komt geregeld samen en richt werkgroepen op binnen het Fonds. Daarin worden richtlijnen uitgewerkt, bijvoorbeeld over het begrip “abnormale schade”.

De heer Jo De Cock (RIZIV) bevestigt de onafhankelijkheid van het Fonds. Op budgettair niveau

Mme Geneviève Schamps (FAM) attire l'attention des membres sur les objections formulées par Assuralia contre une telle obligation légale d'assurance, lors de la discussion en commission de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (DOC 52 2240/006, p. 46 et s.). L'obligation de s'assurer relève des obligations déontologiques des médecins.

5. Cumul ou choix des procédures

M. Jo De Cock (INAMI) n'a pas connaissance d'un cas de cumul des procédures, au niveau du Fonds et par voie judiciaire.

M. Benoît Collin, administrateur général adjoint de l'INAMI, ajoute qu'il n'existe pas de statistiques sur le nombre de patients qui se dirigent vers le Fonds par rapport au nombre de patients qui s'adressent au juge. Le cumul des procédures est qualifié de rare.

Le nombre de recours dirigés contre une décision du Fonds est en outre très faible. Ceci peut vouloir démontrer que les patients sont généralement satisfaits par les travaux au Fonds. La plupart des patients veulent surtout connaître les raisons d'un événement et recevoir une écoute. Les avis du Fonds sont particulièrement charpentés. La qualité des avis est rarement remise en cause.

B. Sur le fonctionnement

1. Indépendance du Fonds

Mme Geneviève Schamps (FAM) fait remarquer qu'au départ, il avait été opté pour la forme d'un conseil d'administration (version originale de la loi précitée de 2010), avant de retenir celle du comité de gestion (suite à la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé). Y siègent des représentants des patients, des mutuelles, des employeurs et d'autres parties intéressées.

La transformation du conseil d'administration en comité de gestion ne modifie en rien la manière de fonctionner de cet organe. Celui-ci se réunit de manière régulière et institue en son sein des groupes de travail. Des lignes directrices y sont tracées, par exemple sur la notion de “dommage anormal”.

M. Jo De Cock (INAMI) confirme l'indépendance du Fonds. Ainsi, au niveau budgétaire, une séparation est

bijvoorbeeld worden de werkingskosten van het RIZIV en die van het Fonds gescheiden gehouden. Ook de vergoedingen zijn gescheiden.

2. Status van de experten

De heer Jo De Cock (RIZIV) geeft aan dat een coördinator werd belast met het toezicht op eventuele belangenconflicten tussen de medisch experten op wie het Fonds een beroep doet.

Voor de verschillende betrokken medische specialisten werd een overheidsopdracht uitgeschreven. De experten voeren hun taak uit op grond van een dienstenovereenkomst. Ze zijn niet opgenomen in het personeelsbestand van het RIZIV. Er zijn maatregelen genomen om hun onafhankelijkheid te waarborgen. Men ziet erop toe dat de in een welbepaald dossier aangewezen expert en de zorgverlener niet in dezelfde regio wonen.

Om de interne onafhankelijkheid te waarborgen, worden de artsen-experten onderworpen aan een interne controle van het Fonds. De kwaliteit van de adviezen wordt nagegaan. De adviezen die de experten voor het Fonds moeten uitbrengen, nemen doorgaans meer tijd in beslag dan andere expertisetaken. Mocht uit de kwaliteitscontroles blijken dat er problemen zijn, dan kan het honorarium volledig of gedeeltelijk worden ingehouden; bovendien zal dan met de betrokken expert geen enkele dienstenovereenkomst meer worden aangegaan.

De medisch deskundigen zijn druk bezet. Een aantal vertragingen wordt soms in de inleiding van de conclusies van de expertise vermeld. De aantrekkelijkheid van de taak is niet aan de orde. De juridische kwaliteit van de adviezen wordt intern en extern (door een via een overheidsopdracht aangewezen advocatenbureau) gecontroleerd.

3. Arbeidsomstandigheden

Volgens *de heer Jo De Cock (RIZIV)* volstaan de 42 personeelsleden om het hoofd te bieden aan de huidige werklust als gevolg van het aantal nieuw ingeleide dossiers. De daling van het aantal dossiers in 2015 is ongetwijfeld maar tijdelijk en berust niet op een objectieveerbare externe factor.

De strikte termijnen zijn niet bij wet vastgesteld. Zij worden langs administratieve weg opgelegd aan de medewerkers van het Fonds, opdat de dossiers binnen redelijke termijnen kunnen worden afgehandeld. Er moet echter rekening worden gehouden met de

réalisée des moyens de fonctionnement de l'INAMI et du Fonds. Les indemnités sont également séparées.

2. Statut des experts

M. Jo De Cock (INAMI) informe qu'un coordinateur a été chargé du contrôle d'éventuels conflits d'intérêts dans le chef des experts médicaux auxquels le Fonds fait appel.

Un marché public a été lancé pour les différentes spécialités médicales concernées. Les experts exercent leurs missions sur la base d'un contrat de service. Ils ne relèvent pas du personnel de l'INAMI. Des mesures sont prises pour garantir leur indépendance. Aucun expert ne sera chargé d'un dossier où le prestataire des soins réside dans la même région que l'expert.

Pour garantir l'indépendance interne, les médecins experts sont soumis à un contrôle interne au Fonds. La qualité des avis est analysée. Les avis pour le Fonds demandent en général plus de temps que d'autres tâches d'expertise. Si, sur la base des contrôles de qualité, des difficultés apparaissent, une partie des honoraires ou la totalité peut être retenue et plus aucun contrat de service ne sera conclu avec l'expert en cause.

Les experts médicaux sont des personnes fort occupées. Certains retards sont parfois notés dans l'introduction des conclusions d'expertise. L'attractivité n'est cependant pas en cause. La qualité juridique des avis est contrôlée, au niveau interne et au niveau externe (par un bureau d'avocats désigné sur la base d'un marché public).

3. Conditions de travail

Pour *M. Jo De Cock (INAMI)*, un cadre de 42 personnes permet de répondre à la charge de travail actuelle, telle qu'elle résulte du nombre de dossiers nouveaux introduits. La régression en 2015 du nombre de dossiers n'est sans doute que passagère. Elle ne repose sur aucun facteur extérieur objectivable.

Les délais de rigueur ne sont pas fixés dans la loi. Ils sont imposés par voie administrative aux collaborateurs du Fonds afin d'aboutir à un traitement dans des délais raisonnables. Il convient toutefois de tenir compte des contingences normales de personnel (vacances,

normale personeelsomstandigheden (vakanties, ziektes enzovoort). Een volledige behandeling van elk dossier binnen zes maanden is geen realistische doelstelling. De niet-naleving van een termijn van zes maanden zou op zich niet als abnormaal mogen worden beschouwd, aangezien elke situatie verschillend is. Toch wordt alles in het werk gesteld om de behandelingstermijn te verkorten.

Het valt alle overheidsdiensten zwaar artsen aan te trekken. Medische expertise in huis halen is moeilijk, maar de spreker kan ook niet meteen een oplossing voorstellen. De demografische curve is echter verontrustend.

Mevrouw Geneviève Schamps (FMO) merkt op dat op elke vergadering van het beheerscomité een verslag wordt voorgesteld over de moeilijkheden of de impasses, mét mogelijke oplossingen.

4. **Beheerskosten**

De heer Benoît Collin (RIZIV) raamt de beheerskosten op jaarbasis tussen 12 à 15 miljoen euro. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg had die kosten op 15 à 25 miljoen euro geraamd, rekening houdend met de vergoedingen en de taken.

Wanneer het *masterplan* zal worden geïntegreerd, zullen de beheerskosten oplopen tot ongeveer 4 miljoen euro. De kosten van de opdrachten (expertise en vergoedingen) zullen daarbij moeten worden opgeteld. De belangrijkste opdracht van het Fonds is advies verstrekken. Van de 200 à 300 reeds verstrekte adviezen komt ongeveer 80 % tot de tweevoudige conclusie dat de zorgverlener niet aansprakelijk is en dat er geen sprake is van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid als bedoeld in de wet. In dat geval zijn de enige kosten de expertisekosten. De ernst van een dossier is niet de enige opgelegde wettelijke voorwaarde om een vergoeding te krijgen.

De spreker acht het niet relevant de investeringskosten van het Fonds af te zetten tegen de *return*, in het licht van het budget van het Fonds of, nog algemener, van de gezondheidszorg.

Mevrouw Geneviève Schamps (FMO) benadrukt dat voornoemde wet van 2010 een nieuw nationaal solidariteitsmechanisme heeft ingevoerd ten voordele van patiënten die het slachtoffer zijn geworden van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.

maladies, etc.). Un traitement complet de chaque dossier en six mois n'est pas un objectif réaliste. Le seul non respect d'un délai de six mois ne saurait en lui-même être considéré comme anormal, compte tenu de la diversité des situations. Tout est cependant fait pour réduire le délai de traitement.

L'engagement de médecins se révèle ardu dans tous les services publics. Il est difficile d'attirer l'expertise médicale, même si l'orateur n'a pas directement de piste à proposer. La courbe démographique est cependant inquiétante.

Mme Geneviève Schamps (FAM) note qu'à chaque réunion du comité de gestion, un rapportage est proposé sur les difficultés ou les blocages, avec des pistes de solution.

4. **Coût de gestion**

M. Benoît Collin (INAMI) évalue le coût de gestion à un montant entre 12 et 15 millions d'euros sur une base annuelle. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé avait évalué ce coût entre 15 et 25 millions d'euros, en tenant compte dans ce montant des indemnités et des missions.

Lorsque le "masterplan" sera intégré, le coût de gestion atteindra environ 4 millions d'euros. Le coût des missions (expertise et indemnisation) devra être ajouté. La principale mission du Fonds consiste à rendre des avis. Sur les 200 à 300 avis déjà rendus, environ 80 % arrivent à la double conclusion de l'absence de responsabilité de prestataire et de l'absence d'accident médical sans responsabilité au sens de la loi. Dans ce cas, les seuls frais sont ceux de l'expertise. La gravité d'un dossier n'est pas la seule condition légale imposée pour recevoir une indemnisation.

L'intervenant estime qu'il n'est pas pertinent de comparer le coût d'investissement dans le Fonds et le retour par rapport au budget du Fonds ou des soins de santé de manière plus générale.

Mme Geneviève Schamps (FAM) souligne que la loi précitée de 2010 a instauré un nouveau mécanisme de solidarité nationale, au profit des patients victimes d'un accident médical sans responsabilité.

C. De aanbevelingen

De heer Jo De Cock (RIZIV) geeft aan dat artikel 8, § 2, 3°, van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg bepaalt dat het jaarlijks activiteitenverslag onder meer “aanbevelingen om de schade als gevolg van gezondheidszorg te voorkomen” moet bevatten. De spreker vermeldt twee denkpistes voor eventuele aanbevelingen:

1° Op wetgevend niveau

Het probleem voor het Fonds voor de Medische Ongevallen om toegang te krijgen tot het medisch dossier van een overleden patiënt (op grond van de wet van 2010 of op grond van het gemeenrecht) zou moeten worden weggewerkt.

Een vergadering wordt gepland met de Orde van geneesheren om het probleem te bespreken van de toegang tot de medische dossiers, ingeval de verzekeraars en de ziekenfondsen ook betrokken partij zijn. Het deontologische aspect moet in aanmerking worden genomen. Het is de bedoeling overeenstemming te bereiken over een geïnformatiseerde communicatiemethode en niet een volledig nieuw informatienetwerk te ontwikkelen. De experts zijn vragende partij voor een administratieve vereenvoudiging.

2° Op het niveau van de gezondheidszorg zelf

Ook al is het nog voorbarig om aanbevelingen te formuleren gelet op het aantal behandelde dossiers, rijzen er vragen omtrent de organisatie van de zorg in de spinale chirurgie. De goede praktijken inzake spinale chirurgie zouden moeten worden aangemoedigd. Multidisciplinair overleg is nodig en die noodzaak wordt erkend door de beoefenaars van de neurochirurgie, de orthopedie en andere gespecialiseerde gezondheidszorg.

Mevrouw Geneviève Schamps (FMO) bevestigt dat het gelet op de stand van de werkzaamheden nog te vroeg is om aanbevelingen te formuleren.

De heer Benoît Collin (RIZIV) geeft aan dat er nog geen waarnemingscentrum voor medische risico's bestaat. Het aantal ingediende dossiers kan niet in perspectief worden geplaatst ten opzichte van het totale aantal medische ongevallen (met of zonder aansprakelijkheid). De statistieken van Assuralia en van de rechtbanken zijn onbekend.

Dit maakt het moeilijk aanbevelingen te formuleren. Veel dossiers die bij het Fonds worden ingediend, hebben immers betrekking op orthopedie. Dit specialisme geeft aanleiding tot veel discussies, niet enkel in België.

C. Sur les recommandations

M. Jo De Cock (INAMI) relève que l'article 8, § 2, 3°, de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, indique que le rapport annuel d'activités contient, entre autres, “des recommandations pour prévenir les dommages résultants de soins de santé”. L'intervenant évoque deux pistes de réflexion pour de telles recommandations:

1° Au niveau législatif

La question de l'accès par le Fonds des Accidents Médicaux au dossier médical d'un patient décédé (soit sur la base de la loi de 2010, soit sur la base du droit commun) devrait être réglée.

Une réunion est prévue avec l'Ordre des Médecins pour discuter de la question de l'accès aux dossiers médicaux, lorsque les organismes assureurs et les mutualités sont également concernés. L'aspect déontologique entre en ligne de compte. Il est nécessaire d'arriver à un accord sur une méthode de communication informatique, et non de développer tout un nouveau circuit d'informations. Il existe de la part des intervenants des expertises une demande de simplification administrative.

2° Au niveau des soins de santé eux-mêmes

Même s'il est encore prématuré de formuler des recommandations en raison du nombre de dossiers traités, une interrogation apparaît sur l'organisation des soins dans la chirurgie spinale. Les bonnes pratiques en matière de chirurgie spinale devraient être stimulées. La nécessité d'une concertation multidisciplinaire est reconnue par des acteurs de la neurochirurgie, de l'orthopédie et d'autres soins de santé spécialisés.

Mme Geneviève Schamps (FAM) confirme que l'état d'avancement des travaux ne permet pas encore la définition de recommandations.

M. Benoît Collin (INAMI) note qu'il n'existe pas à ce jour d'observatoire du risque médical. Le nombre de dossiers introduits ne saurait être mis en perspective par rapport au nombre total d'accidents médicaux (avec et sans responsabilité). Les statistiques d'Assuralia et des tribunaux sont inconnues.

Ceci rend difficile l'établissement de recommandations. En effet, un grand nombre de dossiers introduits au Fonds concernent l'orthopédie. Cette spécialité est une source de nombreuses discussions, et pas seulement

Het aantal dossiers kan te maken hebben met het aantal ingrepen, de leeftijd van de patiënten (vooral voor het plaatsen van heup- of knieprothesen) of andere oorzaken. De situatie moet voort worden geanalyseerd met de mensen van de sector. De betreffende specialisten mogen in dit stadium niet worden gestigmatiseerd. Op basis van die analyse kunnen aanbevelingen worden geformuleerd, hetzij over de informatie aan de patiënten, hetzij over wijzigingen qua praktijkvoering.

D. Communicatie

De heer Jo De Cock (RIZIV) vraagt zich af of het opportuun is een informatie- en communicatiecampagne over het Fonds voor de Medische Ongevallen op te zetten. Het Fonds is immers nog niet op kruissnelheid gekomen. Er mogen geen buitensporige verwachtingen worden gecreëerd. Sommige gevallen dateren van vóór de inwerkingtreding van de wetgeving. De ernst van het ongeval is niet de enige voorwaarde voor de vergoeding. De spreker rekent dus op de patiëntenverenigingen en op de verzekeringsinstellingen om hun rol ten aanzien van de patiënten te vervullen.

De rapporteur,

Benoît PIEDBOEUF

De voorzitter,

Muriel GERKENS

en Belgique. Le nombre de dossiers peut s'expliquer par le nombre d'interventions, par l'âge des personnes (surtout pour la pose de prothèses de la hanche ou du genou), ou par d'autres causes. L'analyse de la situation doit être poursuivie avec les intervenants du secteur. Il convient à ce stade d'éviter toute stigmatisation des spécialistes concernés. L'analyse permettra de définir des recommandations, soit visant à l'information des patients, soit visant à changer des pratiques.

D. Communication

M. Jo De Cock (INAMI) se dit réticent à mener une campagne d'information et de communication autour du Fonds des Accidents Médicaux. En effet, le Fonds cherche encore son rythme de croisière. Des attentes excessives doivent être évitées. Certains cas datent d'avant l'entrée en vigueur de la législation. La gravité n'est pas la seule condition de l'indemnisation. L'intervenant compte donc sur les associations de patients et sur les organismes assureurs pour jouer leur rôle par rapport aux patients.

Le rapporteur,

Benoît PIEDBOEUF

La présidente,

Muriel GERKENS