

1<sup>e</sup> Deel

# Evolutie van de wetgeving over de verzekering voor de geneeskundige verzorging en uitkeringen



## 4<sup>e</sup> trimester 2024

### 1. Wet

| Belgisch Staatsblad   | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27.12.2024 - Editie 2 | 20.12.2024 | Wet tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat betreft de verzekeringsinkomsten |

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met de wet wordt de inning van de heffingen op het omzetcijfer van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten voor 2025 geregeld:

- de standaardheffing van 6,73 %, de bijdrageheffing van 1 % en de weesheffing worden in 2025 verlengd
- de compensatoire bijdrage die is ingesteld om de weerslag van de promotie op de stijging van het voorschrijfvolume van de vergoedbare geneesmiddelen in evenwicht te houden en 10 % van het omzetcijfer bedraagt, blijft ook behouden in 2025.

### 2. Koninklijke besluiten tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30.10.2024          | 18.10.2024 | Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van artikel 37, § 16 <i>bis</i> , eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de actieve verbandmiddelen betreft                  |
| 22.11.2024          | 18.10.2024 | Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van artikel 37, § 16 <i>bis</i> , eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de actieve verbandmiddelen betreft - <i>Erratum</i> |

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- bijlage 1, gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van het artikel 37, § 16*bis*, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de actieve verbandmiddelen betreft, wordt aangevuld als volgt

- in artikel 5 van hetzelfde besluit wordt § 5 vervangen door het volgende: "§ 5. De lijst gevoegd als bijlage 1 wordt gewijzigd overeenkomstig de procedure voorzien in hoofdstuk VI van het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.  
Teneinde te kunnen worden opgenomen op de lijst, moet de verkoopprijs buiten bedrijf van een actief verbandmiddel bovendien voldoen aan de rekenregels opgenomen in bijlage 2."

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                           |
|---------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22.11.2024          | 07.05.2024 | Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 |

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt in artikel 37bis, §1, E, 7°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de volgende wijziging aangebracht:

- het tweede lid wordt vervangen door: "De rechthebbende is geen persoonlijk aandeel verschuldigd voor de verstrekkingen 553615 en 553630 bedoeld in artikel 24bis, § 1, van de bijlage bij voornoemd Koninklijk Besluit van 14 september 1984 en voor de verstrekkingen 589853 en 591791 bedoeld in artikel 32, § 1, van bedoelde bijlage."

### 3. Koninklijke besluiten tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

| Belgisch Staatsblad   | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11.10.2024 - Editie 1 | 03.10.2024 | Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 31 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen |

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 31 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in II. VERGOEDINGSVOORWAARDEN, worden de laatste 2 leden in de bepalingen onder 2.1.2. Uitzonderingen, vervangen
- in II. VERGOEDINGSVOORWAARDEN, worden in de Nederlandse tekst in de bepalingen onder 2.2.2. Uitzonderingen, b), de woorden "STR (Speech Reception Threshold)." vervangen door de woorden "SRT (Speech Reception Threshold)."
- in II. VERGOEDINGSVOORWAARDEN, worden onder 2.3.1. Algemeen, 1, de woorden "volgens de condities opgenomen in 2.2.b." vervangen door de woorden "volgens de condities opgenomen in 2.2.1.b."
- in II. VERGOEDINGSVOORWAARDEN, worden de bepalingen onder 2.3.2. Uitzonderingen vervangen

- in V. HERNIEUWINGSTERMIJNEN, worden de bepalingen onder 5.3. Voortijdige hernieuwing vervangen.

| Belgisch Staatsblad   | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18.10.2024 - Editie 1 | 17.04.2024 | Koninklijk besluit tot wijziging van artikelen 2 en 37 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen |

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 109454 wordt vervangen
- in de eerste toepassingsregel na de verstrekking 109395  
=> worden de woorden "109351 of 109410" vervangen door de woorden "109351, 109410 of 101975";  
=> worden de woorden "109336 of 109675" vervangen door de woorden "109336, 109675, 101931 of 106890";
- de vierde toepassingsregel na de verstrekking 109395 wordt vervangen.

Met het koninklijk besluit worden in artikel 37 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in paragraaf 1, a), worden de woorden "psychiatrische zorg op afstand," ingevoegd tussen de woorden "afstand," en "tele-expertise"
- in paragraaf 2:  
=> worden in de Nederlandse tekst de woorden "de eventuele diagnose," ingevoegd tussen de woorden "het contact," en de woorden "de reden";  
=> wordt na de A, een B "Psychiatrische zorg op afstand" ingevoegd;
- in paragraaf 3 worden in het eerste lid de volgende wijzigingen aangebracht:  
=> de woorden "en § 2, B." worden ingevoegd tussen de woorden "§ 2, A." en "te";  
  
=> in de bepaling onder a) worden de woorden "en psychiatrische zorg op afstand, met uitzondering van de verstrekking 106875," ingevoegd tussen de woorden "videoraadplegingen" en "wordt";  
  
=> in de bepaling onder b) worden de woorden "of behandelingszitting op afstand" ingevoegd tussen de woorden "afstand" en "kan";  
  
=> in de bepaling onder d) worden de woorden "of de psychotherapeutische zorg op afstand" ingevoegd na het woord "afstand";  
  
=> in de bepaling onder e) worden de woorden "De arts heeft een bestaande behandelrelatie met de patiënt." vervangen door de woorden "De verstrekkingen voor raadplegingen op afstand, bedoeld in § 2, A., vereisen dat de arts een bestaande behandelrelatie heeft met de patiënt.";
- wordt een bepaling onder f) ingevoegd.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22.11.2024          | 07.05.2023 | Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 3, 14, g), 24 <i>bis</i> en 32 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen |

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 3, § 1, C., de volgende wijzigingen aangebracht:

- in paragraaf 1, in de bepalingen onder B.  
=> worden de verstrekking 114030-114041 en de toepassingsregels die erop volgen, vervangen;  
=> worden de verstrekking 114170-114181 en de toepassingsregels die erop volgen, vervangen;  
=> worden na de verstrekking 114170-114181 en de toepassingsregels die erop volgen, de verstrekking 114192-114203 en toepassingsregels ingevoegd;
- in paragraaf 1 onder de bepalingen onder C., II.:  
=> worden de verstrekking 149612-149623 en de toepassingsregels die erop volgen, vervangen;  
=> worden de verstrekking 149634-149645 en de toepassingsregels die erop volgen, vervangen;  
=> worden na de verstrekking 149634-149645 en de toepassingsregels die erop volgen, de verstrekking 149656-149660 en toepassingsregels ingevoegd;
- in paragrafen 2 en 5 wordt in de Nederlandse tekst het woord “geneesheer” vervangen door het woord “arts”
- paragraaf 6 wordt vervangen.

Met het koninklijk besluit worden in artikel 14, g), de volgende wijzigingen aangebracht:

- de verstrekking 431955-431966 en de toepassingsregels die erop volgen, worden vervangen.

Met het koninklijk besluit worden in artikel 24*bis* de volgende wijzigingen aangebracht:

- paragraaf 1 wordt aangevuld
- paragraaf 5, 1°, wordt aangevuld met de woorden “of voor de verstrekkingen 553615-553626, 553630-553641, 553652-553663 en 553674-553685 in een laboratorium dat erkend is als laboratorium van pathologische anatomie overeenkomstig het koninklijk besluit van 5 december 2011 betreffende de erkenning van de laboratoria voor pathologische anatomie door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort”.

Met het koninklijk besluit worden in artikel 32 de volgende wijzigingen aangebracht:

- in paragraaf 1:  
=> wordt in “a) Histologische onderzoeken” de vierde toepassingsregel na de verstrekking 588976-588980 vervangen;  
=> in de bepalingen onder “b. Cytologische onderzoeken”,  
1) wordt de verstrekking 589853-589864 vervangen;  
2) worden de verstrekkingen 588873-588884, 588895-588906, 588932-588943 en 588954-588965 en de toepassingsregels die erop volgen, geschrapt en vervangen door de verstrekkingen 591791-591802; 591813-591824; 591835-591846 en toepassingsregels;
- in paragraaf 3 wordt in de Nederlandse tekst het woord “geneesheeren” vervangen door het woord “artsen”

- In paragraaf 8:
  - => wordt de bepaling onder 1°, eerste lid, vervangen;
  - => wordt de bepaling onder 4° vervangen;
  - => paragraaf 10 wordt geschrapt;
  - => paragraaf 11 wordt vervangen.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 04.12.2024          | 19.11.2024 | Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen |

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 25, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden de verstrekking 599992-600003 en de toepassingsregels ingevoegd na de verstrekking 599970-599981 en toepassingsregels.

### 4. Andere koninklijke besluiten

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02.10.2024          | 26.09.2024 | Koninklijk besluit tot beëindiging van de maatregelen betreffende zuurstoftherapie in het koninklijk besluit nr. 21 van 14 mei 2020 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19-pandemie |

#### Samenvatting van de wijzigingen

Op 1 november 2024 wordt een einde gesteld aan de maatregelen die zijn genomen tijdens de COVID-19-pandemie betreffende terugbetaling van kortdurende zuurstoftherapie.

| Belgisch Staatsblad   | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18.10.2024 - Editie 1 | 17.04.2024 | Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 7 <sup>quater</sup> van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen |

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 7<sup>quater</sup> van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- het eerste lid wordt vervangen
- in het derde lid worden de woorden “106890, 109336, 109351,” ingevoegd tussen de woorden “de verstrekkingen” en de woorden “109410 en 109675”
- het vierde lid wordt aangevuld.

| Belgisch Staatsblad   | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18.10.2024 - Editie 1 | 06.10.2024 | Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten                  |
| 02.12.2024            | 06.10.2024 | Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten - <i>Erratum</i> |

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit brengt de volgende wijzigingen aan in het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten:

- in artikel 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => de bepaling onder 11° wordt vervangen;
  - => het artikel wordt aangevuld met de bepalingen onder 38° en 39°;
- in artikel 5, § 1, wordt het tiende lid vervangen
- in artikel 8 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => paragraaf 1 wordt aangevuld met een lid;
  - => in paragraaf 2, lid 2, wordt telkens het woord “, “BioR”” ingevoegd tussen het woord “”R”” en de woorden “of “CR””;
  - => in paragraaf 2 wordt het derde lid vervangen;
  - => in paragraaf 2, wordt het vierde lid aangevuld met de woorden “of van die biologische referentiespecialiteiten”;
  - => paragraaf 2 wordt aangevuld met een lid;
  - => in paragraaf 3, worden het tweede, het derde en het veertiende lid vervangen;
  - => in paragraaf 3, vierde en vijfde lid, wordt het woord “gecorrigeerd” telkens opgeheven;
  - => in paragraaf 3, vijfde lid, worden de woorden “verminderd met 17 %” opgeheven;
  - => in paragraaf 3, zesde en tiende lid, worden de woorden “69, § 1 van de Wet van 27 april 2005 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid” telkens vervangen door de woorden “van artikel 35ter/2, § 1, van de Wet”;
  - => in paragraaf 3, zesde en tiende lid, worden in de Franse tekst de woorden “est au moins inférieure d’un” telkens vervangen door de woorden “est inférieure d’un pourcentage qui soit au moins le”;
  - => in paragraaf 3, negende en dertiende lid, worden de woorden “69 § 2 van de Wet van 27 april 2005 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid” telkens vervangen door de woorden “35ter/2, § 1, van de Wet”;
  - => in paragraaf 3, vijftiende lid, worden de woorden “of “Gr”” ingevoegd tussen het woord ““G”” en de woorden “zijn aangeduid in de kolom”;
  - => in paragraaf 4, vierde en vijfde lid, worden de woorden “69, § 1 van de Wet van 27 april 2005 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid” telkens vervangen door de woorden “35ter/2, § 1, van de Wet”;
  - => paragraaf 7 wordt vervangen;
  - => artikel wordt aangevuld met een paragraaf 8;
- in artikel 37 wordt de bepaling onder 7° vervangen
- artikel 56, lid 1, 5°, wordt aangevuld met een lid
- artikelen 57 en 83 worden opgeheven
- in artikel 58 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => in het eerste lid worden de woorden “In de andere gevallen, voor” vervangen door het woord “Voor”;
  - => in het eerste en tweede lid wordt het woord “biologische” ingevoegd tussen het woord “vergoedbare” en het woord “referentiespecialiteit”;

- in artikel 77 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => in paragraaf 1, derde lid, worden de woorden “, § 1*bis*, § 2 en § 2*bis*” ingevoegd tussen de woorden “§ 1” en de woorden “van de Wet”;
  - => in paragraaf 2, eerste lid, worden de woorden “met een werkzaam bestanddeel of combinatie van werkzame bestanddelen” ingevoegd tussen de woorden “eerste lid, 5°, c), 2),” en de woorden “waarvoor”;
  - => paragraaf 4 wordt vervangen;
  - => in paragraaf 6, eerste, tweede en derde lid, worden telkens de woorden “§ 1*bis*” ingevoegd tussen de woorden “§ 1” en de woorden “§ 2”.
- er wordt een artikel 77/2, 79/1, 127/1 en 128/1 ingevoegd
- in artikel 78 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => in het vierde lid worden de woorden “of artikel 35*ter*/1” telkens ingevoegd tussen de woorden “artikel 35*ter*” en de woorden “van de Wet”;
  - => in het zesde lid worden de woorden “of in artikel 35*ter*/1” ingevoegd tussen de woorden “in artikel 35*ter*, § 1,” en de woorden “van de Wet”;
  - => het zevende lid wordt vervangen;
- artikelen 79, 82 en 128 worden vervangen
- in artikel 80 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => in paragraaf 1 wordt het eerste lid vervangen;
  - => in paragraaf 2, lid 1, worden de woorden “, artikel 77/2” ingevoegd tussen de woorden “artikel 77” en de woorden “of artikel 78”;
  - => in paragraaf 2, lid 2, worden de woorden “, artikel 77/2” ingevoegd tussen de woorden “artikel 77” en de woorden “of artikel 78”;
  - => in paragraaf 3 worden de woorden “of “BioS” ingevoegd tussen de woorden “de letter “G”” en de woorden “zijn aangeduid in de kolom”;
  - => in paragraaf 5 wordt het eerste lid vervangen;
- in artikel 81 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => in paragraaf 2, lid 1, worden de woorden “2 maanden” vervangen door de woorden “1 maand”;
  - => in paragraaf 2, lid 3, worden de woorden “zeven dagen” vervangen door de woorden “vijf dagen”;
  - => in paragraaf 2, lid 4, 2° worden de woorden “ofwel op de 1<sup>e</sup> januari, 1<sup>e</sup> april, 1<sup>e</sup> juli of 1<sup>e</sup> oktober” vervangen door de woorden “op de eerste dag van de maand”;
  - => in paragraaf 4 worden de woorden “de 1<sup>ste</sup> januari, de 1<sup>ste</sup> april, de 1<sup>ste</sup> juli of de 1<sup>ste</sup> oktober” vervangen door de woorden “de eerste dag van de maand”;
- artikel 120 wordt aangevuld met een lid
- in artikel 126 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => in paragraaf 2, eerste lid, worden de woorden “artikel 120, § 2,” vervangen door de woorden “120, § 2, eerste lid”;
  - => in paragraaf 2, wordt het eerste lid aangevuld met de woorden “voor 1 januari 2024”;
  - => wordt paragraaf 2 aangevuld met een lid;
  - => worden de paragrafen 5 en 6 opgeheven.

- in artikel 127 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => in paragraaf 1 wordt het eerste lid vervangen;
  - => in paragraaf 1, vierde lid, worden de woorden “of artikel 35<sup>ter</sup>/1” ingevoegd tussen de woorden “artikel 35<sup>ter</sup>” en de woorden “van de Wet”;
  - => in paragraaf 2 wordt het eerste lid vervangen;
- er wordt een bijlage V en VI ingevoegd.

| Belgisch Staatsblad   | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18.10.2024 - Editie 1 | 06.09.2024 | Koninklijk besluit tot opheffing van bepaalde tijdelijke maatregelen van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19-pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging |

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 6 worden de paragrafen 2, 3 en 4 opgeheven
- de artikelen 9, 10 en 12 worden opgeheven.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                           |
|---------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31.10.2024          | 24.10.2024 | Koninklijk besluit tot wijziging van de vermelding van het adres van het RIZIV in de huishoudelijke reglementen |

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt het woord “zetel” vervangen door het woord “hoofdzetel” en worden de woorden “Tervurenlaan 211, te 1150 Brussel” opgeheven in:

- het huishoudelijk reglement van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen
- het huishoudelijk reglement van de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen
- het huishoudelijk reglement van de Technische geneeskundige raad
- het huishoudelijk reglement van de Technische tandheelkundige raad
- het huishoudelijk reglement van de Technische raad voor radio-isotopen
- het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen
- het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen
- het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen
- het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie verstrekkers van implantaten-verzekeringsinstellingen
- huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie audiciens-ziekenfondsen
- het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie opticiens-ziekenfondsen
- het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie orthopedisten-ziekenfondsen
- het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie bandagisten-ziekenfondsen
- het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie vroedvrouwen- verzekeringsinstellingen
- het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 07.11.2024          | 24.10.2024 | Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 december 2018 tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg |

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 2, § 1, wordt aangevuld met de bepalingen onder 9° en 10°, luidende: “9° voor de opnames die een aanvang nemen na 31 december 2019 en vóór 1 januari 2022, de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers 459550-459561 in artikel 17 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen; 10° voor de opnames die een aanvang nemen na 31 december 2020, de verstrekkingen verleend aan pasgeborenen die worden gefactureerd op naam van de moeder.”
- bijlage 1 wordt vervangen
- voor de verstrekkingen 459550-459561 die zijn verleend van 1 januari 2020 tot de datum van inwerkingtreding van dit besluit, tijdens een verblijf waarvoor het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis van toepassing was, mag geen persoonlijk aandeel worden aangerekend aan de rechthebbende
- artikel 2 van dit besluit is van toepassing voor de opnames die een aanvang nemen na 31 december 2020.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14.11.2024          | 03.10.2024 | Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 december 2018 tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg |

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- bijlage 1 wordt vervangen
- in artikel 3 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => de bepaling onder 3° wordt vervangen als volgt: “3° uit deze gekoppelde verblijven wordt per verblijf het totaal aantal verstrekkingen en ligdagen berekend door de aantallen van alle prestaties op te tellen. Enkel de verblijven die zowel voor de geneeskundige verstrekkingen als voor de ligdagen een positief aantal prestaties hebben, worden bewaard”;
  - => de bepaling onder 5° wordt vervangen als volgt: “5° voor alle geselecteerde verblijven wordt daarna, per verblijf, het totaalbedrag van honoraria berekend door de wettelijke uitgaven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en het wettelijk persoonlijk aandeel op te tellen”.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22.11.2024          | 07.05.2024 | Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen |

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt in artikel 10 van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, de volgende wijziging aangebracht:

- in het derde lid worden de woorden “de verstrekkingen 114170 en 114192 betreft, die zijn vermeld onder punt B van artikel 3, § 1, bedoeld in het tweede lid, en” ingevoegd tussen het woord “Wat” en de woorden “de verstrekkingen betreft”.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29.11.2024          | 26.11.2024 | Koninklijk besluit tot vaststelling van het globaal budget in 2024 van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de impact van elementen van het jaarlijks budget die niet of niet volledig hun uitwerking hebben gehad |

### Samenvatting van de wijzigingen

Het globaal budget van de financiële middelen voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, b), c) en e), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, beloopt 5.849.986.000 EUR voor het jaar 2024. Op basis van dit budget wordt vastgesteld of er een overschrijding is en, zo ja, of de farmaceutische industrie een compenserende heffing (claw back) verschuldigd is.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 04.12.2024          | 19.11.2024 | Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen forfaitaire honoraria betaalt aan de artsen-specialisten in de gynaecologie-verloskunde die deelnemen aan de medische wachtdienst in de MIC-afdeling van een kraaminrichting |

### Samenvatting van de wijzigingen

Het forfaitair honorarium voor deelname aan de medische wachtdienst bedraagt 356,89 EUR per nacht en is verschuldigd ongeacht het aantal wachtdoende artsen die aanwezig waren tijdens die nacht.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 04.12.2024          | 26.11.2024 | Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 augustus 2012 tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de tandheekkundigen |

#### Samenvatting van de wijzigingen

De financiële tegemoetkoming voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de tandheekkundigen wordt als volgt vastgelegd:

- voor de jaren 2024 tot en met 2027 wordt het basisbedrag bedoeld in artikel 3, § 1, 1<sup>o</sup> vastgesteld op 9.500,00 EUR per representatieve beroepsorganisatie en wordt het aanvullend bedrag bedoeld in § 1, 2<sup>o</sup> vastgesteld op 100,48 EUR per geldig uitgebrachte stem
- vanaf 2025 tot en met 2027 worden de bedragen bedoeld in § 2 aangepast aan de index van de consumptieprijzen die van kracht zijn op 1 maart van het betrokken jaar”.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                    |
|---------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09.12.2024          | 29.11.2024 | Koninklijk besluit betreffende het bedrag ten laste van de administratiekosten van het RIZIV bestemd voor de financiering van het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg in 2024 |

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag ten laste van de administratiekosten van het RIZIV, bestemd voor de financiering van het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg, wordt voor het jaar 2024 vastgesteld op 21,708.408 miljoen EUR.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23.12.2024          | 15.12.2024 | Koninklijk besluit tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van bepalingen van de wet van 12 mei 2024 tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de vernieuwing van terugbetalingsprocedures met het oog op snelle en duurzame toegang tot geneesmiddelen en de wet van 29 mei 2024 tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft geschillen met betrekking tot kaderbeslissingen tot snelle of vroege toegang |

#### Samenvatting van de wijzigingen

De bepalingen van artikel 12 van de wet van 12 mei 2024 tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de vernieuwing van terugbetalingsprocedures met het oog op snelle en duurzame toegang tot geneesmiddelen, treden in werking op 1 april 2025.

De bepalingen van de artikelen 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 17, 18, 20, 22, 24, 27, 28 en 29 van de wet van 12 mei 2024 tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de vernieuwing van terugbetalingsprocedures met het oog op snelle en duurzame toegang tot geneesmiddelen, treden in werking op 1 januari 2026.

De bepalingen van artikel 26, 5°, 6°, 8°, 9°, 12°, 13°, 14°, 15°, 16°, 23°, 24° en 30° van de wet van 12 mei 2024 tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de vernieuwing van terugbetalingsprocedures met het oog op snelle en duurzame toegang tot geneesmiddelen, treden in werking op 1 januari 2027.

## 5. Ministeriële besluiten

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08.10.2024          | 27.09.2024 | Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "C. Oto-rhino-laryngologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen |

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit wordt punt "4.4. Derogatie van de procedure" in de vergoedingsvoorwaarde C- § 01 in het hoofdstuk "C. Oto-rhino-laryngologie" van de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, vervangen.

| Belgisch Staatsblad   | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11.10.2024 - Editie 1 | 23.09.2024 | Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "B. Neurologie" van de lijst en de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen |

### Samenvatting van de wijzigingen

In het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk "B. Neurochirurgie":

- aan punt "B.2.4.2 Deep Brain Stimulatie" worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => de omschrijving van de verstrekkingen 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171636-171640, 171651-171662 worden vervangen;
  - => de vergoedingscategorie van de verstrekkingen 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171673-171684, 171695-171706, 171710-171721, 171732-171743, 171754-171765, 171776-171780, 171791-171802, 171813-171824 wordt vervangen door "I.A.a";
  - => de vergoedingscategorie van de verstrekkingen 171636-171640 en 171651-171662 wordt vervangen door "I.F.a";
  - => de verstrekking 171754-171765 en haar vergoedingsmodaliteiten worden geschrapt;
  - => de terugbetalingsmodaliteiten van de verstrekkingen 171754-171765, 171776-171780, 171791-171802, 171813-171824, 171673-171684, 171710-171721 worden vervangen;

- de vergoedingsvoorwaarden B-§08 en B-§09 worden vervangen.

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:

- de nominatieve lijst "Neurostimulator DBS Epilepsie, elektrodes en toebehoren, behorende bij de verstrekkingen 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171673-171684, 171695-171706, 171710-171721, 171732-171743, 171754-171765- 171776-171780, 171791-171802, 171813-171824, is gewijzigd.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21.10.2024          | 16.10.2024 | 3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten |

#### Samenvatting van de wijzigingen

De ministeriële besluiten brengen wijzigingen aan in bijlage I.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28.10.2024          | 22.10.2024 | Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten |

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14.11.2024          | 05.11.2024 | Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten |

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit wordt in bijlage I de inschrijving van de specialiteiten in hoofdstuk IV-B vervangen.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20.11.2024          | 07.11.2024 | 2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten               |
| 28.11.2024          | 07.11.2024 | Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten. - <i>Erratum</i> |
| 02.12.2024          | 07.11.2024 | Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten. - <i>Erratum</i> |

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht:

- in bijlage I
- in bijlage II wordt het punt XXIII.29. ingevoegd
- in bijlage IV wordt de ATC-code toegevoegd.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20.11.2024          | 13.11.2024 | Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten |

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22.11.2024          | 05.11.2024 | Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten |

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29.11.2024          | 21.11.2024 | 2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten |

#### Samenvatting van de wijzigingen

De ministeriële besluiten brengen wijzigingen aan in bijlage I.

| Belgisch Staatsblad   | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20.12.2024 – Editie 1 | 19.12.2024 | Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten |

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht:

- in bijlage I
- in bijlage II worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => het punt VIII.1.42 wordt toegevoegd, luidende: “Bispecifieke GPRC5D inhibitor: A-164”;
  - => het punt IX.12 wordt toegevoegd, luidende: “Enterale immunosuppressiva met gereguleerde afgifte voor de behandeling van primaire immunoglobuline A-nefritis: B-387”.
- in bijlage IV wordt een ATC-code toegevoegd.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                             |
|---------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31.10.2024          | 23.10.2024 | Ministerieel besluit tot wijziging van de vermelding van het adres van het RIZIV in de huishoudelijke reglementen |

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de woorden “op het Rijksinstituut” worden vervangen door de woorden “op de hoofdzetel van het Rijksinstituut”, en de woorden “, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel” worden opgeheven in:
  - => het huishoudelijk reglement van de Commissie voor advies in geval van tijdelijke tegemoetkoming voor het gebruik van een geneesmiddel;
  - => het huishoudelijk reglement van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen.
- de woorden “op het Rijksinstituut” worden vervangen door de woorden “op de hoofdzetel van het Rijksinstituut”, en de woorden “, Galileelaan 5/01 - 1210 Brussel” worden opgeheven in:
  - => het huishoudelijk reglement van de Commissie voor terugbetaling van farmaceutische producten en verstrekkingen;
  - => het huishoudelijk reglement van de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16.12.2024          | 24.11.2024 | Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 |

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 1 van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden middelen ingevoegd
- in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 5 van hetzelfde besluit, worden wijzigingen aangebracht
- in Deel I, Titel 2, Hoofdstuk I van de lijst die bij hetzelfde besluit is gevoegd, wordt in § 10000 een bepaling geschrapt.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19.12.2024          | 04.12.2024 | Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen |

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in de vergoedingsvoorwaarde F-§ 30 in hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:

- het punt "1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting" wordt vervangen
- in punt "3.3. Garantievoorwaarden", tweede lid, worden de woorden "aan 100%" opgeheven
- in de titel van punt 4.1, worden de woorden "Eerste implantatie/Eerste gebruik" vervangen door de woorden "Eerste implantatie"
- het vroegere punt "7. Allerlei", dat punt 8 wordt, wordt vervangen.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19.12.2024          | 12.12.2024 | Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen |

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in het hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, worden de volgende wijzigingen aangebracht:  
=> het punt "L1.4. Staaf" wordt aangevuld met de verstrekkingen 185371-185382, 185393-185404 en 185415-185426 en zijn vergoedingsmodaliteiten;  
=> de vergoedingsvoorwaarde L - § 39 die gaat bij de voornoemde verstrekking, wordt ingevoegd.
- in de Nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen wordt een nieuwe nominatieve lijst 39601, behorende bij de verstrekkingen 185371-185382, 185393-185404 en 185415-185426 toegevoegd.

## 6. Verordeningen

| Belgisch Staatsblad   | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11.10.2024 - Editie 1 | 22.07.2024 | Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen |

### Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen worden, met betrekking tot de aanvraagprocedure voor de verstrekkingen betreffende de neurostimulatoren en hun toebehoren voor diepe hersenstimulatie in geval van refractaire epilepsie, de formulieren B-Form-I-20 en B-Form-I-21 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "B. Neurochirurgie" van de lijst, toegevoegd.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 07.11.2024          | 28.10.2024 | Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen |

### Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen worden, met betrekking tot de aanvraagprocedure voor de verstrekkingen betreffende de neurostimulatoren en hun toebehoren voor diepe hersenstimulatie in geval van refractaire epilepsie, de formulieren B-Form-I-04, B-Form-I-05, B-Form-I-06, B-Form-I-07, B-Form-I-08 en B-Form-II-02 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "B. Neurochirurgie" van de lijst, geschrapt.

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22.11.2024          | 28.10.2024 | Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 |

### Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht in de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- hoofdstuk VIII<sup>sexies</sup> "Notificatie van opsporing van baarmoederhalskanker" wordt ingevoegd
- er wordt een bijlage 100 ingevoegd.

## 7. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

07.10.2024

### Interpretatieregels betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

#### INTERPRETATIEREGEL 46

#### Vraag

Onder welke voorwaarden komt een rechthebbende van minder dan 18 jaar met eenzijdige doofheid (congenitaal/verworven) in aanmerking voor vervanging van het implantaat en/of de geluidsprocessor in afwijking van de procedure zoals vermeld in punt 4.4. van vergoedingsvoorwaarde C-§01?

### Antwoord

De uitbreiding van de voorwaarden voor vergoeding van een cochleair implantaat tot eenzijdige doofheid (congenitaal/verworven) betreft de pediatrische populatie. Een rechthebbende jonger dan 18 jaar komt in aanmerking voor vervanging van het implantaat en/of de geluidsprocessor in afwijking van de procedure vermeld in punt 4.4. van vergoedingsvoorwaarde C-§01 indien hij/zij vóór de implantatie voldeed aan alle voorwaarden vermeld in punt 2 van vergoedingsvoorwaarde C-§01 en indien hij/zij geïmplanteerd werd voor de leeftijd van 18 jaar.

De schrapping van interpretatieregel 46 treedt in werking op 1 november 2024.

|                     |
|---------------------|
| Belgisch Staatsblad |
|---------------------|

|            |
|------------|
| 27.11.2024 |
|------------|

### **Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 31 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen**

#### **INTERPRETATIEREGEL 4**

#### Vraag

Wat moet onder 2.1.2. Uitzonderingen, d. verstaan worden onder “Deze regel is ook van toepassing voor rechthebbenden die op het moment van de aflevering ouder zijn dan 65 jaar maar waarop bovengenoemde regel reeds van toepassing was vóór hun 65<sup>ste</sup> verjaardag.”?

#### Antwoord

Deze zin betekent dat er reeds een aflevering moet geweest zijn van een hoortoestel op basis van deze uitzonderingsregel voor de 65<sup>ste</sup> verjaardag van de rechthebbende.

Deze interpretatieregel heeft uitwerking vanaf 1 augustus 2015.

|                     |
|---------------------|
| Belgisch Staatsblad |
|---------------------|

|                       |
|-----------------------|
| 18.12.2024 - Editie 2 |
|-----------------------|

### **Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 31, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen**

#### **INTERPRETATIEREGEL 3**

#### Vraag

Is het noodzakelijk dat de proefperiode volledig voltooid wordt, om terugbetaling te geven voor de “Forfaitaire verzekeringstegemoetkoming voor een deel van gemaakte materiële kosten, wanneer er uiteindelijk geen toerusting wordt afgeleverd na de tests”, zoals beschreven in artikel 31, 2.5?

#### Antwoord

Gezien deze bepaling bedoeld is om gemaakte materiële kosten (individuele aangepaste oorstukjes, luidsprekers, schaaltes en dergelijke) te vergoeden, is het noodzakelijk en voldoende om in aanmerking te komen voor de forfaitaire verzekeringstegemoetkoming voor een deel van de gemaakte kosten, dat de proefperiode gestart is en dat er materiële kosten gemaakt zijn (individuele aangepaste oorstukjes, luidsprekers, schaaltes en dergelijke). De rechthebbende mag de proefperiode vroegtijdig beëindigen.

Deze interpretatieregel heeft uitwerking vanaf 1 juni 2024.

## 8. Adviezen en protocol

| Belgisch Staatsblad | Datum      | Titel                                                                                                                              |
|---------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16.12.2024          | 10.12.2024 | Indicatoren voor het voorschrijfgedrag van de artsen, houder van het artsdiploma en de huisartsen voor protonpompinhibitoren (PPI) |

### Samenvatting van de wijzigingen

Het onnodig dure of overbodige karakter van verstrekkingen door zorgverleners kan worden geëvalueerd op basis van indicatoren van manifeste afwijking van goede medische praktijk, vastgesteld door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP).

De NRKP heeft twee indicatoren van manifeste afwijking van goede medische praktijk goedgekeurd voor het doelmatig voorschrijven van PPI door huisartsen. Het doel is om mogelijke nadelige effecten en de hoge kosten die gepaard gaan met onnodig langdurig gebruik van PPI tegen te gaan.

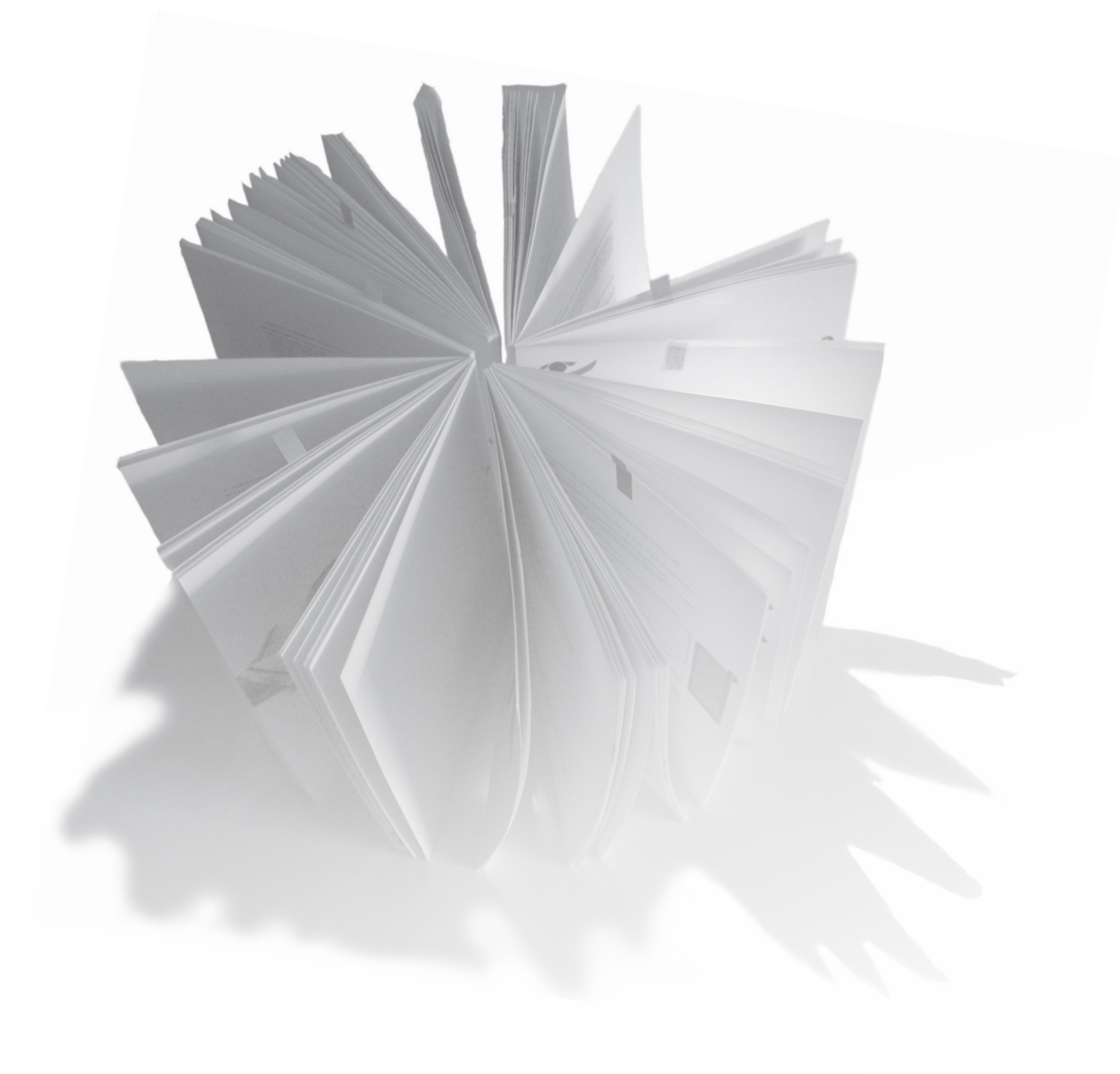
Om onnodig (langdurig) gebruik van PPI te verminderen, stelde de NRKP 2 indicatoren vast:

- de eerste indicator peilt naar de prevalentie van patiënten die bij de voorschrijver behandeld worden met een PPI
- de tweede indicator is een maat voor de gemiddelde behandelingsduur met PPI.



# 2<sup>e</sup> Deel

## Rechtspraak



# I. Rechtbank van eerste aanleg te Luik, afdeling Luik, 6 september 2023

## BA – Ernstig – Tegensprekelijk deskundigenrapport – Terugvordering schadevergoeding

*De rechter in eerste aanleg volgt het advies van het FMO, zowel inzake de bewijskracht van het tegensprekelijk deskundigenrapport, als inzake de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverstrekker. De rechtbank is van oordeel dat het deskundigenonderzoek op tegenspraak werd uitgevoerd. De rechter is eveneens van oordeel dat er sprake is van een fout met betrekking tot de uitvoering van desbetreffende zorgverstrekking (i.e. het plaatsen van een pacemaker) en dat het causaal verband met de door de patiënt geleden schade (i.e. een perforatie van de wand van het transversale deel van de dikke darm door de naald van de pacemakerdraad met onder meer een septische shock als gevolg) voldoende is aangetoond. De rechter besluit dat de terugvordering van de schadevergoeding door het FMO ten aanzien van de verzekeraar van de betrokken zorgverlener aldus gegrond is.*

A.R. nr. 21/4593/2023  
FMO t./SA

...

## II. Les antécédents

1. Le 18 novembre 2014, ..., né le ... a présenté des phénomènes douloureux dans le membre supérieur gauche ainsi qu'au niveau sternal. Il a été admis immédiatement aux urgences où des examens approfondis ont été réalisés.

L'électrocardiogramme a montré des signes d'un infarctus antéro-inféro-latéral (STEMI). Une coronarographie a mis en évidence des lésions coronaires bitronculaires sévères à 80 %.

Une échocardiographie trans-thoracique a mis en évidence des fonctions valvulaires correctes, une hypertrophie ventriculaire gauche concentrique modérée et une absence d'épanchement péricardique.

... a été admis au Service des soins intensifs pour surveillance.

Le 19 novembre 2014, il a reçu un double pontage pour lésions coronaires bitronculaires sévères par l'intervention du Docteur ..., chirurgien cardiaque à l'hôpital ... . Le chirurgien a décidé de placer un pacemaker sur le patient. Lors de la mise en place des drains péricardiques et des câbles de pacemaker, une perforation de la paroi du colon transverse est survenue du fait de l'aiguille du fil de pacemaker.

Cette perforation a entraîné un état de choc septique sur médiastinite et péritonite fécales. Le 24 novembre 2014, ... a bénéficié d'une reprise chirurgicale effectuée par le Professeur ... consistant en la mise en place d'un système de rinçage continu du médiastin, une colectomie transverse et une double colostomie percutanée.

... a alors vu son état général se dégrader rapidement. Le 17 décembre 2014, ... est décédé (suite à une demande d'euthanasie).

2. Le 14 septembre 2015, ... ayants droit de feu ... représentés par l'ASBL ... ont introduit une demande d'avis auprès du Fonds des Accidents Médicaux (ci-après le FAM).

Les ayants droit de feu ... estimaient que les prestataires de soins n'avaient pas suffisamment pris en compte, en préopératoire, les antécédents du patient qui présentait d'une part une gastrectomie partielle et d'autre part avait également subi une néphrectomie. Ils ne comprenaient pas pourquoi l'intervention chirurgicale avait été avancée sans qu'un motif bien précis ne leur soit donné et estimaient que, du fait de l'avancement de la date de l'intervention chirurgicale, la mise au point préopératoire nécessaire n'avait pas pu être réalisée de façon complète.

Les ayants droit invoquaient également une faute dans la réalisation de l'acte chirurgical du 19 novembre 2014 en lui-même, en précisant : *"le côlon était sans doute plus haut que d'habitude et ils ne comprennent pas pourquoi le chirurgien pendant l'intervention chirurgicale ne s'est pas rendu compte de la perforation du côlon et de l'estomac"*.

Enfin, les ayants droit alléguaient également un manquement dans la prise en charge postopératoire, en reprochant aux prestataires de soins d'avoir attendu jusqu'au 24 novembre 2014 pour réintervenir alors que, d'après eux, ... présentait déjà une dégradation de son état général dès le 21 novembre 2014. Ils estimaient que cela était d'autant plus préoccupant que ... était dans un service de soins intensifs où l'on prenait ses paramètres cardio-pulmonaires, ses constantes biologiques et autres de façon régulière.

3. Le 26 janvier 2016, le FAM a envoyé un accusé de réception conformément à l'article 15, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 31 mars 2010. Il a ensuite mandaté le Docteur ... aux fins de réaliser une expertise contradictoire. Celui-ci a fait appel au Docteur ... en qualité de sapiteur (chirurgien cardio-thoracique).

4. Le 26 octobre 2020, l'expert ... a déposé son rapport en confirmant un manquement du praticien de santé (chirurgien) aux règles de l'art.

5. Le 16 décembre 2020, le FAM a rendu son avis sur la base des constatations effectuées à l'occasion de l'expertise contradictoire mise en place. Sur la phase préopératoire, il considère que les éléments cliniques du cas d'espèce étaient bel et bien constitutifs d'une indication opératoire de double pontage de sorte qu'aucune faute ne peut être retenue dans le chef du Docteur ... quant à cette indication opératoire.

Sur l'intervention en vue de placer un pacemaker, le FAM retient la responsabilité du Docteur ...

Sur le suivi post-opératoire, le FAM ne retient pas de faute à l'encontre du Professeur ... dès lors qu'on ne peut lui reprocher de ne pas être réintervenir avant le 24 novembre 2014 étant donné qu'il n'existait rien qui aurait pu amener un diagnostic plus précoce de perforation du côlon.

Le FAM a clos son avis en indiquant que la responsabilité civile professionnelle du Docteur ... était dûment couverte par un contrat d'assurance souscrit auprès de la S.A. ...

Le FAM a ensuite transmis son avis à la S.A. ... . Le 31 mars 2021, le FAM a écrit à la S.A. ... pour l'inviter à faire une offre d'indemnisation dans le délai légal d'un mois, en application de l'article 32 de la loi du 31 mars 2010.

6. Au vu la contestation présumée de la S.A. ..., conformément à l'article 4, 3<sup>o</sup>, de la loi du 31 mars 2010, le FAM a indemnisé les ayants droit. Le dommage correspondait en effet, à son estime, à l'un des critères de gravité visé à l'article 5 de ladite loi, le patient étant décédé des suites de l'intervention. Le FAM a alloué aux ayants-droit du patient un montant total de 168.638,61 EUR aux différents ayant droits, se décomposant comme suit :

...

7. Le 15 décembre 2021, le FAM a introduit la présente procédure.

### III. Les prétentions des parties

8. **Le FAM** libelle le dispositif de ses dernières conclusions comme suit :

*"Dire la demande du concluant recevable et fondée ;  
À titre principal :*

- *sur la base des premier et deuxième moyens, condamner la S.A. ... à payer au concluant :  
...*
- *sur la base des premier et deuxième moyens, condamner la S.A. ... à payer au concluant la somme de 2.640 EUR, à majorer des intérêts compensatoires à dater du 13 janvier 2021 et la somme de 2.000 EUR, à majorer des intérêts compensatoires à dater du 17 février 2021 et ensuite des intérêts judiciaires sur chacune des deux sommes*
- *dire le jugement à intervenir exécutoire par provision, nonobstant tout recours et sans possibilité de cantonnement*
- *condamner la S.A. ... à la totalité des frais et dépens de l'instance, en ce compris à l'indemnité de procédure chiffrée à 7.000,00 EUR, à majorer des intérêts judiciaires à dater de la décision à intervenir jusqu'au jour du parfait paiement.*

*À titre subsidiaire :*

- *sur la base du quatrième moyen, désigner un expert judiciaire avec la mission détaillée audit moyen*
- *condamner la S.A. ... à provisionner l'expert*
- *réserve à statuer pour le surplus ;"*

9. **La S.A.** ... libelle le dispositif de ses dernières conclusions comme suit :

*"Dire la demande si recevable non fondée, en débouter la demanderesse et la condamner aux entiers dépens de l'instance, en ce compris l'indemnité de procédure ;  
Subsidiairement, réduire les montants réclamés dans les termes des présentes conclusions ;"*

### IV. L'analyse du tribunal

10. En vertu de l'article 30, alinéa 3, de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, le requérant, *"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"*.

Les alinéas 4 et 5 dudit article ajoutent : *"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"*.

#### A. Quant à la valeur probatoire de l'expertise du FAM

11. La S.A. ... semble considérer que le FAM était partie à l'expertise et qu'il est impossible de considérer qu'un expert désigné et rémunéré par une partie qui a un intérêt direct au litige présente toutes les garanties requises.

12. Or, le FAM est l'organisateur de la procédure d'expertise dont il doit assurer le déroulement de manière correcte et contradictoire.

Le FAM est légalement tenu d'organiser une expertise lorsque les conditions légales sont réunies. Le FAM désigne l'expert et le rémunère. Il n'est pas représenté à l'expertise par un conseil technique.

À l'instar du tribunal qui n'est pas lié par un rapport d'expertise judiciaire émanant d'un professionnel indépendant et impartial choisi par le tribunal en totale indépendance des parties (voir l'art. 962 du C. jud.), le FAM n'est pas tenu par le rapport de l'expert choisi par lui.

L'article 24 de la loi du 31 mars 2010 précise que l'avis du FAM ne lie ni le patient, ni le prestataire de soins et son assureur, ni le tribunal.

Par conséquent, le rapport de l'expert choisi par le FAM ne peut avoir de valeur probante plus élevée.

La Cour de cassation décide ainsi que *"le droit au procès équitable, dont relève le droit à l'égalité des armes, implique uniquement que chaque partie au procès puisse utiliser les mêmes moyens procéduraux et prendre connaissance, dans les mêmes conditions, des pièces et éléments soumis à l'appréciation du juge qui connaît de la cause"*<sup>1</sup>.

13. *In casu*, le tribunal constate que l'expertise a été réalisée de manière contradictoire et chacune des parties a pu, de la même manière, prendre connaissance des pièces et éléments médicaux et faire part de leur position à l'expert ...

La position dans laquelle la S.A. ... se trouve devant le présent tribunal n'est dès lors pas différente de celle qui aurait été la sienne si un expert judiciaire avait conclu dans le même sens que le FAM.

La S.A. ... peut contester le rapport.

14. Il résulte de ces éléments qu'il n'est pas nécessaire de procéder à la désignation avant-dire droit au fond d'un expert judiciaire, comme sollicité à titre subsidiaire.

## B. Quant aux responsabilités

### PRINCIPES

15. En vertu de l'article 8.4, alinéa 1, du Code civil, celui qui veut faire valoir une prétention en justice doit prouver les actes juridiques ou les faits qui la fondent. L'article 8.4 alinéa 2 poursuit en précisant que celui à charge de qui une obligation a été établie, mais qui se prétend libéré (totalement ou partiellement), doit justifier de cette libération.

Cette répartition de la charge de la preuve correspond à ce qui était déjà consacré sous l'empire du Code civil ancien à l'article 1315.

En règle, l'art médical est chapeauté par une obligation de moyens<sup>2</sup>. La simple constatation d'un résultat non atteint ne suffit ainsi pas à engager la responsabilité du médecin<sup>3</sup>.

Pour apprécier si un médecin a commis une faute, il convient de comparer son comportement à celui qui aurait été adopté par un médecin normalement prudent et diligent, de la même spécialité, placé dans les mêmes circonstances. Le comportement sera considéré comme fautif s'il n'aurait pas été commis par ce médecin<sup>4</sup>.

1. Cass., 04.10.2005, Pas, 2005, p. 1803 ; Cass., 25.10.2006, Pas., 2006, p. 2161.

2. H. de Rode et J. Paulus, "Responsabilité médicale : questions incontournables", Consilio, 2017, n° 4, p. 183 ; G. Genicot, Droit médical et biomédical, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 340 ; B. Dubuisson et al., La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence 1996-2007, vol. 1, Le fait générateur et le lien causal, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 807 ; P. Lucas, "Les fondements de la responsabilité médicale", in Actualités du dommage corporel. La responsabilité médicale, Bruxelles, éditions Juridoc, 2003, p. 25 ; Cass. Fr. (Ch. civ.), 20.05.1936, D.P., 1936, I, p. 88 ; Liège (20<sup>e</sup> Ch.), 18.10.2012, Consilio, 2013, n° 2, p. 85 ; Civ. Bruxelles, 21.11.2011, Consilio, 2012, n° 3, p. 96.

3. B. Dubuisson, "Le médecin normalement prudent et diligent : carnet de conduite", in I. Lutte (dir.), États généraux du droit médical et du dommage corporel, Limal, Anthemis, 2018, p. 144.

4. B. Dubuisson, V. Callewaert, B. De Coninck et G. Gathem, La responsabilité civile, Chronique de jurisprudence 1996-2007, Vol. 1 : le fait générateur et le lien causal, Dossier JT n° 74, Larcier 2009, p. 798.

Une faute même légère – *culpa levissima* – entraînera partant la responsabilité du médecin si elle consiste en un comportement qui n'aurait pas été commis par ledit médecin normalement prudent et diligent, placé dans les mêmes circonstances.

L'objet du contrat médical est de procurer au patient les meilleurs soins possibles eu égard à l'état de la science médicale.

Les obligations qui incombent à cet égard à l'hôpital sont de moyens, de sorte que sa responsabilité ne peut être mise en cause – hors faute avérée – si le résultat de l'acte médical n'est pas atteint ou si le patient présente des complications.

Ces situations résultent en effet de l'aléa médical.

En l'espèce

### Examen de l'existence d'une faute

16. Le FAM retient la responsabilité du Docteur ... dès lors que : La "mise en place des fils de pace-maker (...) apparaît avoir été effectuée en méconnaissance des règles de bonne pratique clinique dès lors que vu l'adhésion du côlon à la peau, il fallait décoller les adhérences pour mieux visualiser la position du côlon transverse avant de mettre les fils de pacemaker et ne pas passer l'aiguille à l'aveugle. En effet, étant confronté aux adhésions intrapéritonéales, le prestataire de soins mis en cause aurait dû de manière digitale développer un plan par voie sous-cutanée entre la paroi abdominale et la peau afin de s'assurer de ne pas entrer dans la cavité abdominale. Cette technique pour passer les fils de pace-maker à travers la paroi abdominale est en effet un élément clé pour éviter une lésion ou perforation du côlon. Elle implique une dissection digitale sous le muscle abdominal grand droit, une palpation de la marge costale ainsi que de la trajectoire à travers laquelle les fils seront passés, ce que le prestataire de soins mis en cause n'a pas fait".

17. La S.A. ... relève que les experts ne retiennent à la charge de son assuré qu'un seul manquement, étant une faute dans le geste opératoire. Il est rappelé que, dans le décours de l'opération, s'est produite une perforation de la paroi du colon transverse lors de la mise en place des drains péricardiques et des câbles de pacemaker. Ainsi que le docteur ... le relève dans son protocole opératoire, le côlon transverse était situé particulièrement haut et était particulièrement adhérent à la paroi abdominale antérieure.

Dans une telle configuration, une perforation de cette nature est aux yeux de l'assuré de la S.A. ..., de son médecin conseil et de la S.A. ... une complication constitutive d'un aléa thérapeutique, rare, certes, mais connue.

Les experts n'ont pas estimé devoir partager cette analyse. D'après le professeur ... : "confronté à des adhésions suite à la laparotomie, le Dr. ... aurait dû de manière digitale développer un plan par voie sous-cutanée entre la paroi abdominale et la peau afin de s'assurer de ne pas entrer dans la cavité abdominale. Dans ce sens, la complication de perforation était évitable".

En d'autres termes, les experts estiment que la technique opératoire à l'aveugle du docteur ... généralement adéquate, ne l'est plus dès lors que l'on constate des adhérences. Dans une telle situation, il faut au préalable "décoller" les adhérences.

À l'estime de la S.A. ..., ce raisonnement est sans doute théoriquement correct, mais fondé sur deux erreurs factuelles qui l'invalident en fait.

- La première est que l'existence des adhérences n'est pas prévisible en per-opératoire. D'une part, il n'y avait aucun motif de réaliser un examen per-opératoire destiné à anticiper la difficulté, d'autre part, en tout état de cause et ainsi que l'a relevé le médecin-conseil de la S.A. ... (pièce 1), un CT Scan abdominale n'aurait vraisemblablement pas permis de détecter la particularité qui affectait le patient

- Le second est que s'agissant de tissus mous, les adhérences sont difficilement détectables et il est difficile de réaliser leur résistance et donc de ressentir leur perforation dans le cours de l'intervention elle-même.

Il s'ensuit, selon la S.A. ... que la technique préconisée par l'expert ... n'offre guère plus de garantie que celle effectivement utilisée par l'assuré de la S.A. ... . Dans ce contexte, celle-ci ne saurait être regardée comme fautive.

18. La notion d'aléa ne s'applique pas ici dans la mesure où selon la sapiteur : *"En présence d'adhérences, le Dr ... a omis de développer le plan correct pour le passage des fils. En ce sens, nous estimons que la notion d'aléa thérapeutique n'est pas applicable dans ce cas, étant donné que le risque accidentel de perforation du colon, inhérent au placement des fils de pacemaker, aurait pu être maîtrisé."*

Le sapiteur estime que : *"Ces manœuvres n'ont pas été décrites par le Docteur ... ni dans le protocole opératoire, ni oralement pendant la deuxième séance d'expertise. Il a par contre déclaré avoir passé les fils en sous-cutané (ce qui en principe n'est pas la technique correcte). En présence d'adhérences, le Dr ... a omis de développer le plan correct pour le passage des fils". Le risque n'a donc pas été maîtrisé.*

En conséquence, une perforation du colon transverse a été réalisée. Le rapport d'expertise relève d'ailleurs que *"le colon transverse est traversé par des électrodes cardiaques du pacemaker provisoire"*.

19. Le fait que le colon transverse était situé particulièrement haut et était particulièrement adhérent à la paroi abdominale en raison des antécédents médicaux du patient n'efface pas le fait que le Docteur ... a manqué de prendre les précautions nécessaires en l'espèce et qu'il a préféré une technique décrite comme incorrecte en principe.

En effet, le rapport d'expertise révèle que ce risque était évitable *in casu*, soit en tenant compte d'un colon transverse situé particulièrement haut et particulièrement adhérent à la paroi abdominale. N'ayant pas appliqué les précautions recommandées en ces circonstances, le Docteur ... ne peut prétendre que la perforation ne relève que d'un simple aléa thérapeutique.

Concernant la prévisibilité des adhérences, le Docteur ... déclare lui-même qu'au moment de l'intervention, il y avait un défaut palpable de la paroi abdominale.

Ainsi, lors de la première séance d'expertise, il est relevé que : *"Le Professeur ... demande qu'en est-il des drains thoraciques et la mise en place de ceux-ci. Le Docteur ... signale que le côlon transverse collait à la peau, qu'il existait un défaut de la paroi abdominale. Le Professeur ... demande en ce qui concerne ce défaut et la hernie, qu'en était-il de leur visualisation. Le Docteur ... signale que le défaut était palpable mais non visualisé."*

Le Prof. ... précise : *"en préparatoire dans des cas pareils il faut toujours faire un décollement et visualiser le côlon avant de mettre les drains. Il signale qu'il y a deux perforations du côlon plus dans ce cas qui ont été bien authentifiées."*

20. Concernant la consistance des tissus et la difficulté conséquente de détection de la perforation, la difficulté de détection d'une éventuelle perforation justifie d'autant plus une maîtrise technique telle que préconisée par la littérature scientifique, plutôt que le passage de l'aiguille "à l'aveugle" dans ces tissus.

La technique préconisée par l'expert ... est bien destinée à offrir plus de garanties que celle effectivement utilisée par le Docteur ... . En effet, il peut difficilement être soutenu qu'un passage des fils "à l'aveugle" présente autant de garanties que la technique de développement d'un plan par voie sous-cutanée entre la paroi abdominale et la peau, justement préconisée par la littérature scientifique aux fins de prévenir le risque de perforation du colon.

La faute du Docteur ... est établie.

### Examen de l'existence d'un lien causal avec le dommage

21. Selon la S.A. ... si les experts estiment que la technique préconisée par le professeur ... aurait permis d'éviter la complication, ils n'affirment pas pour autant que celle-ci ne serait nécessairement pas survenue. On ne saurait dès lors regarder le lien causal comme établi avec le degré de certitude suffisant.

22. Cependant, c'est à cause de ce geste fautif que le patient a dû bénéficier d'une reprise chirurgicale le 24 novembre 2014 consistant en la mise en place d'un système de rinçage continu du médiastin, colectomie transverse et double colostomie percutanée. Malgré cette reprise chirurgicale, ... a présenté une dégradation progressive de son état général devant notamment subir une hémodialyse. Finalement, ... a formulé une demande d'euthanasie conduisant au décès le 17 décembre 2014.

Il est donc certain qu'en l'absence de perforation fautive, les complications rapides qui sont survenues ne se seraient pas produites tel qu'elles l'ont été en l'espèce. La dégradation progressive de l'état général du patient qui l'a conduit à solliciter une euthanasie est en lien causal certain avec la perforation fautive du côlon.

## C. Quant à la contestation de l'indemnisation

### a. LE PRÉJUDICE *EX HAEREDE*

23. Le FAM a indemnisé ce poste à hauteur de 2.400,00 EUR représentant une indemnité journalière de 100,00 EUR par jour pendant 24 jours.

24. Sur le principe de l'indemnisation, la S.A. ... s'en réfère à l'appréciation du tribunal. Subsidiairement, en ce qui concerne son quantum, elle relève que le tableau indicatif préconise une indemnité de 75,00 EUR et faute de motivation particulière, il n'y a pas lieu de s'en écarter. Dès lors, à l'estime de la S.A. ... l'indemnité ne saurait excéder ( $24 \times 75,00 \text{ EUR} =$ ) 1.800,00 EUR.

25. Le tribunal estime que le FAM à justifier une motivation particulière car les souffrances de ... étaient telles qu'il a sollicité une euthanasie.

Le FAM est donc fondé à demander le remboursement de ce montant.

### b. LE PRÉJUDICE DE MADAME ...

26. Tant en ce qui concerne l'anticipation que la capitalisation, les parties appliquent les mêmes paramètres sous deux réserves :

- le FAM applique les tables *Schryvers* stationnaires alors que la S.A. ... applique les tables *Jaumain* stationnaires
- le FAM tient compte d'une durée de vie médiane.

27. À l'estime de la S.A. ... selon le Professeur Jaumain, l'usage de la rente certaine résulte d'une méprise qui devrait être évitée : *"La valeur d'une rente viagère n'est pas égale à la valeur d'une rente certaine payable pendant une durée égale à la vie moyenne ou autre. Cette confusion conduit à une surestimation du capital alloué à la victime et, par conséquent, à une aubaine pour celle-ci. Cela revient à ignorer purement et simplement l'éventualité du décès de la victime pendant sa vie active. (...) {La rente certaine} n'a aucun rôle à jouer {pour l'évaluation du capital constitutif de la rente indemnitaire}"*

### **b.1. Les frais funéraires**

28. Il est réclamé de ce chef la somme de 279,74 EUR.

29. Sur la base des tables de mortalité stationnaire proposée par M. ..., au taux retenu par le FAM, la S.A. ... estime qu'il y a lieu de limiter l'indemnisation à 169,49 EUR.

30. Il est exact qu'aucune table ne peut faire l'unanimité et que la jurisprudence est partagée.

Toutefois, il n'est pas justifié de retenir de façon habituelle les tables prenant en considération la durée de vie médiane. Le recours à la notion de vie médiane présente en effet l'inconvénient de ne pas tenir compte du fait que les probabilités de décès sont moins grandes au début et qu'elles augmentent au fil des années.

Il sera accordé au FAM la somme de 169,49 EUR.

### **b.2. Les frais administratifs**

31. L'indemnisation de 100,00 EUR qui a été versée par le FAM n'est pas contestée par la S.A. ...

### **b.3. Les frais de déplacement**

32. Il est réclamé de ce chef la somme de 156,42 EUR.

Une indemnisation en frais réel et non au forfait, de 0,33 EUR par km a été retenue par le Fonds. Tenant compte des trajets aller-retour par jour qui ont été effectués par Madame ... entre le 19 novembre 2014 au 17 décembre 2014, correspondant aux visites quotidiennes à l'hôpital pour aller voir son époux, le Fonds arrive au montant suivant :  $10 \text{ km} \times 29 \text{ jours} \times 0,33 \text{ EUR} = 95,70 \text{ EUR}$ .

En outre, tenant compte de 2 déplacements aller-retour au cabinet notarial ... le Fonds arrive au montant suivant :  $24 \text{ km} \times 2 \times 0,33 \text{ EUR} = 15,84 \text{ EUR}$ . De plus, en ce qui concerne les déplacements au funérarium ... SPRL, le Fonds a tenu compte de 4 déplacements aller-retour et arrive au montant suivant :  $4 \text{ km} \times 4 \times 0,33 \text{ EUR} = 5,28 \text{ EUR}$ .

Enfin, Madame ... s'est rendue au cabinet de l'expert les 27 août 2019 et 3 juin 2020. Si l'on tient compte de ces 2 déplacements aller-retour, le Fonds arrive au montant suivant :  $60 \text{ km} \times 2 \times 0,33 = 39,60 \text{ EUR}$ .

33. La S.A. ... demande d'exclure de ces frais les déplacements au cabinet de l'expert, qui ne sont pas indemnisables.

34. Les frais de déplacements du domicile de Madame ... au cabinet de l'expert découlent directement et sans contestation possible de la perforation du côlon par le Docteur .... Madame ... n'aurait en effet pas dû les exposer si la faute précitée n'avait pas été commise. Dès lors, ces frais sont constitutifs du dommage subi par Madame ... et doivent donc être indemnisés.

Le FAM est donc fondé à demander le remboursement de ce montant.

### **b.4. Le préjudice ménager (tant temporaire que permanent ; tant passé que futur)**

35. Le FAM a indemnisé ce préjudice à hauteur de 7.395,00 EUR pour le préjudice passé et 3.354,19 EUR pour le préjudice futur.

Pour le préjudice ménager passé, -date-pivot fixée au 15 septembre 2021-, le FAM a indemnisé l'ayant-droit à hauteur de 3,00 EUR par jour pendant 2.465 jours, du 17 décembre 2014 au 15 septembre 2021.

36. À l'estime de la S.A. ... l'expert a retenu une incapacité ménagère totale du 18 novembre au 17 décembre 2014, soit pendant 30 jours, tout en précisant que les suites normales de l'intervention auraient conduit en tout état de cause à une incapacité ménagère, de 100 % du 18 novembre 2014 au 30 novembre 2014, de 60 % du 1<sup>er</sup> décembre au 31 décembre 2014 et de 40 % du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 28 février 2015.

Il y a donc lieu de déduire :

- 12 jours d'incapacité ménagère totale, soit 36 EUR
- 31 jours d'incapacité ménagère à 60 %, soit 55,80 EUR
- 59 jours d'incapacité ménagère à 40 % soit 70,80 EUR.

Il y a lieu dès lors de limiter l'indemnisation à 7.232,40 EUR.

37. Le raisonnement de la S.A. ..., auquel le FAM ne réplique pas, est correct. L'indemnisation du préjudice permanent passé doit être limitée à 7.232,40 EUR.

38. En ce qui concerne le préjudice futur, la S.A. ..., -estimant devoir retenir les tables de mortalité stationnaire Jaumain, 2020 ; un taux d'intérêt technique de 1 %, une contribution aux tâches de 35 % sous déduction d'une part personnelle de 20 %-, propose le calcul qui figure en pièce 3, pour un total de 3.190,02 EUR.

39. Pour les raisons exposées ci-avant, il n'est pas justifié de retenir les tables se basant sur la durée de vie médiane.

Il sera dès accordé au FAM la somme de 3.190,02 EUR.

#### **b.5. Le préjudice économique** (tant temporaire que permanent ; tant passé que futur)

40. Il est, du chef du préjudice économique passé, réclamé la somme de 67.467,05 EUR et, du chef du préjudice économique futur, la somme de 30.601,42 EUR. À l'estime du FAM, le seul intérêt financier de la S.A. ... ne permet pas de justifier que la différence entre les résultats obtenus sur la base de chaque table pèse sur la collectivité.

41. En ce qui concerne le préjudice passé, la S.A. ... se réfère à Justice. La somme réclamée est justifiée et sera accordée.

42. En ce qui concerne le préjudice futur, la S.A. ..., -estimant devoir retenir les tables de mortalité stationnaire Jaumain, 2020 ; un taux d'intérêt technique de 1 %, une contribution personnelle d'un tiers- propose le calcul qui figure en pièce 4, pour un total de 25.352,18 EUR.

43. Pour les raisons exposées ci-avant, il n'est pas justifié de retenir les tables se basant sur la durée de vie médiane. Il sera dès accordé au FAM la somme de 25.352,18 EUR.

#### **b.6. Le préjudice moral**

44. Le FAM a alloué un montant forfaitaire de 20.000 EUR pour les raisons suivantes : ... a assisté à la dégradation rapide de l'état général de son mari du 24 novembre 2014 au 17 décembre 2014. Cette dégradation de l'état général est suffisamment attestée par la demande d'euthanasie formulée par ... de son vivant, l'euthanasie d'un proche étant un événement traumatique en soi démontrant à quel point il n'est plus en mesure de supporter la souffrance et la perspective de fin certaine.

45. La S.A. ... estime que le poste doit être réduit à 15.000 EUR tel que préconisé par le tableau indicatif à défaut d'explication.

46. Le raisonnement qui a conduit à majorer l'indemnisation du préjudice *ex haerede* de ... n'est pas totalement transposable au préjudice moral de sa veuve résultant du décès.

Bien que douloureuses, les circonstances du décès, tenant compte des différents paramètres, dont notamment l'âge du défunt, ne justifient pas de s'écarter du montant de 15.000 EUR préconisé par le tableau indicatif.

#### c. LE PRÉJUDICE DES ENFANTS ET PETITS-ENFANTS

47. Ces derniers ont été indemnisés conformément au tableau indicatif, au taux préconisé respectivement pour les enfants (soit 6.000 EUR) et les petits-enfants (soit 1.500,00 EUR) non cohabitants.

48. Sous réserve de la preuve des liens de filiation, la S.A. ... ne contestait pas les montants alloués.

La preuve des liens de filiation a été déposée par le FAM de sorte qu'il y a lieu de lui octroyer le remboursement des montants déboursés.

#### d. LES FRAIS ET HONORAIRES DES EXPERTS

49. Ce poste du dommage fait de la part de la S.A. ... l'objet d'un "référé à Justice".

Les montants de 2.640 EUR et 2.000 EUR doivent être remboursé au FAM.

#### e. LES INTÉRÊTS ET LES DÉPENS

50. Le calcul des intérêts ne fait pas l'objet de contestations.

Ils devront toutefois être revus sur les postes :

- 169,49 EUR (frais funéraires) : intérêts à calculer jusqu'au 12 janvier 2021
- 7.232,40 EUR (dommage ménager passé) : intérêts à calculer jusqu'au 12 janvier 2021

51. La S.A. ... sollicite que les dépens soient majorés des intérêts judiciaires au taux légal à dater du jugement jusqu'à complet paiement.

Cette demande est légale<sup>5</sup>. Les dépens ne sont dus qu'à partir de la condamnation et ne sont, en tant que tels, pas productifs d'intérêts avant cette date<sup>6</sup>.

PAR CES MOTIFS,

Vu la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire,

LE TRIBUNAL,

Statuant contradictoirement,

Dit la demande du Fonds des Accidents Médicaux recevable et fondée dans les limites ci-après ;

...

5. Les dépens ne sont dus qu'à partir de la condamnation et ne sont comme tels productifs d'intérêts avant cette date. Encore faut-il, pour que la partie bénéficiant de la condamnation aux dépens obtienne qu'ils produisent intérêts, qu'elle les ait demandés et que le jugement les lui alloue car les intérêts ne sont pas dus de plein droit sur les dépens.

Comme sur toute autre somme, sauf dans les cas où la loi les fait courir de plein droit, l'article 1153 du code civil subordonne la prise de cours des intérêts à deux conditions, à savoir l'exigibilité de la dette et une sommation de la payer. Il appartient donc au demandeur qui sollicite la condamnation aux dépens de postuler en outre *ad futurum*, c'est-à-dire à partir du prononcé de la décision, les intérêts judiciaires qui seront calculés au taux légal sur les dépens, indemnité de procédure comprise. (Liège (7<sup>e</sup> Ch.), 02.04.2009, J.L.M.B., 2011/10, p. 482.).

6. Cass. (1<sup>re</sup> rech.), 30.03.2001, Pas., 2001/4, p. 541 ; Jur. Anv., 2003, p.110).

## II. Nederlandstalige rechtbank van eerste aanleg te Brussel, 14 november 2024

### Niet vergoedbaar – Voorzienbare complicatie

*De rechter volgt in deze zaak het standpunt van het FMO en het deskundigenonderzoek en beslist dat de schade, namelijk een darmperforatie, die de patiënt heeft ondervonden na een laparoscopische abdominale ingreep, niet het gevolg is van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid (MOZA). De rechter oordeelt dat de abnormaliteit van de schade bij het onvoorzienbaarheids criterium niet beperkt kan zijn tot de appreciatie van een bepaald risicopercentage (in casu 0,03% tot 0,18%). Gelet op de risicoverhogende factoren besluit de rechter dan ook dat de complicatie voorzienbaar was. De rechter stelt vervolgens ook vast dat er geen enkel element wijst op disproportionele schade en benadrukt hierbij dat het tijdelijke karakter van de schade en de gunstige evolutie van de toestand van de patiënt eerder wijst op proportionele schade. De rechtbank besluit derhalve dat het FMO terecht heeft geoordeeld dat er geen onvoorzienbare, en dus abnormale, schade voorligt en er bijgevolg geen sprake kan zijn van een MOZA. De vordering van de patiënt is aldus ongegrond.*

A.R. nr. 2023/2570/A

... t./RIZIV

...

## II. Feiten en situering geschil

### 2.1.

Het geschil heeft betrekking op een medisch schadegeval als gevolg van een heelkundige ingreep bij eisende partij, ...

Verwerende partij, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bijzondere dienst Fonds voor Medische Ongevallen (hierna, het “FMO”), meent dat het schadegeval geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid uitmaakt in de zin van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (Wet Medische Ongevallen, hierna “WMO”) en weigert dienvolgens over te gaan tot vergoeding van de schade.

Met haar vordering in deze procedure beoogt ... het FMO alsnog te doen veroordelen tot betaling van een schadevergoeding.

De feiten kunnen worden samengevat als volgt.

### 2.2.

Op 16 september 2016 onderging ... op dat ogenblik ... jaar oud en werkzaam als gezinshelpster in de thuiszorg, een heelkundige ingreep benoemd als een profylactische bilaterale salpingo-oöphorectomie (BSO), waarbij de beide eileiders en eierstokken worden verwijderd, met tevens de plaatsing van ureterstents, uitgevoerd door dr. ... met assistentie van dr. ...

Deze ingreep werd uitgevoerd nadat bij ... een familiale mutatie was vastgesteld met een verhoogd risico op de ontwikkeling van borstkanker en eierstok- en eileiderkanker. Tevens was een preventieve bilaterale borstamputatie met reconstructie ingepland.

De plaatsing van de ureterstents bleek aangewezen omwille van de zogenaamde “frozen pelvis” en vele verklevingen, waar in 2005 reeds een abdominale hysterectomie was uitgevoerd bij ... zoals bevestigd bij gynaecologische echografie van 23 augustus 2016 ter voorbereiding van de ingreep van 16 september 2016.

Het FMO benadrukt dat de ingreep moeizaam verliep en werd bemoeilijkt door de uitgebreide verklevingen van de beide ovaria met de wand van het bekken en met de dikke darm, doch de aansprakelijkheid van de tussengekomen artsen staat niet ter discussie.

Na de ingreep deed zich een aantal complicaties en klachten voor, bestaande uit epigastrische last vastgesteld op 18 september 2016 en diffuse abdominale last met onvoldoende pijncontrole op 19 september 2016. Een abdominale CT-scan wees op een perforatie ter hoogte van de dikke darm (proximale sigmoïd), een hematoom nabij het buikvlies (preperitoneale ruimte), een zich instellende obstructie (dunnedarmileus) en tekenen van een buikvliesontsteking (peritonitis) in twee kwadranten in de onderbuik.

Op 20 september 2016 werd een laparoscopische exploratie uitgevoerd, gevolgd door een openbuikoperatie (laparotomie) waarbij onder meer een colostoma (dikkedarmstoma) werd geplaatst.

Een CT-scan op 28 september 2016 wees op een subcutaan abces ter hoogte van de wonde van de openbuikoperatie, gevolgd door lokale behandeling en drainage.

Op 3 oktober 2016 kon ... het ziekenhuis verlaten met een vervolgspraak op 12 oktober 2016, doch op 24 oktober 2016 diende zij zich aan op de spoedgevallendienst wegens malaise, abdominale krampen en afwezige stoelgangproductie uit het stoma. Na een symptomatische behandeling werd zij daags nadien uit het ziekenhuis ontslagen.

Op 2 november 2016 diende ... zich opnieuw aan op de spoedgevallendienst wegens epigastrische pijn en malaise. Een nieuwe abdominale CT-scan wees op een duidelijke mechanische doorgangshinder, vermoedelijk ten gevolge van vergroeiingen of adhesies (bride). Op 17 november 2016 verliet zij opnieuw het ziekenhuis.

Op 23 november 2016 werden de ureterstents verwijderd zonder complicaties en werd rechts een nieuwe ureterstent geplaatst.

Bij de verdere opvolging bleek er sprake te zijn van een lithiaseproblematiek (vorming van stenen). Er volgen ureterorenoscopieën met plaatsing van nieuwe ureterstents rechts.

Op 2 februari 2017 werd de transit hersteld en de colostoma verwijderd.

... stelt nog last te hebben van rechterflankpijn, krampen met uitstraling naar de lies. In het kader van de FMO-expertise maakt zij tevens melding van pijn in de rechterhelft van de buik met hinder bij huishoudelijk werk (vgl. tevens de e-mail van haar raadsarts dr. ..., hernomen op p. 32 van het FMO-deskundigenverslag). In haar aanvraag om advies bij het FMO maakt zij, naast lichamelijke letsels, melding van twee extra operaties, stoma, nazorg, loonverlies, langdurige afwezigheid, psychische problematiek en grote littekens.

## 2.3.

Waar ... van mening is ernstige schade te hebben geleden als gevolg van gezondheidszorg, diende zij op 16 augustus 2017 bij het FMO een aanvraag om advies in overeenkomstig artikel 12 WMO.

Het FMO stelde vervolgens op grond van artikel 17, § 2, WMO dr. ..., arts-specialist in de verzekeringsgeneeskunde en medische expertise, en dr. ..., arts-specialist in de gynaecologie en de verloskunde, aan als deskundigen om een tegensprekelijk deskundigenonderzoek uit te voeren.

Het voorlopig en definitief verslag van de FMO-deskundigen werd opgesteld op respectievelijk 13 januari 2021 en 15 februari 2021.

In zijn advies van 21 september 2021 besloot het FMO dat de schade van ... niet veroorzaakt werd door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverleners, zodat er geen sprake is van een vergoedbaar medisch ongeval met aansprakelijkheid, en dat de aangevoerde schade niet als abnormaal kan worden beschouwd in de zin van artikel 2, 7°, WMO, zodat er ook geen sprake is van een vergoedbaar medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. Het FMO oordeelde derhalve dat hij niet diende over te gaan tot vergoeding en verklaarde de aanvraag ontvankelijk doch ongegrond.

#### 2.4.

... kon zich met het advies van het FMO niet verzoenen zodat zij overging tot dagvaarding.

### III. Vorderingen van de partijen

#### 3.1.

De vordering van ... strekt er in hoofddorde toe het advies van het FMO van 21 september 2021 "*te hervormen*", te zeggen voor recht dat er in hoofde van ... sprake is van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid in de zin van artikel 2, 7°, WMO en het FMO te veroordelen tot betaling aan haar van een bedrag van 12.665,72 EUR, meer interesten zoals uiteengezet in conclusies.

In ondergeschikte orde vordert ... de aanstelling van een gerechtsdeskundige met als opdracht de rechtbank te informeren en te adviseren over het al dan niet bestaan van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid in hoofde van ... en meer concreet met de opdracht om te beoordelen of er *in casu* sprake is van abnormale schade in de zin van artikel 2, 7°, WMO.

#### 3.2.

Het FMO besluit in hoofddorde tot de ontvankelijkheid doch ongegrondheid van de vordering van ... en vordert dat wordt gezegd voor recht dat er geen sprake is van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid in de zin van artikel 2, 7°, WMO en dienovereenkomstig te zeggen dat het FMO niet gehouden is tot betaling van een vergoeding aan ... op grond van artikel 4, 1°, WMO, zodat de aanstelling van een gerechtsdeskundige niet aan de orde is.

In ondergeschikte orde vordert het FMO dat wordt gezegd voor recht dat de schade van ... niet ernstig is in de zin van artikel 5 WMO en dat het FMO dienovereenkomstig niet gehouden is tot betaling van een vergoeding aan ... op grond van artikel 4, 1°, WMO.

In meer ondergeschikte orde, in het geval dat de rechtbank zou besluiten tot het bestaan van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid en van ernstige schade en het FMO bijgevolg toch gehouden is tot de betaling van een schadevergoeding, vordert het FMO de vordering van ... slechts gedeeltelijk gegrond te verklaren overeenkomstig de schadebegroting in zijn conclusies.

### 3.3.

Voor het overige van de vorderingen van de partijen, inzonderheid de gevorderde interesten en gerechtskosten, verwijst de rechtbank naar de laatste conclusies van de partijen.

## IV. Beoordeling door de rechtbank

### 4.1.

Waar de ontvankelijkheid van de vordering van ... niet wordt betwist en zich evenmin enige ambts-halve op te werpen grond van onontvankelijkheid aandient, is de vordering ontvankelijk.

### 4.2.

Krachtens artikel 4 WMO is het FMO overeenkomstig het gemeen recht gehouden tot vergoeding van het slachtoffer of diens rechthebbenden in de volgende gevallen:

*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.*

Tussen partijen bestaat geen betwisting over het feit dat er in deze zaak geen medisch ongeval met aansprakelijkheid voorligt. Het FMO wordt dan ook niet aangesproken op grond van artikel 4, 2°, 3° of 4°, WMO.

Tussen partijen bestaat daarentegen wel betwisting over de vraag of een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid voorligt in de zin van artikel 4, 1°, WMO.

### 4.3.

Een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid wordt door artikel 2, 7°, WMO omschreven als volgt:

*“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 is geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid”.*

Opdat sprake is van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid dienen aldus de volgende vier voorwaarden te zijn vervuld:

1. het schadegeval houdt verband met een verstrekking van gezondheidszorg,
2. het schadegeval is niet het gevolg van de aansprakelijkheid van een zorgverlener,
3. het schadegeval vloeit niet voort uit de toestand van de patiënt, en
4. het schadegeval brengt voor de patiënt abnormale schade voort.

Het wordt niet betwist dat de eerste drie toepassingsvoorwaarden in voorliggend geval zijn vervuld. Wat de kwalificatie van het schadegeval als een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid betreft, gaat de discussie tussen partijen derhalve uitsluitend over de vraag of de schade “abnormaal” is in de zin van deze wetsbepaling.

Verder volgt uit artikel 4, 1°, WMO dat, opdat het FMO gehouden is tot vergoeding, de schade bovendien ernstig moet zijn, in de zin van artikel 5 WMO, dat het volgende bepaalt:

*“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.”*

Ook het feit dat de schade ernstig is, wordt door het FMO betwist.

Ter beoordeling van de gegrondheid van de vordering van ... dient zodoende te worden onderzocht of de schade als gevolg van het schadegeval:

1. abnormaal is, en
2. ernstig is.

#### 4.4.

Het abnormaal karakter van de schade wordt door artikel 2, 7°, WMO omschreven als volgt:

*“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.”*

Uit deze omschrijving van het abnormaal karakter van de schade, gelezen in samenhang met de parlementaire werkzaamheden (Parl. St., Kamer, Doc. 52, 2240/001, p. 24 e.v.), kan worden besloten dat de schade als abnormaal moet worden beschouwd, wanneer de schade:

- ofwel naar alle waarschijnlijkheid niet was opgetreden bij een juiste toepassing van de hoogste stand van de wetenschap (“vermijdbaarheidscriterium”), hetgeen in essentie betekent dat er een andere, toepasbare behandelingstechniek bestaat die dezelfde of een vergelijkbare succesratio heeft en die waarschijnlijk niet tot dezelfde complicatie of een complicatie met een vergelijkbare of grotere ernst zou hebben geleid
- ofwel niet redelijkerwijze te verwachten was door de patiënt (“onvoorzienbaarheidscriterium”), telkens in het licht van de concrete karakteristieken van de patiënt en met als standaard een zorgverstrekking volgens de hoogste stand van de wetenschap op het moment van die zorgverstrekking.

Het betreft alternatieve criteria: zodra één van beide elementen aanwezig is, is de schade abnormaal en moet niet meer nagegaan worden of ook het andere aanwezig is.

De bewijslast dat aan één van deze criteria is voldaan, ligt bij de eisende partij.

Daarbij dient nog te worden benadrukt dat bij het onvoorzienbaarheids criterium, de abnormaliteit van de schade niet kan beperkt worden tot de appreciatie van een bepaald risicopercentage dat een bepaalde complicatie zich bij een bepaalde zorgverstrekking zou kunnen voordoen. Het abnormale karakter moet immers niet beoordeeld worden in de verhouding zorgverstrekking-complicatie, maar in de verhouding zorgverstrekking-schade. De complicatie vormt daarin de tussenschakel, maar vormt voor het onderzoek naar de abnormaliteit een onlosmakelijk geheel, in die zin dat als de abnormaliteit van het schadeverwekkende incident, de complicatie, vast staat, dat ook zo is voor de concrete schade die dat incident heeft veroorzaakt.

De abnormaliteit van de complicatie heeft dus noodzakelijkerwijze de abnormaliteit van de eruit gevolgde schade tot gevolg. Er dient in dat geval dan ook niet te worden nagegaan of de effectief opgetreden schade afwijkend, abnormaal of onvoorzienbaar was ten opzichte van de schade die normaal gezien voorkomt bij een dergelijke complicatie. Er anders over oordelen zou het begrip abnormale schade grotendeels uithollen nu kan aangenomen worden dat in zeer vele gevallen er geen abnormaliteit zal zijn in de loutere verhouding complicatie-schade. Indien de complicatie op zichzelf beschouwd echter wel voorzienbaar of “normaal” was, dient daarentegen wel nog te worden nagegaan of de concrete schade die eruit voortvloeide, voorzienbaar was, hetgeen niet het geval is indien de schade groter was dan deze die gebruikelijk is bij het zich voordoen van de complicatie en niet te wijten is aan de toestand van de patiënt (proportionaliteitscriterium). Indien de complicatie dus voorzienbaar was, doch de schade die uit de complicatie voortvloeide disproportioneel en dus niet voorzienbaar was, is ook voldaan aan het onvoorzienbaarheids criterium. Samengevat: als vastgesteld wordt dat de complicatie niet voorzienbaar of abnormaal was, stopt de oefening en is het onvoorzienbaarheids criterium ingevuld, ongeacht de vraag of de daaruit voortvloeiende schade voorzienbaar of normaal is ten aanzien van de complicatie; in het tegengestelde geval dat de complicatie op zichzelf wel voorzienbaar was, moet nog bijkomend nagegaan worden of er al dan niet een abnormaliteit schuilt in de schade op zich.

#### 4.5.

Welnu, wat het abnormaal karakter van de schade betreft, bestaat in het voorliggende geval tussen de partijen eensgezindheid dat het vermijdbaarheids criterium niet is ingevuld.

Op de vraag om te beschrijven “of de schade vermijdbaar was: met name of er alternatieve behandelingsmethoden bestaan” met een vergelijkbare succesratio en die met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid niet tot dezelfde complicatie(s) of een complicatie met een vergelijkbare of grotere ernst zou(den) hebben geleid, antwoorden de FMO-deskundigen in hun eindverslag als volgt (p. 22-23):

*“Er waren in dit specifiek geval geen alternatieve behandelingstechnieken”.*

Zoals terecht door het FMO opgeworpen, brengt ... geen argumenten aan tegen dat besluit van de FMO-deskundigen inzake de vermijdbaarheid van de schade en bouwt zij haar argumentatie in het kader van het bestaan van abnormale schade uitsluitend op rond het zogenaamde onvoorzienbaarheids criterium, zodat kan worden aangenomen dat zij ook van oordeel is dat het vermijdbaarheids criterium niet is ingevuld.

Rijst de vraag of het onvoorzienbaarheids criterium is ingevuld, dit wil zeggen of de complicatie onvoorzienbaar was dan wel de daaruit volgende schade disproportioneel was.

In dat verband benadrukken beide partijen, net zoals de FMO-deskundigen in hun verslag (vgl. p. 18 bovenaan en p. 19 als antwoord op de vraag 2.a.), dat het onderscheid moet worden gemaakt tussen twee verschillende, duidelijk van elkaar af te bakenen complicaties die door de ingreep van 16 september 2016 zijn veroorzaakt, te weten:

- enerzijds, de perforatie van het sigmoïd waarvoor een stoma diende aangelegd te worden, en
- anderzijds de verwikkelingen met de peroperatoir preventief geplaatste ureterstents en de ingrepen die daaruit voortvloeiden.

Het besluit van de FMO-deskundigen dat de tweede complicatie, dit zijn de verwikkelingen met de peroperatoir preventief geplaatste ureterstents en de ingrepen die daaruit voortvloeiden, geen onvoorzienbare complicatie uitmaakt doch gekend is en regelmatig voorkomt met een risicofrequentie van 56,9% of 75,9% al naargelang de duur dat de stents ter plaatse blijven (p. 21), wordt door ... niet betwist.

Wat het abnormaal karakter van de schade betreft, is de discussie tussen de partijen aldus beperkt tot de vraag of de eerste complicatie, dit wil zeggen de perforatie van het sigmoïd waarvoor een stoma diende aangelegd te worden, als onvoorzienbaar kan worden beschouwd.

... is van mening dat dit het geval is nu dergelijke complicatie bij de uitgevoerde ingreep blijkens het FMO-deskundigenverslag slechts voorkomt bij 0,03% tot 0,18%. ... stelt onder verwijzing naar rechtspraak dat deze risicofrequentie zo laag is, dat de bewuste complicatie als onvoorzienbaar moet worden beschouwd.

Terecht brengt het FMO daar evenwel tegen in dat de uit het deskundigenverslag en de daarin aangehaalde medisch-wetenschappelijke literatuur blijkt dat de risicofrequentie van een perforatie bij laparoscopische abdominale ingrepen ondergerapporteerd is, waar de FMO-deskundigen bij de bespreking van bepaalde literatuur stellen dat het percentage “algemeen [...] 0.4 tot 100% [was] (maar dit laatste betrof 4 van slechts 4 ingrepen in die groep)” (p. 32), zodat de opgegeven percentages niet als doorslaggevend kunnen worden beschouwd.

Bovendien benadrukt het FMO terecht dat de FMO-deskundigen in hun verslag (p. 20) opmerkten “dat patiënte door voorgaande ingrepen een verhoogd risico vertoonde op complicaties”, meer bepaald de eerdere abdominale hysterectomie en de vaststelling van een *frozen pelvis*. De gynaecologische echografie uitgevoerd ter voorbereiding van de ingreep van 16 september 2016 bevestigde het bestaan van de verklevingen.

Ter beoordeling van de voorzienbaarheid van de schade dient inderdaad rekening te worden gehouden met de voorafbestaande toestand van de patiënt en diens objectief voorspelbare evolutie.

Uit de stukken blijkt bovendien dat de tussenkomende artsen hadden gewezen op het verhoogde risico op complicaties als gevolg van de reeds bestaande verklevingen en daarbij zelf uitdrukkelijk de mogelijkheid van een darmperforatie hadden voorzien:

- In hun verslag van de consultatie van 23 augustus 2016, “gevalideerd” op 27 augustus 2016 (stuk 3 FMO), voorafgaand aan de bewuste ingreep van 16 september 2016, stellen de tussenkomende artsen, dr. ... en dr. ... het volgende:

*“Gezien de ‘frozen pelvis’ en vele verklevingen op gynaecologische echografie wordt de ingreep gepland in het groot OK op 5 oktober 2016. Er zullen ook ureterstents geplaatst worden.*

*De patiënte is akkoord met een laparoscopische BSO met plaatsen van ureterstents en is op de hoogte van de risico’s (darmperforatie, ureterbeschadiging, nieuwe adhesievorming, conversie naar laparotomie, infecties, bloedingen).”*

- In zijn verslag van een eerdere consultatie van 18 juni 2016, “gevalideerd” op 19 juni 2016 (stuk 7 FMO), stelt dr. ... het volgende:

*“Ik heb haar uitgelegd dat een bilaterale salpingo-oöphorectomie via laparoscopische weg niet altijd evident is gezien ze reeds gekend is met ‘frozen pelvis’”.*

In het postoperatief verslag werd dan ook vermeld dat de ingreep “werd bemoeilijkt door extensieve adhesies van beide ovaria met de pelviene wand en mesocolon” (stuk 30 FMO).

Uit één en ander blijkt onomwonden dat er een verhoogde kans was op complicaties zoals een perforatie en dat deze complicatie voorzienbaar was.

Het gegeven dat de complicatie voorzienbaar was, volstaat evenwel niet om het onvoorzienbaarheids criterium uit te sluiten. Bij een voorzienbare complicatie moet nog worden onderzocht of de schade, dit zijn de verwikkelingen met bijhorende schade die uit de complicatie voortvloeiden, als onvoorzienbaar, dit wil zeggen als disproportioneel, kunnen worden beschouwd ten opzichte van de complicatie. De vraag of de schade abnormaal of disproportioneel is, die wordt gesteld in het kader van het onderzoek naar het vervuld zijn van het onvoorzienbaarheids criterium, is geheel anders dan de vraag of de schade ernstig is in de zin van artikel 5 WMO. Het is denkbaar dat de schade als gevolg van een bepaalde complicatie helemaal niet zo ernstig is doch wel als abnormaal of disproportioneel kan worden beschouwd ten opzichte van die complicatie, net zoals de schade bij een bepaalde complicatie zeer ernstig kan zijn zonder evenwel abnormaal of disproportioneel te zijn ten opzichte van die complicatie. ... kan er zich in haar betoog dat de schade disproportioneel is, dan ook niet toe beperken te verwijzen naar haar argumentatie dat de schade ernstig is in de zin van artikel 5 WMO.

De rechtbank ontmoet hoe dan ook geen concrete argumenten waaruit zou blijken dat, rekening houdende met de voorafbestaande toestand van de patiënt en haar objectief voorspelbare evolutie, de schade die zich heeft voorgedaan en zoals ze zich heeft voorgedaan als gevolg van de complicatie, zoals de tijdelijke plaatsing van een stoma, ondanks de mogelijk ernstige ongemakken, ongeschiktheden, sociale, relationele of psychische gevolgen ervan, als disproportioneel kan worden beschouwd ten opzichte van de opgetreden complicatie van een perforatie. De uiteenzetting van ... in conclusies (p. 9-10) aangaande de ernst van de schade dat de plaatsing van een stoma een ernstige invloed had op haar levensomstandigheden of dat zij gedurende minstens zes opeenvolgende maanden arbeidsongeschikt was, is, voor zover al kan worden aangenomen dat deze ernstige invloed en arbeidsongeschiktheid uitsluitend het gevolg zijn van de perforatie en niet van de andere complicatie met betrekking tot de ureterstents, onvoldoende om te besluiten tot het disproportioneel karakter van de schade, te meer daar de FMO-deskundigen in hun eindverslag (p. 23) van oordeel zijn dat de levensomstandigheden enkel waren verstoord tijdens de periode van tijdelijke schade en zich vanaf consolidatie op 17 juli 2017 geen aanrekenbare verstoring van de levensomstandigheden voordeed. Hoewel het abnormaal karakter en het ernstig karakter van de schade niet met elkaar mogen worden verward, wijzen het tijdelijk karakter van de schade en de gunstige evolutie van de toestand van ... veeleer in de richting dat de schade niet disproportioneel was. Het disproportioneel karakter van de schade wordt niet aangetoond en zelfs niet voldoende aannemelijk gemaakt om een nieuw deskundigenonderzoek te bevelen.

Gelet op al het voorgaande oordeelt de rechtbank dat de FMO-deskundigen en het FMO in dienst advies terecht besloten dat het onvoorzienbaarheids criterium niet is ingevuld.

#### 4.6.

Bij gebreke aan overtuigende stukken of verslagen die het gedocumenteerd en gemotiveerd FMO-deskundigenonderzoek tegenspreken en bij gebrek aan gegronde kritiek op de wijze waarop het deskundigenonderzoek gevoerd werd, acht de rechtbank de aanstelling van een gerechtsdeskundige niet aangewezen.

#### 4.7.

Waar het bestaan van abnormale schade en dus van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid in de zin van artikel 2, 7°, WMO niet wordt aangetoond, dient de vraag of de schade ernstig was in de zin van artikel 5 WMO niet te worden onderzocht.

De vordering van ... is in het geheel ongegrond.

#### 4.8.

Waar de vordering van ... ongegrond is, wordt zij beschouwd als de in het ongelijk gestelde partij en verwezen in de kosten van het geding.

Wat de rechtsplegingsvergoeding betreft, is de vordering van ... een in geld waardebare vordering gelegen in de schaal tussen 10.000,01 EUR en 20.000,00 EUR, zodat het basisbedrag van de rechtsplegingsvergoeding gelijk is aan 1.650,00 EUR.

#### **OM DEZE REDENEN, DE RECHTBANK,**

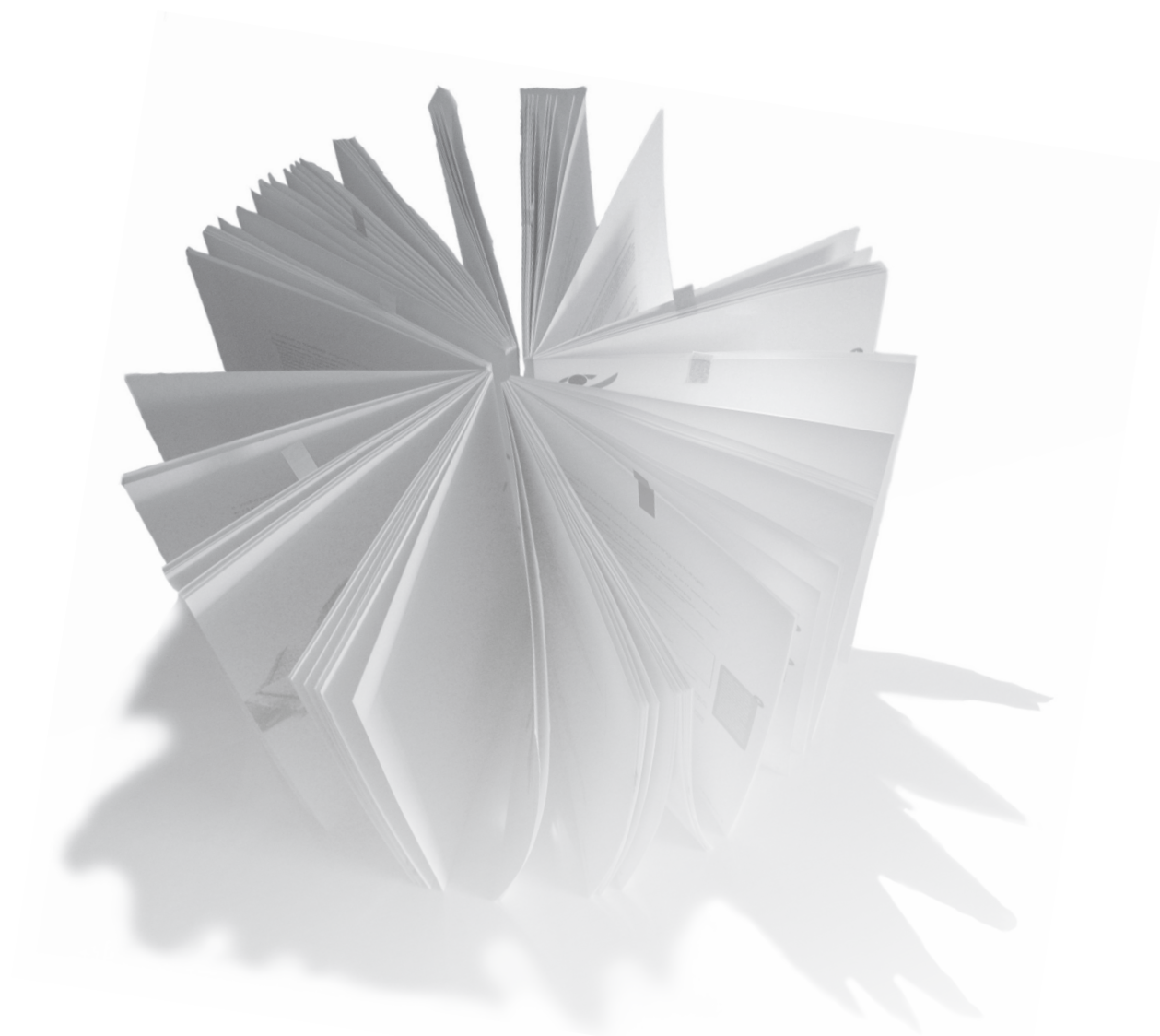
Spreekt recht in eerste aanleg en op tegenspraak,

Verklaart de vordering van ... lastens het FMO ontvankelijk doch ongegrond,

...

# 3<sup>e</sup> Deel

## Parlementaire vragen en antwoorden



## I. Arbeidsongeschiktheid in België en de federale uitdagingen bij het wegwerken van de genderongelijkheid

Ongelijkheid tussen mannen en vrouwen op het vlak van gezondheid en arbeidsongeschiktheid – Intersectorale benadering van het openbare gezondheidsbeleid – Versterking van het beleid inzake preventie en bescherming op het werk

Vraag nr. 64, gesteld op 24 oktober 2024, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid, door de heer CRUCKE, volksvertegenwoordiger<sup>1</sup>

Volgens verscheidene krantenartikels, die gebaseerd zijn op ernstige academische studies, blijft de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen op het vlak van gezondheid en arbeidsongeschiktheid in België een aanhoudend probleem.

Sinds de jaren 2000 is de stijging van het aantal arbeidsongeschikten hoofdzakelijk toe te schrijven aan het aantal vrouwen dat uitvalt. Die situatie wordt nog verergerd door socio-economische factoren zoals de gezinsverantwoordelijkheden, het deeltijdwerk en de ondervertegenwoordiging van vrouwen in belangrijke functies, factoren die bij vrouwen een grotere impact hebben.

Die problematiek confronteert ons met het feit dat we te weinig aandacht hebben voor typisch vrouwelijke gezondheidsissues, zoals de menopauze, endometriose en andere ondergediagnosticeerde aandoeningen.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen roepen de beleidsmakers ertoe op om die kloof te dichten door in het gezondheids- en arbeidsbeleid meer aandacht voor gendergelijkheid te hebben.

1. De cijfers wijzen op een disproportionele stijging van de arbeidsongeschiktheid bij vrouwen, met name ten gevolge van psychische stoornissen en musculoskeletale aandoeningen. Wat is in dat verband uw analyse? Wat zijn de uitdagingen en perspectieven met betrekking tot deze problematiek, die zowel nadelig is voor de gendergelijkheid in België als voor onze socio-economische ontwikkeling?

2. Chronische ziekten zoals fibromyalgie en auto-immuunziekten komen in hogere mate voor bij vrouwen en blijven vaak ondergediagnosticeerd. Welke mogelijkheden bestaan er op het federaal niveau om de tenlasteneming van die ziekten te verbeteren? Welk kostenplaatje is er daaraan verbonden?

3. De menopauze en de perimenopauze, evenals de gevolgen daarvan voor de gezondheid, blijven nog een grote blinde vlek in het huidige gezondheidsbeleid. Zal uw FOD grondig werk maken van een betere erkenning en tenlasteneming van die ziekten, die bij het grote publiek blijkbaar nog erg weinig bekend zijn?

1. Bulletin nr. 005, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 309.

4. In bepaalde aanbevelingen van de Onafhankelijke Ziekenfondsen wordt er opgeroepen tot een meer transversaal beleid inzake gendergelijkheid, waarin ook de gezondheid en de arbeidsmarkt opgenomen moeten worden. Welke intersectorale initiatieven kunnen er overwogen worden om te garanderen dat er in het federale gezondheidsbeleid rekening gehouden wordt met typisch vrouwelijke issues?

## Antwoord

Gezien de aanzienlijke toename van arbeidsongeschiktheid is het belangrijk om de grote uitdagingen die dit met zich meebrengt voor de verzekerde, de arbeidswereld, de sociaal-economische context en de samenleving als geheel, op een globale en transversale manier aan te pakken.

Het is essentieel om passende antwoorden te bieden door het principe te versterken dat gezondheid aanwezig moet zijn in alle openbare beleidsmaatregelen (intersectorale benadering).

Het verminderen van sociale gezondheidszorgongelijkheden, waaronder de gezondheidsongelijkheden tussen vrouwen en mannen, verwijst naar sociale determinanten van gezondheid (zoals structurele kwesties met betrekking tot de toegang tot gezondheidszorg, economische onzekerheid die voornamelijk vrouwen treft, toegang tot een voldoende inkomen, enz.) op basis waarvan het belangrijk is om deze intersectorale benadering van het openbare gezondheidsbeleid te versterken, evenals ons beleid inzake preventie en bescherming op het werk. Deze gezondheidsongelijkheden tussen vrouwen en mannen, die helaas een weerspiegeling zijn van dezelfde ongelijkheden op maatschappelijk niveau, moeten ons ertoe aanzetten om alle politieke actoren, ongeacht hun machtsniveau, bewust te maken van het belang van een meer geïntegreerde aanpak van deze problematiek.

De studie “Gezondheid van Vrouwen” gepubliceerd door Sciensano (Gezondheid van vrouwen – Naar een gezond België) biedt een gedetailleerd overzicht van de huidige gezondheidstoestand van vrouwen in België. De genderongelijkheden beginnen zich al in de adolescentie te manifesteren, vooral op het gebied van geestelijke gezondheid. De resultaten tonen aan dat vrouwen meer kans hebben op psychische aandoeningen in vergelijking met mannen, wat gevolgen heeft voor hun algemeen welzijn en hun vermogen om volledig deel te nemen aan het sociale en professionele leven.

De studie behandelt verschillende dimensies van de gezondheid van vrouwen, waaronder de prevalentie van psychosociale aandoeningen, de impact van sociale en professionele status, evenals de genderverschillen in de toegang tot zorg en gezondheidsdiensten.

Mijn administratie heeft daarom de experts van Sciensano, die deze studie hebben uitgevoerd, uitgenodigd om de belangrijkste elementen van deze studie te presenteren tijdens de vergadering van het beheerscomité van de uitkeringsverzekering van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Deze presentatie vond plaats op 16 oktober 2024.

Het is inderdaad belangrijk voor mijn administratie om deze elementen door te geven aan haar beheerscomité (bestaande uit vertegenwoordigers van sociale partners en de ziekenfondsen) om vervolgens te onderzoeken in hoeverre de resultaten kunnen worden gebruikt voor de uitkeringsverzekering. Deze presentatie bood een dieper inzicht in de specifieke uitdagingen waarmee vrouwen op het gebied van gezondheid worden geconfronteerd en besprak de implicaties voor het volksgezondheidsbeleid en gerichte interventies.

Het continu ontwikkelen van kennis in de uitkeringsverzekeringssector, op een holistische en intersectorale manier, vormt een permanente grote uitdaging waarvoor mijn administratie en ik ons inzetten om de goede prestaties en governance van onze gezondheidszorg- en uitkeringsverzekering te waarborgen, en anderzijds om de toegang en toekenning ervan te verbeteren en deze ongelijkheden te verminderen.

Wat menopauze en perimenopauze betreft, en hun gevolgen over welzijn en gezondheid van vrouwen, in de privé- en professionele omgeving, heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid mijn voorstel goedgekeurd om een interfederale werkgroep op te richten voor het ontwikkelen van een gecoördineerd, effectief en inclusief menopauzebeleid in België. De primaire missie van deze werkgroep zal zijn om een volledige inventarisatie te maken van de bestaande initiatieven rond de menopauze in België. Deze inventarisatie zal ons in staat stellen te begrijpen wat er vandaag al voorhanden is en waar de hiaten zich situeren. Op basis hiervan zal de werkgroep aanbevelingen doen voor het opstellen van een gestructureerd actieplan. Dit moet een keerpunt worden naar een betere erkenning van de menopauze als een kwestie van volksgezondheid.

## II. Medische ingreep tijdens een progressieve werkhervatting

Arbeidsongeschikt – Hervatting van een werkzaamheid met de toelating van de adviserend arts – Cumulatieregeling - Maandelijks gegevensverstrekking - Project e-Gov 3.0

Vraag nr. 68, gesteld op 28 oktober 2024, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelings-samenwerking en Grootstedenbeleid, door de heer VAN QUICKENBORNE, volksvertegenwoordiger<sup>1</sup>

Uit de praktijk blijkt dat bij een medische ingreep bij een werknemer die ingeschakeld is in het systeem van progressieve werkhervatting de mutualiteit op geen enkele manier formeel in kennis gesteld wordt van die gewijzigde gezondheidstoestand. De mutualiteit ontvangt in de maanden volgend op de medische ingreep vanzelfsprekend geen loonfiche van de werkgever volgend uit de gedeeltelijke tewerkstelling, aangezien er niet is gewerkt wegens de medische ingreep.

Die berichtgeving is echter essentieel: de loonfiche activeert en garandeert namelijk de gedeeltelijke uitkering. Doordat deze informatie niet uitgewisseld wordt, wordt de uitkering minstens tijdelijk niet of te laat uitbetaald. De burger wordt ook nergens in kennis gesteld van eventuele administratieve plichten en merkt deze kwestie slechts wanneer het te laat is: wanneer geen loon/uitkering gestort wordt.

De uitkeringsgerechtigde is in deze vaak ook digitaal en financieel minder/niet geletterd, de administratie is voor hen bijzonder complex. Daarenboven blijven vooral ook burgers die moeilijkheden hebben om de touwtjes aan elkaar te knopen en die getroffen worden door een medische ingreep ingevolge arbeid verweesd achter, zij ontbreken de ruimte om een maand zonder loon te overbruggen.

1. Bent u op de hoogte van deze problematiek?
2. Ontving u hierover reeds meldingen? Zo ja, hoeveel, de laatste vijf jaren, jaarlijks? Zo neen, plant u dit probleem aan te pakken?
3. Hoe plant u de administratie rond dit onderwerp te vereenvoudigen? Plant u de informatie-uitwisseling beter te organiseren? Vindt u dat de informatie-uitwisseling automatisch zou moeten gebeuren en plant u dat op die manier te organiseren? Op welke termijn?

### Antwoord

Wanneer een arbeidsongeschikt erkende werknemer met de toelating van de adviserend arts een werkzaamheid hervat, is sinds 1 april 2018 een cumulatieregeling van toepassing die rekening houdt met de effectief verrichte prestaties (en gelijkgestelde uren zoals uren gedekt door gewaarborgd loon) om het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering eventueel te verminderen. Het bedrag aan beroepsinkomen dat wordt verworven uit een dergelijke toegelaten activiteit, heeft dus geen impact op het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Opdat het ziekenfonds van de werknemer deze cumulatieregeling kan toepassen, dient de werkgever maandelijks een elektronisch prestatieattest (ASR ZIMA 002) aan het ziekenfonds te bezorgen.

1. Bulletin nr. 004, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 260.

In dit elektronische attest moet de werkgever bij elke prestatiecode het desbetreffende aantal uren voor de toepasselijke referteperiode (meestal een kalendermaand) vermelden. Het gaat om dezelfde prestatiecodes die worden gebruikt in de kwartaalaangifte van de prestaties bij de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ) (multifunctionele Aangifte (DmfA)). De vermelding van het aantal uren voor elke code betreft bovendien niet louter het aantal effectief gepresteerde arbeidsuren of gelijkgestelde uren, maar ook het aantal uren van arbeidsongeschiktheid (wegens bijv. een hospitalisatie). Wanneer tijdens een bepaalde maand de werknemer geen enkele prestatie wegens ziekte heeft verricht en er evenmin gelijkgestelde uren (bijv. uren gedekt door gewaarborgd loon of door loon wegens een feestdag) kunnen worden onderscheiden, zal het ziekenfonds een attest ontvangen waarin enkel uren onder prestatiecode voor ziekte (code 50) worden vermeld waardoor de verzekerde voor deze maand volledige uitkeringen zal ontvangen.

Deze verplichting voor de werkgever om een elektronisch prestatieattest te versturen blijft van toepassing tijdens een periode waarin de werknemer de toegelaten activiteit niet langer kan verrichten wegens een verergering van de gezondheidstoestand, tenzij:

- de werknemer aan zijn ziekenfonds uitdrukkelijk heeft meegedeeld dat de uitvoering van de werkzaamheid met de toelating van de adviserend arts tijdelijk is onderbroken wegens de verergering van zijn gezondheidstoestand (een modelformulier is beschikbaar)
- de uitoefening van de toegelaten activiteit definitief wordt stopgezet wegens de verergering van zijn gezondheidstoestand. De definitieve stopzetting wordt door de werknemer meegedeeld aan het ziekenfonds (een modelformulier is beschikbaar) en kan ook blijken uit de door de werkgever vermelde einddatum van de referteperiode in het prestatieattest (weliswaar op voorwaarde dat de einddatum van deze referteperiode niet de laatste dag van een kalendermaand is).

Wat uw vraag betreft of ik al meldingen heb ontvangen over de door u aangehaalde situatie, wil ik u meedelen dat het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor werknemers me een rapport heeft bezorgd dat de in 2018 hervormde cumulatieregel evalueert. Dit rapport bevat ook een luik over de maandelijkse aangifte door de werkgever en signaleert een aantal aandachtspunten die zich voordoen bij deze maandelijkse gegevensverstrekking om de cumulatieregeling afdoende toe te passen.

Mijn administratie is op dit ogenblik betrokken bij het project e-Gov 3.0 (programma voor het bouwen aan een nieuwe digitale sociale zekerheid) dat onder andere beoogt om een dergelijke gegevensverzameling meer gemakkelijk te laten verlopen. Dit project vormt dus een belangrijke opportuniteit om deze moeilijkheden tijdens de komende jaren te remediëren.

### III. Aanpak burn-out op basis van data en richtlijnen

Zorgprofessionals – Ziekenhuismilieu – Primaire preventie – Maatregelen voor de begeleiding van de personen in burn-out

Vraag nr. 117, gesteld op 28 november 2024, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid, door de heer VAN QUICKENBORNE, volksvertegenwoordiger<sup>1</sup>

Circa 40.000 van de ruim 500.000 personen in langdurige arbeidsongeschiktheid (8 %) zijn niet aan de slag omwille van een burn-out; dit cijfer neemt toe doorheen de jaren.

Op dit moment is het zo goed als niet geweten wie de juiste evidencebased zorg ontvangt binnen deze belangrijke doelgroep, en waar we de zorg en begeleiding dus nog kunnen bijsturen. Nochtans zijn er zowel data als richtlijnen voorhanden.

Kijk voor data bijvoorbeeld naar de zorgsector, meer bepaald de ziekenhuizen. Studies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE rapport 325a in 2019 en rapport 353a in 2022) tonen aan hoe bestaande datasets en surveys kunnen benut worden om burn-out op de werkvloer op te sporen en de mate waarin de werkgever daar goed mee omgaat.

Vanuit zulke data kan men leren. Zo varieert het hebben van een hoog risico op emotionele uitputting (als één van de drie kerndimensies van risico op burn-out) binnen de onderzochte ziekenhuizen van 7 % tot 76 % bij de verpleegkundigen. Er zijn dus ziekenhuizen waar 7 % van de verpleegkundigen zulk hoog risico vertonen en andere ziekenhuizen waar dit 76 % van de verpleegkundigen betreft. Gelijkaardige zeer grote variaties zie je bij de andere twee kerndimensies van burn-out, risico op verminderde bekwaamheid en risico op depersonalisatie. Nochtans worden zulke bestaande datasets weinig benut om het HR-beleid ter plekke bij te sturen en burn-out te voorkomen.

Er bestaan zeer goed uitgewerkte richtlijnen en zorgpaden voor de behandeling van burn-out. Ik verwijs bijvoorbeeld naar het zorgpad ontwikkeld door het Centrum voor Omgeving en Gezondheid van de KU Leuven, in opdracht van het Kenniscentrum Arbeidsongeschiktheid (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – RIZIV). Zulk zorgpad omvat een uitgetekend traject met consultaties bij de huisarts en de psycholoog (tien sessies). Maar ook hier moeten we vaststellen dat we voor de 40.000 personen die langdurig afwezig zijn op het werk omwille van een burn-out geen zicht hebben op de mate waarin elk van hen de juiste, evidencebased zorg en begeleiding ontvangt. En we dus die zorg en begeleiding ook niet datagedreven kunnen optimaliseren waar mogelijk. En dat terwijl het RIZIV, en de ziekenfondsen, over alle zorggegevens beschikken om dat meer systematisch en transparant op te volgen.

1. Bulletin nr. 005, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 331.

1. Heeft u enig zicht op de mate waarin de preventie en behandeling van burn-out evidencebased verloopt? Zo ja, kunt u dit cijfermatig duiden voor de voorbije vijf jaren?
2. Wat zijn uw plannen om bestaande datasets en richtlijnen in de zorg (ziekenhuisgegevens, behandelingsgegevens van RIZIV en ziekenfondsen, zorgpaden) beter te gebruiken om burn-out te voorkomen en te behandelen?
3. Hoe kijkt u naar de mogelijkheid om feedback vanuit zulke datasets meer systematisch te bezorgen aan de zorgverstrekkers en ziekenhuizen, betrokken bij burn-outpreventie, -begeleiding en -behandeling?
4. Welke aanpak beoogt u om de preventie en behandeling van burn-out bij de negatieve *outliers* bij de zorgaanbieders bij te sturen?

### Antwoord

Als minister van Volksgezondheid, hecht ik heel veel belang aan de begeleiding en ondersteuning van zorgprofessionals die dagelijks geconfronteerd worden met hoge vereisten in het kader van het uitvoeren van hun beroep.

Dergelijke werksituaties zijn in meer belangrijke mate aanwezig binnen het ziekenhuismilieu, rekening houdend met enerzijds de hoge gevarieerde taakvereisten en anderzijds de belangrijke verwachtingen in termen van performantie en kwaliteit van zorg.

Deze verschillende vereisten houden reële uitdagingen in maar ook reële risico's die een belangrijke impact hebben op de fysieke en psychische werklast van deze werknemers. Het is primordiaal preventief te werk te gaan.

De primaire preventie van deze risico's is dan ook een belangrijk antwoord. Ik sluit mij hiervoor volledig aan bij mijn tegenhanger, de minister van Werk, die bevoegd is voor deze materie. Via het ter beschikking stellen van tools wordt de sector gesensibiliseerd in functie van het voorkomen van deze risico's.

We weten dat de chronische aard van professionele stress, meerbepaald zijn behoud in duur, een belangrijke risicofactor is die kan leiden tot professionele uitputting, en een situatie van burn-out.

De arbeidsongeschiktheid is jammer genoeg het gevolg van deze risicosituaties. De preventie van psychosociale risico's, die de bevoegdheid is van mijn tegenhanger, is een fundamentele uitdaging in functie van een goede gezondheid op het werk, maar meer globaal ook, van onze samenleving.

Tijdens deze legislatuur heb ik verschillende maatregelen genomen in functie van de ondersteuning en begeleiding van personen in arbeidsongeschiktheid. De doelstelling is steeds hen alle kansen te geven om het werk te hervatten in de best mogelijke condities. Verschillende trajecten zijn in het leven geroepen om de nodige opportuniteiten te geven aan deze personen.

Parallel hiermee heb ik een aantal maatregelen genomen. Ik wil er twee naar voor schuiven die ik genomen heb met betrekking tot de begeleiding van personen in burn-out:

#### 1) Programma voor de preventie van burn-out van FEDRIS

(*Programma voor preventie van burn-out – Federaal agentschap voor beroepsrisico's*). Dit programma is uitgerold nadat de pilootstudie van FEDRIS positief geëvalueerd werd.

2) In het kader van het Federaal actieplan mentaal welzijn op het werk werkt het RIZIV aan de uitrol van een versterkte aandacht voor het domein werk in de eerstelijnsaanpak van stressgerelateerde gezondheidsproblemen (waaronder burn-out). Daarin wordt de evaluatie van de eerstelijnspsychologische conventie meegenomen (*EPCAP EINDVERSLAG FINAL 5 JULI 2023\_OK-gecomprimeerd.pdf*).

3) Een financiering werd vanaf het jaar 2024 voorzien voor fundamentele kwalitatieve verbetering van de arbeidsomstandigheden in de publieke federale gezondheidszorginstellingen, via de inzet van nieuwe medewerkers of bijkomende arbeidstijd welke de ondersteuning van de uitvoering en invulling van de overeengekomen kwalitatieve maatregelen ter verbetering van de arbeidsomstandigheden in de zorg beoogt. Deze medewerker kan verschillende dossiers opvolgen, zoals vorming, combinatie werk-privé, loopbaanoriëntatie, EVC-beleid, enz.

Het meten en evalueren van de impact van deze maatregelen als ook het systematisch verstrekken van informatie erover, vormen essentiële onderdelen in mijn beleid.

In dit verband bevat de nieuwe Terugkeer-naar-werk barometer een reeks sleutelgegevens die essentieel zijn om de evaluatie op te volgen van de arbeidsongeschiktheid en het Terugkeer-naar-werk beleid. Dit nieuwe instrument geeft ons de impact van de genomen maatregelen en geeft ons informatie over de toekomstige weg te volgen.

## IV. Hervorming van de eerstelijns psychologische zorg

Overeenkomst betreffende de financiering van de psychologische zorg in de eerste lijn – Positieve resultaten – Afname van de mentale klachten – Toename van het dagelijks leven en de veerkracht – Sneller toegang tot zorg – Systeem van de overeenkomst steeds meer gevolgd – Vermindering van absenteïsme en presenteïsme – Nieuwe innovatie aanpak

Vraag nr. 165, gesteld op 24 december 2024, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid, door mevrouw TATON, volksvertegenwoordigster<sup>1</sup>

Sinds 1 september 2021 vonden al 410.022 mensen de weg naar een geconventioneerde psycholoog of orthopedagoog in de eerstelijnszorg. Het gaat meerbepaald over 145.533 kinderen en jongeren tot en met 23 jaar en 264.489 volwassenen. Die nieuwe cijfers werden onlangs bekendgemaakt op het dashboard *Mental Health Care* van het Intermutualistisch Agentschap.

De hervorming van onze geestelijke gezondheidszorg die u de voorbije legislatuur in de steigers gezet hebt, is niet alleen een ongeziene investering om psychologische zorg veel toegankelijker en betaalbaarder te maken, maar ook een heuse systeemwijziging, zowel op het stuk van de benadering als met betrekking tot de aanpak van onze geestelijke gezondheidszorg. Het doel van deze hervorming is om voor maximale geestelijke gezondheid te zorgen en kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg te waarborgen: nabij, toegankelijk en laagdrempelig.

Via de nieuwe overeenkomst kunnen mensen met psychische moeilijkheden voor wie professionele hulp aangewezen is bij een geconventioneerde psycholoog of orthopedagoog terecht.

Dat kan in een praktijk maar ook daarbuiten, zoals bij de huisarts, op school, in een OverKophuis, bij het OCMW en in de gevangenis. De eerste sessie is volledig gratis. Vanaf de tweede sessie betalen volwassenen 11 EUR remgeld per individuele sessie, of 4 EUR als ze recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Groepssessies kosten 2,5 EUR. Jongeren onder de 24 jaar kunnen gratis gebruikmaken van dit aanbod.

In België vonden al 410.022 mensen de weg naar dit aanbod. Concreet gaat het over 145.533 jongeren en 264.489 volwassenen.

1. Welke balans maakt u op van de door u geïnitieerde systeemhervorming van de geestelijke gezondheidszorg, die er bovenal toe strekte deze zorg zo toegankelijk mogelijk te maken door de financiële drempels te verlagen.

2. Welke bepalingen van de overeenkomst wilt u in de toekomst nog aanpassen?

1. Bulletin 007, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 167.

## Antwoord

Ik beschouw de resultaten die bereikt zijn door middel van de overeenkomst van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) betreffende de financiering van de psychologische zorg in de eerste lijn als positief. Dit wordt niet alleen bevestigd door de cijfers van het dashboard met een toenemend aantal burgers die de weg naar de conventie vinden en een stijging van het aantal geconventioneerde klinisch psychologen en orthopedagogen. Een wetenschappelijke equipe van de KUL Leuven en de Universit  de Liège, hebben een rapport geschreven waarin de conventie werd geëvalueerd en aanbevelingen geformuleerd. Dit rapport heb ik destijds ook aan de commissie bezorgd. Dit rapport schoof verschillende bevindingen naar voren.

Op patiënten- en gemeenschapsniveau toont het onderzoek aan dat na gemiddeld zes sessies de mentale klachten afnemen en de kwaliteit van het dagelijks leven en de veerkracht toeneemt. Bovendien hebben patiënten sneller toegang tot zorg: 40 % van de patiënten komen voor het eerst in contact met de zorg via deze overeenkomst, en de mediane tijd die nodig is om psychologische zorg te zoeken is vier jaar (ten opzichte van het gemiddelde van 10   15 jaar in België). Ten slotte lijkt het dat de bevolkingsgroepen in kwetsbare en prec ire socio-economische of socio-demografische posities effectief bereikt worden en dat de innovatieve praktijken hun toegang tot de zorg bevorderen.

Op het niveau van de geconventioneerde klinisch psychologen/orthopedagogen toont het onderzoek dat de filosofie en het systeem van de overeenkomst steeds meer gevolgd wordt.

Over het algemeen bleek dat voor de geconventioneerde psychologische zorg in de eerste lijn, verstrekt via de overeenkomst, de klinische validiteit bewezen is en er een positief effect is op het verminderen van absent isme en presente isme.

Op basis van de aanbevelingen van de wetenschappelijke evaluatiestudie van de overeenkomst (EPCAP 1.0 en EPCAP 2.0) en de feedback van op het veld en van de partners, waaronder de patiënten- en familieorganisaties, werd de overeenkomst vernieuwd voor de periode 2024-2026.

De samenwerking met andere eerstelijnsactoren wordt versterkt, voornamelijk via de ondersteunende opdrachten, artikel 8 van de RIZIV-conventie, die de competenties rond psychologische zorg van actoren, zoals leerkrachten, huisartsen, enz. versterken. In 2025 worden specifieke stappen gezet met Domus Medica en SSMG voor het ontwikkelen van een samenwerking en uitwisseling met de huisartsen.

Het outreachend werken, op plaatsen waar kwetsbare personen samenkomen, wordt specifiek gestimuleerd binnen de functie van gemeenschapsgerichte interventies. Het gaat onder meer over laagdrempelige psycho-educatieve groepinterventies die de kennis van het mentaal welzijn en de veerkracht voor deze groepen versterken.

Deze innovatieve aanpak vraagt echter ook een aanpassing aan de traditionele zelfstandige praktijkvoering en een cultuurverandering bij de klinisch psychologen en orthopedagogen en de eerstelijnsactoren. Zij worden ondersteund door vormingsprogramma's aangeboden door de FOD Volksgezondheid.

## V. Aanvragen bij het Terug-Naar-Werkfonds

Verdubbeling van het aantal opgestarte trajecten in 2024 –  
Doelgroep wordt uitgebreid - Meer werkgevers te informeren  
- Communicatie harmoniseren

Vraag nr. 187, gesteld op 9 januari 2025, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelings-samenwerking en Grootstedenbeleid, door mevrouw DÉSIR, volksvertegenwoordigster<sup>1</sup>

In 2024 lanceerde u samen met het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) twee nieuwe maatregelen om langdurig zieken te helpen terug aan het werk te gaan:

- het Terug-naar-werkfonds
- en werkhervattingspremies voor werkgevers.

Tot nu toe zijn er bij het Terug-naar-werkfonds minder dan twintig aanvragen van langdurig arbeidsongeschikte werknemers geregistreerd om begeleiding te krijgen bij een terugkeer naar werk. Op basis van gegevens van het RIZIV lijkt het succes van deze maatregel, die sinds april 2024 van kracht is, inderdaad erg beperkt.

Daarenboven werden de premies voor langdurig zieken voor het volgen van een opleiding en voor het succesvol beëindigen van een opleiding, waarmee langdurig arbeidsongeschikte werknemers ertoe aangemoedigd werden om in te stappen in een re-integratietraject van het RIZIV, vervangen door premies die rechtstreeks aan werkgevers betaald worden voor het in dienst nemen (of aan het werk houden) van arbeidsongeschikte werknemers. De afschaffing van die premies heeft felle reacties uitgelokt van de ziekenfondsen: zij beschouwden ze als hoeksteen van de re-integratietrajecten en een echte stimulans voor langdurig zieken. Ze waren ook verontwaardigd over de gelijktijdige verhoging van de premies voor werkgevers. Momenteel lijkt het erop dat de afschaffing van die premies de RIZIV-trajecten minder aantrekkelijk maakt.

Welke balans maakt u op van het Terug-naar-Werkfonds, nu de toekomstige arizonaregering forse maatregelen overweegt om langdurig zieken opnieuw aan het werk te krijgen?

1. Kunt u een kwalitatieve beoordeling geven van de door het Terug-naar-werkfonds behandelde dossiers?
2. Kunt u de lijst bezorgen van organen waarnaar langdurig zieken die een beroep op dat fonds deden, werden doorverwezen?
3. Welke middelen wil het RIZIV inzetten om het aantal door het Fonds behandelde dossiers te verhogen?
4. Hoeveel werkhervattingspremies werden er aan werkgevers uitbetaald?
5. Welke evaluatie maakt u van de afschaffing van de premies voor het volgen en succesvol beëindigen van opleidingen en van de impact daarvan op de aantrekkelijkheid van re-integratietrajecten?

1. Bulletin nr. 006, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 234.

## Antwoord

Ik ga beginnen met uw laatste vraag. Om de impact van het afschaffen van de opleidings- en begeleidingspremies te beschrijven moeten we zeker ruimer kijken dan alleen naar het TNW-fonds en de werkhervattingspremies. Die twee maatregelen zijn nieuwe maatregelen, dus extra's op wat al bestond met name de trajecten via de arbeidsbemiddelingsdiensten en de gedeeltelijke werkhervattingen.

In 2024 zien we het aantal opgestarte trajecten bij zowel *le Forem*, Actiris, Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB) en *Arbeitsamt der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens* (ADG) substantieel stijgen van 5.612 in 2022, naar 8.520 in 2023 en 6.261 alleen al in de eerste helft van 2024. Bovendien zien we het aantal mensen dat zich spontaan aanmeldt bij de arbeidsbemiddelingsdienst, de zogenaamde "routing C", maand na maand stijgen. Het afschaffen van die premies heeft dus zeker geen negatieve impact gehad op de motivatie om een begeleiding te starten. Integendeel, we zien in 2024 bijna een verdubbeling van het aantal opgestarte trajecten ten opzichte van 2022. Terwijl die premies op 1 januari 2024 werden afgeschaft.

Het is inderdaad zo dat het TNW-fonds op dit moment eerder een beperkt aantal geïnteresseerden aantrekt. Maar dat heeft eerder te maken met het feit dat de doelgroep die er gebruik van kan maken voorlopig nog sterk afgebakend is, met name de personen waarvan de overeenkomst door de werkgever werd verbroken wegens medische overmacht. Vanaf april dit jaar wordt die groep uitgebreid naar alle personen die meer dan een jaar arbeidsongeschikt erkend zijn. Ik wil benadrukken dat het voucher-systeem niet in de plaats komt van de trajecten via de publieke bemiddelingsdiensten. Het is een systeem dat het mogelijk maakt dat ook private dienstverleners hun diensten kosteloos ter beschikking kunnen stellen van de doelgroep van langdurig zieken. U zult het met mij eens zijn dat we met een diverser aanbod, ook een omvangrijkere groep kunnen bereiken.

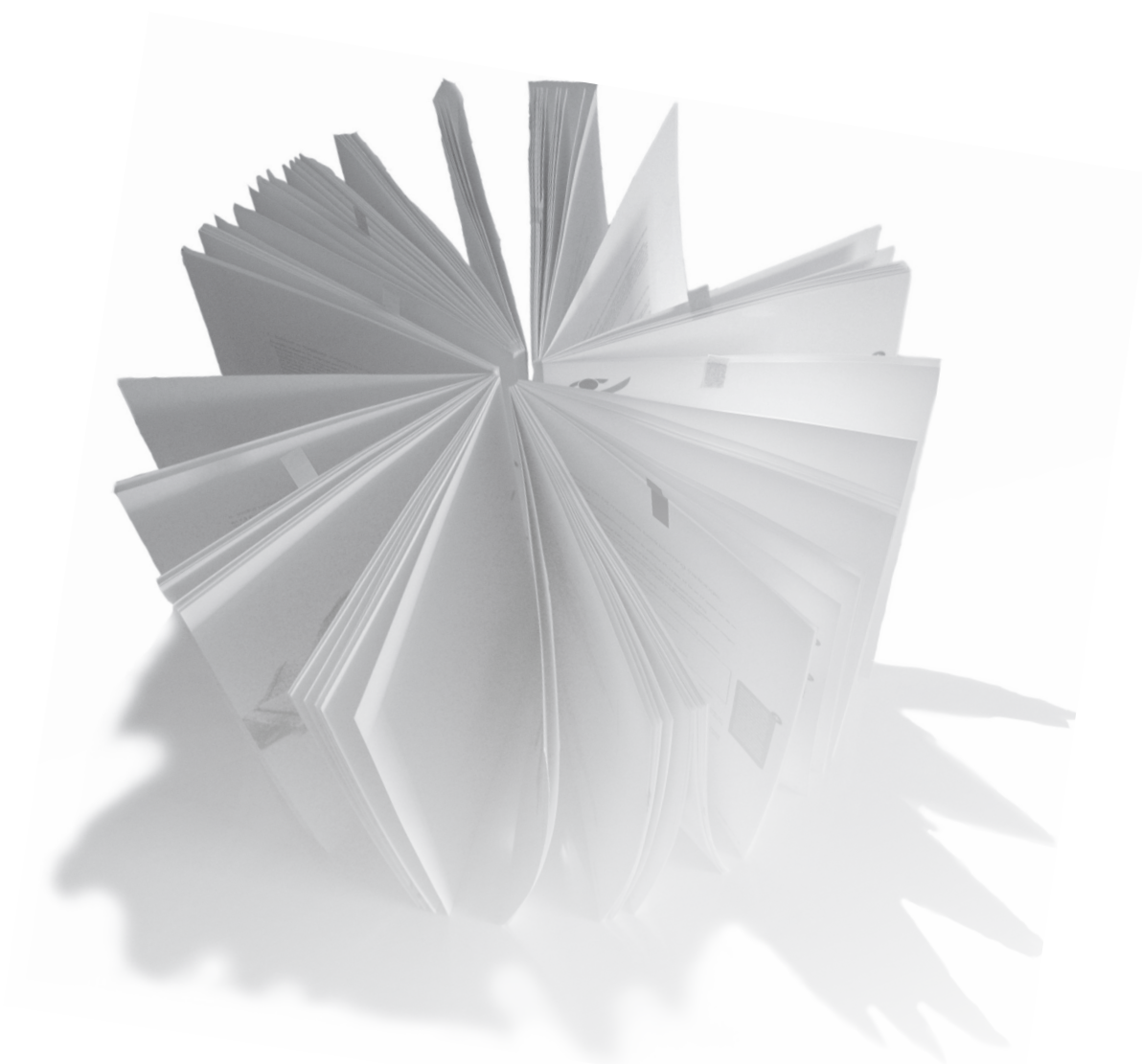
Het is op dit moment nog te vroeg om een kwalitatieve evaluatie van de trajecten te maken, daarvoor zijn er nog te weinig cases, en voor de erkende dienstverleners en de locaties waar begeleiding gevolgd kan worden verwijs ik u graag naar de website van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) (<https://webapps.riziv-inami.fgov.be/silverpages/ServiceProvider>). U kunt daar zien dat geïnteresseerden op 439 locaties, verspreid over België, een begeleiding via het TNW-fonds kunnen krijgen.

Om de huidige doelgroep, met name de personen waarvan de arbeidsovereenkomst werd verbroken wegens medische overmacht door de werkgever, beter te kunnen bereiken stuurt het RIZIV informatie over het TNW-fonds naar elke persoon waarvoor een werkgever een bijdrage stort in het TNW-fonds. Wanneer de doelgroep uitbreidt naar alle arbeidsongeschikte personen die langer dan een jaar erkend zijn, zullen ook de TNW-coördinatoren actief naar deze vorm van dienstverlening kunnen doorverwijzen. Bovendien overlegt het RIZIV regelmatig met Federgon, de koepel van HR-dienstverleners, over de manier waarop de communicatie op elkaar kan afgestemd worden.

Tot en met het tweede kwartaal van 2024 werden ongeveer 1.690 werkhervattingspremies toegekend. Dat is gestegen van ongeveer 60 in het derde kwartaal van 2023 naar 660 in het tweede kwartaal van 2024. Dat is nog steeds maar een fractie van het aantal mensen dat via een gedeeltelijke werkhervatting aan het werk gaat. Het zijn onder andere de sociale secretariaten die zich engageren om meer werkgevers te informeren over het bestaan van de premie.



4<sup>e</sup> Deel  
Richtlijnen  
van het RIZIV



## De vergoeding van het geboorteverlof in het stelsel van de werknemers

De **wet van 10 augustus 2001** betreffende de verzoening van werkgelegenheid en kwaliteit van het leven (gepubliceerd in het B.S. van 15.09.2001) heeft een vaderschapsverlof ingevoerd voor de werknemers verbonden door een arbeidsovereenkomst (art. 30 § 2 van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten).

Deze bepalingen zijn in werking getreden op 1 juli 2002.

De **wet van 13 april 2011** tot wijziging, wat betreft de meeouders, van de wetgeving inzake het geboorteverlof (gepubliceerd in het B.S. van 10.05.2011) heeft vanaf 20 mei 2011 het recht op 'vaderschapsverlof' onder bepaalde voorwaarden uitgebreid tot een recht voor de meeoeder ('geboorteverlof').

De **programmawet van 20 december 2020** (gepubliceerd in het B.S. van 30.12.2020) heeft het recht op vaderschaps- of geboorteverlof van tien dagen opgetrokken tot:

- vijftien dagen voor de geboortes die plaatsvinden vanaf 1 januari 2021
- twintig dagen voor de geboortes die plaatsvinden vanaf 1 januari 2023.

Het **koninklijk besluit van 10 januari 2021** tot wijziging van artikel 223<sup>bis</sup> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (gepubliceerd in het B.S. van 18.01.2021) brengt in dit kader de nodige aanpassingen in artikel 223<sup>bis</sup> van het voormelde koninklijk besluit van 3 juli 1996 aan.

De **verordening van 20 januari 2021** tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (gepubliceerd in het B.S. van 24.02.2021) past de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 naar aanleiding van de voormelde wijzigingen aan.

De **wet van 7 oktober 2022** (gepubliceerd in het B.S. van 31.10.2022) vervangt de begrippen vaderschaps- en geboorteverlof door de enkele notie geboorteverlof en heeft enkele bijkomende aanpassingen aangebracht aan de tekst van artikel 30 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten met betrekking tot de door de werknemer aan zijn werkgever te verstrekken informatie en de (niet-) hernieuwing van een arbeidsovereenkomst voor het verrichten van tijdelijke arbeid of een arbeidsovereenkomst voor bepaalde duur.

Het **koninklijk besluit van 23 september 2022** tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (gepubliceerd in het B.S. op 30.09.2022) bepaalt in het bijzonder, in het kader van de omzetting van de Europese richtlijn (EU) 2019/1158 (*richtlijn betreffende het evenwicht tussen werk en privéleven*), dat seizoenarbeiders, arbeiders bij tussenpozen en deeltijdse werknemers hun wachttijd doorlopen als ze 133 arbeidsuren of gelijkgestelde uren hebben gewerkt tijdens een periode van zes maanden, op voorwaarde dat ze zich in de onmogelijkheid bevinden om 400 arbeidsuren tijdens deze zes maanden wegens hun arbeidsregeling te bewijzen.

De **verordening van 19 juni 2024** tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (gepubliceerd in het B.S. van 13.09.2024), maakt, (ten vroegste\*) vanaf 1 januari 2025, de aangifte maandelijks door de werkgever van de aan het ziekenfonds mee te delen gegevens van het geboorteverlof. Het (door de verzekeringsinstelling en de werkgever in te vullen) luik van het inlichtingenblad werd in die zin aangepast. Een eerste maandelijks betaling zal dus mogelijk zijn vanaf woensdag 1 januari 2025.

(\*de gegevens over de dagen geboorteverlof voorafgaandelijk 01.01.2025 die nog niet voorheen zouden zijn aangegeven, worden echter uiterlijk op maandag 03.02.2025 aangegeven).

Deze omzendbrief licht het geboorteverlof voor de werknemers toe en verduidelijkt de uitvoeringsmaatregelen in het kader van de sector van de uitkeringen.

De toelichting betreft in de eerste plaats het recht op geboorteverlof bedoeld in artikel 30, § 2 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten, dus het recht op geboorteverlof voor de werknemers verbonden door een arbeidsovereenkomst. Zij heeft evenwel ook betrekking op de niet door een arbeidsovereenkomst verbonden gerechtigden in de uitkerings- en moederschapsverzekering die werken in gelijkaardige omstandigheden en op basis van de op hen van toepassing zijnde arbeidsreglementering kunnen genieten van een dergelijk verlof *onder dezelfde voorwaarden* als de verzekerden verbonden door een arbeidsovereenkomst in de zin van de voormelde wet van 3 juli 1978.

## I. Geboorteverlof – Arbeidsrechtelijk kader

### I.1. Duur van de periode van geboorteverlof

De duur van het geboorteverlof bedraagt maximaal **twintig dagen** voor de geboortes die plaatsvinden sinds 1 januari 2023.

De betrokkene kan slechts dagen geboorteverlof opnemen voor de dagen waarop hij normaal zou hebben gewerkt volgens zijn arbeidsregeling (*cf. infra*, I.2).

Een deeltijds werknemer (uniform begrip) kan tevens aanspraak maken op twintig dagen geboorteverlof. Het gemiddelde aantal arbeidsuren per week van de werknemer (factor Q – uniform begrip) heeft in dit kader met andere woorden geen impact.

Het gemiddelde aantal arbeidsdagen per week (arbeidsregeling – uniform begrip) heeft in dit kader daarentegen wel een impact.

De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, bijzondere modaliteiten vastleggen inzake het recht op geboorteverlof ten aanzien van bepaalde werknemers die niet tewerkgesteld worden in een arbeidsregeling gespreid over vijf dagen per week (*vgl.* art. 30, § 3 van de voormelde wet van 03.07.1978).<sup>1</sup> Deze bepaling is nog niet verder uitgevoerd.

*Bij verandering van werkgever* tijdens de periode van vier maanden te rekenen vanaf de dag van de bevalling, heeft de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg ons meegedeeld dat de werknemer bij zijn nieuwe werkgever geen aanspraak zal kunnen maken op de dagen geboorteverlof die hij al bij zijn vorige werkgever heeft opgenomen, maar dat hij echter nog het saldo aan dagen van geboorteverlof zal kunnen uitputten waarop hij recht heeft bij zijn nieuwe werkgever (twintig dagen te verdelen over de tewerkstellingen **achtereenvolgend** uitgeoefend bij A en vervolgens bij B). De toekenning van het recht op geboorteverlof is gekoppeld aan een eenmalige gebeurtenis, namelijk de geboorte van een kind, en dit recht op verlof wordt slechts één maal toegekend.

In geval van een **gelijktijdige** (deeltijdse) tewerkstelling bij twee verschillende werkgevers heeft de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg ons meegedeeld dat de werknemer echter wegens de algemene formulering van artikel 30, § 2 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten in beginsel ten aanzien van elke werkgever een recht op twintig dagen geboorteverlof zal kunnen inroepen twintig dagen opgenomen in het kader van de deeltijdse tewerkstelling uitgeoefend bij A en (twintig dagen opgenomen in het kader van de deeltijdse tewerkstelling uitgeoefend bij B).

1. De programmawet van 02.08.2002 heeft in dit opzicht de bepalingen van art. 30, § 3 van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten gewijzigd.

## I.2. Termijn waarbinnen het geboorteverlof dient te worden opgenomen

Het geboorteverlof moet worden opgenomen **binnen vier maanden te rekenen vanaf de dag van de bevalling**. De dag van de bevalling is begrepen in de periode van vier maanden. De werknemer die wenst gebruik te maken van het recht op geboorteverlof moet zijn werkgever voorafgaandelijk informeren.<sup>2</sup> De twintig dagen mogen in één keer worden opgenomen of gespreid worden opgenomen.

In dit verband heeft de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg ons bevestigd dat het niet vereist is dat de werknemer een arbeidsovereenkomst heeft op het ogenblik van de geboorte van het kind. Het volstaat dat de werknemer een arbeidsovereenkomst heeft binnen vier maanden vanaf de geboorte van het kind en hij dus het geboorteverlof geheel of gedeeltelijk kan opnemen tijdens de volledige of gedeeltelijke periode van vier maanden vanaf de geboorte van het kind gedekt door een arbeidsovereenkomst.

De dagen van geboorteverlof kunnen slechts worden opgenomen op dagen waarop de betrokkene normaal zou hebben gewerkt volgens zijn arbeidsregeling.

Wanneer de uitvoering van de arbeidsovereenkomst reeds geschorst is wegens een bepaalde reden, andere dan geboorteverlof, kan de betrokkene voor die periode van schorsing geen aanspraak maken op geboorteverlof.



*Voorbeeld:*

Een voltijdse bediende (werkt van maandag tot vrijdag) is arbeidsongeschikt erkend vanaf 1 januari tot en met 31 augustus. Zijn echtgenote is bevallen op 15 maart. Aangezien het tijdvak van vier maanden, te rekenen vanaf de dag van de bevalling, volledig valt in een tijdvak waarin de uitvoering van de arbeidsovereenkomst reeds geschorst was (wegens arbeidsongeschiktheid), kan de betrokkene geen geboorteverlof opnemen en bijgevolg geen aanspraak maken op uitkeringen wegens geboorteverlof.

## I.3. Rechthebbenden op geboorteverlof

Er geldt een **rangorderegeling** inzake het opnemen van de twintig dagen verlof naar aanleiding van de geboorte van een kind.

Principieel kan *slechts één werknemer* het geboorteverlof voor eenzelfde kind in de volgende rangorde opnemen:

- 1) *de werknemer langs wiens zijde de afstamming vaststaat*

Wanneer de afstamming langs vaderszijde of meemoederszijde vaststaat, kan uitsluitend deze werkne(e)m(st)er aanspraak maken op geboorteverlof.

Het is niet van belang of de vader of de meemoeder de twintig dagen geboorteverlof al dan niet opneemt.

Het al dan niet bestaan van een afstammingsband langs vaderszijde of meemoederszijde moet worden beoordeeld op het ogenblik dat de meeoeder het geboorteverlof wenst op te nemen (dit is op het ogenblik waarop de aanvraag wordt ingediend). Indien op dat ogenblik alle toekenningsvoorwaarden in hoofde van de meeoeder vervuld zijn, kan deze aanspraak maken op geboorteverlof, zelfs indien de biologische vader nadien alsnog het kindje zou erkennen, behoudens in geval van kwade trouw in hoofde van de moeder of de meeoeder (bijvoorbeeld wanneer kan worden aangetoond dat de moeder of meeoeder wist dat de afstammingsband langs vaderszijde nog zou worden vastgesteld via erkenning).

2. Het is voortaan expliciet bepaald in art. 30, § 3/1 van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten.

Bij ontstentenis van een afstammingsband langs vaderszijde of meemoederszijde, komt het recht op geboorteverlof achtereenvolgens toe aan:

2) *de werknemer die wettelijk samenwoont met de moeder, bij wie het kind zijn hoofdverblijfplaats heeft en die niet verbonden is door een band van bloedverwantschap die leidt tot een huwelijksverbod waarvoor de Koning geen ontheffing kan verlenen.*

3) *de werknemer die sedert een onafgebroken periode van drie jaar voorafgaand aan de geboorte op permanente en affectieve wijze samenwoont met de moeder, bij wie het kind zijn hoofdverblijfplaats heeft en die niet verbonden is door een band van bloedverwantschap die leidt tot een huwelijksverbod waarvoor de Koning geen ontheffing kan verlenen.*

Het gaat om een periode van samenwoning van ten minste drie jaar *voorafgaand aan de geboorte*, dit wil zeggen minstens drie jaren berekend van datum tot datum en dus niet drie kalenderjaren, bijvoorbeeld de moeder en de meouder van een kind, geboren op 15 maart 2025, dienen minstens permanent te hebben samengewoond sinds 15 maart 2022.



**Opmerking:** de voorwaarde van 2) en 3) over de hoofdverblijfplaats van het kind is niet van toepassing als het kind doodgeboren is.

#### I.4. Vergoeding van het geboorteverlof

Voor de eerste drie dagen afwezigheid ontvangt de werknemer zijn normale loon (*vgl.* art. 30, § 2 van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten).

Voor de volgende dagen heeft de betrokkene recht op een uitkering die betaald wordt door zijn ziektefonds (*vgl.* art. 223bis van het K.B. van 03.07.1996): maximum **zeventien dagen** voor de geboortes sinds 1 januari 2023.

#### I.5. Geboorteverlof opgenomen door een weekendwerker

Voor de weekendwerkers (arbeidsregime van twee dagen per week – 24u / 24u) tewerkgesteld in uitvoering van een collectieve arbeidsovereenkomst gesloten op basis van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 42, gesloten in de Nationale Arbeidsraad op 2 juni 1987 betreffende de invoering van nieuwe arbeidsregelingen in de ondernemingen, heeft de Federale Overheidsdienst Werk, Arbeid en Sociaal Overleg ons bevestigd dat zij ook recht hebben op twintig dagen geboorteverlof (voor de geboortes sinds 01.01.2023). Het is daarom niet langer nodig om een specifieke vergoedingsregeling op hen toe te passen.

De totale vergoeding die zij zouden kunnen ontvangen, wordt echter beperkt in functie van het maximale totaalbedrag van de daguitkeringen (17 uitkeringen) waarop een werknemer die (gemiddeld) vijf dagen per week is tewerkgesteld, zou kunnen aanspraak maken (*cf. infra*, II.3).

De wet van 17 maart 1987 betreffende de invoering van nieuwe arbeidsregelingen in de onderneming<sup>3</sup> (art. 4, § 2), bepaalt bovendien dat de werknemer die afwezig is, met name ter gelegenheid van de geboorte van een kind van wie de afstamming ten aanzien van hem vaststaat, recht heeft op een dagloon dat gelijk is aan 1/5 of 1/6 van het loon van de gemiddelde wekelijkse arbeidsduur van de betrokken werknemer, afhankelijk of de arbeidsregeling van de andere werknemers in de onderneming 5 of 6 dagen per week omvat.

#### I.6. Geboorteverlof en de geboorte van een meerling

In geval van de geboorte van een meerling worden de dagen geboorteverlof slechts één maal toegekend.

3. Deze regeling heeft tot doel de ondernemingen toe te laten om, onder bepaalde voorwaarden, nieuwe arbeidsregelingen in te voeren die het mogelijk moeten maken de werktijd van de onderneming te verlengen of aan te passen met het oog op de bevordering van de werkgelegenheid (*wet van 17.03.1987 betreffende de invoering van nieuwe arbeidsregelingen in de ondernemingen, art. 1 en de CAO nr. 42 afgesloten op 02.06.1987 in de Nationale Arbeidsraad, artikel 6*).

## 1.7. Geboorteverlof in geval van een levenloos geboren kind

Het geboorteverlof kan slechts door een gerechtigde worden opgenomen op voorwaarde dat de moeder “bevallen” is. Er is sprake van een bevalling, zodra er een kind levend (leefbaar) op de wereld komt, ongeacht de duur van de zwangerschap.

Als het kind daarentegen doodgeboren is, is het recht op geboorteverlof en de toekenning van de uitkeringen wegens geboorteverlof slechts mogelijk in geval van een zwangerschapsduur van ten minste 180 dagen.<sup>4</sup>

Ter herinnering (*cf. supra*, I.3), de voorwaarde met betrekking tot de hoofdverblijfplaats van het kind is niet van toepassing wanneer het kind doodgeboren is.

## 1.8. Cumulatieverbod met andere risico's

### 1.8.1. MOEDERSCHAPSRUST EN GEBORTEVERLOF

Er is uitdrukkelijk bepaald dat *het recht op moederschapsverlof voor eenzelfde ouder het recht op geboorteverlof uitsluit*.

Een moeder die moederschapsrust opneemt, kan nooit als ‘meemoeder’ een geboorteverlof voor hetzelfde kind opnemen.

### 1.8.2. OMGEZET MOEDERSCHAPSVERLOF EN GEBORTEVERLOF

De werknemer die in toepassing van artikel 39, zesde lid van de arbeidswet van 16 maart 1971 het omgezet moederschapsverlof opneemt, kan niet langer aanspraak maken op het geboorteverlof.

Indien de betrokkene echter al voorheen dagen van geboorteverlof zou hebben opgenomen, blijven deze opgenomen dagen van geboorteverlof behouden.

### 1.8.3. ADOPTIEVERLOF EN GEBORTEVERLOF

Er is uitdrukkelijk bepaald dat *het recht op geboorteverlof in mindering wordt gebracht van het recht op adoptieverlof*.

Het adoptieverlof primeert dus op het geboorteverlof.

Dit betekent *in concreto* dat een meemoeder die geopteerd heeft voor het adopteren van het kindje van de partner en in dit kader het recht op adoptieverlof uitoefent, nadien het recht op geboorteverlof niet langer kan uitoefenen.

Indien de betrokkene de dagen geboorteverlof al dan niet volledig heeft opgenomen en vervolgens adoptieverlof wenst op te nemen, zal de periode van adoptieverlof worden verminderd met de opgenomen dagen van geboorteverlof.

Vermits het adoptieverlof enkel kan worden opgenomen per week of per veelvoud van weken (het moet gaan om een ononderbroken periode) en het geboorteverlof gespreid kan worden opgenomen in één of meerdere dagen, moet het adoptieverlof worden verminderd:

- met één week voor een meemoeder die reeds één tot vijf dagen geboorteverlof heeft opgenomen
- met twee weken voor een meemoeder die reeds zes tot tien dagen geboorteverlof heeft opgenomen
- met drie weken voor een meemoeder die reeds elf tot vijftien dagen geboorteverlof heeft opgenomen
- met vier weken voor een meemoeder die reeds zestien tot twintig dagen geboorteverlof heeft opgenomen.

4. Vgl. de toepassing naar analogie van de regeling die geldt in geval van moederschapsrust: art. 39, tweede lid van de arbeidswet van 16.03.1971 (“Wanneer de werknemster bevalt van een levenloos kind, wordt de arbeidsonderbreking toegekend op voorwaarde dat de zwangerschap minimaal honderdtachtig dagen heeft geduurd te rekenen van de verwekking.”) en art. 114, vierde lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 (“Wanneer de gerechtigde bevalt van een levenloos kind, zijn het eerste tot het derde lid van toepassing, op voorwaarde dat de zwangerschap minimaal honderdtachtig dagen heeft geduurd te rekenen van de verwekking.”).

## II. Geboorteverlof en sector van de uitkeringen

### II.1. Voorwaarden betreffende de hoedanigheid van gerechtigde en verzekerbarevoorwaarden

#### II.1.1. BEGRIP WERKNEMER

a) De betrokkene kan enkel aanspraak maken op de uitkeringen voor geboorteverlof op voorwaarde dat hij nog steeds verbonden is door een arbeidsovereenkomst (of werkt in gelijkaardige omstandigheden).

De werknemer die een vergoeding wegens de verbreking van de arbeidsovereenkomst ontvangt, kan echter geen aanspraak maken op de uitkeringen.

Het moet bijgevolg gaan om een gerechtigde bedoeld in artikel 86, § 1, 1<sup>o</sup>, a), van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, met uitzondering van de werknemer die een vergoeding geniet wegens verbreking van de arbeidsovereenkomst bedoeld in voormeld artikel.

Een gecontroleerd werkloze kan dus principieel geen aanspraak maken op uitkeringen voor geboorteverlof.

 **Uitzondering:** de vrijwillig deeltijds werknemer en de deeltijds werknemer met behoud van rechten zoals bedoeld in de werkloosheidsreglementering (het gaat ook om gecontroleerd werklozen) kunnen daarentegen geboorteverlof opnemen aangezien zij door een arbeidsovereenkomst zijn verbonden.

b) Ook een contractueel personeelslid in overheidsdienst kan aanspraak maken op het geboorteverlof. Indien dit personeelslid, ingevolge de verlofregeling die op hem van toepassing is, recht heeft op het loon voor meer dan drie dagen, heeft hij enkel recht op de uitkeringen voor geboorteverlof voor het saldo van het verlof (met toepassing van art. 103, § 1, 1<sup>o</sup> van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

#### II.1.2. VERZEKERBAARHEIDSVORWAARDEN

Het is niet voldoende dat de sociaal verzekerde verbonden is door een arbeidsovereenkomst (of werkt in gelijkaardige omstandigheden). De betrokkene moet tevens voldoen aan de verzekerbarevoorwaarden die gelden in het kader van de moederschapsverzekering.

Wat in het bijzonder de *wachttijd* betreft, dient hij dus een wachttijd van **zes** maanden te vervullen waarin hij 120 arbeidsdagen of gelijkgestelde dagen (voltijds werknemer) of 400 arbeidsuren of gelijkgestelde uren (deeltijds werknemer) moet bewijzen, en er moet voldaan zijn aan de voorwaarden inzake het aan te tonen bedrag aan loon.

Seizoenarbeiders, arbeiders met tussenpozen en deeltijdse werknemers vervullen echter ook<sup>5</sup> hun wachttijd als ze tijdens een periode van zes maanden 133 arbeidsuren of gelijkgestelde uren kunnen aantonen, op voorwaarde dat ze, wegens hun arbeidsregeling, niet in staat zijn om 400 arbeidsuren te vervullen gedurende deze periode van zes maanden.

 **Opmerking:** de dagen gedekt door een uitkering toegekend tijdens het geboorteverlof, worden gelijkgesteld met arbeidsdagen in het kader van het onderzoek van de verzekerbarevoorwaarden.

### II.2. Procedure voor het verkrijgen van de uitkeringen voor geboorteverlof

(art. 10 en art. 52<sup>sexies</sup>, § 1 van de verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, § 1, 5<sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994)

De betrokkene moet een aanvraag indienen bij zijn ziekenfonds. Hier gelden geen specifieke vormvereisten.

5. Wegens de implementatie van de Europese richtlijn (EU) 2019/1158 *evenwicht tussen werk en privéleven* (cf. *supra*).

Bij deze aanvraag moeten de volgende bewijsstukken gevoegd worden:

***Bewijsstuk toe te voegen door de werknemer langs wiens zijde de afstamming vaststaat:***

een uittreksel van de geboorteakte (dit laat het ziekenfonds in het bijzonder toe om te controleren of er een wettelijke afstammingsband met de vader of de meemoeder bestaat).

***Bewijsstukken bij te brengen door de meemoeder die wettelijk samenwoont met de moeder van het kindje:***

- een uittreksel uit de geboorteakte (dit laat het ziekenfonds in het bijzonder toe om te controleren of er geen wettelijke afstammingsband met een vader of een meemoeder bestaat)
- een door de verzekerde ondertekende verklaring op erewoord waarbij wordt bevestigd dat de betrokkene de voorwaarden van de voorrangsorte omschreven in artikel 30, § 2 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten vervult om aanspraak te maken op dit verlof en dat hij met de moeder niet verbonden is door een band van bloedverwantschap die leidt tot een huwelijksverbod waarvoor geen ontheffing door de Koning kan worden verleend.

Het ziekenfonds kan via een raadpleging van de gegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen de overige voorwaarden controleren:

- of de moeder en de meemoeder effectief wettelijk samenwonen
- of het kindje is ingeschreven op hetzelfde adres als de moeder en de meemoeder.

***Bewijsstukken bij te brengen door de meemoeder die feitelijk samenwoont met de moeder van het kindje:***

- een uittreksel uit de geboorteakte (dit laat het ziekenfonds in het bijzonder toe om te controleren of er geen wettelijke afstammingsband met een vader of meemoeder bestaat)
- een door de verzekerde ondertekende verklaring op erewoord waarbij wordt bevestigd dat de betrokkene de voorwaarden van de voorrangsorte omschreven in artikel 30, § 2 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten vervult om aanspraak te maken op dit verlof en dat hij met de moeder niet verbonden is door een band van bloedverwantschap die leidt tot een huwelijksverbod waarvoor geen ontheffing door de Koning kan worden verleend.

Het ziekenfonds kan via een raadpleging van de gegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen de overige voorwaarden controleren:

- of de moeder en de meemoeder effectief gedurende een ononderbroken periode van ten minste drie jaar voorafgaand aan de geboorte samenwonen (het affectieve karakter van deze samenwoning kan enkel via de verklaring op erewoord worden aangetoond)
- of het kindje is ingeschreven op hetzelfde adres als de moeder en de meemoeder.



**Opmerking:** in geval van een **levenloos geboren kind** moet de betrokkene aan het ziekenfonds een akte van een levenloos kind bezorgen.

Een akte van een levenloos kind kan op verzoek ook bij minder dan 180 dagen zwangerschap worden opgesteld, meer bepaald als de zwangerschap een duur van 140 tot 179 dagen heeft (vgl. art. 58, § 2 van het Oud B. Wetb.). Het ziekenfonds dient dus steeds over te gaan tot een verificatie van de duur van de zwangerschap vermeld op de akte van een levenloos kind (verplichte vermelding) alvorens uitkeringen toe te kennen. Bij een zwangerschapsduur van 140 tot 179 dagen opent de betrokkene immers geen recht op uitkeringen wegens geboorteverlof.

Na ontvangst van de aanvraag bezorgt het ziekenfonds de betrokkene het inlichtingenblad (*luik in te vullen door de gerechtigde*). Hij dient dit in te vullen en ondertekend terug te sturen naar zijn ziekenfonds.

De werkgever (of zijn mandataris) moet het nodige doen wat het *luik in te vullen door de werkgever* betreft dat is vervangen door de ZIMA 001 (*cf. infra*, II.4).

### II.3. Berekening van het bedrag van de uitkering voor geboorteverlof

(art. 223bis van het K.B. van 03.07.1996)

De uitkering voor geboorteverlof bedraagt 82 % van het gederfd loon van de betrokkene. De maximumloongrens is van toepassing (art. 87, eerste lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 en art. 212 van het K.B. van 03.07.1996).

Artikel 52<sup>quinquies</sup> van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 bepaalt dat het gederfde loon vastgesteld wordt in toepassing van de artikelen 23 tot 28 van dezelfde verordening.

De artikelen 23 tot 28 van de voormelde verordening moeten worden verbonden met de regels omschreven in artikel 2 en artikel 3 van het koninklijk besluit van 10 juni 2001 tot vaststelling van het uniform begrip “gemiddeld dagloon”.

Met toepassing van artikel 2 van het voormelde koninklijk besluit van 10 juni 2001 wordt als gemiddeld dagloon in aanmerking genomen wanneer de werknemer het geboorteverlof (gespreid) opneemt, het gemiddeld dagloon

- waarop de werknemer aanspraak kan maken op het tijdstip waarop het risico, dat aanleiding geeft tot de toekenning van de uitkering, zich voordoet (meer bepaald de eerste dag van het geboorteverlof) als de betrokkene **geen stabiele tewerkstelling** heeft
- waarop de werknemer heeft kunnen aanspraak maken op de laatste dag van het tweede kwartaal voorafgaandelijk het kwartaal waarin het risico, dat aanleiding geeft tot de toekenning van de uitkering, zich voordoet in geval van een **stabiele tewerkstelling** (de desbetreffende tewerkstelling is stabiel gebleven vanaf deze laatste dag van het voormelde tweede kwartaal tot en met de aanvangsdatum van het geboorteverlof).



#### Opmerking:

1) Voor de uitzendkracht en de seizoenarbeider wordt het gederfde loon vastgesteld overeenkomstig artikel 27 van de verordening, *zonder dat op dit loon de op grond van die bepaling vastgestelde reductiecoëfficiënt wordt toegepast.*

2) Als de werknemer – in geval van een verandering van werkgever – het saldo aan geboorteverlof verder opneemt in het kader van de tewerkstelling bij die andere werkgever, wordt voor de berekening van de uitkeringen geen rekening gehouden met het gemiddeld dagloon dat voortvloeit uit de tewerkstelling bij die andere werkgever. Rekening houdend met de bepalingen van het koninklijk besluit van 10 juni 2001 tot vaststelling van het uniform begrip “gemiddeld dagloon” is voor de berekening van de uitkering wegens geboorteverlof immers enkel het gemiddeld dagloon relevant dat voortvloeit uit de arbeidsovereenkomst waarmee de betrokkene *bij de aanvang van het geboorteverlof* is verbonden.

Om het gemiddeld dagloon vast te stellen, wordt echter geen rekening gehouden met het aantal werkdagen (zesdagenweek) dat de periode van geboorteverlof telt, maar wel met het gemiddeld aantal dagen tijdens dewelke de betrokkene normaal gewerkt zou hebben bij het begin van het verlof (arbeidsregime).

#### => Begrenzing van de dagelijkse vergoeding in functie van de dagelijkse loongrens

Aangezien de dagloongrens van toepassing is, moet het bedrag van de daguitkering in voorkomend geval beperkt worden tot het bedrag van de maximumdaguitkering.

Het maximale bedrag van de daguitkering bedraagt 82 % van de dagloongrens. Die wordt uitgedrukt in een stelsel van zes dagen per week (179,5442 EUR vanaf 01.05.2024). Hij moet, indien nodig, worden omgezet in functie van het arbeidsregime van de betrokkene bij het begin van het geboorteverlof (x zes dagen / gemiddeld aantal arbeidsdagen van het arbeidsstelsel van de betrokkene):

- in functie van een week van zes arbeidsdagen, bedraagt het maximumbedrag van de daguitkering wegens geboorteverlof 147,2262 EUR (geboorteverlof dat aanvat vanaf 01.05.2024)

- in functie van een week van vijf werkdagen, bedraagt het maximumbedrag van de daguitkering wegens geboorteverlof 176,6714 EUR (geboorteverlof dat aanvat vanaf 01.05.2024)
- in functie van een week van twee werkdagen, bedraagt het maximumbedrag van de daguitkering wegens geboorteverlof 441,6786 EUR (geboorteverlof dat aanvat vanaf 01.05.2024)
- ... (cf. *infra*, II.3.1)

#### => Begrenzing van de totale vergoeding in functie van een stelsel van 5 werkdagen per week

Het totaalbedrag van de uitkeringen dat wordt toegekend voor het geboorteverlof, mag niet hoger zijn dan het maximale totaalbedrag van alle daguitkeringen wegens het geboorteverlof waarop een werknemer aanspraak kan maken in een arbeidssysteem van vijf dagen per week, namelijk het maximale totaalbedrag van zeventien uitkeringen (in geval van een geboorte sinds 01.01.2023).



Voorbeeld:

Voor de geboorteverloven die aanvangen vanaf 1 mei 2024, bedraagt het maximale bedrag van de daguitkering voor geboorteverlof, in functie van een week van vijf dagen, 176,6714 EUR. Bij een geboorte in januari 2025, mag het maximale totaalbedrag van alle daguitkeringen wegens geboorteverlof niet hoger zijn dan 3.003,39 EUR (17 dagen x 176,67 EUR per dag).

Deze beperking kan aanzienlijke gevolgen hebben voor de weekendwerkers, met name voor diegenen die voltijds werken en de volledige 20 dagen geboorteverlof opnemen waarop zij aanspraak kunnen maken (cf. *supra*, I.5). Om het gemiddelde dagloon te verkrijgen dat in aanmerking moet worden genomen voor de berekening van het bedrag van hun daguitkering wegens geboorteverlof, is het nodig om hun voltijds (wekelijks) loon te delen door twee (gemiddelde) werkdagen per week (zie het voorbeeld, onder II.3.1.2, met twee werkdagen per week).

### II.3.1. ALGEMENE SITUATIES

#### II.3.1.1. Forfaitair per maand betaalde bediende

- De betrokkene **werkt voltijds** (5 dagen per week) en verdient een forfaitair maandloon van 3.500 EUR:

Gederfd loon:  $\frac{3.500 \text{ EUR} \times 12}{(52 \times 5)} = 161,5385 \text{ EUR}$

Bedrag van de uitkering:  $161,5385 \text{ EUR} \times 82 \% = 132,4616 \text{ EUR} = 132,46 \text{ EUR}$

Bedrag lager dan de maximumuitkering:  $147,2262 \text{ EUR} \times (6 / 5) = 176,6714 \text{ EUR} > 132,4616 \text{ EUR}$

- De betrokkene werkt voltijds (5 dagen per week) en verdient een forfaitair maandloon van 5.000 EUR:

Gederfd loon:  $\frac{5.000 \text{ EUR} \times 12}{(52 \times 5)} = 230,7692 \text{ EUR}$

Bedrag van de uitkering:  $230,7692 \text{ EUR} \times 82 \% = 189,2307 \text{ EUR}$  **te beperken tot 176,6714 EUR**

### II.3.1.2. Arbeider met een wekelijks arbeidsregime

- De betrokkene werkt voltijds (vijfdagenweek) en heeft een bruto weekloon van 500 EUR:

Gederfd loon:  $(500 \text{ EUR} / 5) = 100 \text{ EUR}$

Bedrag van de uitkering:  $100 \text{ EUR} \times 82 \% = 82 \text{ EUR}$

Bedrag lager dan de maximumuitkering:  $147,2262 \text{ EUR} \times (6 / 5) = 176,6714 \text{ EUR} > 82 \text{ EUR}$

- De betrokkene werkt twee dagen per week en heeft een bruto weekloon van 1.200 EUR:

Gederfd loon:  $(1.200 \text{ EUR} / 2) = 600 \text{ EUR}$

Bedrag van de uitkering:  $600 \text{ EUR} \times 82 \% = 492 \text{ EUR}$

**Maar te beperken tot:**  $147,2262 \text{ EUR} \times (6 / 2) = 441,6786 \text{ EUR}$

Als het gaat om een weekendwerker die slechts enkele dagen geboorteverlof opneemt (bv. 7 dagen), overschrijdt het totaalbedrag van de uitkeringen (bv. 4 daguitkeringen) het maximale totaalbedrag van alle daguitkeringen van het geboorteverlof niet waarop een werknemer aanspraak kan maken voor een geboorteverlof in een arbeidsregime van vijf dagen per week:

**441,68 EUR per dag x 4 dagen < 17 dagen x 176,67 EUR per dag**

*(geen begrenzing toe te passen)*

Als een weekendwerker daarentegen meer dagen (bv. 10 dagen) geboorteverlof opneemt, overschrijdt het totaalbedrag van de uitkeringen (bv. 7 daguitkeringen) het maximale totaalbedrag van alle daguitkeringen waarop een werknemer aanspraak kan maken voor een geboorteverlof in een arbeidsregime van vijf dagen per week:

**441,68 EUR per dag x 7 dagen > 17 dagen x 176,67 EUR per dag**

*(begrenzing toe te passen)*

### II.3.1.3. Werknemer met een vast jaarloon

De betrokkene is een werknemer met een jaarloon van 28.800 EUR. De betrokkene werkt 4 dagen per week:

Gederfd loon:  $\frac{28.800 \text{ EUR}}{(52 \times 4)} = 138,4615 \text{ EUR}$

Uitkering:  $138,4615 \text{ EUR} \times 82 \% = 113,5384 \text{ EUR} = 113,54 \text{ EUR}$

Uitkering lager dan het maximumbedrag:  $147,2262 \text{ EUR} \times (6 / 4) = 220,8393 \text{ EUR} > 113,5384 \text{ EUR}$

### II.3.1.4. Werknemer met twee tewerkstellingen

- De betrokkene werkt bij werkgever A deeltijds (5 halve dagen per week) en verdient een forfaitair maandloon van 1.541,30 EUR:

Gederfd loon:  $\frac{1.541,30 \text{ EUR} \times 12}{(52 \times 5)} = 71,1369 \text{ EUR}$

Uitkering:  $71,1369 \text{ EUR} \times 82 \% = 58,3323 \text{ EUR}$

Bedrag lager dan de maximumuitkering:  $147,2262 \text{ EUR} \times (6 / 5) = 176,6714 \text{ EUR} > 58,33 \text{ EUR}$

- De betrokkene werkt bij *werkgever B* deeltijds (19 u per week – 5 halve dagen per week) en heeft een uurloon van 14,50 EUR:

Gederfd loon:  $(14,50 \text{ EUR} \times 19) / 5 = 55,1000 \text{ EUR}$

Uitkering:  $55,1000 \text{ EUR} \times 82 \% = 45,1820 \text{ EUR}$

Bedrag lager dan de maximumuitkering:  $147,2262 \text{ EUR} \times (6 / 5) = 176,6714 \text{ EUR} > 45,182 \text{ EUR}$

In geval van een opname van 20 dagen geboorteverlof in het kader van elke tewerkstelling heeft de betrokkene dus recht op 1.759,67 EUR aan uitkeringen (103,51 EUR per dag x 17 dagen). Dit totaalbedrag is lager dan het maximale totaalbedrag van alle daguitkeringen wegens het geboorteverlof waarop een werknemer aanspraak kan maken in een arbeidssstelsel van vijf dagen per week (176,67 EUR x 17 dagen).

### II.3.2. BIJZONDERE SITUATIES

#### II.3.2.1. Werknemer die met de toestemming van de adviserend arts een activiteit als werknemer heeft hervat

(art. 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 en art. 230 van het K.B. van 03.07.1996)

De betrokkene is verbonden door een arbeidsovereenkomst die de voorwaarden en het volume van de activiteit bepaalt. In functie hiervan heeft de betrokkene recht op drie dagen geboorteverlof, betaald door de werkgever, en op zeventien dagen ten laste van het ziekenfonds.

De uitkeringen wegens geboorteverlof worden berekend op het loon uit de toegelaten activiteit. Het bedrag van de uitkeringen wegens geboorteverlof moet eveneens als een “beroepsinkomen” in aanmerking genomen worden voor de toepassing van artikel 230, § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. In dit kader dient er namelijk onder “beroepsinkomen” te worden verstaan, elk inkomen als bedoeld in artikel 17, § 1, 5<sup>o</sup> of artikel 23, § 1, 4<sup>o</sup>, van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 dat een gerechtigde zich door een persoonlijke activiteit verschafft, *evenals elke uitkering, vergoeding of rente die hem wegens het derven van dat inkomen wordt verleend*.



*Voorbeeld:*

De betrokkene is arbeidsongeschikt erkend vanaf 2 december 2024 en kan aanspraak maken op een arbeidsongeschiktheidsuitkering die **78,46 EUR** bedraagt.

*Vgl. het bedrag van het forfaitaire maandloon voor een normale maand van voltijdse tewerkstelling (38 uur per week (factor S)): 3.400 EUR*

Bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering:  $(3.400 \text{ EUR} / 26) = 130,7692 \text{ EUR} \times 60 \% = 78,4615 \text{ EUR}$

Hij heeft een toegelaten activiteit hervat als halftijds bediende op 1 februari 2025 (19 uur per week (factor Q) – 5 halve dagen per week). Het forfaitair maandloon voor een normale maand van deeltijdse tewerkstelling bedraagt 1.700 EUR. Zijn echtgenote is bevallen op zaterdag 1 maart 2025. De betrokkene neemt de 20 dagen geboorteverlof op vanaf maandag 3 maart 2025 tot en met vrijdag 7 maart 2025 (vijf dagen), vanaf maandag 10 maart 2025 tot en met vrijdag 14 maart 2025 (vijf dagen), vanaf maandag 17 maart 2025 tot en met vrijdag 21 maart 2025 (vijf dagen) en vanaf maandag 24 maart 2025 tot en met vrijdag 28 maart 2025 (vijf dagen). De eerste drie dagen vanaf maandag 3 maart 2025 tot en met woensdag 5 maart 2025 worden betaald door de werkgever.

*Bedrag van de uitkering voor geboorteverlof:*

$\frac{1.700 \text{ EUR} \times 12}{52 \times 5} = 78,4615 \text{ EUR} \times 82 \% = 64,3384 \text{ EUR} = 64,34 \text{ EUR}$

*Bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering tijdens het geboorteverlof:*

Alle in het kader van toegelaten activiteit opgenomen uren van geboorteverlof (aangegeven onder de indicatieve prestatiecode "52") vormen gelijkgestelde uren voor de bepaling van de tewerkstellingsbreuk (toepassing van de cumulatieregeling bedoeld in art. 230, § 1 van het K.B. van 03.07.1996). Zij moeten dus als in het kader van de toegelaten activiteit gepresteerde arbeidsuren in aanmerking worden genomen.

Vermits hij het werk halftijds (of 50 %) heeft hervat, worden zijn uitkeringen met 30 % verminderd (= het gedeelte van de tewerkstellingsbreuk dat 1/5<sup>de</sup> of 20 % overschrijdt),  $78,4615 \text{ EUR} \times 0,7 = 54,9231 \text{ EUR} = \textbf{54,92 EUR}$ .

Voor de in het kader van de uitoefening van de toegelaten activiteit opgenomen dagen van geboorteverlof kan hij de uitkeringen voor geboorteverlof cumuleren met de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (bijvoorbeeld: voor donderdag 06.03.2025 ontvangt hij een arbeidsongeschiktheidsuitkering van 54,92 EUR **en** een uitkering voor geboorteverlof van 64,34 EUR).

### **II.3.2.2. Vrijwillig deeltijds werknemer en deeltijds werknemer met behoud van rechten die aanspraak hebben op de inkomensgarantie-uitkering**

Voor de dagen van geboorteverlof, waarover de betrokkene het recht behoudt op de inkomensgarantie-uitkering, kan hij enkel aanspraak maken op de uitkering voor geboorteverlof, berekend op het loon voortvloeiend uit zijn activiteit (vgl. art. 242, § 2 van het K.B. van 03.07.1996).

### **II.3.2.3. Werknemer die zijn beroepsloopbaan gedeeltelijk heeft onderbroken of onderbreekt**

Als de werknemer bij de aanvang van het geboorteverlof in gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking is, wordt de uitkering berekend op basis van het gemiddeld dagloon dat voortvloeit uit de tewerkstelling verricht tijdens de gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking (door middel van een vermindering van de arbeidsprestaties). Indien de betrokkene nog dagen geboorteverlof zou opnemen na het einde van de periode van gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking, dient rekening te worden gehouden met het gemiddeld dagloon dat in aanmerking zou zijn genomen als hij zijn arbeidsprestaties niet had verminderd (vgl. de toepassing van art. 35 van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

Indien de periode van gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking pas zou aanvatten **na** de aanvang van het geboorteverlof, dient de uitkering die betrekking heeft op de dagen geboorteverlof opgenomen tijdens deze gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking, te worden verminderd met het in werkdagen omgezette bedrag van de onderbrekingsuitkering (toepassing van de artn. 232 en 236 van het K.B. van 03.07.1996).

### **II.3.2.4. Werknemer die ook zelfstandige in bijberoep is**

Als de werknemer ook een activiteit als zelfstandige in bijberoep uitoefent, bestaat er geen formeel verbod om op de dagen geboorteverlof de zelfstandige nevenactiviteit verder uit te oefenen. Het mag echter niet de bedoeling van de betrokkene zijn om het geboorteverlof aan te wenden om het volume van zijn activiteit als zelfstandige tijdens die periode in belangrijke mate op te drijven (geen uitoefening van het bijberoep tijdens de uren van schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst wegens geboorteverlof).

## **II.4. Inlichtingenblad uitkeringen – luik werkgever (referteperiode)**

De werkgever dient (in voorkomend geval na een uitdrukkelijke vraag van het ziekenfonds) het luik werkgever van het inlichtingenblad uitkeringen (vervangen door de ZIMA 001) in te vullen. Indien nodig moet hij het aan het einde van elke maand actualiseren, tot het einde van het geboorteverlof.

In de **elektronische versie van het inlichtingenblad uitkeringen (ZIMA 001** – veralgemeend gebruik van de elektronische versie sinds 01.07.2019) stemt de referteperiode overeen met de volledige periode gedekt door het geboorteverlof (dus zowel de periode betaald door de werkgever als deze ten laste van het ziekenfonds).

In deze referteperiode moeten alle opgenomen dagen van geboorteverlof worden aangeduid door de toepasselijke code aard van de dag:

- de code aard van de dag 1 voor de eerste drie dagen die worden vergoed door de werkgever
- de code aard van de dag 6.10 voor de (maximum) zeventien dagen die door het ziekenfonds worden betaald.

Als en wanneer het geboorteverlof *ten laste van de verzekering* wordt opgenomen door de werknemer, moeten de vereiste gegevens (indien nodig geactualiseerd door middel van een wijzigende aangifte) aan het einde van elke maand worden verzonden.

## II.5. (Maandelijks) betaling

De uitkering bij geboorteverlof wordt toegekend onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor de toekenning van de moederschapsuitkering: het ziekenfonds betaalt de eerste uitkeringen bij geboorteverlof binnen dertig dagen na de ontvangst van de aanvraag en vervolgens uiterlijk binnen de eerste vijf dagen van de maand voor de maand die voorafgaat.

## II.6. Mutatie

In geval van mutatie betaalt het ziekenfonds de uitkeringen voor de periode van geboorteverlof die loopt vanaf de datum van de mutatie.

# III. INWERKINGTREDING

Deze omzendbrief treedt in werking op 1 januari 2025.

# IV. OPHEFFING

De omzendbrief V.I. nr. 2023/404<sup>6</sup> van 18 december 2023 wordt opgeheven.

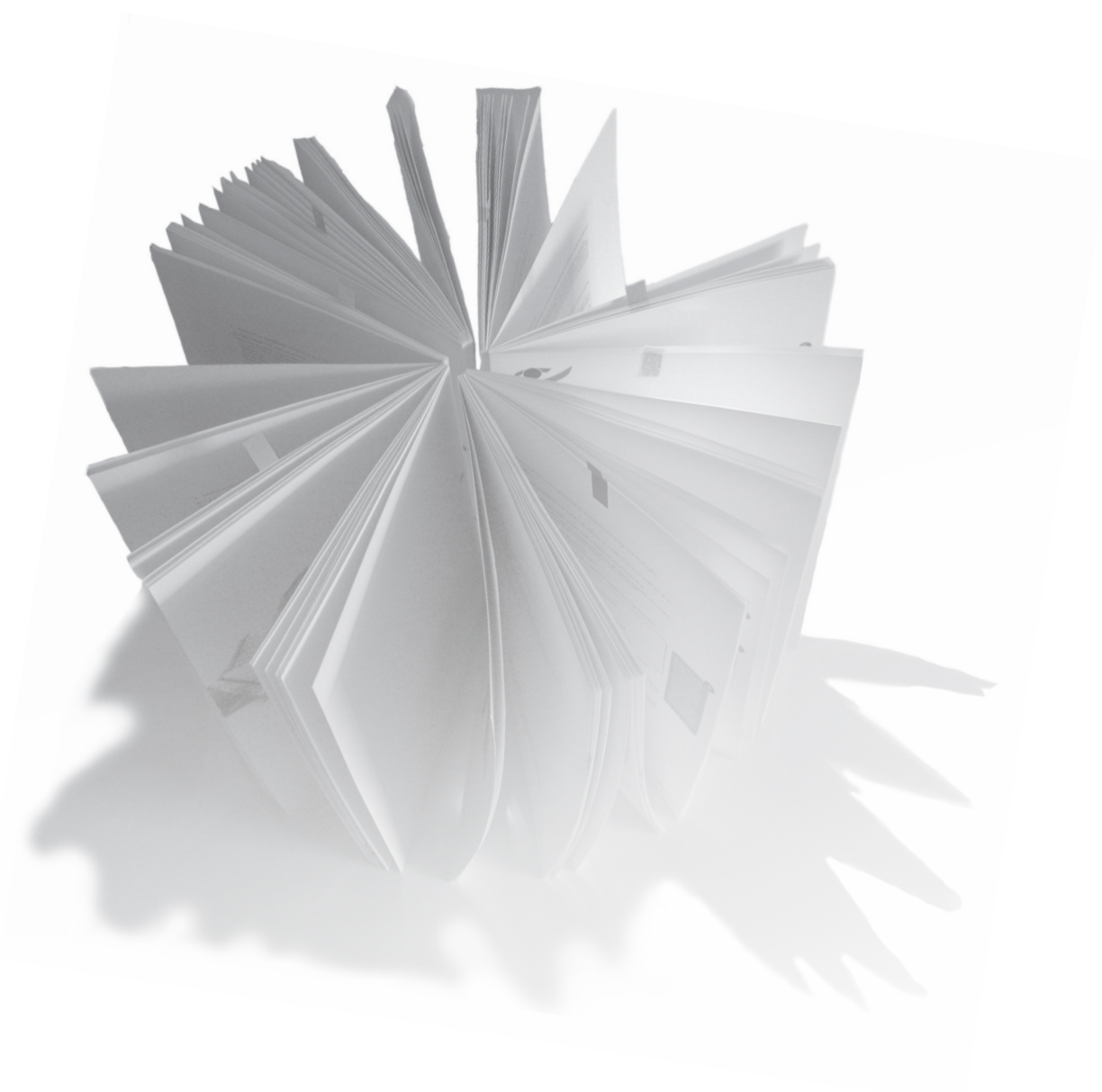


Omzendbrief V.I. nr. 2024/429 – 47bis/17 van 19 december 2024.

6. Gepubliceerd in het I.B. 2024/1.

# 5<sup>e</sup> Deel

## Basisgegevens



## I. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming - Gemiddeld inkomensbedrag van het jaar 2024

Van toepassing vanaf 1 januari 2025.

Ingevolge het koninklijk besluit van 15 maart 2022 (B.S. van 13.04.2022) tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, de grensbedragen van 17.291,03 EUR en 3.201,04 EUR (tegen de spilindex 114,97 basis 2004=100) niet bereiken. Deze bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart, op dezelfde manier als voor de pensioenen.

### Gemiddeld inkomensbedrag - Vorige dienstjaar (2024)

| Gerechtigden  | Personen ten laste |
|---------------|--------------------|
| 27.370,91 EUR | 5.067,11 EUR       |



Omzendbrief V.I. nr. 2024/349 – 3991/400 van 9 december 2024.

## II. Revalidatiesector - Indexatie van de persoonlijke aandelen en van sommige revalidatieforfaits op 1 januari 2025

Van toepassing vanaf 1 januari 2025.

Op 4 december 2024 keurde het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV het ontwerp van de globale begroting voor 2025 goed, onder voorbehoud van beslissingen van de Ministerraad inzake de gezondheidszorgbegroting voor 2025. Deze begroting houdt rekening met een gezondheidsindex van 3,34% voor de verzekering voor geneeskundige verzorging.

1. Koninklijk besluit van 29 april 1996 tot vaststelling van de vermindering van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de honoraria en prijzen vastgesteld in sommige overeenkomsten met de revalidatieinrichtingen bedoeld in artikel 22, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Vanaf 1 januari 2025 bedraagt het in artikel 2, eerste en tweede alinea, van het koninklijk besluit van 29 april 1996 bedoelde persoonlijk aandeel 2,24 EUR per verleende verstrekking.

Het in artikel 2, derde alinea, bedoelde (op 01.08.2006 ingevoerde) persoonlijk aandeel van 0,25 EUR per verleende verstrekking voor de rechthebbenden op beademing door middel van continue druk langs de neus (nCPAP) tijdens de slaap blijft *ongewijzigd*.

### 2. Persoonlijke aandelen in geval van verblijf in een revalidatiecentrum

#### 2.1 De dag van opneming.

De dag van opneming in een revalidatie- of in een vakherscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor :

- a) De rechthebbenden die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming: met 7,03 EUR;
- b) De kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging (exclusief de kinderen bedoeld onder a)) : met 34,30 EUR;
- c) De gerechtigden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde werklozen zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, d.w.z. dat ondermeer samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste : met 34,30 EUR;

d) De andere rechthebbenden : met 47,08 EUR.

## 2.2 Vanaf de tweede dag.

Vanaf de tweede dag in een revalidatie- of in een vakherscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor :

- a) De rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste) : met 7,03 EUR;
- b) De kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging : met 7,03 EUR;
- c) De andere rechthebbenden : met 19,81 EUR.

3. Tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de reiskosten van de rechthebbenden die revalidatie volgen in bepaalde revalidatiecentra of gespecialiseerde centra (M.B. van 14.12.1995) – Transport van rechthebbenden die zich alleen in een rolstoel kunnen verplaatsen en waarbij het transport geregeld wordt door een taxibedrijf of het centrum zelf (codes 771971 - 771982)

De tegemoetkoming bedraagt 1,65 EUR/km.



Omzendbrief V.I. nr. 2024/362 – 370/2428 en 3910/2235 van 6 december 2024.

### III. Artikel 326, §3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 - Terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties door de verzekeringsinstelling voor de geneeskundige verzorging (indexatie)

Van toepassing vanaf 1 januari 2025.

Op 4 december 2024 keurde het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV het ontwerp van de globale begroting voor 2025 goed, onder voorbehoud van beslissingen van de Ministerraad inzake de gezondheidszorgbegroting voor 2025. Deze begroting houdt rekening met een gezondheidsindex van 3,34% voor de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Wanneer het totaal bedrag van de ten onrechte aan een sociaal verzekerde betaalde prestaties voor de geneeskundige verzorging kleiner is dan 25 EUR of voor de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid kleiner is dan 25 EUR, wordt de verzekeringsinstelling van de terugvordering van dat bedrag vrijgesteld.

Op 1 januari van elk jaar en voor de eerste keer op 1 januari 2011 wordt het bedrag voor de geneeskundige verzorging aangepast aan de evolutie van de waarde van het gezondheidsindexcijfer bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, tussen 30 juni van het tweede jaar ervoor en 30 juni van het jaar ervoor.

#### Berekening indexcijfer op 1 januari 2025

| 2023  | Gezondheidsindex | Gemiddelde |
|-------|------------------|------------|
| Maart | 127,80           |            |
| April | 126,70           |            |
| Mei   | 127,35           |            |
| Juni  | 127,09           | 127,24     |

(A)

| 2024  | Gezondheidsindex | Gemiddelde |
|-------|------------------|------------|
| Maart | 131,75           |            |
| April | 130,85           |            |
| Mei   | 131,42           |            |
| Juni  | 131,92           | 131,49     |

(B)

$$\frac{(B) = 131,49}{(A) = 127,24} = 3,34 \%$$

## Berekening bedrag op 1 januari 2025

| Basisbedrag    | 25,00 EUR |        |
|----------------|-----------|--------|
| Bedrag op      | In EUR    |        |
| 1 januari 2011 | 25,35     | 1,40 % |
| 1 januari 2012 | 26,11     | 2,99 % |
| 1 januari 2013 | 26,83     | 2,76 % |
| 1 januari 2014 | 27,20     | 1,39 % |
| 1 januari 2015 | 27,34     | 0,53 % |
| 1 januari 2016 | 27,51     | 0,62 % |
| 1 januari 2017 | 28,20     | 2,51 % |
| 1 januari 2018 | 28,67     | 1,68 % |
| 1 januari 2019 | 29,09     | 1,45 % |
| 1 januari 2020 | 29,66     | 1,95 % |
| 1 januari 2021 | 29,96     | 1,01 % |
| 1 januari 2022 | 30,20     | 0,79 % |
| 1 januari 2023 | 32,66     | 8,14 % |
| 1 januari 2024 | 34,64     | 6,05 % |
| 1 januari 2025 | 35,80     | 3,34 % |



Omzendbrief V.I. nr. 2024/406 – 65/35 van 16 december 2024.

## IV. Persoonlijk aandeel van de patiënt in geval van opname in een ziekenhuis - Bedragen vanaf 1 januari 2025

Van toepassing vanaf 1 januari 2025.

Op 4 december 2024 keurde het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV het ontwerp van de globale begroting voor 2025 goed, onder voorbehoud van beslissingen van de Ministerraad inzake de gezondheidszorgbegroting voor 2025. Deze begroting houdt rekening met een gezondheidsindex van 3,34% voor de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Hieronder vindt u de bedragen van de persoonlijke aandelen in de verpleegdagprijs die in toepassing van het koninklijk besluit van 5 maart 1997 en in toepassing van artikel 37*bis*, § 3 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 kunnen worden aangerekend aan de patiënten met ingang van 1 januari 2025.

### 1. De dag van opname

De dag van opname in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of in een vakherenscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming: met 7,03 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging (exclusief de kinderen bedoeld onder a)) : met 34,30 EUR;
- c) de gerechtigden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde werklozen zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, d.w.z. dat ondermeer samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste : met 34,30 EUR;
- d) de andere rechthebbenden: met 47,08 EUR.

### 2. Vanaf de tweede dag

Vanaf de tweede dag in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of in een vakherenscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met 7,03 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 7,03 EUR;
- c) de andere rechthebbenden: met 19,81 EUR.

### 3. Vanaf de 91ste dag opneming (exclusief revalidatie- of vakherscholingscentrum)

Vanaf de 91ste dag opneming in een algemeen ziekenhuis of in een psychiatrisch ziekenhuis wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste) : met 7,03 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 7,03 EUR;
- c) de gerechtigden die hetzij personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij bij gerechtelijke beslissing of notariële akte gehouden zijn alimentatiegeld te betalen, alsook voor de personen te hunnen laste : met 7,03 EUR;
- d) de andere rechthebbenden: met 19,81 EUR.

### 4. Indien de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis langer duurt dan vijf jaar

Van zodra de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis langer duurt dan vijf jaar wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de gerechtigde met personen ten laste, de gerechtigde op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en gelijkgestelde werklozen) met personen ten laste en diegenen die gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte, alsook voor hun personen ten laste: met 7,03 EUR;
- b) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en de daarmee gelijkgestelde werklozen) die geen personen ten laste hebben in de verzekering van geneeskundige verzorging, of die niet gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte: met 19,81 EUR;
- c) de andere rechthebbenden: met 33,01 EUR.



Omzendbrief V.I. nr. 2024/408 – 170/1149, 175/600 en 176/541 van 12 december 2024.

[Redactiecomité](#)

Mevr. Caroline Marthus  
Mevr. Caroline Lekane  
Mevr. Nuray Özdemir  
Mevr. Espérance Nahimana  
Mevr. Marleen Stevens  
Mevr. Céline Faufeder  
De h. Jonathan Owczarek  
Mevr. Évelyne Christophe

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponible en français

ISSN 0046-9726