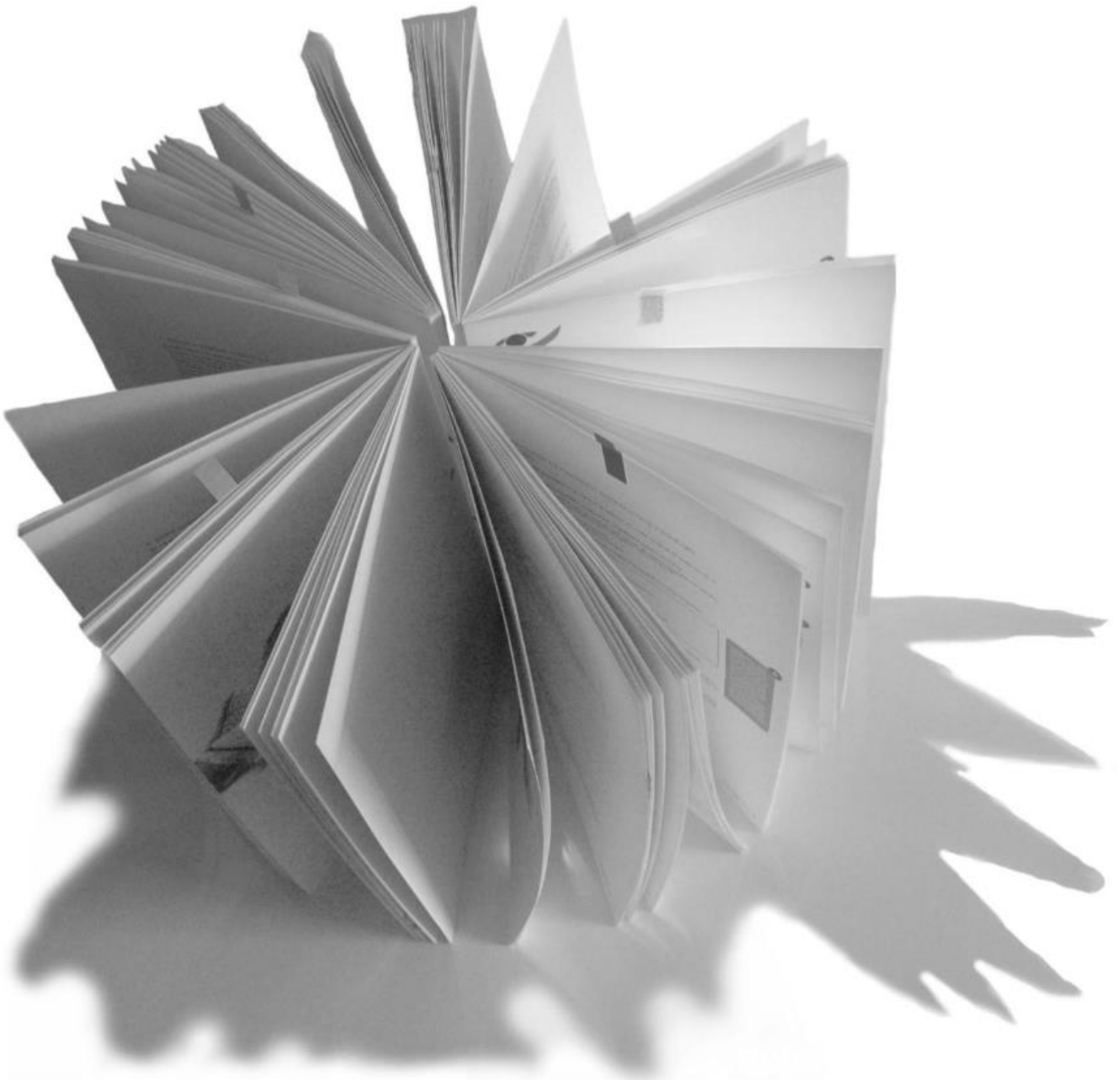


1^{ste} Deel
Evolutie van de wetgeving



1^{ste} semester 2025

1. Wet		
Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
17.02.2025	31.01.2025	Wet houdende de oprichting en de organisatie van het TRIO-platform

Samenvatting van de wijzigingen

Het TRIO-platform maakt het mogelijk om de medische gegevens en de medische verslagen te delen die nodig zijn voor het re-integratietraject of de procedure in kwestie en om informatie uit te wisselen over individuele medische dossiers. Bovendien heeft deze informatie-uitwisseling, via de creatie van een "communicatiedossier voor de arbeidsongeschikte persoon" waarin de desbetreffende gegevens worden bewaard, niet alleen plaats op sleutelmomenten in het kader van het betrokken traject zoals bepaald in de toepasselijke reglementering, maar ook op elk moment tijdens het traject (informele uitwisselingen).

Het TRIO-platform maakt ook de elektronische uitwisseling van informatie mogelijk tussen de voornoemde actoren die niet onmiddellijk verbonden zijn met één van de beoogde trajecten of procedures, maar waarbij, rekening houdende met de in de toepasselijke reglementering verankerde opdrachten inzake, naargelang het geval, de evaluatie van de staat van arbeidsongeschiktheid, de evaluatie van de behoefte aan andermans hulp en de re-integratie van de arbeidsongeschikte persoon die de betrokken actor moet uitoefenen, bepaalde gegevens van een andere actor moeten worden verkregen.

Personen die toegang hebben tot het TRIO-platform zijn:

- o de adviserend artsen, de medewerkers van het multidisciplinaire team, de administratieve medewerkers werkend onder de verantwoordelijkheid van deze adviserend artsen of deze medewerkers van het multidisciplinaire team en de "Terug Naar Werk-coördinatoren" werkzaam in de verzekeringsinstelling waarbij de arbeidsongeschikte persoon is aangesloten of ingeschreven
- o de preventieadviseurs-arbeidsartsen en het verplegend personeel en administratief personeel die werken onder de verantwoordelijkheid van deze preventieadviseurs-arbeidsartsen en tewerkgesteld zijn in de afdeling die belast is met het medisch toezicht van de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk waarop de werkgever van de arbeidsongeschikte persoon een beroep doet
- o de behandelend artsen van de arbeidsongeschikte persoon en de administratieve medewerkers die werken onder de verantwoordelijkheid van deze behandelend artsen.

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	Opschrift
17.03.2025 - Editie 2	05.03.2025	Koninklijk besluit 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, wat de samenstelling van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen betreft

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 122*nonies*, § 1, 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, wordt aangevuld met de bepaling onder 12°, luidende:

"12° één werkend en plaatsvervangend lid, vertegenwoordiger van patiëntenverenigingen, voorgedragen door de Minister die de Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft op voorstel van het patiëntenforum bedoeld in artikel 13/2 van de gecoördineerde wet."

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
07.04.2025	27.03.2025	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 34, vijfde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit legt de regels vast voor het gebruik van zorg op afstand in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Het stelt de wettelijke basis en de praktische richtlijnen vast voor de verstrekking van medische zorg op afstand via informatie- en communicatietechnologie.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.04.2025 - Editie 1	10.04.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van het 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, voor wat de actieve verbandmiddelen betreft

Samenvatting van de wijzigingen

In 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, voor wat de actieve verbandmiddelen betreft, worden actieve verbandmiddelen geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
05.06.2025	17.05.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van het 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, voor wat de actieve verbandmiddelen betreft

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden lijnen geschrapt In 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.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
26.05.2025	11.05.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37 <i>bis</i> , § 1, E., 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 worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 37*bis*, § 1, E, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- in de bepaling onder 1° wordt het rangnummer "355994" ingevoegd tussen het rangnummer "355972" en het rangnummer "472511"
- in de bepaling onder 5° worden de rangnummers "471516", "474132" en "474154" geschrapt
- in de bepaling onder 7° worden in het tweede lid de woorden "en 553630" vervangen door de woorden ", 553630 en 557314".

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	Opschrift
30.01.2025	24.01.2025	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 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 5 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:

- o paragraaf 1 wordt als volgt gewijzigd:
 - => in de rubriek "conserverende verzorging" na de verstrekking 373656-373660 wordt de toepassingsregel vervangen;
 - => in de rubriek "conserverende verzorging" wordt de omschrijving van de verstrekking 373796-373800 vervangen;
 - => in de rubriek "uitneembare tandprothesen, inclusief raadplegingen:" wordt "A. Uitneembare prothesen tot de 19e verjaardag:" vervangen;
 - => in de rubriek "uitneembare tandprothesen, inclusief raadplegingen" wordt de verstrekking 378335-378346 vervangen;
- o in paragraaf 2, in de rubriek "conserverende verzorging" wordt de omschrijving van de verstrekking 303796-303800 vervangen.

Met het koninklijk besluit worden in artikel 6 van dezelfde bijlage de volgende wijzigingen aangebracht:

- o in paragraaf 4bis., 2e lid, worden de woorden "bij kinderen onder de 15 jaar" geschrapt
- o in § 5 wordt punt "1. Algemeen" vervangen
- o in § 5, punt "2. Leeftijdsgrenzen", punt 2.4, worden de woorden "De Technische tandheelkundige raad bepaalt het honorarium van 378954-378965 en 378976-378980 dat gelijk is aan het honorarium vastgesteld voor identieke prothesen zoals voorzien in artikel 5, § 2." geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.04.2025 - Editie 2	27.03.2025	Koninklijk besluit tot wijziging 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
25.07.2025	27.03.2025	Koninklijk besluit tot wijziging 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. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- o in artikel 1, § 2, worden de woorden "Y voor die welke tot de bevoegdheid behoren van bandagisten, T voor die welke tot de bevoegdheid behoren van orthopedisten" vervangen door de woorden "O voor die welke tot de bevoegdheid behoren van de orthopedisch technologen"
- o artikelen 27, 28, § 8 en 29 worden opgeheven
- o artikelen 27/1, 28/1 en 29/1 worden vastgesteld volgens de als bijlage bij dit besluit gevoegde tekst.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
13.05.2025	28.04.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, § 3 <i>bis</i> , 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, § 3*bis*, 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, wordt in de vijfde toepassingsregel na de verstrekking 590450 het tweede lid van de bepaling onder 5° vervangen als volgt:

"Het verslag maakt deel uit van het medisch dossier van de patiënt en wordt overgemaakt aan de huisarts die het globaal medisch dossier beheert, en de verwijzende arts."

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
15.05.2025 - Editie 2	10.04.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 7 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 7 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:

- § 1, 1°, l.a), l.b) en l.c) worden aangevuld
- in § 3bis, 1° worden het eerste en tweede lid vervangen
- § 10 wordt vervangen
- in § 14, 2° worden het eerste tot het vijfde lid vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
27.05.2025	17.05.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 7 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 7 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:

- § 8 wordt aangevuld
- in § 10 wordt de bepaling "Onder nieuwe pathologische situatie moet worden verstaan, een situatie die optreedt na het begin van de kinesitherapeutische behandeling, tijdens hetzelfde kalenderjaar en die losstaat van de oorspronkelijke pathologische situatie.» geschrapt
- in § 11, eerste lid worden de woorden "14ter, 14quater of 14quinquies" vervangen door de woorden "of 14ter"
- in § 11 wordt de bepaling "De verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 mogen alleen worden geattesteerd voor patiënten die lijden aan een letsel van encefale oorsprong :" vervangen

- o in § 11 wordt de bepaling "Tot 31 december van het kalenderjaar waarin de patiënt zijn 21ste verjaardag bereikt mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 slechts eenmaal per dag worden geattesteerd. Deze mogen niet op dezelfde dag worden gecumuleerd met andere verstrekkingen van artikel 7, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, met uitzondering van de verstrekkingen "schriftelijk verslag" (560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454 en 561411) waarmee wel mag worden gecumuleerd." vervangen
- o in § 14 wordt de bepaling "Onder nieuwe pathologische situatie moet worden verstaan, een situatie die optreedt na het begin van de kinesitherapeutische behandeling en die losstaat van de oorspronkelijke pathologische situatie" geschrapt
- o § 14, 5°, B, e) wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
26.05.2025	11.05.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 11, §§ 4 en 5, 14, e), 20, §§ 1 en 2, 25, § 4, en 34, § 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

Met het koninklijk besluit worden in artikel 11 de volgende wijzigingen aangebracht:

- o in paragraaf 4:
 - => worden de omschrijvingen van de verstrekkingen 355434-355445, 355456-355460 en 355471-355482 vervangen;
 - => worden na de verstrekking 355471-355482 de verstrekkingen en toepassingsregels 355994-356005; 356016-356020; 356031-356042; 356053-356064 ingevoegd.
- o in paragraaf 5:
 - => wordt het eerste lid vervangen;
 - => wordt de omschrijving van de verstrekking 355913-355924 vervangen.

Met het koninklijk besluit wordt de verstrekking 227496-227500 geschrapt in artikel 14, e), 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.

Met het koninklijk besluit worden in artikel 20 de volgende wijzigingen aangebracht:

- o in paragraaf 1, b):
 - => worden de verstrekkingen 471516-471520, 471531-471542 en 471553-471564 geschrapt;
 - => worden in de tweede toepassingsregel na de verstrekking 471855-471866 de woorden "471516 - 471520, 471531 - 471542, 471553 - 471564, " geschrapt;

- in paragraaf 1, c), wordt de vierde toepassingsregel na de verstrekking 473970-473981 vervangen
- in paragraaf 1, d), worden de verstrekkingen 474036-474040, 474132-474143, 474154-474165 en 474213-474224 geschrapt
- in paragraaf 2,
 - => worden in de bepalingen onder A., 4., de woorden "471516-471520, 471531-471542, 471553-471564, " geschrapt;
 - => worden in de bepaling onder B., 3., de woorden "471516-471520, 471531-471542, 471553-471564, ", de woorden "474036-474040, " en de woorden "474213-474224, " geschrapt;
 - => worden in de bepaling onder C., 5. de woorden "471516-471520, ", de woorden "474036-474040, " en de woorden ", 474213-474224" geschrapt;
 - => worden in de bepaling onder C., 6. de woorden "471516-471520, ", de woorden "474036-474040, " en de woorden ", 474213-474224" geschrapt.

Met het koninklijk besluit worden In artikel 25, § 4, 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 woorden "471553 - 471564, ", de woorden "474036 - 474040, ", de woorden "474132 - 474143, 474154 - 474165, " en de woorden "474213 - 474224, " geschrapt.

In artikel 34, § 1, b) van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de omschrijving van de verstrekking 589234 - 589245 wordt vervangen
- na de verstrekking 589234 - 589245 wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd: "De verstrekking 589234-589245 kan niet worden aangerekend voor een punctie of drainage van de pleura of het pericard of van vrij intraperitoneaal vocht."

4. Andere koninklijke besluiten		
Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
30.01.2025	24.01.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen
10.02.2025	24.01.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt artikel 5 van het koninklijk besluit van 28 juni 2016 waarin wordt bepaald voor welke verstrekkingen het persoonlijk aandeel nihil is, vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
31.01.2025	20.01.2025	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:

- o in artikel 2, § 1, 6°, 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 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de codes "592852", "592955", "593051" en "593154" worden opgeheven;
 - => de bepaling wordt aangevuld met de code "592992".
- o de bijlage 1 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.04.2025 - Editie 2	27.03.2025	Koninklijk besluit tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van de orthopedische zolen, van de orthopedische schoenen en van sommige andere verstrekkingen inzake orthopedische technologie

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt het persoonlijk aandeel vastgesteld dat ten laste wordt gelegd van de rechthebbenden in de kostprijs van:

- o sommige verstrekkingen inzake orthopedie bedoeld in artikel 27/1, H. ORTHESEN, 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
- o de orthopedische schoenen ingedeeld in de categorieën A, B, C en D waarin is voorzien in artikel 29/1, A. ORTHOPEDISCHE SCHOEN NAAR MAAT, INCLUSIEF DE ORTHOPEDISCHE VOORZIENINGEN ZELFS INDIEN DEZE IN DE SCHOEN MOETEN WORDEN VASTGEMAAKT, PER STUK, van dezelfde bijlage
- o orthopedische zolen bedoeld in artikel 29/1, B. ORTHOPEDISCHE ZOLEN van dezelfde bijlage.

Het koninklijk besluit van 10 november 2001 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van de orthopedische zolen, van de orthopedische schoenen en van sommige andere verstrekkingen inzake orthopedie wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
12.05.2025	28.04.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 december 2018 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in het buitenland

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het tijdvak van 1 januari 2025 tot en met 31 december 2025 is de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in het buitenland vastgesteld op 820,57 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
15.05.2025 - Editie 2	10.04.2025	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 bijlage 2 vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
28.05.2025	17.05.2025	Koninklijk besluit tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de vroedvrouwen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers in 2024

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag van het premiejaar bedraagt 800 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
13.06.2025	25.05.2025	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

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 1 wordt aangevuld met de bepalingen onder 41° en 42°
- er wordt een artikel 14/1 ingevoegd

- in artikel 16 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in de bepaling onder 5°, worden de woorden "in geval het een specialiteit betreft waarvoor geen gezamenlijke klinische evaluatie is geïnitieerd," ingevoegd tussen de woorden "5°" en de woorden "een verantwoording van het voorstel";
 - => in de bepaling onder 5°, worden de woorden "en wetenschappelijke motiveringen." vervangen door de woorden "en wetenschappelijke motiveringen;";
 - => het artikel wordt aangevuld met de bepaling onder 6°;
- in artikel 23 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in de bepaling onder 5°, worden de woorden "in geval het een specialiteit betreft waarvoor geen gezamenlijke klinische evaluatie is geïnitieerd," ingevoegd tussen de woorden "5°" en de woorden "een verantwoording van het voorstel";
 - => in de bepaling onder 5°, worden de woorden "en wetenschappelijke motiveringen." vervangen door de woorden "en wetenschappelijke motiveringen;";
 - => het artikel wordt aangevuld met de bepaling onder 6°;
- in artikel 30 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in de bepaling onder 5°, worden de woorden "in geval het een specialiteit betreft waarvoor geen gezamenlijke klinische evaluatie is geïnitieerd," ingevoegd tussen de woorden "5°" en de woorden "een verantwoording van het voorstel";
 - => in de bepaling onder 5°, worden de woorden "en wetenschappelijke motiveringen." vervangen door de woorden "en wetenschappelijke motiveringen;";
 - => het artikel wordt aangevuld met de bepaling onder 6°;
- in artikel 55 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in de bepaling onder 5°, worden de woorden "in geval het een specialiteit betreft waarvoor geen gezamenlijke klinische evaluatie is geïnitieerd," ingevoegd tussen de woorden "5°" en de woorden "een voorstel betreffende de terugbetaling en de verantwoording ervan";
 - => in de bepaling onder 5°, worden de woorden "en de verantwoording ervan." vervangen door de woorden "en de verantwoording ervan, vergezeld van de gepubliceerde en niet gepubliceerde klinische en epidemiologische studies en wetenschappelijke motiveringen;";
 - => het artikel wordt aangevuld met de bepaling onder 6°;
- er wordt een artikel 59/1 ingevoegd
- in artikel 61 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 2, 2°, worden de woorden "van de van bovengenoemde verordening" vervangen door de woorden "van de bovengenoemde verordening";
 - => in paragraaf 2 wordt de bepaling onder 3° /1 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
17.06.2025	05.06.2025	Koninklijk besluit tot vaststelling van het bedrag van de administratiekosten dat voor het jaar 2025 aan de landsbonden wordt toegekend met het oog op de voorbereiding en de uitvoering van de "Terug Naar Werk-trajecten" in het kader van de uitkeringsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag van de aan de landsbonden toegekende administratiekosten met het oog op de voorbereiding en de uitvoering van de "Terug Naar Werk-trajecten" bedoeld in artikel 110, § 1, van de gecoördineerde wet, wordt op 824.000 EUR vastgesteld voor het jaar 2025.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
26.06.2025	19.06.2025	Koninklijk besluit tot vaststelling van het bedrag van de administratiekosten die voor het jaar 2025 aan de verzekeringsinstellingen worden toegekend met het oog op de voorbereiding en de uitvoering van de "Terug Naar Werk-trajecten" in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag van de aan de landsbonden toegekende administratiekosten met het oog op de voorbereiding en de uitvoering van de "Terug Naar Werk-trajecten" bedoeld in artikel 100, § 1/1, van de gecoördineerde wet, wordt op 8.120.000 EUR vastgesteld voor het jaar 2025.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
26.06.2025	21.06.2025	Koninklijk besluit tot uitvoering van de wet van 8 mei 2019 betreffende de tenlasteneming van de logopedische verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit wordt genomen naar aanleiding van de nietigverklaring door de Raad van State van het koninklijk besluit van 17 juli 2024 tot uitvoering van de wet van 8 mei 2019 betreffende de tenlasteneming van de logopedische verstrekkingen wegens het niet naleven van een vormvereiste, met name het uitvoeren van een multidisciplinaire studie goedgekeurd door de Commissie voor de overeenkomsten met de logopedisten.

Op 22 mei 2025 werd een multidisciplinaire studie goedgekeurd door de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen.

5. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
10.01.2025	19.12.2024	4 Ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat 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 de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
21.01.2025 - Editie 1	14.01.2025	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
10.03.2025	14.01.2025	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 bijlagen I en IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
21.01.2025 - Editie 1	15.01.2025	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	Opschrift
30.01.2025	22.01.2025	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	Opschrift
18.02.2025	13.02.2025	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

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht aan:

- o bijlage I
- o in bijlage II worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => het punt VIII.3.6 wordt gewijzigd, luidende: "Farmaca bij ernstige lupus : B-321";
 - => het punt VII.7.17 wordt toegevoegd, luidende: "Infecties door het cytomegalovirus bij pasgeborenen: B-388".
- o bijlage IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
25.02.2025	13.02.2025	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 en IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
21.03.2025	14.03.2025	4 Ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat 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
17.04.2025	14.03.2025	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. - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht:

- o in bijlage I
- o de inschrijving van specialiteiten wordt vervangen
- o in bijlage IV wordt een ATC-code toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.04.2025 - Editie 1	10.04.2025	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

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht:

- o in bijlage I
- o in bijlage II wordt punt XVII.14. ingevoegd
- o in bijlage IV worden ATC-codes toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
25.04.2025	22.04.2025	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

Met de ministeriële besluiten wordt in de bijlage I 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, de inschrijving van specialiteiten vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
21.05.2025	14.05.2025	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

- o met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
20.01.2025	15.01.2025	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 20° <i>bis</i> 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:

- o in Deel II, Titel 2, Hoofdstuk I: Enterale sondevoeding thuis, 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 de artikels 1 tot en met 2/3 vervangen door artikels 1 tot en met 5
- o in Deel III, Titel 3 van de lijst gevoegd bij hetzelfde besluit, wordt het document C31) vervangen
- o alle aanvragen voor tegemoetkoming goedgekeurd door de adviserend arts voor de inwerkingtreding van dit ministerieel besluit blijven geldig gedurende hun geldigheidsduur.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
07.02.2025 – Editie 1	23.01.2025	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 wijzigingen aangebracht in paragraaf 4 van deel II, titel 1, hoofdstuk I van de bijlage 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:

- o in 1°, worden de woorden "vorige levering" vervangen door de woorden "eerste factuur"
- o in de Nederlandse tekst wordt in 2° het woord "rekening" vervangen door het woord "factuur".

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
11.02.2025	28.01.2025	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 20° bis 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 wijzigingen aangebracht:

- o in Deel I, Titel 1, Hoofdstuk II, Afdeling 5 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 sondes vervangen
- o in Deel I, Titel 2, Hoofdstuk I van de lijst bij hetzelfde besluit worden wijzigingen aangebracht in § 10000 en in § 250000.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
05.03.2025	20.02.2025	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 wordt in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk III, terugbetaalde diagnostische middelen, Afdeling 2: bloedglucosemeter - lancethouder - glucosecontrolestrips - lancetten van de bijlage van 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, een middel ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
10.03.2025	26.02.2025	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:

- o in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 3, van de lijst die als bijlage is 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 lijnen vervangen
- o in de lijst deel I, titel 2, hoofdstuk I van hetzelfde besluit wordt in § 30000 een bepaling ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
15.04.2025	02.04.2025	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:

- deel I, titel 3, hoofdstuk IV van de lijst die als bijlage is 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, wordt aangevuld met een § 34
- in de lijst deel I, titel 3, hoofdstuk V wordt een lijn geschrapt
- in de lijst deel I, titel 3, hoofdstuk VI worden lijnen vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
19.05.2025	13.05.2025	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 20° <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
01.07.2025	13.05.2025	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 20° <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- o in deel I, titel 1, hoofdstuk III, afdeling 2 van de lijst die als bijlage is 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 20°*bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt een product geschrapt
- o in Deel I, Titel 2, Hoofdstuk I van de lijst die als bijlage is gevoegd wordt in § 10000 de volgende bepaling geschrapt
- o in Deel I, Titel 2, Hoofdstuk I van de lijst die als bijlage is gevoegd wordt een paragraaf 30100 toegevoegd volgend op paragraaf 30000
- o in Deel III, Titel 3 van de lijst die als bijlage is gevoegd, wordt het document C12) toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
17.06.2025	11.06.2025	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 in Deel I, Titel 2, Hoofdstuk I van de lijst die als bijlage is 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, de volgende wijzigingen aangebracht:

- o in § 10000 worden bepalingen ingevoegd
- o § 170000 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
05.02.2025	20.01.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel" 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 hoofdstuk "E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel" 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:

- o in punt "E.1.4. Andere" worden de verstrekkingen 172616-172620, 172631-172642 en 172653-172664 en hun vergoedingsmodaliteiten opgeheven
- o het punt "E.1 Ingreep op de slokdarm" wordt met het punt "E.1.5 Ablatie" aangevuld
- o het punt "E.1.5 Ablatie" wordt aangevuld met de verstrekkingen 172616-172620, 172631-172642, 172653-172664, 185290-185301, 185312-185323 en 185334-185345 en hun vergoedingsmodaliteiten
- o de vergoedingsvoorwaarde E- § 10 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
19.05.2025	15.05.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel" 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 aan de terugbetalingsvoorwaarde E- § 10:

- o in de Franse tekst, worden de woorden "1.4. candidature de l'établissement hospitalier" vervangen door de woorden "1.4. Formulaire de candidature de l'établissement hospitalier"
- o punt "5.2. Andere regels" wordt aangevuld met het punt "5.2.3. Overgangsmaatregelen"
- o in punt "7. Verwerking van gegevens" worden de woorden "punt 1.4." vervangen door de woorden "punten 1.4. en 5.2.3."

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.03.2025	24.02.2025	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

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- o In het hoofdstuk "B. Neurochirurgie" 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 "B.2 Neurostimulatoren en toebehoren" wordt met het punt "B.2.9 Neurostimulatoren en toebehoren in geval van diabetische polyneuropathie van de onderste ledematen" en met de verstrekkingen en zijn vergoedingsmodaliteiten aangevuld:

- o 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 397, behorende bij de verstrekkingen 185430-185441, 185452-185463, 185474-185485, 185496-185500, 185511-185522, 185533-185544, 185555-185566, 185570-185581, 185592-185603, 185614-185625, 185636-185640, 185651-185662, 185673-185684, 185695-185706, 185710-185721, 185732-185743 en 185754-185765 toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
08.05.2025	05.05.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "B. Neurochirurgie" 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

- o Met het ministerieel besluit worden de terugbetalingsvoorwaarden B- § 01, B- § 03 en B- § 12 vervangen in het hoofdstuk "B. Neurochirurgie" 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.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
17.03.2025 - Editie 2	11.03.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde" 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

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde" 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:

- o het punt "G.2. Materiaal voor thrombectomie of embolectomie" wordt aangevuld met de verstrekking 185835-185846 en zijn vergoedingsmodaliteiten
- o de volgende wijzigingen worden aan de vergoedingsvoorwaarde F- § 12 aangebracht:
=> het eerste lid van punt "1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting" wordt vervangen;

- => punt 1, b), wordt vervangen;
- => in het eerste lid van punt "2. Criteria betreffende de rechthebbende" worden de woorden "en 185275-185286" vervangen door de woorden ",185275-185286 en 185835-185846", en wordt het woord "gelijktijdig" geschrapt;
- => in het eerste lid van punt "3. Criteria betreffende het hulpmiddel" worden de woorden "en 185275-185286" vervangen door de woorden ",185275-185286 en 185835-185846";
- => het punt "3.1. Definitie" wordt aangevuld;
- => in het eerste lid van punt "3.2. Criteria" worden de woorden "en 185275-185286" vervangen door de woorden ",185275-185286 en 185835-185846";
- => het eerste lid van punt "5.1. Cumul- en non-cumulregels" wordt vervangen;
- => het punt "5.1. Cumul en non-cumulregels" wordt aangevuld.

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 39801, behorende bij de verstrekking 185835-185846 toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
21.03.2025	28.02.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 maart 2024 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 1°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de tegemoetkoming in de kosten van een behandeling met hadrontherapie

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit wordt de volgende wijziging aangebracht in de bijlage van het koninklijk besluit van 24 maart 2024 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 1°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- o voor de tegemoetkoming in de kosten van een behandeling met hadrontherapie, wordt in de bepalingen onder 1.1. Kinderen (< 20 jaar), de lijst onder de rubriek Type tumor als volgt aangevuld: "19) Zeldzame tumoren van het centraal zenuwstelsel (incidentie < 6/100 000/jaar en/of kankerpredispositiesyndroom/genetisch syndroom dat leidt tot een verhoogde radiogevoeligheid)".

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
05.05.2025	11.04.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" 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
26.05.2025	11.04.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" 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. - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" 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:

- o het punt "F.1.6.1.2. Biologische klep" wordt met verstrekking 185850-185861 en zijn vergoedingsmodaliteiten aangevuld
- o het punt "F.1.6.1.5. Percutane implanteerbare klepstent" wordt met verstrekkingen 185776-185780; 185791-185802 en 185813-185824 en hun vergoedingsmodaliteiten aangevuld:
- o de omschrijving en de terugbetalingsmodaliteiten van verstrekking 172734-172745 worden vervangen
- o de omschrijvingen van verstrekking 172756-172760 en van verstrekking 181952-181963 worden vervangen
- o de volgende wijzigingen worden aan de vergoedingsvoorwaarde F- § 09 aangebracht:
 - => in het opschrift "Gelinkte verstrekkingen:" worden de verstrekkingen 185776-185780; 185791-185802; 185813-185824 en 185850-185861 toegevoegd;
 - => de punten "1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting" en "2. Criteria betreffende de rechthebbende" worden vervangen;
 - => in punt "3. Criteria betreffende het hulpmiddel" worden de woorden "en 181952-181963" vervangen door de woorden ", 181952-181963, 185776-185780, 185791-185802, 185813-185824, 184214-184225, 185850-185861 en 181893-181904";
 - => in punt "3.1. Definitie" worden het derde en het vierde lid vervangen;

- => in punt 3.2.1. worden de woorden "en 181952-181963" vervangen door de woorden ", 181952-181963, 185776-185780, 185791-185802 en 185813-185824";
- => het punt "3.2.2." wordt vervangen;
- => in het eerste lid van punt "4.1.1." worden de woorden in het Nederlands "de verplichte ziekteverzekering" vervangen door de woorden "de verplichte verzekering" en worden de woorden "en 181952-181963" vervangen door de woorden ", 181952-181963, 185776-185780, 185791-185802, 185813-185824 en 185850-185861";
- => de punten 4.1.2 en 4.1.3. worden vervangen;
- => er wordt een punt 4.1.4 ingevoegd;
- => het punt "5. Regels voor attestering" wordt vervangen;
- => in het eerste lid van punt "7. Verwerking van gegevens" worden de woorden "onder punten 1.6., 4.1.1. en 4.1.2." vervangen door "onder punten 1.2.7., 2.1. d), 2.4. b), 4.1.1., 4.1.2., 4.1.3. en 4.1.4."

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:

- o de nieuwe nominatieve lijst "Biologische kleppen met klepbladen op basis van dierlijk pericard met aangetoonde verminderde klepbladverkalking" wordt toegevoegd
- o de nominatieve lijst "Percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie (TAVI)" wordt vervangen door bijlage 2.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.06.2025	14.05.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht aan bijlage I van het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten:

- o de terugbetalingsvoorwaarden worden vervangen in hoofdstuk I, § 20009
- o er wordt een radiofarmaceutisch product ingevoegd in § 20011.

6. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
08.01.2025	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

Het formulier L-Form-II-02 met betrekking tot de kandidatuurstelling, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst, wordt aangepast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
05.02.2025	16.12.2024	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

De formulieren C-Form-II-01, D-Form-II-01, E-Form-II-01, E-Form-II-02, F-Form-II-06, F-Form-II-08 en L-Form-II-03 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, worden gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.03.2025	03.02.2025	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

Het formulier B-Form-I-16, waarnaar wordt verwezen in het hoofdstuk "B. Neurochirurgie" van de lijst, wordt gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
05.05.2025	10.03.2025	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, de formulieren F-Form-II-05 en F-Form-I-08 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk « F. Heelkunde op de thorax en cardiologie » van de lijst, gewijzigd en de formulieren F-Form-I-21 en F-Form-I-22 waarnaar wordt verwezen in ditzelfde hoofdstuk van de lijst, worden toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.05.2025	10.03.2025	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 wordt, met betrekking tot de aanvraagprocedure, het formulier F-Form-I-17 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk « F. Heelkunde op de thorax en cardiologie » van de lijst, gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
15.05.2025 - Editie 2	17.02.2025	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
30.05.2025	17.02.2025	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. - Erratum

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 een cochleair implantaat, de formulieren B-Form-II-01, B-Form-I-13 en B-Form-II-04 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk « B. Neurologie » van de lijst, gewijzigd. De formulieren B-Form-I-02, B-Form-I-03 en B-Form-I-14 waarnaar wordt verwezen in ditzelfde hoofdstuk, worden geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
02.06.2025	19.05.2025	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 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, laatstelijk gewijzigd bij de Verordening van 10 maart 2025, worden de formulieren T-Temp-II-01, T-Temp-II-02 en T-Temp-II-03 met betrekking tot de aanvraagformulieren voor de nominatieve lijsten en de lijst van implanteerbare hartdefibrillatoren aangepast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
31.01.2025	30.09.2024	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 wordt in het artikel 23 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, paragraaf 1 vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
25.02.2025	03.02.2025	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:

- o in artikel 30*decies* worden de codenummers "102852" telkens vervangen door de codenummers "400374".
- o bijlage 85 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
26.03.2025	10.03.2025	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

De bijlagen 98a, 98b, 98c, 98d, 98e, 98f en 99 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, worden vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.04.2025 - Editie 2	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
19.05.2025	28.10.2025 (sic)	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. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- o in artikel 6, § 1, worden de bepalingen onder 7° vervangen
- o bijlagen 13, 13ter, 16, 18A, 18B, 21, 21bis, 21ter, 21quater, 92, 92bis, 93, 94A en 94B respectievelijk vervangen door bijlagen 13, 13ter, 16, 18A, 18B, 21, 21bis, 21ter, 21quater, 92, 92bis, 93, 94A en 94B
- o bijlagen 13bis, 19, 19bis, 19ter en 20 worden opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
28.04.2025	14.04.2025	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 bijlagen 17 en 17bis vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
26.05.2025	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 wordt het tweede lid van artikel 6, § 1, 5°, als volgt vervangen

"Bij de facturatie van heelkundige verstrekkingen en de verstrekkingen 355994-356005, 356016-356020 en 356031-356042 vermeldt de arts voor elk lidmaat en elk paar orgaan de lateraliteit (links of rechts). De betrokken verstrekkingen zijn vervat in de Excel-lijst "behandeld lid" die deel uit maakt van de instructies voor de elektronische facturatie.

Indien het getuigschrift van verzorging conform het model vervat in bijlage 10 wordt gebruikt, wordt de lateraliteit (L of R) op het getuigschrift vermeld, in de kolom rechts van het betrokken nummer van de nomenclatuur. Indien het verzamelgetuigschrift conform het model vervat in bijlage 28 wordt gebruikt, wordt de lateraliteit (L of R) vermeld in de kolom met het opschrift "KT L/A/D (2)".

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
04.06.2025	19.05.2025	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

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, wordt hoofdstuk XV/1 aangevuld met een afdeling IV, luidende:

Afdeling IV. Modaliteiten van elektronische lezing van een identiteitsdocument door de tandheekkundigen

Onderafdeling I Manuele invoering van INSZ van rechthebbende

Art. 32/21. In geval de rechthebbende overlijdt tijdens de confectieperiode van zijn tandprothese of indien de prothetische werken voor een kankerpatiënt of bij anodontie en/of oligodontie voortijdig afgebroken worden omwille van overlijden van de patiënt of om dwingende medische redenen, maakt de tandheekkundige gebruik van de manuele invoering zoals bedoeld in artikel 32/8 en preciseert hij de voorliggende situatie als reden van de manuele invoering.

Onderafdeling II. Prestaties zonder verificatie van identiteit

Art. 32/22. De identiteit van de rechthebbende dient niet te worden geverifieerd voor:

- o de verstrekkingen telefonisch advies bij een patiënt met een zorgvraag binnen of buiten het kader van een georganiseerde wachtdienst
- o de analyse van de gegevens en opstellen van een behandelingsplan en bewaring van bijlage 60 of het equivalent in het dossier van de patiënt
- o de cephalometrische analyse op een vergoedbare teleradiografie, met uitzondering van de radiografie."

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
13.06.2025	19.05.2025	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:

- o in artikel 6, § 1, 12°, worden de woorden "bijlagen 98a, 98b, 98c, 98d, 98e en 98f" vervangen door de woorden "bijlagen 98a, 98b, 98c, 98d, 98e, 98f en 98g"
- o bijlage 98a wordt vervangen
- o bijlage 98g wordt toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
03.02.2025 - Editie 1	09.09.2024	Verordening tot wijziging van de verordening van 11 december 2023 tot vastlegging van het affichemodel voor het afficheren van de tarieven door de opticiens

Samenvatting van de wijzigingen

De affichemodellen voor de geconventioneerde opticien en de niet-geconventioneerde opticien worden vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
12.05.2025	19.02.2025	Verordening 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

Samenvatting van de wijzigingen

De verordening vervangt de bijlage V-1 van de verordening van 16 april 1997 (het formulier met de beslissing tot erkenning of verlenging van de arbeidsongeschiktheid genomen door de adviserend arts en dat aan de gerechtigde in het stelsel van de werknemers wordt bezorgd).

Het gaat om een aanpassing van de “belangrijke opmerkingen” die op het formulier worden vermeld in het kader van een (betere) sensibilisering en responsabilisering van de arbeidsongeschikt erkende verzekerden.

De nieuwe versie van het formulier vermeldt ook informatie over:

- o de fysieke contacten die tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid worden georganiseerd en de gevolgen van een afwezigheid op deze fysieke contacten:
 - => eerste fysieke contact: uiterlijk tijdens de vierde maand van arbeidsongeschiktheid;
 - => tweede fysieke contact: tijdens de zevende maand van arbeidsongeschiktheid;
 - => derde fysieke contact: tijdens de elfde maand van arbeidsongeschiktheid.

De te vervullen formaliteiten en verplichtingen (en de gevolgen in geval van een niet naleven van deze formaliteiten en verplichtingen) in geval van een verhuis in België of een tijdelijk verblijf (bijvoorbeeld vakantie) op een ander adres in België tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid of in geval van een verhuis naar of een tijdelijk verblijf (bijvoorbeeld vakantie) in het buitenland tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid.

7. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

24.01.2025 - Editie 2

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 29, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

INTERPRETATIEREGEL 42

Vraag

Kunnen patiënten zonder loop- en staanfunctie in aanmerking komen voor een vergoeding van orthopedische schoenen?

Antwoord

Ja, het wezenlijke (in deze context = belangrijkste) doel van orthopedische schoenen en voorzieningen is de loop- en staanfuncties te bevorderen, en eventueel te corrigeren, maar indien er geen loop- en/of staanfunctie is, is het doel van de orthopedische schoen de afwijkende stand van de voet te stabiliseren en/of te corrigeren.

Voor rolstoelpatiënten zonder loopfunctie en eventueel zonder staanfunctie:

- o kan een orthopedische schoen op maat onder post 64 (643451-643462) vergoed worden indien de rechthebbende voor de indicaties onder post 64 - code 643451-643462 vanwege de ernst van de misvorming niet adequaat geholpen kan worden, noch met confectieschoeisel, noch met bekledingsschoeisel, al dan niet met een plantaire orthese
- o kan bekledingsschoeisel (653656-653660) vergoed worden indien de voet een anatomische afwijking heeft, voorzien in één van de posten A en/of B van art. 29, § 7*bis* en waarbij confectieschoeisel niet aangewezen is. Confectieschoeisel is in deze context niet aangewezen indien de voetvorm afwijkend is van confectiematen (volume of afwijking laat deze pasvorm niet toe) en/of omwille van een zeer hoge kans op wondvorming.

Deze interpretatieregel heeft uitwerking vanaf 1 januari 2023.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 30 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

INTERPRETATIEREGEL 2

Vraag

Optische contactlenzen, opgenomen in punt C.1., groep 1, van artikel 30, kunnen worden vergoed in geval van anisometropie van 3,00 dioptrieën en meer.

De anisometropie of het verschil in sterkte tussen beide ogen van 3,00 dioptrieën en meer wordt geëvalueerd op basis van het verschil tussen de twee uiterste meridianen.

Hoe moeten de twee uiterste meridianen worden vergeleken?

Antwoord

Om de twee uiterste meridianen te kunnen vergelijken, moeten de sfero-cilindrische formules op dezelfde manier worden genoteerd voor het rechter- en linkeroog (hetzij in positieve cilinder, hetzij in negatieve cilinder).

Een sfero-cilindrische formule in een positieve cilinder kan nooit vergeleken worden met een sfero-cilindrische formule in een negatieve cilinder bij het berekenen van anisometropie.

Deze afdeling treedt in werking op de dag van publicatie in het Belgisch Staatsblad.

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

INTERPRETATIEREGEL 48

Vraag

"Wat wordt er verstaan onder PMA?"

Antwoord

Een Premarket Approval (PMA) is het beoordelingsproces dat wordt uitgevoerd door de Food and Drug Administration (FDA) om de veiligheid en effectiviteit van medische hulpmiddelen te evalueren op basis van regelgeving en wetenschappelijke documentatie.

Een PMA supplement of amendement is een aanvullende indiening die vereist is, indien een wijziging aan het hulpmiddel wordt doorgevoerd, welke een invloed kan hebben op de veiligheid of effectiviteit ervan.

Een hulpmiddel goedgekeurd door de FDA met enkel een PMA supplement of amendement voldoet niet aan het criterium uit de vergoedingsvoorwaarde: "Het hulpmiddel is goedgekeurd door de FDA met een PMA."

De interpretatieregel 48 heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2014.

Belgisch Staatsblad

28.03.2025 - Editie 1

Interpretatieregel betreffende de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van nirsevimab (BeyfortusR)

De interpretatieregel wordt opgeheven.

Deze opheffing treedt in werking op 1 april 2025.

Belgisch Staatsblad

18.04.2025 - Editie 2

19.05.2025 - <i>Erratum</i>

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van de artikels 27, 28, § 8, en 29, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Alle interpretatieregels worden opgeheven.

Deze opheffing treedt in werking op 1 juli 2025.

Belgisch Staatsblad

28.04.2025

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 31, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Interpretatieregel 2 wordt vervangen door de volgende bepalingen:

INTERPRETATIEREGEL 2

Vraag

In het geval van een CROS-of BICROS-montage, welk oor dient in aanmerking genomen te worden om te bepalen of het gehoorverlies noodzakelijk om in aanmerking te komen voor een verzekeringstegemoetkoming bereikt is?

Antwoord

In het geval van een CROS- of BICROS-montage, dient het slechtste oor in aanmerking genomen te worden om te bepalen of het gehoorverlies noodzakelijk om in aanmerking te komen voor een verzekeringstegemoetkoming bereikt is.

Dus zowel bij een niet aanpasbaar oor aan de ene kant en aan de andere kant een:

- o normaal gehoor
 - o gehoorverlies van gemiddeld ≥ 35 dB
 - o gehoorverlies van gemiddeld < 35 dB op de frequenties van 1.000, 2.000 en 4.000 Hertz
 - o gehoorverlies met SNR verlies van minstens 3 dB
- neemt men het gehoorverlies aan de "niet aanpasbare kant" (slechtste oor, dus geen uitzonderingscodes).

Dit betekent dat bij een CROS- of BICROS-montage enkel de pseudocodes voor een gehoorverlies van 35 dB of meer kunnen geattesteerd worden: 706414-706425 (met spraakaudiometrie) of 716413-716424 (zonder spraakaudiometrie).

De bijkomende verzekeringstegemoetkoming voor CROS/BICROS-aanpassing kan alleen worden toegekend als er gelijktijdig een monofonische toerusting (cf. art. 31, 2.1.3) afgeleverd wordt. Een bijkomende verzekeringstegemoetkoming kan immers enkel tegelijkertijd met een toerusting ter correctie van het gehoor (1.1.) geattesteerd worden."

De voornoemde wijziging heeft uitwerking vanaf 1 juli 2024.

Belgisch Staatsblad

19.05.2025

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 30, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

INTERPRETATIEREGEL 3

Vraag

Wanneer een brillenglas met een medische filter met vooraf bepaalde absorptie van blauw licht wordt verstrekt aan een patiënt met een medische indicatie genoemd in punt A.6.1 van artikel 30, via welke doelgroep moet het dan worden aangerekend?

Antwoord

Wanneer een brillenglas met een medische filter met vooraf bepaalde blauwlichtabsorptie wordt verstrekt aan een patiënt met een medische indicatie genoemd in punt A.6.1 van artikel 30, moet deze altijd worden aangerekend via de 4^e doelgroep: rechthebbenden die nood hebben aan brillenglazen met medische filter met vooraf bepaalde absorptie van blauw licht.

Als niet wordt voldaan aan de voorwaarden voor hernieuwing ten opzichte van de vorige aflevering, mag dit brillenglas niet worden vergoed via een andere doelgroep, zelfs als de dioptriedrempel voor deze doelgroep is bereikt.

Deze interpretatieregel heeft uitwerking vanaf 1 december 2012.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 27, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

INTERPRETATIEREGEL 11

Vraag

Artikel 27, § 9 bepaalt dat de verstrekkingen behorende tot "Incontinentiemateriaal" slechts vergoedbaar zijn in geval van urinaire incontinentie bij urineverlies langs natuurlijke weg of bij het gebruik van een verblijfssonde die langs natuurlijke weg wordt ingebracht.

Volgens de omzendbrief VI 2023/267 is de cumul tussen urinezakken voor stomapatiënten en incontinentiemateriaal (verstrekkingen 640076, 640091 en 640172) niet toegestaan, aangezien urinezakken voor stomapatiënten vergoedbaar zijn via de maximale verzekeringstegemoetkomingen voor stomahulpmiddelen voor elke urinewegstoma (verstrekkingen 655454, 655476, 655631, 655653, 655911 en 655970).

Wanneer een patiënt zowel een stoma als urineverlies langs natuurlijke weg heeft, kan deze dan zowel de stoma- als de incontinentieverstrekkingen vergoed krijgen?

Antwoord

Ja, aangezien de patiënt zowel een stoma als urineverlies langs natuurlijke weg heeft, zijn er 2 afzonderlijke "plaatsen" die moeten worden uitgerust. Deze patiënt kan daarom zowel de stoma- als de incontinentieverstrekkingen vergoed krijgen.

Deze interpretatieregel heeft uitwerking vanaf 1 maart 2022.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 11 (Algemene speciale verstrekkingen) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

De interpretatieregels 14 en 19 worden opgeheven.

Deze beslissing treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Interpretatieregels voor de vergoeding van de farmaceutische specialiteiten met rilpivirine als uniek actief bestanddeel (oraal).

Vraag

In welke situatie mag, vanaf 1 juni 2025, een farmaceutische specialiteit met rilpivirine als uniek actief bestanddeel (oraal) vergoed worden in het kader van de kortetermijnbehandeling van een humaan immunodeficiëntievirus type 1 (hiv 1) infectie bij pediatrische rechthebbenden van > of = 12 jaar en > of = 35 kg (hiv 1 RNA < 50 kopieën/ml) die een stabiele antiretrovirale behandeling krijgen zonder bewijs van huidige of vroegere resistentie, en geen eerder virologisch falen met middelen uit de NNRTI en INI klasse in combinatie met orale cabotegravir (VocabriaR)?

Antwoord

De orale vorm van de farmaceutische specialiteit op basis van rilpivirine (EdurantR 25mg) mag vergoed worden op basis van een elektronische aanvraag in § 6290000 of op basis van het bestaande gestandaardiseerde verplichte aanvraagformulier voor EdurantR in § 6290000, ingediend door de arts-specialist die verantwoordelijk is voor de behandeling en verbonden is aan een RIZIV-geconventioneerd AIDS-referentiecentrum, en die hierdoor verklaart dat de rechthebbende zich op het moment van de aanvraag in de situatie bevindt zoals bedoeld in de § 10870100 voor de orale vorm van cabotegravir (VocabriaR 30mg)

De voorgenoemde interpretatieregels treden in werking op 1 juni 2025.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 27/1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

INTERPRETATIEREGEL 1

Vraag

Artikel 27/1, F3., bepaalt dat de verstrekkingen behorende tot "Incontinentiemateriaal" slechts vergoedbaar zijn in geval van urinaire incontinentie bij urineverlies langs natuurlijke weg of bij het gebruik van een verblijfssonde die langs natuurlijke weg wordt ingebracht.

Volgens de omzendbrief V.I. 2023/267 is de cumul tussen urinezakken voor stomapatiënten en incontinentiemateriaal (verstrekkingen 640076, 640091 en 640172) niet toegestaan, aangezien urinezakken voor stomapatiënten vergoedbaar zijn via de maximale verzekeringstegemoetkomingen voor stomahulpmiddelen voor elke urinewegstoma (verstrekkingen 655454, 655476, 655631, 655653, 655911 en 655970).

Wanneer een patiënt zowel een stoma als urineverlies langs natuurlijke weg heeft, kan deze dan zowel de stoma- als de incontinentieverstrekkingen vergoed krijgen?

Antwoord

Ja, aangezien de patiënt zowel een stoma als urineverlies langs natuurlijke weg heeft, zijn er 2 afzonderlijke "plaatsen" die moeten worden uitgerust. Deze patiënt kan daarom zowel de stoma- als de incontinentieverstrekingen vergoed krijgen.

Deze interpretatieregel treedt in werking op 1 juli 2025.

Belgisch Staatsblad

30.06.2025

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 29/1 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

INTERPRETATIEREGEL 1

Vraag

Kunnen patiënten zonder loop- en staanfunctie in aanmerking komen voor een vergoeding van orthopedische schoenen?

Antwoord

JA, het wezenlijke (in deze context = belangrijkste) doel van orthopedische schoenen en voorzieningen is de loop- en staanfuncties te bevorderen, en eventueel te corrigeren, maar indien er geen loop- en/of staanfunctie is, is het doel van de orthopedische schoen de afwijkende stand van de voet te stabiliseren en/of te corrigeren.

Voor rolstoelpatiënten zonder loopfunctie en eventueel zonder staanfunctie:

- kan een orthopedische schoen op maat onder post 64 (643451-643462) vergoed worden indien de rechthebbende voor de indicaties onder post 64 - code 643451-643462 vanwege de ernst van de misvorming niet adequaat geholpen kan worden, noch met confectieschoeisel, noch met bekledingsschoeisel, al dan niet met een plantaire orthese.

- kan bekledingsschoeisel (653656-653660) vergoed worden indien de voet een anatomische afwijking heeft, voorzien in één van de posten A en/of B van artikel 29/1, A.3., en waarbij confectieschoeisel niet aangewezen is. Confectieschoeisel is in deze context niet aangewezen indien de voetvorm afwijkend is van confectiematen (volume of afwijking laat deze pasvorm niet toe) en/of omwille van een zeer hoge kans op wondvorming.

Deze interpretatieregel treedt in werking op 1 juli 2025.

8. Adviezen en protocol

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
31.01.2025	24.01.2025	Zesde wijzigingsclausule bij de Nationale overeenkomst ZH/2020 tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

Deze wijzigingsclausule betreft de volgende aanpassingen:

- o creatie van dagziekenhuisforfait groep *1bis*: een nieuw dagziekenhuisforfait, namelijk "groep *1bis*", werd gecreëerd. Vanaf 1 oktober 2024 is het tarief van deze groep *1bis* gelijk aan 228,06 EUR
- o verduidelijking van het dagziekenhuisforfait groep *6bis*: vanaf 1 januari 2023 werd voor groep *6bis* hetzelfde tarief gepubliceerd als het tarief groep 6; deze bepaling wordt retrospectief opgenomen in de overeenkomst
- o verlenging van de overeenkomst: de overeenkomst wordt verlengd tot 31 december 2026.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
21.02.2025 - Editie 2	14.02.2025	Overeenkomsttekst M/25, vastgesteld door het Verzekeringscomité, voor de kinesitherapeuten. - Notificatie punt 11

Samenvatting van de wijzigingen

De overeenkomst M/25 omvat de volgende krachtlijnen:

- o vanaf 1 februari 2025 worden de honoraria lineair geïndexeerd. Door het systeem van de vaste remgelden verandert het bedrag dat de patiënt zelf moet betalen niet ten gevolge van die verhogingen
- o een eenmalige conventiepremie is voorzien voor kinesitherapeuten die toetreden tot deze overeenkomst. Hiervoor wordt een totaalbedrag van 4.524.000 EUR besteed.

Daarnaast ondersteunen we in 2025 de volgende projecten:

- o de voortzetting van de in 2024 gestarte reflectie inzake appropriate-care-maatregelen die streven naar kwaliteitsvolle kinesitherapie met doelmatige inzet van de middelen
- o modaliteiten voor een verplichte registratie van alle aangerekende bedragen door kinesitherapeuten
- o een intersectorale analyse betreffende de toekenning van het palliatief forfait en het daaraan verbonden behoud van het palliatief statuut
- o grotere transparantie over de werking van de medische huizen; meer bepaald de financiering van kinesitherapeutische zorg binnen dit forfaitair systeem
- o de verdere uitwerking op conceptueel, wetenschappelijk en juridisch vlak van het "frailty" project
- o een analyse van de activiteiten van bepaalde "atypische" groepen kinesitherapeuten
- o een analyse van de evolutie van de uitgaven in de sector.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
21.02.2025 - Editie 2	14.02.2025	Overeenkomst V/25, vastgesteld door het Verzekeringscomité, voor de vroedvrouwen. - Notificatie punt 11

Samenvatting van de wijzigingen

De overeenkomst bevat volgende specifieke elementen:

- o de aanwending van de beschikbare middelen 2025 door een lineaire indexering van de honoraria vanaf 1 februari 2025
- o 25 %-regel: Sinds 1 januari 2025 is de vermindering van de ZIV-tegemoetkoming van 25 % (*cfr.* K.B. van 08.06.1967) niet van toepassing voor de verstrekkingen verleend door niet-geconventioneerde vroedvrouwen. De vermindering van 25 % van de ZIV-tegemoetkoming is alleen van toepassing als meer dan 60 % van de betrokken zorgverleners de individuele overeenkomst heeft ondertekend. Aangezien het Verzekeringscomité nog niet het percentage van de aanmeldingen heeft kunnen bepalen en nog niet heeft kunnen vaststellen dat het quorum van 60 % is bereikt, is de vermindering van de ZIV-tegemoetkoming (*cfr.* K.B. van 08.06.1967) voor de prestaties van vroedvrouwen die geen overeenkomst hebben ondertekend, niet van toepassing.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
30.05.2025	23.05.2025	Vijfde wijzigingsclausule bij de Nationale overeenkomst van 16 november 2018 tussen de psychiatrische ziekenhuizen en diensten en de verzekeringsinstellingen PSY 2019 <i>sexies</i> - Ministerraad 23 mei 2025 - Notificatie punt 17

Samenvatting van de wijzigingen

Met de wijzigingsclausule worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- o artikelen *6bis* en 7, § 1/*bis* van de Nationale overeenkomst tussen de psychiatrische ziekenhuizen en diensten en de verzekeringsinstellingen van 16 november 2018 worden opgeheven
- o in artikel 8 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 4 worden het eerste en het tweede lid opgeheven;
 - => in het vroegere derde lid van paragraaf 4, dat het eerste lid wordt, worden de woorden "dit bedrag" vervangen door de woorden "het bedrag bedoeld in artikel 2, § 2, zesde lid, van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen";
 - => paragraaf 5 wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
13.06.2025	03.06.2025	Beslissing van de Overeenkomstencommissie bandagisten-orthopedisten-verzekeringsinstellingen met betrekking tot de modaliteiten van toepassing van de derdebetalersregeling voor de orthopedisch technologen

Samenvatting van de wijzigingen

De Overeenkomstencommissie bandagisten-orthopedisten-verzekeringsinstellingen heeft de volgende modaliteiten vastgesteld inzake toepassing van de derdebetalersregeling, die in werking treden op 1 juli 2025 voor alle orthopedisch technologen:

- o ingeval de orthopedisch technoloog, hierna verstrekker genoemd, de derdebetalersregeling toepast, zendt hij de getuigschriften voor afleveringen, waarop de verklaring voorkomt volgens welke de rechthebbende het artikel heeft ontvangen, samen met een factuur naar de verzekeringsinstelling
- o de verzekeringsinstelling reikt aan de verstrekker binnen vijftien dagen na het indienen van de aanvraag, wanneer de aflevering geschiedt onder de voorwaarden van de derdebetalersregeling, een verbintenis tot betalen, uit, die in tweevoud is opgemaakt en waarop onder meer duidelijk het type van de bedoelde verstrekking is vermeld; een exemplaar van de verbintenis tot betalen moet bij de factuur van de verstrekker worden gevoegd. De betalingsverbintenis garandeert, in voorkomend geval, dat de hernieuwingstermijn ten overstaan van de voorgaande aflevering is verstreken
- o de verzekeringsinstelling betaalt binnen een termijn van zes weken vanaf de datum waarop zij de factuur ontving, voor zover de verstrekker overeenkomstig de bepalingen van punt 4 gefactureerd heeft vóór het einde van de tweede maand na die waarin de verstrekkingen werden verleend, het onder de rubriek "totaal" op de verzamelstaat vermelde bedrag. De verzekeringsinstelling wordt - behoudens bewijs van het tegendeel - geacht de factuur ontvangen te hebben de dag na verzending ervan door de verstrekker, waarbij de poststempel de datum bewijst waarop de verstrekker de factuur heeft verzonden. Vertraging bij het indienen of het betalen van facturen wordt door de meest gerede partij aan de Overeenkomsten-commissie meegedeeld, die in de loop van haar eerstvolgende vergadering de middelen overweegt om daaraan te verhelpen. Gerechtvaardigd protest van facturatie overeenkomstig de bepalingen van punt 5, schort de betalingstermijn van de geprotesteerde verstrekkingen op vanaf de datum van het schriftelijk protest vanwege de verzekeringsinstelling tot de datum waarop de verstrekker schriftelijk reageert. De poststempel bewijst zowel de datum van het protest vanwege de verzekeringsinstelling als de datum van de reactie vanwege de verstrekker
- o onder "facturatie" wordt verstaan het schriftelijk bevestigen van een schuldvordering in geld, die met toepassing van de derdebetalersregeling in hoofde van de verzekeringsinstelling voortvloeit uit zorgverlening die het voorwerp uitmaakt van een tegemoetkoming vanwege de verplichte ziekteverzekering, verleend aan een rechthebbende die bij haar is aangesloten of ingeschreven

Dergelijke facturatie bestaat op straffe van nietigheid uit:

- => een verzamelstaat, in tweevoud opgemaakt overeenkomstig het model dat gaat als bijlage bij dit advies;
- => de getuigschriften van aflevering voor alle op de verzamelstaat vermelde bedragen;

=> desgevallend, de dubbels van de betalingsverbintenissen die door de verzekeringsinstelling met toepassing van de bepalingen van punt 2 werden overgemaakt voor alle middels deze verzamelstaat gefactureerde verstrekkingen.

- o De verzekeringsinstelling heeft het recht om binnen de termijn bepaald door artikel 174 van voornoemde wet van 14 juli 1994 de facturatie in zijn geheel of gedeeltelijk te protesteren. Protest van een facturatie dient steeds schriftelijk te gebeuren, waarbij op het dubbel van de verzamelstaat alle geprotesteerde verstrekkingen worden gemarkeerd, met vermelding van de reden waarom de verzekeringsinstelling deze facturatie niet aanvaardt. De verstrekker heeft zestig dagen tijd om te reageren op dergelijk protest. Indien de verstrekker binnen deze termijn niet reageert, of indien hij de verzekeringsinstelling niet kan overtuigen van zijn gelijk, dan mag de verzekeringsinstelling met toepassing van de bepalingen van artikel 1290 van het Burgerlijk Wetboek haar schuld uit volgende facturaties compenseren met het totaal van de terecht geprotesteerde lijnen uit vorige facturaties. Indien de verstrekker de verzekeringsinstelling niet heeft kunnen overtuigen van zijn gelijk, brengt de verzekeringsinstelling de verstrekker schriftelijk op de hoogte van de toepassing van de compensatie van de geprotesteerde lijnen uit vorige facturaties.

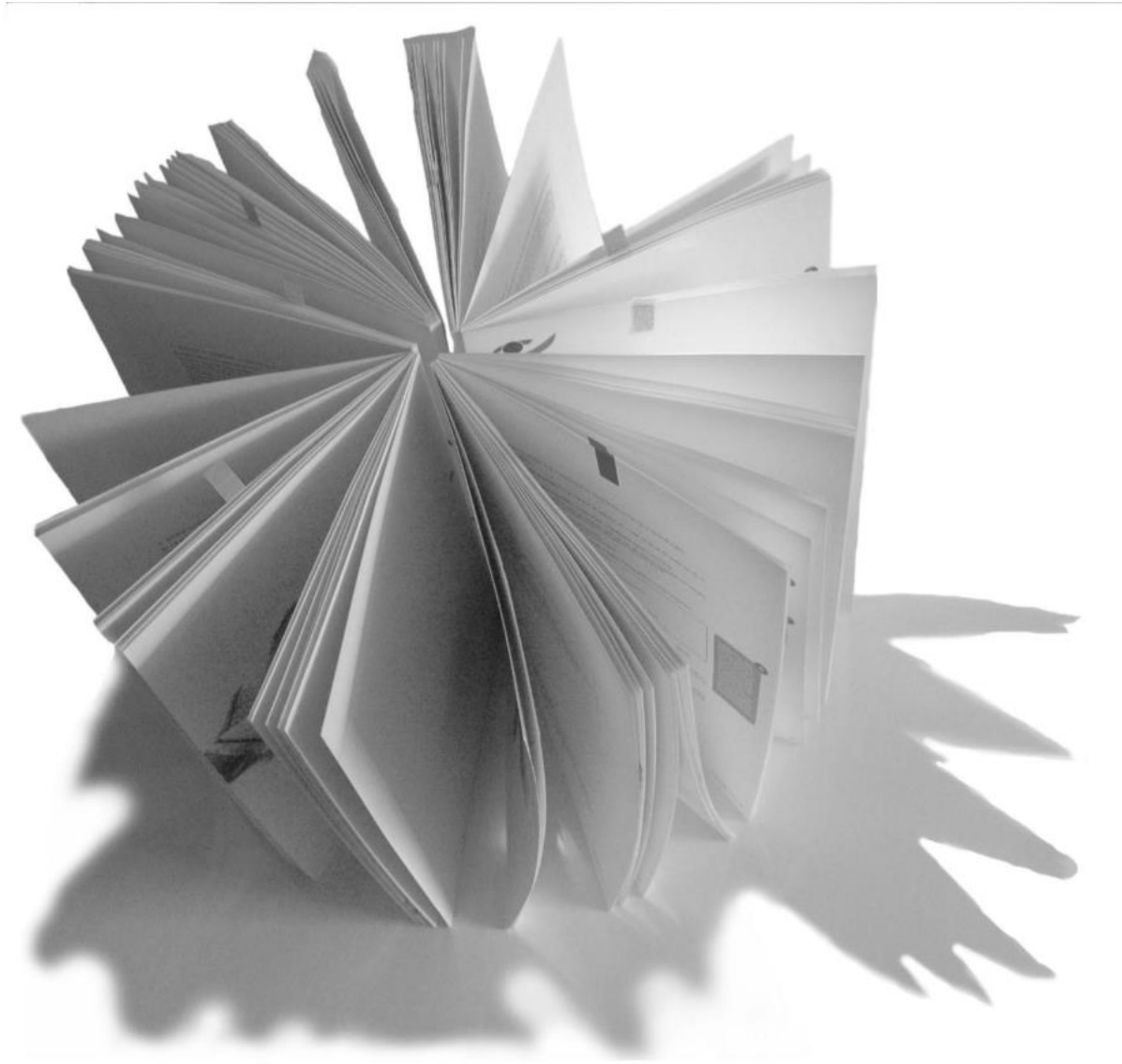
Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
13.06.2025	06.06.2025	Zevende Wijzigingsclausule bij de Overeenkomst van 1 januari 2022 tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen. - Notificatie punt 10

Samenvatting van de wijzigingen

Deze nieuwe wijzigingsclausule betreft een verlaging van de indexering van het basishonorarium met 2 eurocent op 1 juni 2025 via de sleutelletter P.

2^{de} Deel

Rechtspraak



I. Grondwettelijk Hof, arrest nr. 52/2025 van 27 maart 2025

In het arrest bevestigt het Grondwettelijk hof dat artikel 27 van de Wet medische ongevallen de Grondwet, meer bepaald de artikelen 10, 11 en 13, in samenhang gelezen met het artikel 6 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) niet schendt. Dit betekent dat in geval van een geschil over de schadevergoeding voor de rechtbank op grond van artikel 27, het Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO) in het kader van deze procedure, noch gebonden is door zijn advies, noch door zijn voorstel.

Het Hof benadrukt dat het feit dat een partij in een gerechtelijke procedure een ander standpunt kan innemen dan in een voorafgaande minnelijke procedure, zonder dat de rechter hierdoor gebonden is, niet kan worden beschouwd als een beperking van het recht op toegang tot de rechter. Het FMO heeft het recht om zijn standpunt in een gerechtelijke procedure te herzien.

Verder oordeelt het Hof dat er geen sprake is van ongelijke behandeling tussen een patiënt die instemt met het voorstel tot vergoeding in de minnelijke procedure voor het Fonds, waardoor het Fonds niet kan terugkomen op zijn advies (en het recht op vergoeding behouden blijft) en een patiënt die het voorstel tot vergoeding in rechte heeft betwist, waardoor het Fonds niet langer gebonden is door zijn advies. Dit kan ertoe leiden dat de patiënt mogelijk geen of een lagere vergoeding krijgt via de rechtbank, dan wanneer hij het voorstel van het Fonds zou hebben aanvaard. In zake : de prejudiciële vragen over artikel 27 van de wet van 31 maart 2010 « betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg », gesteld door het Hof van Beroep te Gent.

R.N. 8213 en 8214

...

B.1. De prejudiciële vragen hebben betrekking op artikel 27 van de wet van 31 maart 2010 « betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg » (hierna: de wet van 31.03.2010).

B.2. De wet van 31 maart 2010 regelt de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, onverminderd het recht van het slachtoffer van de schade of diens rechthebbenden om de vergoeding ervan te vorderen voor de hoven en rechtbanken overeenkomstig de regels van het gemeen recht.

De wetgever heeft beoogd een systeem in te voeren dat slachtoffers van schade die het gevolg is van een verstrekking van gezondheidszorg een snellere, eenvoudigere en rechtvaardigere vergoeding zou waarborgen, omdat was gebleken dat die slachtoffers in de meeste gevallen onmogelijk de fout van een zorgverlener, de schade en het oorzakelijk verband tussen beide konden aantonen, nodig om zulk een vergoeding te verkrijgen (*Parl. St.*, Kamer, 2006-2007, DOC 51-3012/001, pp. 3 e.v.).

Het was de bedoeling om, met een nieuwe wet, een systeem in te voeren dat de tekortkomingen van het vergoedingssysteem van het medische-aansprakelijkheidsrecht zou wegwerken door de patiënt in staat te stellen de talrijke hindernissen te overwinnen die hij kan ondervinden om een vergoeding te krijgen, zoals een onduidelijke aansprakelijkheid wanneer men schade oploopt in een ziekenhuisomgeving, de bewijslast van een fout die volledig bij de patiënt ligt, de onmogelijkheid om duidelijk vast te stellen of een schadegeval te wijten is aan een fout dan wel aan een medisch risico, de moeilijkheid om een oorzakelijk verband te bewijzen tussen de fout en de geleden schade, of nog, het vooruitzicht van hoge financiële kosten en een aanslepend proces met een onzekere uitkomst, dat heel wat patiënten mogelijk heeft ontmoedigd om stappen te ondernemen tegen een zorgverlener.

Het was eveneens de bedoeling om te voorkomen dat de beroepsbeoefenaars, die meer en meer te maken krijgen met een « procescultuur », een medisch defensief gedrag zouden aannemen, en ook om de problemen inzake verzekeringen te verhelpen aangezien meerdere verzekeraars zich uit de markt hadden teruggetrokken of geen verzekering meer aanboden voor bepaalde types verstrekkingen, terwijl andere verzekeraars de premies aanzienlijk hadden verhoogd (*ibid.*, pp. 5 tot 7).

B.3. Een Fonds voor de Medische Ongevallen (hierna : het FMO) is opgericht binnen het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering bij artikel 137^{ter} van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Het FMO heeft als opdracht de vergoeding van slachtoffers van schade als gevolg van gezondheidszorg of van hun rechthebbenden te organiseren (art. 8 van de wet van 31.03.2010). Het is onder andere ermee belast te bepalen of de schade als gevolg van gezondheidszorg die de patiënt heeft geleden al dan niet aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, en de ernst van de schade te beoordelen (art. 8, § 1, 1°).

B.4. Iedere persoon die van mening is dat hij schade als gevolg van gezondheidszorg heeft geleden of zijn rechthebbenden kunnen bij het FMO een aanvraag doen om advies over de eventuele aansprakelijkheid van een zorgverlener inzake de geleden schade, alsook over de ernst ervan (art. 12, § 1). Het advies van het FMO bindt noch de aanvrager, noch de betrokken zorgverleners en hun verzekeraars, noch, in voorkomend geval, de rechter (art. 24).

B.5. Artikel 4, 3°, van de wet van 31 maart 2010 schrijft voor dat het FMO het slachtoffer of zijn rechthebbenden overeenkomstig het gemeen recht vergoedt wanneer het FMO oordeelt dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener en wanneer deze of diens verzekeraar de aansprakelijkheid betwist, voor zover de schade voldoet aan een van de in de wet bepaalde voorwaarden inzake ernst. In dat geval stelt het FMO zich in de plaats van de verzekeraar van de zorgverlener (art. 30) en doet het een voorstel tot vergoeding (art. 25, § 1, tweede lid). Wanneer de schade niet volledig kan worden gekwantificeerd, stelt het FMO de betaling van een voorlopige vergoeding voor, rekening houdend met de reeds gemaakte kosten, de aard van de letsels, het ondergane leed en het nadeel dat voortvloeit uit de reeds verstreken periodes van ongeschiktheid en invaliditeit. De voorlopige vergoeding heeft ook betrekking op het meest waarschijnlijke nadeel voor de toekomst. In dat geval stuurt de aanvrager, wanneer de schade volledig kan worden gekwantificeerd of wanneer ze aanzienlijk evolueerde, een aanvullende aanvraag naar het FMO (art. 25, § 3).

B.6. Nadat het FMO de aanvrager heeft vergoed, treedt het in de rechten van de aanvrager tegen de zorgverlener en, in voorkomend geval, tegen de verzekeraar die de burgerlijke aansprakelijkheid van die laatste dekt. Noch de zorgverlener, noch de verzekeraar, noch de rechter zijn gebonden door het bedrag van de vergoeding die het FMO heeft toegekend aan de aanvrager. Als de rechter oordeelt dat de door het FMO aan de aanvrager betaalde sommen niet verschuldigd zijn, worden ze niet teruggevorderd (art. 30, derde en vierde lid).

B.7. Artikel 26 van de wet van 31 maart 2010 regelt de wijze waarop de aanvrager kan reageren op het voorstel tot vergoeding, en bepaalt :

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

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

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

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

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

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

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

De aanvrager kan slechts één keer opmerkingen toesturen ».

B.8. Indien de aanvrager niet akkoord gaat met het vergoedingsvoorstel, kan hij daartegen een beroep instellen bij de bevoegde rechter. Artikel 27 van de wet van 31 maart 2010 bepaalt:

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

Ten aanzien van de tweede prejudiciële vraag

B.9. De tweede prejudiciële vraag heeft betrekking op de bestaanbaarheid van artikel 27 van de wet van 31 maart 2010 met het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie, gewaarborgd bij de artikelen 10 en 11 van de Grondwet. Het verwijzende rechtscollège vraagt of die bepaling een ongerechtvaardigd verschil in behandeling in het leven roept onder verschillende categorieën van patiënten ten aanzien van wie het FMO een voorstel tot vergoeding heeft gedaan, omdat het van oordeel was dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener en dat die schade voldoende ernstig is, terwijl de zorgverlener de aansprakelijkheid betwist (art. 4, 3°, van de wet van 31.03.2010). Indien de patiënt heeft ingestemd met het voorstel tot vergoeding, kan het FMO niet terugkomen op zijn advies inzake de aansprakelijkheid van de zorgverlener en behoudt de patiënt het recht op de vergoeding, ongeacht de uitkomst van de eventuele gerechtelijke procedure tussen het FMO en de zorgverlener. Indien de patiënt daarentegen het voorstel tot vergoeding heeft betwist in rechte, is het FMO niet langer gebonden door zijn advies en riskeert de patiënt geen of een lagere vergoeding te verkrijgen dan wanneer hij het voorstel van het FMO zou hebben aanvaard.

B.10. Het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie sluit niet uit dat een verschil in behandeling tussen categorieën van personen wordt ingesteld, voor zover dat verschil op een objectief criterium berust en het redelijk verantwoord is.

Het bestaan van een dergelijke verantwoording moet worden beoordeeld rekening houdend met het doel en de gevolgen van de betwiste maatregel en met de aard van de ter zake geldende beginselen; het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie is geschonden wanneer vaststaat dat er geen redelijk verband van evenredigheid bestaat tussen de aangewende middelen en het beoogde doel.

B.11. In sociaaleconomische aangelegenheden beschikt de wetgever over een ruime beoordelingsvrijheid. Het komt de wetgever toe te bepalen of het noodzakelijk is in een bijkomende mogelijkheid tot vergoeding te voorzien voor de slachtoffers van een medisch ongeval, naast de gemeenschappelijke aansprakelijkheidsvordering tegen de zorgverlener, en in voorkomend geval de voorwaarden daarvan vast te stellen. Het Hof mag een dergelijke beleidskeuze, alsook de motieven die daaraan ten grondslag liggen, slechts afkeuren indien zij op een manifeste vergissing zouden berusten of indien zij onredelijk zouden zijn.

B.12.1. Uit de parlementaire voorbereiding van de wet van 31 maart 2010 blijkt dat de wetgever « een eenvoudige, snelle, kosteloze en doeltreffende minnelijke procedure tot schadevergoeding » ter beschikking heeft willen stellen van het slachtoffer van een medisch ongeval (*Parl. St.*, Kamer, 2009-2010, DOC 52-2240/001 en DOC 52-2241/001, p. 29). Het was de « bedoeling om rechtszaken te beperken en minnelijke schikkingen te bevorderen » (*ibid.*, p. 4).

B.12.2. Nog volgens de parlementaire voorbereiding zal de schade door het FMO « worden geëvalueerd volgens de regels van het gemeenrecht. De schadeloosstelling is dus integraal en beoogt de vergoeding van alle schadeposten » (*ibid.*, p. 67). De parlementaire voorbereiding vermeldt daaromtrent:

« In dit opzicht is het belangrijk te preciseren dat dit vergoedingsbeleid zo nauw mogelijk zal moeten aansluiten op de rechtspraak van de hoven en rechtbanken ter zake. De procedure voor het Fonds is immers een minnelijke procedure. Het Fonds heeft geen beslissingsbevoegdheid. Deze berust *in fine* altijd bij de rechter wanneer de partijen het niet eens raken na afloop van de procedure voor het Fonds. Wanneer het Fonds bijvoorbeeld een beleid ontwikkelt dat al te gunstig is voor de zorgverleners, zullen de slachtoffers weinig geneigd zijn om de adviezen en de aangeboden vergoedingen van het Fonds te aanvaarden en zullen ze deze systematisch gaan aanvechten voor de rechter. Daarentegen zullen het de zorgverleners zijn die systematisch hun zaak zullen aanhangig maken voor de rechter indien het Fonds een beleid voert dat zij te gunstig achten voor de slachtoffers in vergelijking met de heersende rechtspraak. Op die manier zou het vergoedingsmechanisme zijn doel niet bereiken namelijk een minnelijke, vlotte en efficiënte vergoedingsprocedure in het leven roepen waardoor gerechtelijke stappen kunnen worden vermeden. Het Fonds zal dus moeten aandacht schenken aan de situatie en de evolutie van de rechtspraak met betrekking tot de medische aansprakelijkheid en de schadeloosstelling van de slachtoffers » (*ibid.*, p. 41).

B.12.3. Uit de parlementaire voorbereiding blijkt daarnaast dat de mogelijkheid, voor het FMO, om terug te komen op zijn advies en op het vergoedingsvoorstel, is ingegeven door « de bedoeling te voorkomen dat het Fonds blij zou geven van te grote voorzichtigheid in het formuleren van zijn voorstellen voor de slachtoffers, uit vrees om minimum de som van zijn eerste aanbod te moeten betalen indien dit voor de rechter wordt betwist » (*ibid.*, p. 68).

Specifiek ten aanzien van de mogelijkheid om terug te komen op het vergoedingsvoorstel, verduidelijkt de parlementaire voorbereiding:

« Als het slachtoffer beslist het voorstel van het Fonds aan te vechten voor de rechtbank van eerste aanleg, is het Fonds niet langer gebonden door zijn voorstel. Een omgekeerde oplossing zou de doeltreffendheid van de procedure voor het Fonds aanzienlijk kunnen verminderen.

Als het slachtoffer weet dat het voorstel van het Fonds in principe een minimum is, zal het er immers alle belang bij hebben vervolgens zijn kans te wagen voor de rechtbank, aangezien het er zeker van is dat het op zijn minst ten belope van de door het Fonds voorgestelde schadeloosstelling zal worden vergoed. Het slachtoffer kan dus niets verliezen en kan er alleen baat bij hebben. De procedure voor het Fonds zou dan nog alleen een voorbereiding zijn alvorens een rechtsvordering wordt ingesteld, terwijl het doel van dit wetsontwerp er precies in bestaat de gerechtelijke procedures maximaal te beperken.

Bovendien zou het Fonds dan de neiging hebben uitermate omzichtig te zijn in zijn voorstellen aan de slachtoffers, uit vrees ten minste het bedrag van zijn oorspronkelijk voorstel te moeten betalen in geval van betwisting voor de rechtbank. Dat zou volledig in het nadeel van de slachtoffers zijn, die in dat geval zouden verplicht zijn vervolgens naar de rechtbank te stappen. De wet zou dan haar doel voorbijschieten » (*Parl. St.*, Kamer, 2009-2010, DOC 52-2240/006, p. 94).

B.13. Die doelstellingen kunnen verantwoorden dat het FMO in het kader van de minnelijke procedure niet kan terugkomen op zijn advies over de aansprakelijkheid van de zorgverlener en over de ernst van de schade, ook wanneer een rechter nadien, in het kader van een gerechtelijke procedure tussen het FMO en de zorgverlener, zou oordelen dat die laatste niet aansprakelijk is. Een dergelijke maatregel kan worden geacht de snelheid en de doeltreffendheid van de minnelijke procedure tussen het slachtoffer van het medisch ongeval en het FMO te bevorderen, en de kans op een latere gerechtelijke procedure te verkleinen. Overigens volgt uit artikel 13 van de wet van 31 maart 2010 dat het onderzoek en de berechting van de burgerlijke rechtsvorderingen met betrekking tot het medisch ongeval van rechtswege geschorst zijn gedurende de minnelijke procedure voor het FMO. Door voorrang te geven aan de minnelijke procedure beperkt de wetgever eveneens de kans dat het FMO, in het licht van eventuele gerechtelijke procedures die reeds zijn ingesteld, een afwachtende houding zou aannemen bij het formuleren van het advies en desgevallend van het voorstel tot schadevergoeding.

B.14.1. Ten aanzien van de voormelde doelstellingen is het evenmin zonder redelijke verantwoording dat, indien het slachtoffer het voorstel tot vergoeding van het FMO betwist en de minnelijke procedure beëindigt door een gerechtelijke procedure op te starten tegen het FMO, het in het geding zijnde artikel 27 van de wet van 31 maart 2010 erin voorziet dat « het Fonds noch gebonden [is] door zijn advies, noch door zijn voorstel ».

B.14.2. Artikel 24 van de wet van 31 maart 2010, dat niet in het geding is, bepaalt immers dat de rechter niet gebonden is door het advies van het FMO, hetgeen impliceert dat hij « geheel vrij [is] om van de conclusies van het Fonds af te wijken » (*Parl. St.*, Kamer, 2009-2010, DOC 52-2240/001 en DOC 52-2241/001, p. 65). De rechter zal bijgevolg, in alle onafhankelijkheid en onpartijdigheid, alle aspecten in zijn beoordeling betrekken die relevant zijn om te bepalen of er een vergoeding verschuldigd is krachtens de wet van 31 maart 2010, met inbegrip van de aspecten die aan bod zijn gekomen in het advies van het FMO. Mede in het licht van de wapengelijkheid tussen de procespartijen is het verantwoord dat al die aspecten aan tegenspraak kunnen worden onderworpen, en dat ook het FMO derhalve vrij is daarover zijn argumenten te doen gelden. Een dergelijke regeling kan het FMO effectief ertoe aanzetten niet alleen zijn vergoedingsvoorstel, maar ook zijn advies over de aansprakelijkheid en de ernst van de schade zo nauw mogelijk te doen aansluiten bij de rechtspraak met betrekking tot de medische aansprakelijkheid en de schadeloosstelling van de slachtoffers, zoals de wetgever beoogde. Het is niet onredelijk ervan uit te gaan dat zulks de kans vergroot dat de uitkomst van de minnelijke procedure het slachtoffer effectief genoegdoening zou verschaffen en dat gerechtelijke procedures worden vermeden.

B.14.3. Het feit dat het FMO, in het kader van de gerechtelijke procedure ingesteld door het slachtoffer van het medisch ongeval, niet gebonden is door zijn advies over de aansprakelijkheid en de ernst van de schade, heeft ten slotte geen onevenredige gevolgen.

Allereerst weet het slachtoffer dat, indien het ervoor kiest de minnelijke procedure te beëindigen en een gerechtelijke procedure op te starten tegen het FMO, het geschil in het geheel aan de rechter wordt voorgelegd en de gerechtelijke procedure derhalve niet noodzakelijk tot een gunstiger resultaat zal leiden dan de minnelijke procedure. Het slachtoffer beschikt bovendien steeds over de mogelijkheid rechtstreeks de zorgverlener aan te spreken in rechte, overeenkomstig het gemeen aansprakelijkheidsrecht, en af te zien van de toepassing van de wet van 31 maart 2010. De parlementaire voorbereiding van die wet bevestigt dat « men steeds van spoor kan wijzigen en dat het volgen van één spoor geen afbreuk mag doen aan de [oorspronkelijke] voorwaarden van het andere spoor » (*ibid.*, p. 52).

Voorts is de rechter niet gebonden door het standpunt van het FMO in de gerechtelijke procedure, net zomin als hij gebonden is door het advies van het FMO in het kader van de daaraan voorafgaande minnelijke procedure. Niets belet het slachtoffer om zich in het kader van de gerechtelijke procedure op dat advies te beroepen, teneinde zijn vordering tot schadevergoeding te onderbouwen. Dat advies kan tot stand komen met de medewerking van gespecialiseerde beroepsbeoefenaars en/of op basis van een tegensprekelijke expertise, uitgevoerd door een onafhankelijk expert. De daarmee gepaard gaande kosten worden gedragen door het FMO of, in voorkomend geval, door de zorgverlener en/of zijn verzekeraar (artn. 17 en 20 van de wet van 31.03.2010). Het komt desgevallend aan het FMO toe de bewijswaarde van het advies te weerleggen en aan te tonen dat de conclusie ervan verkeerd is. In zoverre de rechter, in weerwil van het advies, van oordeel zou zijn dat de schade niet is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener, kan het slachtoffer de rechter trouwens nog steeds verzoeken na te gaan of er is voldaan aan de voorwaarden om ten laste van het FMO een vergoeding toe te kennen voor een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, in de zin van artikel 4, 1°, van de wet van 31 maart 2010.

Overigens staat de keuze van het FMO om, in het kader van de gerechtelijke betwisting van de omvang van de schadevergoeding door de aanvrager, zijn standpunt aan te passen, los van de eventuele procedure tussen het FMO en de zorgverlener en/of diens verzekeraar.

B.15. Artikel 27 van de wet van 31 maart 2010 is bestaanbaar met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

Ten aanzien van de eerste prejudiciële vraag

B.16. De eerste prejudiciële vraag heeft betrekking op de bestaanbaarheid van artikel 27 van de wet van 31 maart 2010 met artikel 13 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, in zoverre die bepaling het FMO toelaat terug te komen op zijn advies wanneer de patiënt het voorstel tot vergoeding betwist in rechte.

B.17.1. Artikel 13 van de Grondwet bepaalt :

« Niemand kan tegen zijn wil worden afgetrokken van de rechter die de wet hem toekent ».

B.17.2. Artikel 13 van de Grondwet houdt een recht in op toegang tot de bevoegde rechter. Dat recht wordt eveneens gewaarborgd bij artikel 6, lid 1, van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens en bij een algemeen rechtsbeginsel.

Artikel 6, lid 1, van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens waarborgt het recht op toegang tot de rechter bij het vaststellen van burgerlijke rechten en verplichtingen of bij het bepalen van de gegrondheid van een ingestelde strafvervolgning. Artikel 13 van de Grondwet en het algemene rechtsbeginsel waarborgen het recht op toegang tot de rechter meer algemeen voor elk geschil dat betrekking heeft op een recht of een verplichting, ongeacht of het burgerlijk van aard is in de zin van artikel 6, lid 1, van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

B.17.3. Het recht op toegang tot de rechter vormt een wezenlijk aspect van het recht op een eerlijk proces en is fundamenteel in een rechtsstaat. Het recht om zich tot een rechter te wenden, heeft bovendien zowel betrekking op het recht om in rechte op te treden als op het recht om zich te verdedigen.

Het recht op toegang tot een rechter is evenwel niet absoluut. De beperkingen van dat recht mogen geen afbreuk doen aan de inhoud van dat recht. Zij moeten bovendien redelijk evenredig zijn met het gewettigde doel dat zij nastreven (EHRM, 07.07.2009, *Stagno t. België*, ECLI:CE:ECHR:2009:0707JUD000106207, § 25; grote kamer, 17.01.2012, *Stanev t. Bulgarije*, ECLI:CE:ECHR:2012:0117JUD003676006, §§ 229 en 230). De reglementering inzake het recht op toegang tot een rechter moet steeds de rechtszekerheid en de goede rechtsbedeling nastreven en mag geen soort van belemmering vormen die de rechtzoekende belet dat de inhoud van zijn geschil wordt beslecht door het bevoegde rechtscollege (EHRM, 07.07.2009, *Stagno t. België*, voormeld, § 25; 29.03.2011, *RTBF t. België*, ECLI:CE:ECHR:2011:0329JUD005008406, § 69). De verenigbaarheid van die beperkingen met het recht op toegang tot een rechter wordt beoordeeld rekening houdend met de bijzonderheden van de in het geding zijnde procedure en van het hele proces (EHRM, 29.03.2011, *RTBF t. België*, voormeld, § 70).

B.18. De omstandigheid dat een partij in een gerechtelijke procedure een ander standpunt kan innemen dan in een voorafgaande minnelijke procedure, zonder dat de rechter daardoor op enige wijze gebonden is, kan op zich niet worden beschouwd als een beperking van het recht op toegang tot de rechter. Het risico om in het ongelijk te worden gesteld is overigens inherent aan elke gerechtelijke procedure. Het recht op een eerlijk proces waarborgt geen gunstige uitkomst voor de rechtzoekende (EHRM, 11.01.2005, *Blücher t. Tsjechische Republiek*, ECLI:CE:ECHR:2005:0111JUD005858000, § 52). De in het geding zijnde bepaling maakt de mogelijkheid van het slachtoffer van een medisch ongeval om zijn vordering tot vergoeding voor te leggen aan de rechter niet afhankelijk van enige voorwaarde, termijn of financiële kost. Evenmin beperkt die bepaling de vrijheid van het slachtoffer om in het kader van die gerechtelijke procedure alle argumenten te doen gelden die het relevant acht om zijn aanspraak op een vergoeding krachtens de wet van 31 maart 2010 te onderbouwen. Door tegenspraak mogelijk te maken over alle aspecten die aan de vordering tot vergoeding ten grondslag liggen, draagt de in het geding zijnde bepaling integendeel bij aan de wapengelijkheid tussen het slachtoffer en het FMO, alsook aan de inachtneming van de rechten van verdediging van dat laatste. Daaruit volgt dat die bepaling geen beperking vormt van het recht op toegang tot de rechter.

B.19. Artikel 27 van de wet van 31 maart 2010 is bestaanbaar met artikel 13 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

OM DIE REDENEN,

HET HOF

ZEGT VOOR RECHT :

Artikel 27 van de wet van 31 maart 2010 « betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg » schendt niet de artikelen 10, 11 en 13 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

...

II. Hof van beroep van Brussel, 12 mei 2025

De rechter in hoger beroep bevestigt de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverstrekkers en heeft geoordeeld dat er geen aanleiding is om een nieuw deskundigenonderzoek te bevelen. Het deskundigenonderzoek is op tegensprekelijke wijze verlopen. Het hof is, zoals de eerste rechter, van oordeel dat de betrokken artsen niet hebben gehandeld volgens de regels van de kunst. Er werd onvoldoende aandacht besteed aan de mogelijk cardiale oorzaak van de pijnen van de patiënt. De rechter in hoger beroep heeft bevestigd dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen de bewezen verklaarde onzorgvuldigheid van de artsen bij het stellen van de diagnose en het overlijden van de patiënt. Het hof acht een verlies van een overlevingskans ten belope van 90% aannemelijk. Het arrest bevestigt het bestreden vonnis eveneens voor wat betreft de vaststelling van de schadevergoeding. De rechter besluit dat de terugvordering van de schadevergoeding door het FMO ten aanzien van de verzekeraar van de betrokken zorgverlener aldus gegrond is.

R.N. 2020/AR/501

... t./FMO - RIZIV

...

II. Schets van het geschil

De eerste rechter heeft de feiten die aan de grondslag liggen van het geschil correct en zeer volledig samengevat als volgt:

“2.

Mevrouw ..., geboren op ... en overleden op ... consulteerde op 1 maart 2010 dokter ..., cardioloog te Mevrouw was toen 71,5 jaar oud.

Volgens het verslag van dr. ... (stuk 1 verweerders) ervaaarde zij een paar maanden ervoor een 2-tal keer bij zware inspanningen retrosternale last (pijn achter het bot van het borstbeen), die beterde met rust. Haar moeder had een hartinfarct op 60 jaar. Dr. ... doet een klinisch onderzoek, laat mevrouw een maximaal uitgevoerde fietsproef doen en doet een electrocardiografisch en echocardiografisch onderzoek. Op basis hiervan besluit hij dat:

- er geen evidentie is voor “onderliggend ischemisch hartinden” (vernauwingen of verstoppingen van de kransslagaders)

- er echografisch een matige aorta-insufficiëntie is zonder enige hemodynamische weerslag.

Dokter ... adviseert om mevrouw ... te laten herevalueren, wanneer de klachten zouden terugkeren.

3.

Op **22 augustus 2010** ervaart mevrouw ... tijdens een wandeling opnieuw pijnklachten op de borst. Gezien de klachten ondanks rust niet verdwijnen, neemt ze Ceclocard sublinguaal in, evenals Temesta. Dit geeft evenmin verbetering, waarna de dokter van wacht aan huis wordt gevraagd.

Dokter ..., huisarts van wacht, verwijst mevrouw ... met uitgesproken pijnklachten met de dienst 100 naar het ziekenhuis ... voor een opname omwille van een “vermoeden myocard infarct” (stuk 1 verweerders). Mevrouw ... vertoont op dat ogenblik ernstige pijnklachten op de borst, een onregelmatig hartritme, ernstig zweten en een verhoogde bloeddruk.

Mevrouw ... wordt op de dienst spoedgevallen onderzocht door dokter ..., urgentiearts. Deze situeert de pijn in de maagstreek (epigastrisch) die bij inspanning opkomt en na rust betert. De episodes worden steeds erger. Er is geen braken, geen diarree, geen dyspneu, geen hoesten of fluimen en geen koorts.

Op basis van de resultaten van het klinisch onderzoek en 3 aanvullende onderzoeken, nl. een laboratoriumonderzoek, een ECG (normaal) en een RX Thorax (normaal), verwijst dokter ... mevrouw ... voor opname en verdere behandeling naar dokter ..., internist-geriater. (stuk 1 verweerders, p. 7).

Volgens verweerders was mevrouw ... klachtenvrij toen dr. ... haar zag en weerhield hij onvoldoende argumenten voor cardiaal lijden, zodat hij haar liet opnemen op de dienst maag-darm-ziekten, gelet op de verergerende epigastrische pijn. Dat strookt niet met het opnameverslag van de afdeling Inwendige Geneeskunde en het verpleegkundig verslag die beide een vermoeden AMI (acuut myocard infarct) (in het opnameverslag gevolgd door een vraagteken) en epigastrische pijn vermelden. Deze pijn wordt nog erger, en straalt uit naar de keel en beide armen. Mevrouw ... is draaierig en misselijk.

Volgens het verpleegkundig verslag vertoonde mevrouw ... op **23 augustus 2010** nog steeds wat pijn en bleef ze, ondanks de inname van Primperan, misselijk. Gezien er drukpijn was ter hoogte van de maagstreek, voerde dr. ..., internist-gastro-enteroloog, een kijkonderzoek van de maag uit. Hij stelde een lichte graad van slokdarmontsteking vast, maar geen afwijkingen in de maag. Als behandeling wordt onder meer Pantomed 40 mg gestart. Dr. ... is zelf niet overtuigd van een gastro-gerelateerde oorzaak. Volgens verweerders consulteerde dr. ... zijn collega dr. ..., senior-cardioloog, die zou bevestigd hebben dat er geen evidentie was voor een cardiale oorzaak. Van dit consult is er geen schriftelijke neerslag.

Het verpleegdossier vermeldt op **24 augustus 2010** dat mevrouw ... zich beter voelt en dat ze kan eten. 's Avonds was er sprake van een versneld hartritme (ze voelde zich wat “tachicardisch”).

Dr. ... verwijst naar een consult psychiatrie op **25 augustus 2010** bij Dokter ... waaruit een depressief syndroom blijkt “bij een patiënte met een dwangmatig perfectionistisch handelen”; “onrustige geest fel begaan met alles wat kan misgaan”. “Habitueel heeft ze een gedreven stijl type obsessief compensatief gedrag en veralgemeend angstig waarvoor intermitterend Temesta wordt genomen.” In het kader van een depressie wordt Remergon stopgezet en Seroquel opgestart. Bij een tweede consult psychiatrie op **27 augustus 2010**, ditmaal bij dokter ... wordt genoteerd: (...) atypische lichamelijke klachten “le caractère scrupulo-inquiet” (dwangmatig – perfectionistisch). Ze voelt zich toch een stuk beter met Seroquel en de medicatie wordt best aangehouden en **er is geen contraindicatie voor ontslag.** (stuk 16 eisers).

Mevrouw ... wordt op **27 augustus 2010** ontslagen uit het ziekenhuis.

4.

Op **28 augustus 2010** wordt de MUG opgeroepen voor mevrouw ... omwille van pijn op de borst met bewustzijnsverlies. Bij aankomst van de MUG is er geen ademhaling en hartritme meer. Reanimatie baat niet. Mevrouw ... overlijdt, volgens het verslag van dr. ..., spoedarts, is de vermoedelijke doodsoorzaak een acuut myocardi infarct.

5.

De echtgenoot van mevrouw ..., de heer ... wijt het overlijden aan een medisch falen en diende op **26 september 2013** een adviesaanvraag in bij het FMO.

6.

Het FMO startte op **11 november 2015** de organisatie van een tegensprekelijke expertise met aanstelling van dokter ..., arts-specialist verzekeringen, en dokter ..., cardioloog, als deskundigen.

Op **24 februari 2016** vond een eerste expertisезitting plaats in het kabinet van Hierop waren uitgenodigd (naast ..., cardioloog en 2^{de} FMO-deskundige): de heer ..., internist en raadsarts van de heer ..., het FMO; dr. ..., raadsarts, dr ..., internist-gastro-enteroloog; dr. ..., cardioloog.

Volgens het eindverslag van de FMO-experten waren aanwezig op de eerste vergadering van 24 februari 2016: ..., raadsarts van dr. ... en verzekeraar ... zelf; dr. ..., dr. ... zelf; meester ... telefonisch, voor dr. ... en het

Het expertencollege richtte op **28 februari 2016** een brief aan het FMO met het verzoek om een expertise-uitbreiding met als bijkomende partij dr. In de brief, die gericht is aan het FMO met kopie aan alle toenmalige betrokkenen, verwijzen de FMO-experten naar de eerste zitting van 24 februari 2016 en schrijven dat ze *“na studie van het medisch dossier en na bevraging van de aanwezige artsen ... en ... nog graag “..., internist-geriater in het ... en de dochter van dhr. ... die insliep bij ... zondag op maandag 22 op 23 augustus 2010 gehoord.”* Zij vroegen de goedkeuring van het FMO om hiervoor een tweede zitting te willen beleggen. Volgens hen was de aanwezigheid van dr. ... en dr. ... hierbij niet vereist, hoewel zij wel zouden worden uitgenodigd.

Bij brief van **16 augustus 2016** (stuk 5 verweerders) breidde het FMO de expertise uit en betrok ook dr. ... erin.

Op 18 oktober 2016 vond een tweede expertisevergadering plaats in het kabinet van dr. Volgens het eindverslag van de FMO-experten waren aanwezig op de tweede vergadering: dr. ... loco dr. ... voor dr. ... en verzekeraar ..., dr. ..., dr. ... voor de zorgverleners en het ..., dr. ..., meester... voor verweerders; mevrouw ..., dochter van mevrouw ... en de heer ..., haar vriend.

Nog volgens het eindverslag werden de preliminaria verzonden op 18 oktober 2016.

Op 9 november 2016 maakte de raadsman van verweerders een aanvullende repliek over naar aanleiding van de 2^{de} expertisезitting met verzoek ermee rekening te houden bij de opstelling van het voorverslag.

Het “definitieve” verslag werd verzonden op **16 november 2016**.

Het definitieve eindverslag werd opgemaakt op **11 januari 2017** (stuk 1 eiser). Het bevat de volgende relevante informatie¹:

“b. Medische voorgeschiedenis

Familiale antecedenten: haar moeder kreeg een hartinfarct op 60 jaar. Mevrouw leed sinds een maand aan schouderpijnen waarvoor een NSAID werd voorgeschreven. [...]

Mevrouw consulteerde dr. ..., cardioloog een eerste maal in 2003. Ze meldde toename [sic] voor een preventief cardiaalonderzoek, zonder duidelijke subjectieve klachten. Het cardiologisch onderzoek was geruststellend. Er werd een klinisch onderzoek uitgevoerd, en een elektrocardiogram, en een cyclo-ergometrie, en een echocardiografie en een Doppleronderzoek van het hart. De conclusie was een matige aorta-insufficiëntie, hemodynamisch onbelangrijk. Wel was er indicatie tot het toepassen van endocarditisprofylaxe. Richtlijnen werden meegegeven en mevrouw werd een jaarlijkse controle aangeraden.

c. Historiek van de litige

Op 1 maart 2010, consulteert mevrouw cardioloog dokter De laatste consultatie bij hem dateert van 2003. Dr. ... beschrijft als aanmeldingsklacht dat zij tweemaal retrosternale last ondervond de laatste maanden bij zware inspanningen, beterend door te rusten. Mevrouw rookte niet. Ze nam Lexotan

16 mg daags. Hij vindt een normale bloeddruk van 8 over 14 en geen afwijkingen klinisch. Deze 72-jarige patiënte, van 57,5 kg, vertoonde een buikomtrek van 85,5 cm. Mevrouw kreeg een fietsproef, een electrocardiografisch onderzoek, en een Doppleronderzoek. De fietsproef werd maximaal uitgevoerd, met klinisch en op ECG, normale bevindingen. Bloeddruk liep op tot 215/80. Echocardiografisch werd er een normale ejectiefraction genoteerd; er waren verkalkte verdikte aortakleppen, met een matige insufficiëntie. Dokter ... besloot tot afwezigheid van overtuigend bewijs van hartaderlijden, doch gaf voorzichtigheidshalve advies, tot herevaluatie [sic], bij opnieuw optreden van deze pijnen.

Op 1 juni 2010, maakt mevrouw terug dergelijke thoracale pijn door. Ze heeft zich niet meer aangeboden bij dr.

¹. Markeringen in vetjes door de eerste rechter.

[...]

Op zondagmorgen, 22 augustus 2010, op weg naar de bakker, ontwikkelt ze pijn op de borst. Ze diende te rusten bij de bakker. De pijn nam af, maar kwam weer opzetten op de terugweg naar huis. Thuisgekomen vertelt ze dit haar echtgenoot, ze is niet helemaal klachtenvrij. Haar echtgenoot dient haar een Cedocard sublinguaal toe en ook neemt ze nog een Temesta in. De klachten van pijn op de borst bleven aanhouden. De heer ... belt de huisarts van wacht, dokter ... en belt hem 45 minuten later nog een tweede maal om hem aan te sporen tot spoed. Dr. ... laat deze patiënte opnemen in het

Hij schrijft in zijn verwijsbrief het volgende: graag opname wegens vermoeden myocard infarct. Huidige medicatie Aceclofenac, Remergon en Cypralexa. Patiënt heeft klachten sinds 9:00 uur en heeft initieel zelf Cedocard 5 mg sublinguaal genomen. Uitgesproken pijnklachten, onregelmatig ritme, profuus zweten, bloeddruk 160 over 70, pols 72 per minuut.

Haar echtgenoot was zelf sinds jaren patiënt bij dr. ..., cardioloog.

De 100 brengt mevrouw naar het spoed. Invoice vermeldt 10u19. Ze wordt aldaar gezien door dr. ..., acutist (RIZIV 800 nr.). Deze beschrijft epigastrische pijn die bij inspanning opkomt en na rust wat beter wordt. Episodes worden steeds erger. Vandaag is de pijn onhoudbaar. Er is geen braken, geen diarree, geen dyspnoe, geen hoesten of fluimen, geen koorts. Hij interpreteert het ECG als normaal sinusiaal en tekent dit handmatig af zie stuk 000024. Er wordt een labo geprikt om 10.34 uur voor onder andere bepaling van hartenzymes CK en Troponine.

Patiënt wordt aansluitend opgenomen voor dokter ..., internist-geriater werkend binnen dezelfde maatschap als dr. Dr. ... stempelt de handgeschreven spoedgevallennota af.

De Troponines, waren bij dit bloedonderzoek niet gestegen ($<0,01$ – nl tot $0,50$ ng/mij.) CK onderzoek toont normale waarden van $76,5$ U/l (nl tot 192). Er worden verhoogde cholesterolwaarden gemeten van 253 .

ECG, 22 augustus 2010, stuk nr. 000023, vermeldt als automatisch protocol sinusritme; niet specifieke ST-T elevatie. Voor het overige normaal een RX thorax, krijgt een protocol van “bronchovasculair versterkte tramatekening. Aanvraag voor deze RX thorax vermeldt: retrosternale..] pijn.

Opnameverslag (stuk nr. 000013 en 14) inwendige geneeskunde, van zondag 22 augustus 2010 wordt ingevuld door stagiair Het vermeldt als reden van hospitalisatie: **vermoeden acuut myocard infarct?** Epigastrische pijn. Het vermeldt bijkomend de voorgeschiedenis: **drukkend gevoel bij wandelen**, beter bij rust, en Temesta, sinds een paar weken. Bij dokter ... alles OK. Huidige ziektegeschiedenis: **continue drukkende pijn** epigastrisch met acute start om 8:30 uur bij het naar de bakker gaan. **De pijn wordt nu nog erger.** Cedocard en een halve Temesta hielpen niet. Klam zweterig, geen kortademigheid. **De pijn straalt uit naar keel en beide armen.** Mevrouw kent braakneigingen, waarvoor ze Pantamed toegediend krijgt met anti emeticum Litican, op spoed. Ze is misselijk. Ze houdt haar ogen dicht wegens pijn. Ze vertoont geen koorts. De huid is klam, geen oedeem. Er is een saturatie van 98% . De centraal veneuze drukmeting, bedraagt 7 cm. Auscultatie is verder negatief. Mevrouw krijgt uitgebreide majeure pijnmedicatie toegediend onder vorm van Dipidolor, Tramadol, Perfusalgan en Litican.

Het verpleegkundig opnamedossier stuk nr. 000031 vermeldt op 22 augustus 2010 epigastrische pijn, **vermoeden acuut myocard infarct**. Deze dag heeft ze nog veel pijn en is erg misselijk. De nacht van 22 augustus op 23 augustus bleef ook haar dochter bij haar waken. Maandagmorgen 23 augustus, vertoonde mevrouw **nog wat pijn**. In de namiddag bleef ze misselijk.

Dokter ... verhaalt, dat hij maandag in de namiddag, deze patiënte voor een eerste maal zag. Op dat ogenblik had zij **geen pijn meer**. Dokter ... die deze patiënte zondag opnam, **werkt op dezelfde dienst als hijzelf**. Dokter ... heeft **geen mondeling contact gehad met dokter ... omtrent de opname**. Dokter ... heeft gezien de **hoog abdominale pijnen** een maagdarmonderzoek verricht, maandagnamiddag. Hij besloot, tot aanwezigheid van **refluxoesofagitis graad I**. Er werden **geen afwijkingen elders** gevisualiseerd.

Mevrouw verbleef van maandag tot vrijdag, op de dienst gastro-enterologie. **Bij gebrek aan diagnose**, werd op 25 augustus 2010 en op 27 augustus 2010 tweemaal een **psychiatrisch** consult gevraagd. Eerste psychiater dr. ..., zag haar op 25 augustus 2010. Hij sprak van de aanwezigheid van een depressie bij een obsessief compulsieve persoonlijkheid. Hij wijzigde Remergon medicatie in Seroquel.

Een andere psychiater ... bevestigt deze diagnostiek op 27 augustus 2010. Er was **geen psychiatrische contra-indicatie** voor ontslag. Mevrouw mocht op 27 augustus 2010 het ziekenhuis verlaten. Dokter ... bevestigt, dat hij **geen duidelijke diagnose** had, hij vulde in "gastro-enteritis".

Volgens meneer ... nam mevrouw ... zaterdag **28 augustus 2010** omstreeks 8:30u, een douche. Toen ze zich wilde [sic] aankleden kreeg ze **dezelfde pijnen in de borst als voorheen**. Ze ging zitten, en twee tot drietal seconden later, stuwte ze ineem. De heer ... heeft nog een poging ondernomen om haar te reanimeren, en belde de MUG. Mevrouw **overleed** thuis.

d. Bevraging van de zorgverleners

Dr. ... volgde haar tijdens haar hospitalisatie. Dr. ... had een eerste ontmoeting met deze patiënte maandagnamiddag. Hij nam kennis van het feit dat zij door dr. ..., internist-geriater was opgenomen tijdens het weekend. Dr. ... werkt in dezelfde internistische maatschap. Er is **geen verbale overdracht geweest tussen dr. ... en dr.** Dr. ... **ging voort op de schriftelijke berichtgeving, zoals voorliggend vanuit spoed**. Hij beklemtoont dat hij deze patiënte **nooit gekend heeft met een pijnsyndroom**; zij maakte tegenover hem hiervan nooit melding. Wegens misselijkheid en epigastrische klachten voerde hij een gastroscopie uit maandagnamiddag 23 augustus 2010. Hij vond een oesofagitis graad A. Hij was **niet overtuigd dat de oesofagitis de oorzaak van haar klachten was**. In feite had hij bij ontslag **geen duidelijke diagnose**. Hij heeft **geen aanvullend cardiologisch onderzoek gevraagd bij mevrouw**. Hij heeft **informeel het medisch dossier overlegd met de internist-cardioloog dr. ...** die deel uitmaakt van zijn maatschap, evenwel **zonder patiënte**. Hij vermoedt dat deze bespreking doorging op dinsdag **24 augustus 2010**. Hiervan is **geen neerslag**. Dit informeel advies was naar zijn eigen zeggen **geruststellend**. Hij heeft **niet meer gefocused in de richting cardiologische pathologie** verklaart hij. Hij vermoedde een **belangrijk psychiatrisch probleem** bij mevrouw. Hij vond hiervan **bevestiging** na consulten van twee psychiaters op 25 en 27 augustus 2010 met gelijklopende klinische bevindingen. Hij heeft geen labo meer laten prikken bij mevrouw. Er waren hem **geen voorgaanden** van psychiatrie bekend in ... bij mevrouw.

IV. Technische onderzoeken

[...]

Dr. ..., huisarts

op 22 augustus 2010 werd ik door de heer ... gebeld in de vroege voormiddag, met verzoek tot huisbezoek wegens pijnklachten bij zijn echtgenote Ruim 45 minuten later kreeg ik een tweede oproep van de echtgenoot, die aangeeft, dat de pijnklachten hun [sic] nog steeds zijn en volgens hem zelfs wat heviger, ik tref mevrouw aan in de zetel. Ze vermeldt nog steeds **pijn te hebben vooral in de borststreek** met wat **toesnoerend gevoel** en ook **vage klachten ter hoogte van de maag**. Ook is er wat profuus zweten. De echtgenoot geeft aan dat hij reeds een Cedocard zou gegeven hebben. Gezien dit **voor mij uitgesproken beeld** besluit ik in feite duidelijk tot noodzaak van opname en bel de 100 dienst met vermelding van de **cardiale klachten**. Ik geef een opnamebrief mee en **vermeldt ook tegenover hun mijn vermoeden van een dreigend myocard infarct**.

[...]

Hospitalisatieverslag dokter ..., 22 augustus tot 27 augustus 2010

anamnese: sinds geruime tijd klaagt uw patiënte over een **drukkende hinderende last retrosternaal en epigastrische bij inspanningen**, wijkend bij rust, niet verbeterend na Cedocard, toch wel wanneer Temesta sublinguaal wordt genomen. Recente cardiale evaluatie bij collega ... toonde **geen argumenten voor evolutieve cardiale pathologie**. Klinisch onderzoek laboratoriumonderzoeken 22 augustus 2010 Beeld van gemengde hyperlipidemie ECG: sin usiaal 69 per minuut, normaal tracé.

Endoscopische evaluatie oesofagitisgraad A. Radiologische evaluatie ...

Consultaties

psychiatrie 25 augustus 2010, in 27 augustus 2010 ...

Besluit

ook nu werden bij verdere internistische in gastro-intestinale evaluatie **geen afwijkingen** weerhouden doch werden we bij psychiatrische evaluatie geconfronteerd met een **depressief syndroom** bij een patiënte met een **dwangmatig perfectionistisch** handelen. Collega ... en ... stelden voor om de therapie aan te passen. ... Ondertussen vernamen we dat de MUG op 28 augustus 2010 in urgentie thuis werd gevraagd wegens een episode van **retrosternale pijn bij defecatie gevolgd door totale asystolie waaruit ze niet meer reanimeerbaar bleek**.

Verpleegkundige nota's op spoedgevallen (stuk 000030)

Zondag 22 augustus ...

Dipidolor 6 mg 11 u 15

Dipidolor 4 mg 11 u 30

Dipidolor 4 mg 12 u

Perfusalgan

Litican

Gegevens door arts in te vullen: 'gastroscopie'. Dit werd neergeschreven door dr.

Verpleegkundige nota's op verpleegafdeling (stuk 000031)

Zondag 22 augustus 2010

VM: Opname via spoed van **AMI vermoeden**. Heeft nog veel pijn en is nog erg misselijk.

Vermoeden AMI. Krijgt 10 u 30 Primperan % amp IV.

AV: 20 u 30: IM dipidolor 1 amp. 19u30 Primperan IV.

Maandag 23 augustus 2010

VM: bedje opgemaakt; nog wat pijn maar rustig.

NM: blijft misselijk. Primperan IV. Zou "niet" helpen

Dinsdag 24 augustus 2010

Nacht: Medicatie helpt niet genoeg

VM: Veel beter. Minder pijn. Heeft kunnen eten."

Verslag dr. ... 22 september 2011

Bespreking

1. De anamnese van de pijnklachten had **zowel suggestieve** elementen (pijn gesitueerd retrosimaal [sic] en uitgelokt door fysieke inspanning en beterde met rust), als **atypische elementen** (niet beterend met Cedocard, wel met tranquillizer).
2. In aanwezigheid van een negatieve inspanningstest was de toenmalige (maart 2010) beoordeling door dr. ... **eerder correct**, met name om eerder conservatief af te wachten op desgevallende verdere evolutie van de toen toch eerder eenmalige klachten.
3. Hoewel bij opname (zoals blijkt ook door de huisarts werd aangegeven) **eerder en prioritair aan een cardiale pathologie** kan worden gedacht, is het **niet onredelijk** om, in aanwezigheid van een negatief ECG en van negatieve hartenzymes, **een acuut myocardinfarct (het ware STEMI of niet) uit te sluiten**. Het is **niet duidelijk waarom de patiënte niet eerder gedurende 24 uur werd geobserveerd op een cardiale unit, met klassieke controle van ECG en hartenzymes**, dan wel op een afdeling maag-darmziekten terecht kwam. Hoe dan ook, **de verdere evolutie der klachten was blijkbaar geruststellend op cardiaal vlak**. Het is dan **ook helemaal niet duidelijk of een bijkomend niet-invasief cardiaal nazicht** in de loop der volgende dagen iets zou hebben in het licht kunnen stellen. Anderzijds was **er geen absolute indicatie om urgent tot meer invasief coronair onderzoek** (coronarografie bijv.) over te gaan, voor zover dit beschikbaar is in het Het is **wel bevreedend dat patiënte niet na haar ontslag verwezen werd naar een niet-urgente verdere coronaire oppuntstelling** om eens en voorgoed de **piste van ischemisch hartlijden te kunnen uitsluiten (of bevestigen)**. **Mogelijk had deze wel een coronaire problematiek kunnen in het licht stellen (maar is dit niet eens zeker)**.

Besluit

Achteraf bekeken lag er **allicht een cardiovasculair probleem** aan de basis van het plotse overlijden (en allicht ook aan de voorafgaandelijke pijnklachten) en in deze redenering zou een **tijdig uitgevoerde meer invasief coronair onderzoek mogelijk een coronaire pathologie hebben kunnen in het licht stellen, met mogelijk ook een behandeling**. Dit alles is evenwel **speculatief** en ik vrees dat – gezien de initiële correct uitgevoerde en negatief gebleken infarctonderzoeken – er **niet echt een medische fout** kan worden aangetoond en weerhouden in hoofde van de betrokken geneesheren, hoewel ontegensprekelijk achteraf bekeken de waarschijnlijkheid van een acute cardiale pathologie als doodsoorzaak niet kan worden [sic] betwist zodat achteraf bekeken er wel een beoordelingsfout kan worden verweten (maar dit is **geen echte “medische fout”**).

V. Bespreking

a. Visie van zorgverleners

Dr. ...

Dr. ... heeft niets toe te voegen aan zijn verslaggeving van maart 2010.

Dr. ...

Geen bemerkingen.

Dr. ... voor dr. ...

Dr. ... benadrukt dat dr. ... betrokkene **nooit heeft gekend met een pijnsyndroom presternaal** aangezien dat maandagnamiddag **niet meer aanwezig** was. Dr. ... kende haar met een **misselijkheidssyndroom**.

Dr. ...

Dr. ... benadrukt dat er waarschijnlijk dinsdag 24 augustus 2010 **een overleg is geweest met de cardioloog van maatschap, dr. ...** die op basis van het verhaal op stukken van mening was dat er **geen cardiale pathologie** te vrezen was. Deze diagnostische piste werd dan ook verlaten op basis van een **normaal geprotocolleerd ECG, negatieve troponines, en CK's op spoed**. De gelijklopende adviezen van twee psychiaters oriënteerden zijn diagnostische blik eerder in deze richting bij een dame met wat **obsessief compulsieve kenmerken**. Hij vermoedt niet dat de diagnose door hem naar voren geschoven, de oesofagitis graad I de totale uitleg was van de klachten van mevrouw Mevrouw ... heeft zijn dienst **in goeden doen verlaten**.

Visie van dr. ... – dr. ...

Er was **tunnelvisie**: er werd uitgegaan van een **gastritis** op Aceclofenac. De spoedgevallenarts had al de **piste van cardiale problematiek verlaten**, en betrokkene doorgezonden naar een dienst algemeen interne. De eerste diagnosticus was de acutist. Het is niet goed begrijpelijk dat deze niet werd uitgenodigd volgens dr. Dr. ... is tenslotte geriater, geen cardioloog en geen acutist.

Zou een eventuele cardiale behandeling de evolutie veranderd hebben bij mevrouw blijft ten zeerste de vraag. Immers ook de doodsoorzaak is niet gekend met zekerheid.

Het infarct – zo het er al een was – kan immers ook veel later begonnen zijn dan deze zondag 22 augustus 2010.

Mr. ... loco mr. ...

Vestigt de aandacht op de argumentatie van dr., internist-pneumoloog van 22 september 2011 waaruit blijkt dat ook voor deze internist het verhaal ook **anders dan cardiologisch kon geïnterpreteerd worden**, na eerdere ECG en hartenzymesbepaling.

b. Mevrouw ...

... zou gevraagd hebben voor **nazicht cardiologie** op spoedgevallen, volgens dochter. De nachtverpleegkundige zou meermaals door ... gebeld zijn met de vraag voor meer adequate behandeling bij haar moeder die bewegingsonrust kende, en veel pijn ter hoogte van de borst. Ze sprak ook niet veel.

Moeder was bij navraag voorheen **nooit in psychiatrische behandeling** geweest. ... was aanwezig bij haar moeder vanaf zondagmiddag 12.00 u tot maandagmorgen uur onbekend. **Zij kan zich niet herinneren dat zij dr. ... of een cardioloog heeft zien passeren op interne.** Voor haar moeder was deze opname een eerste passage in een ziekenhuis.

c. Visie van het deskundigencollege

Het deskundigencollege meent dat er voldoende samenlopende vermoedens zijn om te stellen dat mevrouw ... bij opname op 22 augustus 2010 een **acuut myocard infarct** deed, minstens dat er **zeer zware vermoedens** waren dat zij dit acuut myocard infarct deed waarbij **deze diagnose niet als differentiaal diagnose had mogen geschrapt worden.**

Zij baseert zich op:

1. De **verwijsbrief van de huisarts van wacht**
2. De **vermelding van mogelijk acuut infarct door de stagiair interne geneeskunde ...**
3. De **klinische beschrijving** op de dienst interne geneeskunde, rapport stagiair ...
4. De verpleegkundige nota's die melding maken van de **mogelijkheid van acuut myocard infarct**
5. De **verwijzing door de acutist naar interne geneeskunde wegens mogelijk infarct**
6. De vermelding van het automatisch **protocol ECG op spoed.**

Het college gaat er van uit dat mevrouw ... op 28 augustus 2010 **overleed aan cardiale gevolgen** bijvoorbeeld van een hartritmestoornis, **mogelijk mede geïnduceerd door de toegediende medicatie Seroquel en Sypralexa die enige cardiotoxiciteit kennen, medicatie waarmee zij op de dienst interne werd ontslagen.**

Een gemiste diagnose is **geen bewijs van foute aansprakelijkheid**. De foute aansprakelijkheid dient afgetoetst aan het **feit of alle medische onderzoeken werden verricht die een normaal voorzichtig arts, geplaatst in dezelfde omstandigheden zou verricht hebben om tot een diagnose te komen.**

Zorgverleners kunnen niet verhullen dat er **duidelijke klinische tekenen waren die wezen op een cardiale problematiek op 22 augustus 2010.** Mevrouw had op spoed zeer hevige pijn die uitstraalde naar beide armen en naar de hals, ze was klam en zweette profuus. Mevrouw kreeg majeure pijnstilling toegediend.

De onderzoeken die verricht werden tijdens de vijf dagen durende hospitalisatie waren:

1. Eén ECG op spoed
2. Een laboratoriumonderzoek met hartenzymes, op spoed, afname zelfde dag 10u34.
3. Eén gastroscopie, daags nadien
4. Twee psychiatrische consulten

Het ECG was – **zelfs zonder Hindbias** – duidelijk **positief** op ST T elevatie in de precordialen. De **acutist mistte dit blijkbaar**, het automatische protocol van de ECG-machine vermeldt dit wel. Er waren **klinisch ruim voldoende aanwijzingen om het onderzoek op een dienst interne verder te oriënteren naar cardiologisch onderzoek.**

De acutist verwijst de gestelde pathologie door naar de dienst inwendige ziekten. Dit is een **correcte verwijzing**. Een **maaglijden en hartinfarct zijn internistische pathologieën**. Het is **aan de dienst inwendige ziekten dit verder uit te werken.**

De normale onderzoeken die hadden moeten gebeuren tijdens de hospitalisatie waren:

1. Een **tweede** ECG diende verricht te worden binnen enkele uren na opname om de evolutie te kunnen appreciëren.
2. Een **tweede** bepaling troponines diende verricht te worden na vier uren (gestegen?); deze hercontrole na vier uur was gebruikelijk op een internistische dienst sinds 1996.
3. **Cardiologisch consult** had moeten gevraagd worden tijdens de hospitalisatie.

Er **schortte iets aan de overdracht** van deze patiënte. Blijkbaar is er **onvoldoende overleg geweest met dr. ...**, internist-geriater, die instond voor de opname zodat het aspect pijn op de borst met uitstraling naar beide armen en hals, en nood tot majeure pijntherapie van zondag 22 augustus 2010 op maandag 23 augustus 2010 dr. ... **niet meer gekend waren**. Anderzijds de inhoud van het medisch dossier en spoed en interne was **duidelijk**.

Het college weerhoudt daarom dat er **onvoldoende adequaat gereageerd** werd op de toestand van dame ... zoals dat **van een normale dienst interne geneeskunde** had mogen verwacht worden. Een aantal eenvoudige onderzoeken hadden kunnen voorkomen dat ook de differentiaal diagnose van acuut infarct gemist werd. Hierdoor is de mogelijkheid van adequate behandeling met overleving mevrouw ... ontnomen geworden.

Op 28 augustus 2010 **zou zij normaliter nog op hartbewaking hebben gelegen**, en was haar kans tot het overleven van een hartinfarct **zeer substantieel** (> dan 90 %). Haar overlijden op 28 augustus 2010 is daarom ons inziens een **eenduidig gevolg van onvoldoende zorg** aan een patiënte met een instabiele angor.

Gezien er volgens het deskundigencollege een **aansprakelijkheid tegenover dr. ... en dr. ... kan weerhouden worden**, is er geen sprake van een MOZA.

De hoegrootheid van de schade betreft een overlijden, wat – mits correcte zorg – had kunnen vermeden worden met **zeer grote waarschijnlijkheid** (lees: meer dan 90 %). [...]"

Op de opmerkingen van de raadsman van verweerders en de opmerkingen van dr. ..., hun raadsarts, die beiden waarschuwden voor een “*hindsight bias*” (vrij vertaald: een beoordeling die gestuurd wordt door hetgeen men achteraf weet), antwoordt het college als volgt:

“Zorgverleners merken correct op dat een gemiste diagnose geen fout is. Zorgverleners merken terecht op dat men zich moet hoeden voor de hindsight bias bij het vellen van een oordeel. Daarom dient men vooreerst de zaak te bekijken vanaf aanloop, zonder kennis van/rekening te houden met de afloop.

De dag van aanloop 22 augustus 2010 waren volgende beoordelingselementen aanwezig:

- 1. De verwijsbrief van de huisarts van wacht: vermoeden hartinfarct*
- 2. De vermelding van mogelijk acuut infarct door de stagiair interne geneeskunde ...*
- 3. De klinische beschrijving op de dienst interne geneeskunde, rapport stagiair ...*
- 4. De verpleegkundige nota's die melding maken van de mogelijkheid van acuut myocard infarct⁷*
- 5. De verwijzing door de acutist naar interne geneeskunde wegens mogelijk infarct*
- 6. De vermelding op het automatisch protocol ECG op spoed, ST elevatie (afleidingen V5 en V6)*
- 7. Initiële negatieve hartenzymes op laboratoriumtesten*
- 8. De hevige pijnen met toediening van hogere dosissen Dipidolor en Contramal*

*Binnen deze feitelijke vaststellingen had een interne dienst van een ziekenhuis een **tweede ECG en een tweede hartenzymbepaling moeten verrichten binnen de zes uur.***

In de week van aanloop tot ontslag uit het ziekenhuis beschikken we over volgende elementen:

- 1. de tentatieve diagnose van gastro-intestinaal ulcus op antiflogistische medicatie werd **niet bevestigd***
- 2. gedurende een volledige week opname werd **nooit** enig cardiologisch consult gepleegd door de dienst interne, noch controle labo, noch controle ECG*
- 3. ontslag **zonder diagnose** na één week ondanks hevige borstkaspijnen waarvoor hoge dosissen Dipidolor en Contramal*
- 4. De wetenschap dat acute en silentieuze hartinfarcten **niet zeldzaam** zijn in de geriatrie, zeker niet bij vrouwen tien jaar na de menopauze.*

*Binnen deze feitelijke vaststellingen had een interne dienst van een ziekenhuis een **cardiologisch consult moeten vragen, met ECG opvolging en opvolging van laboratoriumwaarden hartenzymes en andere klassieke laboratoriumonderzoeken.***

*Wanneer we de denkoefening **ex ante** verrichten, komen we tot het besluit dat er **niet gehandeld werd in het geval van mevrouw ... zoals we modaal hadden mogen verwachten van een internistische dienst van een algemeen ziekenhuis noch tijdens de dag van aanloop, noch tijdens de week van aanloop.***

De besluiten van de FMO-experten luiden:

“[...]

b. Oorzaak van de schade

De schade, het overlijden, is een gevolg van het **hartinfarct**. Door een **onzorgvuldig handelen in de diagnosestelling** tijdens hospitalisatie van 22 tot 27 augustus 2010 werd mevrouw ... een **overlevingskans ontnomen**.

c. MOZA

De overweging van MOZA komt ons inziens niet ter sprake omdat het college uitgaat van een **medisch ongeval met aansprakelijkheid**.

d. Ernst van de schade

Wijlen mevrouw ... overleed aan haar hartinfarct. Wijlen mevrouw ... **liep een grote overlevingskans mis**. Deze overlevingskans bedroeg bij zorgvuldig handelen zoals van een module internistische dienst van een algemeen ziekenhuis, geplaatst in dezelfde omstandigheden mocht verwacht worden,

9

op

10.

Er heeft zich geen tijdelijke door zorg veroorzaakte schade tot aan het overlijden gerealiseerd. Mits een correcte behandeling was mevrouw ook volledig persoonlijk en huishoudelijk ongeschikt geweest tot aan het overlijden.

e. Aanvullende vraagstellingen

5. Werd gedacht aan een non-STEM!?

NEEN

6. Wat zijn de EBM richtlijnen in dergelijk geval en werden deze nageleefd?

7. Volstaat een eenmalig bloedonderzoek om de diagnose myocardiinfarct uit te sluiten?

Neen.”

8. Was er bij het cardiologisch onderzoek de dato 1 maart 2010 een indicatie voor een coronarografie?

Neen.”

Op **24 februari 2017** liet de raadsman van verweerders aan het FMO weten zich volstrekt niet te kunnen vinden in het eindverslag en maakte nog het verslag over van hun raadsgeneesheer en een derde externe deskundige, opdat het FMO hiermee zou rekening houden in zijn advies.

7.

Het FMO bracht op **3 juli 2017** een advies uit (stuk 2 eiser).

Het FMO verwees naar de bevindingen van de FMO-experten, maar ook naar de EBM-richtlijnen die bepalen dat bij symptomen die wijzen op een AMI het gangbaar is in een dienst inwendige om hartenzymen na 4 uur te herbepalen. Deze richtlijnen strekken volgens het FMO tot maatstaf bij de toetsing van de zorgvuldigheidsnorm. Het FMO besloot dat het verzuim van minstens een tweede enzymenonderzoek, gelet op de duidelijke kliniek, het niet uitsluiten van een levensbedreigende AMI en de niet adequate overdracht door dr. ... foutief was in zijn hoofde. Wat dr. ... betreft, was het FMO niet overtuigd van zijn argument dat de borstpijnlachten van mevrouw ... hem niet gekend waren, aangezien die duidelijk uit het dossier bleken. Ook hij verzuimde om de nodige onderzoeken te doen uitvoeren om de diagnose van AMI uit te sluiten.

Het besluit van het FMO luidt:

*“Uit de informatie die werd overgemaakt door de aanvragers en het dossier dat samengesteld werd door het Fonds, blijkt dat de schade van mevrouw ... het gevolg is van een **fout** begaan door de betrokken zorgverstreker, zijnde **dr. ...** en **dr. ...** Dr. ... en dr. ... dan wel hun verzekeraar, Am/in, wordt verzocht, binnen een termijn van 3 maanden vanaf de kennisgeving van het advies, een voorstel tot vergoeding over te maken aan de nabestaanden van mevrouw ... en aan het Fonds. De schade van mevrouw ... kan gezien de vastgestelde aansprakelijkheid niet beschouwd worden als abnormaal in de zin van artikel 2, 7° van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg waardoor in casu niet kan besloten worden tot een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.”*

Het FMO komt in zijn advies tot het besluit dat de schade ernstig is in de zin van artikel 5, 4° van de Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (hierna “de wet van 31.03.2010”) en dat mevrouw ... een overlevingskans heeft verloren van **90 %**.

Het advies van het Fonds werd overeenkomstig artikel 22, lid 1 van de wet 31 maart 2010 per aangetekende brief van 5 juli 2017 ter kennis gebracht van dokter ..., dokter ..., hun raadsman en ..., hun verzekeraar, met het verzoek om een vergoedingsvoorstel over te maken. (stuk 3 eisers).

Met een brief van **13 september 2017** betwistte de raadsman van verweerders hun aansprakelijkheid om reden dat niet was bewezen dat de plotse dood te wijten was aan een hartinfarct. (stuk 4 eisers).

8.

Het FMO stelde vervolgens in toepassing van de artikelen 4, 3° en 30 van de wet van 31 maart 2010 een vergoedingsvoorstel op voor een bedrag van 40.175,91 EUR en maakte dit over aan de heer ... die het aanvaardde, waarna het bedrag werd overgeschreven op zijn rekening op **23 februari 2018** (stukken 7 en 8 eisers).

9.

In mei 2018 ging eiser over tot dagvaarding van verweerders.”

III. Procedure in eerste aanleg

1. Het Fonds voor Medische Ongevallen (hieronder ook: FMO) vorderde voor de eerste rechter wat volgt:

“- te verklaren voor recht dat dokter ... en dokter ... aansprakelijk zijn voor het kansverlies van mevrouw ...; verweerders dienovereenkomstig hoofdelijk, minstens in solidum, minstens de ene bij gebreke aan de andere, te veroordelen tot terugbetaling van de door het Fonds vergoedende en gerechtelijke intresten, zoals aangegeven; verweerders hoofdelijk, minstens *in solidum*, minstens de ene bij gebreke aan de andere, te veroordelen tot terugbetaling van de door het Fonds betaalde kosten van de expertisewerkzaamheden van 4.590 EUR, meer vergoedende en gerechtelijke intresten, zoals aangegeven; verweerders te veroordelen tot de kosten van het geding, inclusief de rechtsplegingsvergoeding;

- het vonnis uitvoerbaar bij voorraad te verklaren, niettegenstaande alle verhaalmiddelen, zonder borgstelling en met uitsluiting van het recht tot kantonnement.”

2. Dokters ..., de heer ... en ... hebben voor de eerste rechter in hoofdorde gevorderd om de vordering van het FMO ongegrond te verklaren wegens gebrek aan fout en om haar te veroordelen tot de gerechtskosten. In ondergeschikte orde vorderden zij om de vordering ongegrond te verklaren wegens gebrek aan oorzakelijk verband. In meer ondergeschikte orde vorderden zij om een college van deskundigen, ondergeschikt een gerechtsdeskundige aan te stellen, het FMO te bevelen om de kosten van de deskundige voor te schieten. In uiterst ondergeschikte orde vorderden zij om het verlies van een kans te begroten op slechts enkele procentpunten, de schadevordering te herleiden conform de opmerkingen in hun conclusie en de rechtsplegingsvergoeding te bepalen aan de hand van het uiteindelijk weerhouden schadebedrag.
3. De eerste rechter was van oordeel:

- o dat zowel dokter ... als dokter ... een fout hebben gemaakt, omdat *“noch dr. ... noch dr. ... in hun diagnosestelling handelden zoals een normaal zorgvuldig en vooruitziend geriater, respectievelijk gastro-enteroloog, geplaatst in dezelfde omstandigheden: wat betreft dr. ... op de dag van de opname en wat betreft dr. ... nadien”,*
- o dat *“de uitvoering van de overdracht tussen hen beiden [...] evenmin [verliep] volgens de voornoemde zorgvuldigheidsnorm”,* wat de diagnosestelling bemoeilijkte;
- o dat er met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid een oorzakelijk verband bestond tussen het onzorgvuldig gedrag van de artsen en het overlijden van hun patiënt;
- o dat er sprake was van een verlies van een kans ten belope van 90 %.

Op grond van deze overwegingen, heeft de eerste rechter de huidige appellanten veroordeeld tot betaling *in solidum* aan het FMO van 40.175,91 EUR, vermeerderd met vergoedende interesten vanaf 23 februari 2018 aan de wettelijke interestvoet, en tot betaling van de gerechtskosten, met inbegrip van de kosten van de door het FMO betaalde expertisekosten en een rechtsplegingsvergoeding.

...

➤ **Beoordeling aansprakelijkheid**

○ **Beoordeling deskundigenonderzoek**

2. De eerste rechter heeft zich voor de beoordeling van de aansprakelijkheid van beide artsen mede gesteund op het deskundigenonderzoek dat het FMO heeft georganiseerd.

3. Dokters ... en ... en ... (hieronder ook kortweg: de appellanten) voeren aan dat dit deskundigenonderzoek gebrekkig is gevoerd. Dr. ... is cardioloog terwijl de artsen die aansprakelijk worden gesteld respectievelijk geriater en gastro-enteroloog zijn. Dr. ... zou mogelijk tot een andere beoordeling zijn gekomen indien hij niet vanuit zijn eigen specialisatie zou hebben geadviseerd. Het onderzoek verliep volgens de appellanten bovendien niet op (voldoende) tegensprekelijke wijze. Dokter ... werd immers niet uitgenodigd voor de eerste expertisevergadering, en werd bijgevolg in deze fase niet gehoord door de deskundigen, zodat hij zijn rechten van verdediging niet kon uitoefenen.

Dr. ... werd weliswaar uitgenodigd voor een tweede expertisevergadering, maar de deskundigen zouden op dat ogenblik al definitief hun oordeel hebben gevormd en het standpunt van dr. ... hebben genegeerd. Het FMO had volgens de appellanten de deskundigen moeten vervangen vooraleer een nieuwe expertisevergadering te organiseren, teneinde daadwerkelijke tegenspraak vanwege dr. ... te waarborgen. De appellanten klagen voorts aan dat er geen voorverslag werd opgesteld waarop zij konden antwoorden; in het eindverslag werd weliswaar melding gemaakt van 'preliminaria', maar dat betrof een feitelijke vergissing. Voor opmerkingen over de expertise beschikten zij slechts over een termijn van achttien dagen, wat te kort zou zijn. De deskundigen zouden bovendien niet hebben geantwoord op de opmerkingen die dr. ... namens hen op 9 november 2016 (stuk 7 appellanten) en op 24 februari 2017 (stuk 10 appellanten) heeft geformuleerd, met verwijzing naar bijkomende literatuur.

Om al deze redenen vragen de appellanten dat het hof een nieuw deskundigenonderzoek zou bevelen, door een college van deskundigen.

4. Het hof is van oordeel dat er geen aanleiding is om een nieuw deskundigenonderzoek te bevelen.

Het feit op zich dat dr. ... niet dezelfde specialisatie heeft als beide artsen wiens aansprakelijkheid in vraag gesteld wordt, impliceert op zich niet dat hij niet in staat was om advies te verlenen over de vraag of dokters ... en ... respectievelijk als normaal zorgvuldig internist-geriater en als normaal zorgvuldig internist-gastro-enteroloog hebben gehandeld. Hieronder zal worden besproken dat uit de objectieve feitelijke omstandigheden blijkt dat het onzorgvuldig handelen van beide artsen niet verzoenbaar was met het handelen van een normaal zorgvuldig arts, ongeacht zijn of haar specialisatie. Dr. ... werd bovendien bijgestaan door dr. ..., die gespecialiseerd is in verzekeringsgeneeskunde. Dit vormt mede een waarborg om een tunnelvisie, zoals door de appellanten aangeklaagd, te voorkomen. De appellanten en hun advocaat hebben overigens gedurende het deskundigenonderzoek op geen enkel ogenblik opmerkingen gemaakt over de specialisatie van dokters ... en ..., zodat naar redelijkheid kan worden aangenomen dat zij (impliciet) akkoord gingen met deze aanstelling. Het feit dat een cardioloog werd aangesteld als deskundige is bovendien begrijpelijk en aanvaardbaar, nu mevrouw ... zich in het ziekenhuis had aangemeld vanwege een cardiale problematiek.

Het hof is voorts van oordeel dat het deskundigenonderzoek op een voldoende tegensprekelijke wijze is verlopen. Dokter ... werd weliswaar niet opgeroepen bij de eerste expertisevergadering, maar hij werd wel uitgenodigd voor en was aanwezig bij de tweede expertisevergadering. Tijdens deze tweede vergadering waren alle betrokken actoren aanwezig, met name de deskundigen van het FMO, dr. ..., dr. ..., hun verzekeraar en de advocaat van dokter ... en ... en hun verzekeraar, evenals dr. ... namens de zorgverleners en het ... en de dochter van mevrouw Het feit dat urgentiearts dokter ... bij deze vergadering niet aanwezig was, stond een tegensprekelijke expertise niet in de weg, nu de aansprakelijkheid van dokter ... nooit in het gedrang is gekomen, en een schriftelijke neerslag van zijn tussenkomst beschikbaar was (gevoegd als niet-genummerde bijlage bij het deskundigenverslag). Dokter ... kon aldus op volwaardige wijze tegenspraak voeren. Uit geen enkel objectief element waarvan het hof kennis heeft kunnen nemen blijkt dat de door het FMO aangestelde deskundigen op dat ogenblik reeds een standpunt zouden hebben ingenomen, waaruit zou kunnen blijken dat zij, vooraleer dr. ... te hebben gehoord, bevooroordeeld zouden zijn geweest. In deze omstandigheden was er ook geen aanleiding om op dat ogenblik nieuwe deskundigen aan te stellen. Dokter ... of zijn advocaat hebben daar overigens op dat ogenblik ook niet om verzocht.

Hoewel er geen voorverslag werd neergelegd, hebben de partijen de gelegenheid gekregen om opmerkingen te formuleren over wat er mondeling gedurende de expertisevergadering werd uiteengezet. Dit is ook effectief gebeurd (stuk 7 appellant). De deskundigen hebben de medische opmerkingen besproken in hun verslag, waar onder meer zeer uitvoerig wordt ingegaan op het verwijt van 'hindsight bias' (vooringenomenheid ingevolge van kennis achteraf) (zie p. 13, 16 en 17 van het verslag), dat werd hernomen, met verwijzing naar medische literatuur, in de brief van 24 februari 2017 (stuk 10 appellanten), en op het klinisch onderzoek door dr. ... en de medische voorgeschiedenis van de patiënt. De deskundigen hebben in hun verslag eveneens, op zijn minst impliciet, verwezen naar de (mondelinge) opmerkingen van cardiologen dokter ... en ... dat het ECG op zich niet doorslaggevend is (en veeleer mogelijk zou wijzen op pericarditis), maar moet worden geïnterpreteerd in functie van de 'kliniek' (*"Er waren klinisch ruim voldoende aanwijzingen om het onderzoek op een dienst interne verder te oriënteren naar cardiologisch onderzoek"* (p. 13 van het verslag)). Uit niets blijkt dat dokters ... en ... van de concrete klinische aanwijzingen in het specifieke dossier op de hoogte waren.

De deskundigen hebben in hun verslag voorts ook aandacht besteed aan het oorzakelijk verband tussen de volgens hen aangetoonde onzorgvuldigheid van de artsen en het overlijden. Daardoor hebben zij, op zijn minst impliciet, geanticipeerd op de verwijzing namens appellanten bij brief van 24 februari 2017 (na de neerlegging van het eindverslag) naar mogelijke andere doodsoorzaken.

Het hof is voorts van oordeel dat de appellanten voldoende tijd hebben gekregen om opmerkingen te formuleren bij de expertise. Ook in dit stadium reiken de appellanten overigens geen nieuwe argumenten aan waarvoor de aanstelling van een gerechtsdeskundige vereist zou zijn.

Rekening houdend met al wat voorafgaat is het hof van oordeel dat het deskundigenonderzoek op een voldoende tegensprekelijke wijze, volgens de regels van de kunst, is verlopen. Er bestaat geen betwisting tussen de partijen dat het hof niet gebonden is door dit verslag, dat geldt als advies.

Zoals hieronder zal blijken, acht het hof zich op grond van het verslag van de deskundigen en alle andere overgelegde stukken voldoende geïnformeerd om zich over de zaak uit te spreken, zodat er geen reden is om een college van gerechtsdeskundigen aan te stellen.

o **Beoordeling aansprakelijkheid**

5. Het FMO voert aan dat dokters ... en ... onvoldoende zorgvuldig hebben gehandeld. Volgens het FMO waren er van bij de ziekenhuisopname van mevrouw ... verschillende aanwijzingen van een myocardinfarct, maar hebben zowel dokter ... als dokter ... daarvoor onvoldoende aandacht gehad. De diagnosestelling gebeurde volgens het FMO onvoldoende zorgvuldig.

6. De appellanten voeren aan dat beide artsen, zeker rekening houdend met hun specialisatie (niet-cardiologen), voldoende aandacht hebben besteed aan een cardiale oorzaak. Het FMO zou zich laten leiden door 'hindsight bias'. Bij de opname op de dienst interne geneeskunde was er al een ECG uitgevoerd, dat volgens de appellanten niet indicatief was voor een infarct. De urgentiearts had het ECG al geprotocolleerd. Op het protocol werd wel melding gemaakt van een specifieke ST-elevatie, maar dat is volgens de appellanten niet diagnostisch voor een myocardinfarct. Het ECG werd voorgelegd aan cardioloog, dr. ..., die het ECG als 'dubieus' bestempelde en die liet weten dat het moest geïnterpreteerd worden in het kader van de 'kliniek', wat door een andere cardioloog, dr. ..., werd bevestigd. Er waren volgens de appellanten geen klinische indicaties voor een infarct. De cardio-enzymen waren negatief. Het klinisch ziektebeeld beantwoordde aan het geven van ontstekingsremmende geneesmiddelen (NSAID's) zonder maagprotectie, wat kan leiden tot maagproblemen. Er werden weliswaar 'retrosternale pijnen' vastgesteld, maar deze kunnen ook een gevolg zijn van oprispend maagzuur, dat pijn bovenaan op de borst kan veroorzaken. De klachten van mevrouw ... waren bovendien niet verminderd na inname van geneesmiddelen tegen hartproblemen (Cedocard en Temesta). Dokters ... en ... voeren voorts aan dat zij niet op de hoogte waren van de verwijsbrief van de huisarts die had doorverwezen vanwege hartproblemen, terwijl de spoedarts had besloten dat er geen sprake was van een cardiale oorzaak. In het licht van al deze vaststellingen was er volgens de appellanten geen aanleiding om de diagnose van een hartinfarct aan te nemen, of om de patiënt door te verwijzen naar een cardioloog. Dokter ... zou terecht hebben beslist om de patiënt zonder verder cardiaal onderzoek ter observatie te laten opnemen op de dienst gastro-enterologie. Dokter ..., die niet geconfronteerd werd met klinische aanwijzingen van een hartprobleem, heeft volgens de appellanten correct gehandeld door een gastroscopie te laten uitvoeren, en, bij gebreke aan afwijkingen, de observatie van de patiënt te verlengen en psychiatrisch advies te vragen.

Op het ogenblik dat dokter ... mevrouw ... voor het eerst te zien kreeg, waren de klachten volgens de appellanten bovendien sterk verminderd of zelfs verdwenen.

7. Het hof is, zoals de eerste rechter, van oordeel dat dokter ... niet heeft gehandeld als normaal zorgvuldig geriater en dat dokter ... niet heeft gehandeld als normaal zorgvuldig gastro-enteroloog geplaatst in dezelfde feitelijke omstandigheden.

Het hof is, zoals de deskundigen die werden aangesteld door het FMO en de eerste rechter, van oordeel dat zowel dokter ... als dokter ... onvoldoende aandacht hebben besteed aan de mogelijk cardiale oorzaak van de pijnen van mevrouw

Nadat mevrouw ... was doorverwezen naar de dienst interne geneeskunde, heeft stagiair dokter ... op zondag 22 augustus 2010 een opnameverslag opgesteld, dat gevoegd is bij het deskundigenverslag, dat het opnameverslag samenvat als volgt:

“Het vermeldt als reden van hospitalisatie: vermoeden acuut myocardinfarct? Epigastrische pijn. Het vermeldt bijkomend de voorgeschiedenis: drukkend gevoel bij wandelen, beter bij rust, en Temesta, sinds een paar weken. Bij dokter ... alles OK. Huidige ziektegeschiedenis: continue drukkende pijn epigastrisch met acute start om 8:30 uur bij het naar de bakker gaan. De pijn wordt nu nog erger. Cedocard en een halve Temesta hielpen niet. Klam zweterig, geen kortademigheid. De pijn straalt uit naar keel en beide armen. Mevrouw kent braakneigingen, waarvoor ze Pantomed toegediend krijgt met anti-emetikum Litican, op spoed. Ze is misselijk. Ze houdt haar ogen dicht wegens pijn. Ze vertoont geen koorts. De huid is klam, geen oedeem. Er is een saturatie van 98 %. De centraal veneuze drukmeting, bedraagt 7 cm. Auscultatie is verder negatief.”

Ook indien wordt aangenomen dat noch dokter ..., noch dokter ..., kennis hadden van de verwijfsbrief van de huisarts van wacht, waarin werd verwezen naar *“uitgesproken pijnklachten, onregelmatig ritme, profuus zweten, bloeddruk 160 over 70 [...]”*, dienden zij in elk geval uit dit opnameverslag te kunnen afleiden dat er ernstige aanwijzingen waren voor een cardiale oorzaak. In het verslag wordt uitdrukkelijk vermeld dat de opname gebeurde *“wegens vermoeden myocardinfarct”* en werd melding gemaakt van klinische elementen die daarmee, zoals werd bevestigd door de deskundigen van het FMO, in verband zouden kunnen worden gebracht, ook al zouden de klinische vaststellingen mogelijk ook andere oorzaken kunnen hebben. Om dit vast te stellen was een specialisatie als cardioloog niet vereist. Elk normaal zorgvuldig arts geplaatst in dezelfde feitelijke omstandigheden was daartoe in staat.

Dokter ... had op 22 augustus 2010 bovendien kennis van het verslag van spoedarts dokter ..., dat dokter ... heeft afgestempeld. Ook daarin wordt melding gemaakt van een klinisch beeld dat aanwijzingen bevat van een cardiale problematiek. Het verslag maakt onder meer melding van *“epigastrische pijn die bij spanning opkomt en bij rust wat beter wordt. Episodes worden steeds erger.”* Het feit dat de epigastrische pijn (pijn op de borst), die zelfs aanhield nadat zware medicatie was toegediend, mogelijk ook andere oorzaken zou kunnen hebben, zoals oprispand maagzuur, doet daaraan geen afbreuk.

Het feit dat het ECG op de dag van de opname in het ziekenhuis door de spoedarts als *“normaal sinusiaal”* werd geïnterpreteerd, was, gelet op de klinische vaststellingen, geen reden om verder cardiologisch onderzoek uit te voeren. Er kan aangenomen worden dat de vermelding op het automatisch protocol van het ECG *“sinusritme: niet-specifieke ST-T elevatie”* op zich niet doorslaggevend was voor de vaststelling van cardiale problemen, maar ook de door de appellanten zelf geraadpleegde cardiologen, hebben (mondeling) geadviseerd dat het ECG *“dubieus”* was en dat een interpretatie in functie van de *“kliniek”* noodzakelijk was, terwijl er voldoende klinische aanwijzingen waren die konden wijzen op een cardiologische problematiek. Zoals hierboven al werd besproken dienden de klinische vaststellingen elk normaal zorgvuldig arts, ongeacht de specialisatie, aan te zetten tot verder cardiologisch onderzoek. Het feit dat door de urgentiearts het ECG als normaal werd geïnterpreteerd doet daaraan geen afbreuk. De urgentiearts heeft de patiënt correct doorverwezen naar de dienst interne geneeskunde, waar ook verder cardiologisch onderzoek kan worden uitgevoerd.

Ook het feit dat er geen afwijkingen werden vastgesteld betreffende de hartenzymen, was niet doorslaggevend om een cardiologische problematiek te kunnen uitsluiten, of om daarnaar geen verder onderzoek te verrichten in het kader van de diagnosestelling. De FMO-deskundigen merken wat dit betreft op dat er wel sprake was van *“initiële negatieve hartenzymes op laboratoriumtesten”* en op het feit dat *“Een tweede bepaling troponines diende verricht vier uren later (gestegen?); deze hercontrole na vier uur was gebruikelijk op een internistische dienst sinds 1996”* (p. 13 van het verslag). Dit advies wordt niet aan de hand van stukken weerlegd door de appellanten. Er kan aangenomen worden dat elke arts die werkt op een dienst interne geneeskunde, ook een niet-cardioloog, van deze gebruikelijke werkwijze op de hoogte diende te zijn.

Ook het feit dat de klachten van mevrouw ... niet waren verminderd na inname van geneesmiddelen tegen hartproblemen (Cedocard en Temesta), ontsloeg de artsen niet van verder cardiologisch onderzoek.

Het hof stelt voorts, zoals de gerechtsdeskundigen, vast dat ook het verpleegkundig opnamedossier melding maakt van *“epigastrische pijn”* op 22 augustus ... en van een *“vermoeden acuut myocardinfarct”*. De verpleegkundigen bevestigden dat er sprake was van *“veel pijn”* en *“erg misselijk”*.

Zowel dokter ... als dokter ... hadden kennis van bovenvermelde verslagen in het medisch dossier van hun patiënt. Zeker gelet op de afwezigheid van mondeling contact tussen beide artsen naar aanleiding van de overdracht van de patiënt, diende ook dr. ... deze schriftelijke informatie grondig te bestuderen.

De FMO-deskundigen hebben op grond van wat voorafgaat correct geadviseerd wat volgt:

“Zorgverleners kunnen niet verhullen dat er duidelijke klinische tekenen waren die wezen op een cardiale problematiek op 22 augustus 2010. Mevrouw had op spoed zeer hevige pijn die uitstraalde naar beide armen en naar de hals, ze was klam en zweette profuus. Mevrouw kreeg majeure pijnstilling toegediend.”

Het feit dat dokter ... de patiënt pas daags na de opname voor het eerst heeft gezien, toen de pijn reeds was afgenomen, doet geen afbreuk aan zijn verantwoordelijkheid, nu hij kennis had, of minstens diende te hebben, van de vermelde schriftelijke verslagen in het medisch dossier. In strijd met wat de appellanten aanvoeren, was de pijn overigens ook tijdens de dagen volgend op de opname nog niet geheel verdwenen, zij het dat de pijn zienderogen verminderde. Het verpleegkundige verslag, waarvan dokter ... kennis diende te nemen om als normaal zorgvuldig arts een correcte diagnose te kunnen stellen, vermeldt immers wat volgt:

“Maandag 23 augustus 2010

VM: bedje opgemaakt; nog wat pijn maar rustig.

NM: blijft misselijk. Primperan IV. Zou “niet” helpen

Dinsdag 24 augustus 2010

Nacht: Medicatie helpt niet genoeg

VM: Veel beter. Minder pijn. Heeft kunnen eten.”

Na een maagdarmonderzoek en tweemaal een psychiatrisch consult werd mevrouw ... op 27 augustus 2010 door dokter ... ontslagen uit het ziekenhuis, terwijl dokter ... blijkens het deskundigenverslag (p. 9) heeft bevestigd dat hij op dat ogenblik geen duidelijke diagnose had.

Gelet op de vermelde klinische aanwijzingen was ook deze beslissing tot ontslag uit het ziekenhuis, zonder verder onderzoek, voorbarig en onzorgvuldig.

De deskundigen hebben geadviseerd dat tijdens het verblijf van mevrouw ... in het ziekenhuis, op cardiologisch vlak, in elk geval volgende bijkomende onderzoeken hadden moeten worden uitgevoerd:

“1. Een tweede ECG diende verricht binnen enkele uren na opname om de evolutie te kunnen appreciëren.

2. Een tweede bepaling troponines diende verricht te worden na vier uren (gestegen?); deze hercontrole na vier uur was gebruikelijk op een internistische dienst sinds 1996.

3. Cardiologisch consult had moeten gevraagd worden tijdens de hospitalisatie.”

Rekening houden met al wat voorafgaat, deelt het hof het oordeel van de deskundigen *“dat er onvoldoende adequaat gereageerd werd op de toestand van dame ... zoals dat van een normale dienst interne geneeskunde had mogen verwacht worden. Een aantal eenvoudige onderzoeken hadden kunnen voorkomen dat ook de differentiaal diagnose van acuut infarct gemist werd. Hierdoor is de mogelijkheid van adequate behandeling met overleving mevrouw ... ontnomen geworden.”*

Uit wat voorafgaat blijkt dat zowel dokter ... als dokter ... in het licht daarvan onzorgvuldig hebben gehandeld. Zoals werd besproken was er reeds op de dag van de opname op 22 augustus 2010 een medisch dossier beschikbaar dat elk normaal zorgvuldig arts geplaatst in dezelfde feitelijke omstandigheden had moeten aanzetten tot verder cardiologisch onderzoek. Gelet op de aard van de klinische vaststellingen diende dit ook bij hoogdringendheid te gebeuren.

Uit de bespreking hierboven blijkt bovendien dat er geen sprake is van een beoordeling op grond van inzichten achteraf ('hindsight bias'). De deskundigen hebben deze argumentatie correct en volledig als volgt weerlegd in hun verslag (p. 16-17):

“Zorgverleners merken correct op dat een gemiste diagnose geen fout is. Zorgverleners merken terecht op dat men zich moet hoeden voor de hindsight bias bij het vellen van een oordeel. Daarom dient men vooreerst de zaak te bekijken vanaf aanloop, zonder kennis van/rekening te houden met de afloop.

De dag van aanloop 22 augustus 2010 waren volgende beoordelingselementen aanwezig:

- 1. De verwijsbrief van de huisarts van wacht: vermoeden hartinfarct*
- 2. De vermelding van mogelijk acuut infarct door de stagiair interne geneeskunde ...*
- 3. De klinische beschrijving op de dienst interne geneeskunde, rapport stagiair ...*
- 4. De verpleegkundige nota's die melding maken van de mogelijkheid van acuut myocardinfaarct*
- 5. De verwijzing door de acutist naar interne geneeskunde wegens mogelijk infarct*
- 6. De vermelding op het automatisch protocol ECG op spoed, ST elevatie (afleidingen V5 en V6)*
- 7. Initiële negatieve hartenzymes op laboratoriumtesten*

8. De hevige pijnen met toediening van hogere dosissen Dipidolor en Contramal. Binnen deze feitelijke vaststellingen had een interne dienst van een ziekenhuis een tweede ECG en een tweede hartenzymbepaling moeten verrichten binnen de zes uur.

In de week van aanloop tot ontslag uit het ziekenhuis beschikken we over volgende elementen:

1. De tentatieve diagnose van gastro-intestinaal ulcus op antiflogistische medicatie werd niet bevestigd

2. Gedurende een volledige week opname werd nooit enig cardiologisch consult gepleegd door de dienst interne, noch controle labo, noch controle ECG

3. Ontslag zonder diagnose na één week ondanks hevige borstkaspijnen waarvoor hoge dosissen Dipidolor en Contrama

4. De wetenschap dat acute en silentieuze hartinfarcten niet zeldzaam zijn in de geriatrie, zeker niet bij vrouwen tien jaar na de menopauze. Binnen deze feitelijke vaststellingen had een interne dienst van een ziekenhuis een cardiologisch consult moeten vragen, met ECG-opvolging en opvolging van laboratoriumwaarden, hartenzymes en andere klassieke laboratoriumonderzoeken.

Wanneer we de denkoefening ex ante verrichten, komen we tot het besluit dat er niet gehandeld werd in het geval van mevrouw ... zoals we modaal hadden mogen verwachten van een internistische dienst van een algemeen ziekenhuis noch tijdens de dag van aanloop, noch tijdens de week van aanloop.”

8. De appellanten voeren aan dat er geen oorzakelijk verband is aangetoond tussen de aangevoerde onzorgvuldigheden en het overlijden van mevrouw ... die, ook mogelijk is overleden aan een andere doodsoorzaak dan een hartfalen. Zij wijzen erop dat er geen autopsie werd uitgevoerd.

9. De eerste rechter heeft, met verwijzing naar het deskundigenverslag, terecht beslist dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen de bewezen verklaarde onzorgvuldigheid van beide artsen en het overlijden van mevrouw

De deskundigen hebben in hun verslag geadviseerd wat volgt:

“Het deskundigencollege meent dat er voldoende samenlopende vermoedens zijn om te stellen dat mevrouw ... bij opname op 22 augustus 2010 een acuut myocard infarct deed minstens dat er zeer zware vermoedens waren dat zij dit acuut myocard infarct deed.

[...]

Het college gaat er van uit dat mevrouw ... op 28 augustus 2010 overleed aan cardiale gevolgen bijvoorbeeld van een hartritmestoornis, mogelijk mede geïnduceerd door de toegediende medicatie Seroquel en Sypralexa die enige cardiotoxiciteit kennen, medicatie waarmee zij op de dienst interne werd ontslagen.”

Deze beoordeling door de deskundigen wordt bevestigd door het feit dat mevrouw ... werd opgenomen in het ziekenhuis vanwege hartproblemen, met een vermoeden van “*myocard infarct*”, wat werd ondersteund door talrijke klinische symptomen. Tijdens haar verblijf in het ziekenhuis werd mevrouw ... aan verschillende onderzoeken onderworpen en uiteindelijk ontslagen zonder dat een duidelijke diagnose kon worden gesteld, terwijl onvoldoende onderzoek werd uitgevoerd naar de cardiologische problematiek waarvoor zij zich had aangemeld in het ziekenhuis. De echtgenoot van mevrouw ... heeft verklaard dat zij tijdens de fatale ochtend van 28 augustus 2010 bij het aankleden dezelfde pijnen kreeg in haar borst die de aanleiding waren voor haar ziekenhuisopname, en die een aanwijzing kunnen zijn van een cardiologisch probleem. In het MUG-verslag van dezelfde dag wordt een “*acuut myocardiinfarct*” als “*vermoedelijke doodsoorzaak*” vermeld (stuk 16, p. 18 van het FMO).

Tenslotte heeft ook dokter ... die als raadsarts van het ziekenfonds van mevrouw ... weliswaar niet noodzakelijk geheel onbevooroordeeld was, geadviseerd dat er “*allicht een cardiovasculair probleem aan de basis [lag] van het plotse overlijden*” (p. 11 deskundigenverslag).

Hoewel het, bij gebrek aan autopsie, niet met volledige wetenschappelijke zekerheid vaststaat dat een hartfalen aan de oorzaak lag van haar overlijden, acht het hof dit in de beschreven omstandigheden, op grond van de aangehaalde overeenstemmende feitelijke elementen, met voldoende juridische zekerheid aangetoond.

10. De eerste rechter heeft, in overeenstemming met het verslag van de FMO-deskundigen, geoordeeld dat indien de artsen voldoende zorgvuldig zouden hebben gehandeld, mevrouw ... een overlevingskans had van 90 %.

De appellanten betwisten dit en vragen om dit verlies van een kans te begroten “*op slechts enkele procentpunten*”. Zij voeren aan dat het advies van de FMO-deskundigen wat dit betreft niet wetenschappelijk onderbouwd wordt, dat geen rekening wordt gehouden met de medische voorgeschiedenis van mevrouw ..., dat het ziektebeeld van mevrouw ... ‘aspecifiek’ was voor een myocard infarct en dat de uitvoering van een tweede ECG wellicht niet tot een andere diagnose zou hebben geleid.

11. Volgens de FMO-deskundigen had een overlijden mits correcte zorg “*met een zeer grote waarschijnlijkheid (lees: meer dan 90 %)*” kunnen worden vermeden (p. 14 van het verslag).

Zoals hierboven werd besproken waren er wel degelijk voldoende klinische aanwijzingen die wezen in de richting van een mogelijk myocard infarct, wat ook precies de aanleiding was waarom mevrouw ... in het ... werd opgenomen.

De appellanten tonen niet aan dat er een medische voorgeschiedenis was die de overlevingskansen van mevrouw ... zou hebben beperkt.

Het FMO wijst er in haar laatste conclusie (p. 56) terecht op dat een verblijf in het ziekenhuis op de dienst hartbewaking, in plaats van een verblijf thuis, de overlevingskansen van mevrouw ... substantieel zou hebben verhoogd. Het FMO verwijst in dit verband naar de prognose volgens de NHG-standaarden waarin wordt vastgesteld dat het overlijdenspercentage naar aanleiding van een acuut myocard infarct bij een behandeling in het ziekenhuis voor vrouwen in het jaar 2008 slechts 8 % bedroeg, terwijl de prognoses in de loop der jaren stelselmatig zijn verbeterd.

Op grond van wat voorafgaat acht het hof een verlies van een overlevingskans ten belope van 90 %, zoals de deskundigen hebben geadviseerd, aannemelijk.

o Beoordeling schade

12. Het FMO vordert van de appellanten de betaling van een bedrag van 40.175,91 EUR vermeerderd met interest. Het betreft het bedrag dat zij ingevolge de feiten hebben uitgekeerd aan de echtgenoot van mevrouw ..., de heer

13. De appellanten voeren wat dit betreft (enkel) betwisting over het gevorderde bedrag wegens huishoudelijke schade, ten belope van 17.292,00 EUR, dat het FMO terugvordert.

Het FMO heeft dit bedrag berekend op basis van een dagbedrag van 20 EUR per dag bij een 100 % (tijdelijke) ongeschiktheid. Bij gebrek aan concrete gegevens schatte het FMO de bijdrage van mevrouw ... in het huishouden op 45 % en het persoonlijk onderhoud op 20 %, en dit tot de leeftijd van 80 jaar, nu mevrouw ... na deze leeftijd wellicht hoe dan ook huishoudelijk 'ongeschikt' zou zijn geweest.

De appellanten voeren geen betwisting op het gevorderde basisdagbedrag van 20 EUR bij volledige ongeschiktheid, en evenmin over de berekening van de periode waarvoor de vergoeding werd toegekend.

Zij voeren wel aan dat de vergoeding beperkt moet worden tot 35 % in plaats van 45 % van dit bedrag, nu mevrouw ... op het ogenblik van haar overlijden reeds kampte met medische problemen, en vragen eveneens dat van de berekende som een bedrag van 33 % in plaats van 20 % in mindering wordt gebracht wegens eigen onderhoudskosten die ingevolge het overlijden weggefallen zijn.

14. Uit de overgelegde stukken blijkt niet dat mevrouw ... kampte met een specifieke medische voorgeschiedenis die haar bijdrage in het huishouden heeft beperkt. Een bijdrage van 45 % in het huishouden is redelijk. Het FMO wijst er in dit kader terecht op dat de indicatieve tabel, die weliswaar is gesteund op een stereotiep beeld van de respectieve bijdragen van de echtgenoten in het huishouden, uitgaat van een bijdrage van de vrouw in het huishouden van 65 %. Ook in het licht daarvan is een bijdrage van 45 % in het geheel niet overdreven.

De rechter moet rekening houden met het aandeel uit hoofde van het persoonlijk onderhoud van het slachtoffer. Volgens de indicatieve tabel kan dit aandeel bij gebrek aan concrete beoordelingselementen forfaitair worden geraamd op 20 % in het geval van een gezin zonder kinderlast. De appellanten voeren geen concrete gegevens aan die toelaten om dit percentage in de zaak te verhogen.

Het hof bevestigt het bestreden vonnis bijgevolg eveneens voor wat betreft de vaststelling van het schadebedrag. De eerste rechter heeft de interest op dit bedrag correct berekend vanaf 23 februari 2018. De partijen hebben daarover geen betwisting gevoerd.

...

**OM DEZE REDENEN
HET HOF,**

Rechtsprekend na tegenspraak.

Verklaart het hoger beroep en het incidenteel hoger beroep ontvankelijk, maar ongegrond.

Bevestigt het bestreden vonnis.

...

III. Rechtbank van eerste aanleg van Dinant, 7 november 2024

De rechter in eerste aanleg volgt het standpunt van het FMO, zowel inzake de bewijskracht van het tegensprekelijk deskundigenrapport, als inzake de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverlener. De rechter is van oordeel dat het deskundigenonderzoek op tegenspraak en degelijk werd uitgevoerd. De rechter is eveneens van oordeel dat er sprake is van een fout met betrekking tot het uitvoeren van desbetreffende zorgverstrekking en dat het causaal verband met de door de patiënt geleden schade 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.

R.N. 23/485/A

FMO t./ ... en ...

...

2. Faits et antécédents

Le ... 2016, Madame ... souffrant d'une dysplasie fibreuse au niveau de l'aileron sacré droit, subit une intervention de cimentoplastie associée à une thermo-coagulation avec radiofréquence, réalisée au ... par le Docteur ..., radiologue interventionnel.

La ... couvre la responsabilité professionnelle du ... et du Docteur

... est la mutuelle de Madame

Le ... 2016, Madame ... remplit un questionnaire concernant le dommage du patient et désigne comme mandataire

Le ... 2017, ... sollicite l'avis du FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX dans le cadre de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Le ... 2021, le Docteur ..., chirurgien orthopédiste, mandaté par le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX, établit un rapport d'expertise.

Le ... 2021, le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX paie au Docteur ... la somme de 1.882,09 EUR à titre de frais et honoraires.

Le ... 2021, le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX rend son avis, concluant que le dommage allégué par Madame ... résulte d'un fait engageant la responsabilité du Docteur ... et que le critère de gravité prévu à l'article 5, 1° et 2° de la loi du 31 mars 2010 est atteint.

Le ... 2021, le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX transmet son avis à la ... et l'invite à formuler une offre d'indemnisation en faveur de Madame

Le ... 2022, à défaut de réaction de la ..., sur base de l'article 32 de la loi du 31 mars 2010, le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX paie Madame ... la somme de 216.039,99 EUR à titre d'indemnisation de son dommage.

Le ... 2023, le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX cite la ... devant ce tribunal.

Le ... 2024, le Docteur ..., mandaté par la ..., établit un rapport.

Le ... 2024, le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX paie à Madame ... la somme de 552,08 EUR à titre d'indemnisation de son dommage pour 2023.

Le ... 2024, ... intervient volontairement à la présente procédure.

...

5. Fondement des demandes

a. Principes

L'expertise organisée par le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX revêt un caractère contradictoire (art. 17 et 18 de la loi du 31.03.2010).

L'avis du FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX ne lie ni le demandeur, ni les prestataires de soins concernés et leurs assureurs, ni le cas échéant le juge (art. 24 de la loi du 31.03.2010).

L'article 32 de la loi du 31 mars 2010 dispose :

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

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

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

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

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

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

b. Le rapport d'expertise du Docteur ...

Le Docteur ..., chirurgien orthopédiste, expert mandaté par le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX, a mené l'expertise de manière contradictoire.

...

L'expert a organisé une réunion le ... 2021. Il a établi son avis provisoire le ... 2021. Le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX, le Docteur ... et le Docteur ... ont communiqué leurs observations à l'expert. L'expert a établi son rapport définitif le ... 2021, en répondant aux observations.

L'expertise du Docteur ... est détaillée et complète.

c. Le rapport d'expertise du Docteur ...

Le Docteur ..., mandaté par la ..., a établi tardivement, le ... 2024, après le début de la présente procédure, un rapport unilatéral, dans lequel :

- en pages 1 à 17, il a reproduit le rapport du Docteur ...
- en pages 18-19, il a fait des critiques sommaires sur le rapport du Docteur ...
- en page 19, il a fait état d'un entretien avec le Docteur ...

Le Docteur ... a reproché principalement à l'expert ... de ne pas avoir entendu le Docteur ... lors de l'expertise.

Or, c'est le Docteur ... qui a choisi de ne pas participer personnellement à l'expertise du Docteur ... et de se faire représenter par le Docteur

Lors de son entretien avec le Docteur ..., le Docteur ... a précisé uniquement que l'intervention était risquée, que cela a été discuté avec la patiente, que l'usage de la radiofréquence était "touchy", qu'il y a eu une complication, mais qu'il estime ne pas avoir commis de faute.

À la fin de son rapport, le Docteur ... a indiqué qu'il a demandé au Docteur ... de relire le rapport du Docteur ... et de lui faire part de sa critique et qu'il a écrit au ... pour récupérer des images.

Outre son caractère tardif, le rapport du Docteur ... n'est pas du tout détaillé.

d. Demande d'expertise judiciaire

Il convient de se baser sur l'expertise contradictoire et détaillée du Docteur Il n'y a pas lieu de désigner un expert judiciaire pour réaliser une nouvelle expertise.

e. Analyse de la responsabilité

Il ressort du rapport d'expertise du Docteur ... ce qui suit.

En 2012, suite à des douleurs, le ... a diagnostiqué chez Madame ... une dysplasie fibreuse, au niveau de l'aileeron sacré droit uniquement. Il s'agit d'une maladie génétique occasionnant une lésion du tissu osseux, non cancéreuse en l'occurrence. Madame ... a été traitée par des perfusions de Pamidronate et par de la kinésithérapie.

En ... 2015, suite à une récurrence des douleurs, le ... a constaté un agrandissement de la lésion et l'apparition d'une fracture.

En consultation de radiologie interventionnelle le ... 2015, le Docteur ... a préconisé de réaliser une cimentoplastie (injection de ciment acrylique dans l'os) et une thermo-coagulation par radiofréquence (production de chaleur), moins invasives qu'une chirurgie classique.

Lors de l'expertise, Madame ... a indiqué que le Docteur ... lui avait expliqué que son dossier avait été staffé entre spécialistes. L'expert a demandé au Docteur ... de retrouver une trace de ce staff pluridisciplinaire ou orthopédique, mais l'expert n'a rien reçu.

Le ... 2016, le Docteur ... a réalisé la cimentoplastie et la thermo-coagulation par radiofréquence. Le compte-rendu de l'intervention ne mentionne pas d'incident.

Directement après l'intervention, Madame ... a présenté un syndrome de la queue de cheval partiel unilatéral droit (atteinte neurologique), suite à un débordement de ciment au niveau de la racine S2 droite, occasionnant une augmentation des douleurs, ainsi que l'apparition de troubles urinaires et fécaux.

Or, les imageries de 2012 et de 2015, antérieures à l'intervention du ... 2016, objectivaient une lésion osseuse autour du trou sacré S2 droit, exposant la racine S2 droite dénudée au contact avec le ciment, qui pouvait la léser par le biais de la chaleur ou par le contact mécanique.

Avant l'intervention, le Docteur ... devait avertir Madame ... du risque d'une atteinte de la racine S2 et de ses conséquences et en discuter avec elle. Le dossier médical ne mentionne pas l'existence d'une discussion au sujet de ce risque.

La cimentoplastie devait être réalisée en prenant des mesures visant à éviter que le ciment vienne en contact avec la racine S2 droite dénudée, telles que :

- réaliser au préalable un contrôle veinographique pour vérifier le cheminement possible du ciment
- utiliser un temps fluoroscopique pour visualiser une diffusion du ciment vers le trou sacré S2 et interrompre la procédure, réaliser une infiltration de sérum physiologique au niveau du trou sacré S2, attendre la solidification du ciment en place, changer la position de l'aiguille et réinjecter une unité de ciment en espérant que la précédente fera barrage à l'expansion du ciment vers la zone critique
- utiliser un ballon à kyphoplastie au sein de l'aileeron sacré pouvant localiser le ciment en zone biomécaniquement utile par effet de cavitation
- mettre au préalable en place un stent à diffusion limitée à la partie interne et inférieure de la lésion en vue de limiter la migration du ciment.

En revanche, la radiofréquence, qui implique une diffusion thermique exposant à une lésion neurologique, était inadéquate.

Certes, la cimentoplastie a parfaitement stabilisé la lésion de l'aileron sacré droit. Mais l'atteinte de la racine S2 droite a causé des troubles sphinctériens, ainsi qu'une augmentation des douleurs avec irradiations dans le membre inférieur droit et dans la partie droite des organes génitaux externes et internes.

L'expert a fixé la date de consolidation au ... 2018, avec une incapacité permanente personnelle de 30 %, ménagère de 50 % et économique de 50 %, compte tenu de l'état antérieur.

En conclusion, en s'abstenant de prendre des mesures de nature à éviter que le ciment vienne en contact avec la racine S2 droite dénudée et en utilisant la radiofréquence qui était inadéquate, le Docteur ... a commis une faute que n'aurait pas commise un radiologue interventionnel normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances.

Sans cette faute du Docteur ... le dommage ne se serait pas produit tel qu'il s'est réalisé.

Dès lors, la responsabilité du Docteur ... est établie.

...

h. Demande en intervention de ... contre la ...

En sa qualité de mutuelle de Madame ..., ... est subrogée dans les droits de cette dernière pour récupérer le montant de ses décaissements auprès de la ..., en vertu de l'article 136, § 2 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et de l'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Il y a donc lieu de condamner la ... à payer à ... la somme de 1 EUR à titre provisionnel et de réserver à statuer sur le surplus de la demande.

6. Décision

LE TRIBUNAL, statuant contradictoirement,

Dit les demandes, principale et en intervention, recevables et fondées dans la mesure suivante.

...

IV. Nederlandstalige rechtbank van eerste aanleg van Brussel, 21 november 2024

De rechter in eerste aanleg volgt het standpunt van het FMO en beslist dat de schade niet ernstig is in de zin van de wet. In het vonnis wordt uitgebreid ingegaan op het belang van de bewijslast van de eisende partij. De rechter benadrukt dat zowel de ernstvoorwaarde als het causaal verband met het medisch ongeval bewezen moeten zijn. De rechter oordeelt dat de levensomstandigheden van de patiënt bijzonder zwaar verstoord moeten zijn om te spreken van ernstige schade in de zin van art. 5, 3° van de wet medische ongevallen, wat bij een concrete toetsing door de rechter niet het geval blijkt te zijn. Ook het causaal verband tussen de klachten na de zorgverlening, namelijk een artroscopie ter hoogte van de schouder, en een latere operatie is niet afdoende bewezen. Er is dus geen sprake van een vergoedbare schade, de vordering van de patiënt wordt integraal ongegrond verklaard.

Rolnummer 2023/3121/A

... t./RIZIV

...

II. FEITEN EN SITUERING GESCHIL

2.1.

Het geschil heeft betrekking op een schadegeval ter gelegenheid van een onderzoek van medische beeldvorming bij eisende partij,

Verwerende partij, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bijzondere dienst Fonds voor Medische Ongevallen (hierna, het “FMO”), meent dat de door het schadegeval veroorzaakte schade niet ernstig is 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 meent dienvolgens niet te moeten overgaan tot vergoeding van de schade op grond van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid in de zin van de WMO.

Met zijn 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 28 februari 2018 werd bij ..., op dat ogenblik 18 jaar oud en student middelbaar onderwijs, een zogenaamde diagnostische directe arthografie aan de linkerschouder uitgevoerd, waarbij een contrastmiddel in het gewricht wordt ingespoten om de beelden van de medische scans duidelijker te laten voorkomen. De beeldvorming werd uitgevoerd omwille van aanhoudende pijnklachten na een sportongeval tijdens een judowedstrijd in november 2017.

In het verslag van de medische beeldvorming maakte de tussenkomende arts/radioloog melding van “*een beperkt scheurtje ter hoogte van het anterieur labrum, op de evenaarslijn, overigens intacte cuffstructuren en botstructuren*”.

Daags nadien ervoer ... toenemende pijnklachten, waardoor hij de school moest verlaten en zijn huisarts raadpleegde.

Na verschillende onderzoeken in de daaropvolgende dagen werd op 6 maart ... de oorzaak van de toenemende pijnklachten gevonden in een septische arthritis, door het FMO omschreven als een gewrichtsontsteking veroorzaakt door een bacterie, waarna een arthroskopische spoeling van de linkerschouder werd uitgevoerd met hospitalisatie van 6 maart ... tot 16 maart ... en een antibioticumkuur werd opgestart tot 18 april

Bij controleraadpleging op 30 mei ... stelde de tussenkomenende arts dr. ... dat de infectie volledig onder controle leek te zijn, weliswaar nog met gemis aan duidelijke spierkracht aan de linkerschouder, waarop verderzetten van kinesitherapie werd aanbevolen en ... toelating werd gegeven om te starten met fitnessoefeningen.

Na een nieuwe controleraadpleging op 26 juli ... werd omwille van aanhoudende pijn in de linkerschouder een nieuwe scan uitgevoerd, die wees op “een belangrijk labrumletsel” en “zeer belangrijk kraakbeenletsel”.

Hierop wordt een heelkundige behandeling voorgesteld onder de vorm van een zogenaamd “Bankartherstel” en uitgevoerd op 21 september ... waarna een herstel volgde dat enkele maanden duurde.

Bij controleraadpleging op 19 februari ... stelde dr. ... vast dat er nog weinig hinder was in het normale, dagelijkse leven, dat er weliswaar nog belangrijke pijn was bij bepaalde oefeningen gedurende de kinesitherapie, en dat er op klinische basis objectief volledige normalisatie is van de mobiliteit, waarbij de schouder stabiel overkomt, doch met duidelijke atrofie van de schoudermusculatuur.

Bij latere raadplegingen op 19 maart ... en 23 april ... wordt een afwachtende houding en relatieve rust voorgesteld en toont een nieuwe MRI een mooi geheeld Bankartherstel. In conclusies stelt ... niettemin dat hij genoodzaakt was een gespecialiseerd schouderkinesitherapeut te consulteren daar hij in maart ... nog ernstige hinder ondervond.

2.3.

Waar ... van mening is ernstige schade te hebben geleden als gevolg van gezondheidszorg, diende hij op

9 februari 2019 bij het FMO een aanvraag om advies in overeenkomstig artikel 12 WMO.

Het FMO stelde vervolgens op grond van artikel 17, §1, WMO dr. ..., arts-specialist in de orthopedie, aan als deskundige om een deskundigenonderzoek uit te voeren.

Het niet-gedateerde verslag van de FMO-deskundige maakt melding van een “zitting” in de aanwezigheid van ... op 24 augustus 2022.

In zijn navolgend advies van 26 oktober 2022 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 die toe te schrijven is aan het ongeval, niet de graad van ernst zoals bepaald in de WMO bereikt, 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 het dossier werd afgesloten.

2.4.

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

...

IV. BEOORDELING DOOR DE RECHTBANK

4.1.

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

4.2.

... voert in een afzonderlijk middel aan dat het advies van het FMO van 26 oktober 2022 nietig is wegens schending van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en van het materieel motiveringsbeginsel als algemeen beginsel van behoorlijk bestuur. ... stelt dat het FMO geen concrete motivering opneemt in zijn negatief advies en zich beperkt tot een summiere mededeling dat de graad van ernst van de aan het schadegeval toe te schrijven schade niet is bereikt, zonder uiteen te zetten om welke reden dat het geval zou zijn.

Hoewel het FMO ertoe gehouden is een met redenen omkleed advies uit te brengen (art. 21 WMO), is dit middel echter, zoals het FMO terecht aanvoert, niet dienstig, nu een eventuele nietigverklaring van het advies van het FMO, dat de rechtbank hoe dan ook niet bindt, niets verandert aan het standpunt van het FMO ten gronde en aan de noodzaak voor de eisende partij, die de bewijslast draagt, om aan te tonen dat de ernst van zijn schade beantwoordt aan één van de criteria opgenomen in artikel 5 WMO.

De WMO richt overigens een *“tweesporensysteem”* in dat inhoudt dat, in de gevallen voorzien bij artikel 4, 1°, en 2°, WMO, het slachtoffer van schade als gevolg van een verstrekking van gezondheidszorg de keuze heeft tussen een minnelijke procedure voor het FMO of een gerechtelijke procedure waarbij het FMO rechtstreeks wordt gedagvaard, en desgewenst *“onderweg”* van spoor kan veranderen (zie Wetsontwerp van 12.11.2009 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St.* Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p. 3 en 29), hetgeen betekent dat niet altijd een advies van het FMO voorligt of moet voorliggen.

Gezien het gebrek aan relevantie voor de vordering van ... wordt op dit middel dan ook niet verder ingegaan.

4.3.

Wat nu de grond van de zaak betreft, is het FMO krachtens artikel 4 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 is 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 vergoedbaar medisch ongeval zonder aansprakelijkheid voorligt in de zin van artikel 4, 1°, WMO.

4.4.

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 zijn 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.

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.”

4.5.

Zonder uitdrukkelijk standpunt in te nemen over de vraag of de vier voormelde voorwaarden van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid zijn vervuld, voert het FMO aan dat de schade hoe dan ook niet ernstig is, zodat zij alleen al maar om die reden niet kan gehouden zijn tot vergoeding op grond van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.

Dat standpunt is gegrond, gelet op hetgeen volgt.

Het komt aan ... als eisende partij toe om het bewijs te leveren dat de door hem geleden schade, die voortvloeit uit het medisch schadegeval, ernstig is volgens de voorwaarden zoals door de wetgever gesteld. Zowel de ernstvoorwaarde als het causaal verband met het medisch schadegeval moeten worden bewezen.

In het voorliggende geval meent ... dat de schade die voortvloeit uit het medisch schadegeval ernstig is in de zin van artikel 5, 3°, WMO, dit wil zeggen dat de schade zijn levensomstandigheden bijzonder zwaar verstoort.

De schade die door het medisch schadegeval werd veroorzaakt, bestaat volgens ... uit het lijden van pijn, hospitalisatie, revalidatie en medische behandeling in een periode van 1 jaar van 28 februari 2018 tot eind februari 2019, waar hij in totaal twee weken werd gehospitaliseerd en twee ingrepen heeft moeten ondergaan. Verder bestaat de schade volgens hem uit het verlies van een studiejaar, de eraan verbonden kosten en zijn frustratie wegens aantasting van zijn studietraject.

Opdat sprake kan zijn van ernstige schade in de zin van artikel 5, 3°, WMO, dienen de levensomstandigheden van de patiënt *“bijzonder zwaar”* te zijn verstoord.

Er moet rekening worden gehouden met de *“situationele”* impact van het functioneel gebrek dat verschillend is naargelang de levensomstandigheden van het slachtoffer (bv. Gevolgen op relationeel, zintuiglijk, sportief, familiaal vlak). Dit criterium zal geval per geval moeten worden beoordeeld, omdat dit per definitie zal variëren in functie van de bestaansvoorwaarden van het slachtoffer. Het heeft dus zowel betrekking op het privéleven als op het beroepsleven. De voorwaarde is echter wel dat de problemen bijzonder ernstig moeten zijn. Dit criterium heeft niet als doel alle schade te vergoeden die onder één van de grenzen bedoeld in de punten 1° en 2° ligt. Het moet evenwel mogelijk zijn om tegemoet te komen voor schade, zonder dat er wordt beantwoord aan de twee criteria inzake de kwantificering van de schade inzake de permanente invaliditeit of de totale tijdelijke ongeschiktheid, die het slachtoffer dermate treft dat een niet-vergoeding van het slachtoffer in strijd zou zijn met de geest van deze wet (zie Wetsontwerp van 12.11.2009 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St.* Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p. 39-40).

In zijn verslag stelt de FMO-deskundige het volgende (p. 7):

“De opgetreden schade tengevolge van de postoperatieve infectie is beperkt en er zijn geen argumenten om te kunnen stellen dat op lange termijn de schade groter zal zijn dan de schade die zou bestaan na een labrumletsel met operatief herstel na dit sportongeval”.

In het voorliggende geval wordt geen blijvende ongeschiktheid of blijvend letsel aangetoond. In het geheel werd ... niet meer dan twee weken gehospitaliseerd. Niets wijst erop dat de uitgevoerde ingrepen, dit wil zeggen de arthroscopische spoeling op 6 maart 2018 en het zogenaamd “Bankartherstel” op 21 september 2018, als bijzonder invasief kunnen worden aangemerkt. Bij controleraadpleging op 30 mei 2018 stelde de tussenkomenende arts dr. ... verder dat de infectie volledig onder controle leek te zijn, zodat mag worden aangenomen dat ook de pijnen als gevolg van de infectie sterk geminderd waren en dit zelfs reeds waren na de ingreep van 6 maart 2018.

De rechtbank is van oordeel dat de beperkte hospitalisatie van twee weken, de niet bijzondere invasieve ingrepen en de pijnen, hoewel zij hevig kunnen geweest zijn, gedurende enkele dagen of weken onvoldoende zijn om te besluiten tot een bijzonder zware verstoring van de levensomstandigheden van de patiënt.

Verder bestaat twijfel over de vraag of de hinder die zich na 30 mei 2018 heeft voorgedaan, wel nog te wijten is aan het medisch schadegeval van 28 februari 2018.

In zijn controleverslag van 30 mei 2018 stelde de tussenkomenende arts dr. ... immers dat de infectie volledig onder controle leek te zijn, waarop verderzetten van kinesitherapie werd aanbevolen en ... toelating werd gegeven om te starten met fitnessoefeningen. Weliswaar is het juist dat in de zomer van 2018 alsnog een ingreep onder de vorm van een zogenaamd “Bankart herstel” noodzakelijk bleek, doch het staat geenszins vast dat deze ingreep noodzakelijk werd gemaakt door de infectie die is opgetreden op 28 februari 2018. Het gegeven dat in het verslag van de medische beeldvorming van 28 februari 2018 sprake is van een “beperkt scheurtje” ter hoogte van het anterieur labrum en vervolgens in het verslag van de medische beeldvorming van 9 augustus 2018, ter voorbereiding van het Bankartherstel, melding wordt gemaakt van “een belangrijk labrumletsel” en een “zeer belangrijk kraakbeenletsel”, betekent geenszins dat er ook een causaal verband bestaat tussen de infectie die is opgetreden op 28 februari 2018 en de vermeende verergering van het labrumletsel. ... legt geen enkel stuk neer waaruit dat causaal verband blijkt. De verergering van het labrumletsel kan net zo goed het gevolg zijn van verdere slijtage, inspanningen of oefeningen, die ... in de tussenperiode en alvast na 30 mei 2018 heeft gedaan. Het wordt aldus geenszins aangetoond, en ook niet aannemelijk gemaakt, dat een heilkundige ingreep zich op termijn niet zou hebben opgedrongen, zelfs in het geval dat de infectie zich op 28 februari 2018 niet zou hebben voorgedaan.

Het staat daarentegen wel vast dat ... reeds klachten had sedert de val van november 2017 en dat omwille van die klachten de medische beeldvorming op 28 februari 2018 werd genomen. Uit het verslag van dr. ... van 5 maart 2018 blijkt dat na deze medische beeldvorming nog een afspraak was ingepland waarbij een ingreep zou ter sprake zijn kunnen gekomen, afspraak die evenwel geen doorgang vond omwille van de inmiddels ingetreden infectie. Alles wijst er zodoende op dat de klachten, die ... hebben belemmerd bij het uitoefenen van fysieke activiteiten en waardoor hij stelt een studiejaar te zijn verloren, zijn veroorzaakt door het eerdere ongeval in november 2017. Er kan dan ook niet worden aangenomen dat ... door het medisch schadegeval van 28 februari 2018 een studiejaar heeft verloren.

Bij gebreke aan overtuigende stukken of concrete aanwijzingen die het standpunt van ... dat de infectie van 28 februari 2018 de ingreep van het Bankartherstel op 21 september 2019 noodzakelijk heeft gemaakt, ondersteunt, acht de rechtbank de aanstelling van een gerechtsdeskundige niet aangewezen.

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

...

**OM DEZE REDENEN
DE RECHTBANK**

Spreekt recht in eerste aanleg en op tegenspraak,

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

...

V. Franstalige rechtbank van eerste aanleg van Brussel, 24 februari 2025

De rechter in eerste aanleg volgt het standpunt van het FMO, zowel inzake de bewijskracht en degelijkheid van het tegensprekelijk deskundigenrapport, als inzake de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverlener. Het vonnis bevestigt dat de zorgverlener een fout heeft gemaakt bij het verwijderen van een hormonaal implantaat in de arm, en dat het causaal verband met de door de patiënt geleden neurologische schade voldoende is aangetoond. De rechter besluit dat de terugvordering van de schadevergoeding door het FMO ten aanzien van de verzekeraar van de betrokken zorgverlener gegrond is.

R.N. 23/5160/A

FMO t./...

...

II. Les faits

Les faits utiles à la solution du litige peuvent être résumés comme suit :

- Mme ... était porteuse d'un implant contraceptif (Implanon®) au bras droit depuis 2016
- le 27 février..., elle a consulté le Dr. ..., gynécologue-obstétricien assuré auprès de l'... en vue d'ôter cet implant hormonal suite à un désir de grossesse. À la palpation du bras droit, l'implant n'a pas été trouvé
- le 15 mars ..., il a été procédé à une radiographie de l'humérus droit de la patiente pour localiser l'implant. Le rapport de radiographie conclut à : *"une formation tubulaire de 43 mm de grand axe non-correcté se situant dans les tissus mous de la face antéro-médiale du bras, correspondant en première hypothèse à l'implant contraceptif"*
- le 12 avril ..., Mme ... a été opérée, sous anesthésie générale, par le Dr. ... pour une exérèse de l'implant hormonal au bras droit. La tentative de retrait de l'implant s'est toutefois avérée infructueuse
- le 24 avril ..., la patiente a été reçue en consultation de chirurgie générale par le Dr. ... pour reprogrammer l'exérèse de l'implant. Ce médecin a noté que Mme ... rapportait des paresthésies sur le territoire du nerf médian droit, attribuables à la tentative de retrait précitée. Il a préconisé de postposer toute nouvelle tentative d'exploration chirurgicale à deux ou trois mois suite à l'inflammation résiduelle post-opératoire
- le 8 mai ..., Mme ... a été reçue en consultation de médecine physique par le Dr. ... suite à des hypoesthésies au niveau du territoire médian, ainsi qu'une certaine parésie et une maladresse des doigts de la main droite. Les examens réalisés ont conclu à une neuropathie médiane droite partielle mais franche au niveau du tiers distal du bras droit, avec une répercussion d'atteinte neurogène aiguë au niveau du court fléchisseur radial du carpe et du court abducteur du pouce droit

- le 15 mai ..., Mme ... a été vue en consultation d'orthopédie par le Dr. L'examen clinique réalisé a montré une zone d'anesthésie au niveau de la paume de sa main et une hyposensibilité au niveau du territoire du nerf médian. Vu les plaintes de la patiente et les résultats de l'EMG, une indication opératoire d'exploration de sa plaie et d'exérèse de l'implant hormonal a été posée
- Le 16 mai ..., Mme ... a bénéficié, sous anesthésie générale, par le Dr. ..., chirurgien orthopédiste, de l'ablation de l'implant hormonal et d'une neurolyse ¹ avec vérification du nerf médian au niveau du bras droit. Après un repérage sous scopie, l'implant qui avait migré en intramusculaire dans le biceps brachial a été enlevé. La neurolyse du nerf médian a ensuite été effectuée. Elle a permis de constater que le nerf médian était tout à fait intact et de conclure à l'existence d'un axonotmesis² (de classe II de Sunderland)
- le 3 juillet ..., Mme ... a introduit une demande d'avis au FAM, conformément à l'article 12 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé
- le FAM a accusé réception de cette demande le 13 août 2018
- par courrier du 29 septembre 2021, le FAM a désigné le Dr. ... (chirurgien orthopédiste) en tant qu'expert dans le cadre d'une expertise contradictoire organisée conformément à l'article 17, § 2, de la loi du 31 mars 2020. Le Dr. ..., gynécologue, a été désigné en qualité de sapiteur
- le Dr. ... a établi son rapport définitif le 4 mars 2022
- sur base de l'examen du dossier médical et du rapport du Dr. ..., le FAM a considéré, dans son avis du 3 mai 2022, que la responsabilité du Dr. ... était engagée pour avoir commis une faute dans la prise en charge de Mme ...
- par courrier du 23 septembre 2022, l'... par la voix de son conseil, a contesté l'avis rendu par le FAM, ainsi que la responsabilité de son assuré
- conformément à l'article 4, 3° de la loi précitée du 31 mars 2010, le FAM a adressé une offre d'indemnisation à Mme ... à concurrence du montant de 73.872,84 EUR, laquelle a été acceptée par l'intéressée
- le FAM a procédé au paiement du montant précité le 25 janvier 2023
- le FAM avait également procédé au paiement des frais d'expertise des Dr. ... et ... à concurrence de respectivement 1.921,63 EUR et 900 EUR. Ces paiements avaient été effectués respectivement les 30 mai et 15 décembre 2022
- le FAM a ensuite invité l'... à lui rembourser les montants versés
- à défaut de règlement amiable, le FAM a introduit la présente procédure par citation signifiée le 5 octobre 2023.

1. Intervention chirurgicale ayant pour objectif de libérer un nerf comprimé au niveau d'un point précis.

2. Blessure du nerf, au niveau des axones, par écrasement, traction, élongation.

III. Discussion

Le FAM, subrogé dans les droits et actions de Mme ..., postule la condamnation de l'... (en sa qualité d'assureur RC du Dr. ...) à lui rembourser les montants qu'il a décaissés et les frais d'expertise qu'il a exposés pour couvrir le préjudice encouru par la précitée, en raison d'une faute en lien causal avec ce préjudice qu'il reproche au Dr. ... d'avoir commise dans le cadre de la prise en charge chirurgicale de la patiente le 12 avril ... (pour une tentative de retrait d'un implant hormonal).

... conteste la réunion des conditions qui seraient de nature à engager la responsabilité de ce dernier. Elle critique, avant toute chose, l'expertise diligentée par le FAM. Elle conteste, ensuite, l'existence d'une faute imputable au Dr. ..., en lien causal avec le dommage vanté. Elle conteste, enfin (subsidièrement), l'importance du dommage dont l'indemnisation est poursuivie.

A. Le cadre légal

Le FAM est un organisme public, créé par loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé et opérationnel depuis le 1^{er} septembre 2012. Il est rattaché à l'INAMI depuis le mois d'avril 2013.

Il a été créé pour pallier aux difficultés rencontrées par les victimes de dommages résultant de soins de santé et leurs ayants droit.

En vertu de l'article 8 de la loi du 31 mars 2010, le FAM *"a pour mission d'organiser l'indemnisation des victimes de dommages résultant de soins de santé ou de leurs ayants droit, dans les limites des articles 4 et 5. Dans le cadre de cette mission, le Fonds est chargé de :*

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

- a) (...);*
- b) faire appel à des praticiens professionnels spécialisés afin d'obtenir des précisions dans un domaine particulier des soins de santé ; (...)"*

Toute personne qui s'estime victime d'un dommage résultant de soins de santé ou ses ayants droit peut donc adresser au Fonds, par lettre recommandée à la poste, une demande d'avis sur la responsabilité éventuelle d'un prestataire de soins dans le dommage subi, ainsi que sur la gravité de celui-ci (art. 12 de la loi).

S'agissant du traitement de la demande d'avis par le FAM, l'article 17 de la loi dispose que :

"§ 1^{er}. Le Fonds peut faire appel à des praticiens professionnels spécialisés en vue d'obtenir des informations précises sur une question médicale particulière.

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

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

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

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

S'agissant des cas d'indemnisation par le FAM, l'article 4, 3° de la loi dispose que :

"Le Fonds indemnise la victime ou ses ayants droit conformément au droit commun :

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

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

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

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

L'article 5 qualifie le dommage de "suffisamment grave" : "(...) lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

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

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

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

4° le patient est décédé".

Lorsque le FAM a indemnisé la victime, il est légalement subrogé dans les droits du patient à l'égard du prestataire de soins qu'il a estimé responsable du dommage encouru, en vertu de l'article 30 de la loi du 31 mars 2010. Il est également en droit d'obtenir à sa charge le remboursement des frais d'expertise, en application de l'article 20 de ladite loi.

Dès lors qu'il ne dispose pas de plus de droits que ceux dont aurait pu se prévaloir le patient, il lui appartient, en cas de contestation, de rapporter la preuve de la faute du prestataire de soins, en lien causal avec le dommage vanté.

B. L'expertise diligentée par le FAM

L'... paraît vouloir remettre en cause l'expertise ordonnée par le FAM (sans pour autant formuler de grief spécifique en lien avec la présente cause).

Le tribunal rappelle, pour autant que de besoin, que l'expertise confiée, en l'espèce, au Dr. ... par le FAM a été diligentée en application de l'article 17 précité de la loi du 31 mars 2010 qui dispose notamment que : "*(...) § 2. (...), le Fonds organise une expertise contradictoire s'il y a des indices sérieux que le dommage atteint le seuil de gravité visé à l'article 5.*"

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

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

Les travaux préparatoires de la loi du 31 mars 2010 renseignent que l'expertise organisée en vertu de cette disposition a "*la même valeur qu'une expertise judiciaire*" et que le juge conserve à son égard "*sa totale liberté d'appréciation*"³. L'expertise judiciaire n'a, en effet, pour le juge que la valeur d'un avis, qu'il n'est pas tenu de suivre si sa conviction s'y oppose (art. 962 du C. jud.).

Il est vrai qu'en raison de la particularité du système mis en place par le législateur - qui a chargé le FAM tant de l'organisation administrative de la procédure d'expertise que du contrôle de son déroulement -, l'expertise diligentée par cet organisme n'offre pas, en théorie, les mêmes garanties qu'une expertise judiciaire. En effet, contrairement au juge, le FAM n'apparaît pas comme un tiers totalement neutre, dès lors que les conclusions de l'expertise auront une incidence sur ses propres droits et obligations. En outre, si les experts désignés par le FAM sont des prestataires de service indépendants (et non des préposés) sélectionnés dans le cadre d'une procédure de marché public et désignés par l'application de règles mathématiques, il n'en reste pas moins qu'ils sont rémunérés par le FAM, tiennent généralement leurs séances d'expertise dans ses locaux et prennent des instructions auprès de lui lorsqu'ils sont confrontés à une difficulté de procédure. L'expertise diligentée par le FAM n'est donc pas comparable à une expertise judiciaire.

Il n'en résulte cependant pas un vice inhérent à toute expertise diligentée par le FAM qui impliquerait qu'elle soit purement et simplement écartée des débats. En outre, dès lors que le rapport d'expertise découlant de l'application de la loi précitée du 31 mars 2010 n'a pas de caractère contraignant pour le tribunal, l'expertise diligentée en application de cette loi n'apparaît pas contraire à l'article 6 de la C.E.D.H.⁴.

En réalité, c'est au juge qu'il revient d'apprécier au cas par cas, en fonction de la manière dont l'expertise a été menée et de sa teneur, si le rapport d'expertise qui lui est soumis contient des éléments pouvant être retenus à titre de renseignements, de présomptions, voire même de preuves.

S'agissant de l'expertise confiée, en l'espèce, par le FAM au Dr. ..., le tribunal relève que les parties ont été convoquées régulièrement aux réunions d'expertise, y étaient présentes et ont pu y faire valoir leur point de vue. Toutes les pièces examinées par l'expert ont, en outre, été soumises à la contradiction (en ce compris, le rapport du sapiteur ...). Les parties ont pu formuler des observations au sujet du rapport provisoire de l'expert et celui-ci y a répondu de manière motivée.

Il ne ressort dès lors, *in specie*, d'aucun élément soumis au tribunal que l'expertise diligentée par le FAM et confiée au Dr. ... ne se serait pas déroulée de manière neutre et objective.

3. . Projet de loi du 12.11.2009 relatif à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, Exposé des motifs, Doc. Parl., Ch. repr., sess. ord. 2009-2010, n° 52-2240/001, pp.59-60.

4. Dans le même sens : Bruxelles (4^e Ch.), 29.03.2021, *inédit* (produit en pièce 21 de son dossier par le FAM).

Pour le surplus, le contenu même du rapport et la pertinence de ses conclusions seront examinés ci-après dans le cadre de l'analyse de la responsabilité du médecin incriminé.

C. La faute en lien causal avec le dommage vanté

1. LE RAPPORT D'EXPERTISE ET L'AVIS DU FAM

L'expert ... a conclu son rapport définitif en considérant que :

"(...) L'indication chirurgicale était légitime, mais le chirurgien gynécologue devait s'entourer des compétences de chirurgiens spécialisés à même de gérer les difficultés de dissection qui pouvaient être anticipées puisque l'implant n'était pas facilement localisable.

L'arrivée dans le plan musculaire imposait un arrêt de la chirurgie (...).

Après l'intervention du 12 avril 2018, la patiente a présenté des troubles neurologiques en rapport avec une lésion du nerf médian au bras. Ces troubles ont récupéré en grande partie, mais pas complètement (...).

Il a notamment relevé que : "(...) Pour un médecin spécialiste, s'aventurer dans un territoire anatomique inconnu constitue un manque de prudence flagrant. (...)

En pratique, l'ablation d'un corps étranger sous cutané est possible par n'importe quel médecin.

Par contre, lorsque l'on passe le fascia (enveloppe très bien visible) qui entoure les muscles, il faut absolument connaître l'anatomie régionale.

La technique chirurgicale qu'il fallait employer ici consistait à contrôler le nerf médian avant d'entreprendre une recherche de corps étranger à travers le muscle. (...)

Dans le cas présent, le Dr. ... devait faire appel à un chirurgien orthopédiste, un chirurgien de la main, un chirurgien vasculaire ou même un plasticien. Faute de trouver un tel spécialiste, il devait refermer la plaie et envoyer sa patiente en consultation chez un chirurgien apte à réaliser ce geste. (...)

Le Dr. ... en ne maîtrisant pas l'anatomie locale a introduit des instruments 'à l'aveugle', sans pratiquer une dissection correcte de la zone. Les instruments sont venus frôler, contusionner, érailler le nerf médian ce qui a conduit au dommage (...).

Pour conclure son rapport, l'expert ... s'est notamment basé sur le rapport du 7 février 2022 du sapiteur, le Dr. ..., lequel avait relevé que :

"(...) Le Dr. ... note dans son protocole opératoire qu'il n'a pas réussi à repérer l'implant par l'imagerie (écho et radioscopie). Malgré tout, il a persisté à disséquer au point d'arriver dans des fibres musculaires. C'est sans doute à ce moment-là que le nerf médian a dû être traumatisé et/ou étiré.

Lors de la réunion du 4 février, le Dr. ... a signalé qu'il n'y avait pas de confrère orthopédiste disponible sur le site où il opérait. On peut se demander quelle était l'expérience du Dr ..., non pas dans le retrait de ce type d'implants, mais dans la réalisation d'une dissection musculaire du biceps brachial. Il aurait dû prévoir une assistance d'un chirurgien expérimenté pour ce genre de dissection ou d'un radiologue échographiste ou encore arrêter sa dissection AVANT d'arriver dans le muscle (d'autant que, bien qu'ayant utilisé l'imagerie, il n'a pas pu repérer où était l'implant, rendant sa dissection hasardeuse).

Une équipe indique dans leur publication : "In cases where intraoperative implant localization is challenging, extensive dissection must be avoided" et recommande l'aide d'un radiologue échographiste expérimenté pour aider à repérer l'implant ou d'un spécialiste en microneurochirurgie" (son rapport, p. 5).

Le sapiteur ... en avait conclu que :

"(...) 1) Concernant le retrait de l'implant : la première intervention a causé la lésion neurologique (concordance des faits, timing des plaintes, constatations à l'EMG, objectivation lors de la seconde intervention). (...)

3) Vu la difficulté inattendue dans le retrait, il aurait dû arrêter son geste avant d'en arriver là et/ou demander l'avis d'un confrère chirurgien habitué à la chirurgie du bras ou l'aide d'un radiologue échographiste. Un gynécologue n'est pas entraîné à cette chirurgie. En ce sens, il a manqué de prudence (...)" (son rapport, p. 6).

Dans son avis du 3 mai 2022, le FAM a considéré, pour sa part, que *"le geste chirurgical [était] critiquable"* dès lors que *"le Dr. ... en ne maîtrisant pas l'anatomie locale a introduit des instruments 'à l'aveugle', sans pratiquer une dissection correcte de la zone"*. Il indique que *"le Docteur ... a tenté de trouver et retirer l'implant hormonal et qu'il a pour ce faire disséqué du tissu sous cutané ainsi que des fibres musculaires"*, et ce malgré le fait qu'il ne soit pas *"un médecin spécialisé en chirurgie des membres"* (avis p. 6). Considérant que le Dr. ... devait en pratique faire appel à un spécialiste, le FAM relève que *"l'attitude du Docteur ... ne renvoie pas à ce qui est attendu de la part d'un prestataire de soins normalement prudent et diligent, de même spécialité médicale et placé dans les mêmes circonstances de temps et de lieu"* (avis, p. 6).

Le FAM souligne, en outre, que *"les instruments sont venus frôler, contusionner, érailler le nerf médian"* conduisant ainsi au dommage, et que *"la fréquence de lésion d'un nerf médian au coude, par un chirurgien expérimenté dans le cadre d'une dissection des tissus mous est virtuelle"*. Partant, il observe que *"la certitude du lien causal (...) est incontestablement acquise (...)"* (p. 7).

Concernant l'ampleur du dommage subi par Mme ..., le FAM constate que *"la patiente a présenté des troubles neurologiques en rapport avec une lésion du nerf médian au bras"* et que *"ces troubles n'ont pas complètement récupéré depuis lors : il persiste un défaut de fermeture des doigts de la main ainsi qu'un problème de sensibilité du pouce qui expose aux brûlures"* (avis, p.7). En ce qui concerne les taux, fondant son analyse sur le rapport du Dr. ..., il retient les incapacités permanentes suivantes : personnelle 5 %, ménagère 10 % et économique 5 %.

2. L'ANALYSE DE LA RESPONSABILITÉ

Il est établi qu'en date du 12 avril ..., le Dr. ... a procédé à une tentative (infructueuse) de retrait de l'implant hormonal qui se trouvait dans le bras droit de Mme

Il est établi qu'à cette occasion, le médecin a réalisé une dissection des fibres musculaires du biceps brachial droit de la patiente pour tenter d'atteindre l'implant.

Il est établi qu'ensuite de cette intervention, Mme ... a présenté des lésions neurologiques (sous forme de parenthésies sur le territoire du nerf médian).

Il n'est pas sérieusement contestable que ces lésions sont la conséquence de l'acte chirurgical posé, le 12 avril ..., par le Dr ..., lequel a occasionné chez la patiente un axonotmesis (de classe II de Sunderland), à savoir une blessure du nerf par écrasement, traction, élongation.

Ce constat est partagé par tous les médecins que Mme ... a consultés postérieurement aux faits litigieux (à savoir les docteurs ..., ... et ...), ainsi que par les experts désignés par le FAM (les Dr. ... et ...). Il n'est pas véritablement contesté par l'...

Selon le FAM, ce dommage est en lien causal avec la faute commise par le Dr. ... auquel il reproche *"d'avoir réalisé une intervention chirurgicale du membre supérieur au-delà de ses compétences, et plus précisément, d'avoir pratiqué une dissection musculaire en ne maîtrisant pas l'anatomie locale"*.

Le tribunal partage cette analyse, conforme aux conclusions de l'expert ..., chirurgien orthopédique, et du sapiteur ..., gynécologue.

À cet égard, il n'est pas prétendu, de manière générale, que les gynécologues ne seraient pas habilités à procéder au retrait d'implants hormonaux.

Des formations en ce sens leur sont d'ailleurs dispensées, comme le relève à bon droit l'...

Ces formations enseignent toutefois expressément que *"La chirurgie exploratrice sans connaître la localisation exacte de l'implant est fortement déconseillée"*, et que *"Le retrait d'implants insérés trop profondément doit être réalisé avec prudence afin d'éviter d'endommager les structures nerveuses ou vasculaires profondes du bras et doit être effectué par des médecins familiarisés avec l'anatomie du bras"*.

Ces précautions sont également rappelées dans la notice d'utilisation de l'Implanon®, laquelle stipule⁵ que : *"Les implants non palpables et insérés profondément doivent être retirés par un professionnel de santé familiarisé avec l'anatomie du bras et le retrait des implants insérés profondément"*.

Or, il est établi, en l'espèce, qu'à la palpation du bras droit de Mme ... l'implant n'a pas été trouvé, de sorte qu'une radiographie a dû être effectuée.

5. Les notices produites par le FAM sont postérieures aux faits litigieux. Le FAM a cependant indiqué au tribunal à l'audience sans être contredit que la notice de 2018 contenait la même mise en garde.

Cette radiographie (réalisée le 15.03.2018) a, certes, permis de constater la présence d'une "formation tubulaire de 43 mm de grand axe non-corrigé se situant dans les tissus mous de la face antéro-médiale du bras, correspondant en première hypothèse à l'implant contraceptif". Cependant, lors de l'intervention litigieuse réalisée par le Dr. ... le 12 avril ..., l'implant n'a pu être localisé, et ce nonobstant le recours à l'échographe et à la scopie.

Nonobstant ce fait, le Dr. ... a poursuivi son exploration en procédant à une dissection des fibres musculaires.

Le protocole opératoire établi ensuite de l'intervention litigieuse le confirme expressément, puisque le Dr. ... y reconnaît lui-même :

"(...) **implant non palpé** en consultation suite à la prise de poids de la patiente. Technique opératoire. Installation de la patiente le bras droit en croix. Désinfection et pose des champs. **Tentative** de repérage de l'implant à l'aide de l'échographe et de la scopie, **infructueuse**. Incision de 2 cm au niveau de l'ancienne cicatrice de mise en place. Palpation au doigt. Dissection du tissu sous cutané et **dissection des fibres musculaires**. On **tente à nouveau** de repérer l'implant à l'aide de l'échographie. **Impression** de visualisation d'une structure linéaire échogène pouvant correspondre à l'implant. Élargissement de l'incision sur environ 8 cm en proximal. **Nouvelle dissection** du tissu sous cutané et **du muscle sans qu'on ne retrouve l'implant**. (...)" (souligné par le tribunal).

Ce n'est donc qu'après dissection du tissu sous cutané **et du muscle** sans pouvoir retrouver l'implant qui n'avait pu être localisé exactement que le Dr. ... a mis un terme à l'intervention et renvoyé sa patiente vers un confrère spécialisé. Contrairement à ce qui a été plaidé, il ne s'est donc pas "arrêté à temps".

Bien que l'implant était non palpable, inséré profondément et non exactement localisé, le Dr. ... – qui n'est pas spécialisé dans la chirurgie du bras – a persévéré. Il a, ce faisant, manqué de prudence et adopté un comportement que n'aurait pas adopté tout gynécologue normalement prudent et diligent placé dans mêmes circonstances. Le Dr. ... a donc commis une faute.

Cette faute est en lien causal avec les lésions présentées par Mme

À cet égard, l'... est malvenue de prétendre que le dommage vanté aurait pu survenir également si l'intervention litigieuse avait été réalisée par un chirurgien spécialisé dans la chirurgie du bras. En effet :

⇒ sur base de la littérature médicale produite par le sapiteur ... "l'incidence de "difficulté de retrait, échec de localisation ou migration" (tout confondu) [par un chirurgien spécialiste] est de 0,12/1000" et "l'incidence d'"effets indésirables neurologiques" secondaires au retrait ou à la pose (tout type, dont des lésions du nerf médian) de 0,49/100000" (c'est-à-dire extrêmement rare),

⇒ en l'espèce, Mme ... a été opérée avec succès le 16 mai 2018 par le Dr. ... chirurgien orthopédiste, lequel a retiré l'implant litigieux sans aucune difficulté, ni dommage pour la patiente.

Quoi qu'il en soit, il est certain que, sans la faute commise par le Dr. ... (d'avoir poursuivi son intervention malgré les circonstances⁶), le dommage encouru par Mme ... ne serait pas survenu **tel qu'il s'est réalisé in concreto**.

6. Jusqu'à arriver dans les fibres musculaires, lésant ainsi le nerf..

Le Dr. ... est donc tenu de réparer ce dommage (lequel ne s'analyse pas en la perte d'une chance pour la patiente).

D. Le Dommage

Le FAM a indemnisé Mme ... en se fondant sur les conclusions du rapport de l'expert ... tout en rejetant certains postes de dommage⁷ (à défaut de pièces probantes produites par Mme ...).

L'... Assurances conteste les taux d'incapacités (personnelle, ménagère et économique) retenus par cet expert, relevant que les plaintes actuelles de Mme ... sont tout à fait négligeables et que les troubles neurologiques qu'elle a présentés initialement "*ont récupéré en grande partie*".

À cet égard, si l'évolution de la patiente a été favorable, c'est à bon droit que le FAM a relevé que "*suite à l'intervention mise en cause, la patiente a présenté des troubles neurologiques en rapport avec une lésion du nerf médian au bras. Ces troubles n'ont pas complètement récupéré depuis lors : il persiste un défaut de fermeture des doigts de la main ainsi qu'un problème de sensibilité du pouce qui expose aux brûlures*".

L'expert ... a, en outre, motivé les raisons pour lesquelles il estimait pouvoir retenir les taux d'incapacités permanentes litigieux.

Les observations émises par ... ne permettent pas de remettre en cause ces conclusions motivées, auxquelles le tribunal se rallie expressément.

La manière (raisonnée) dont le FAM a évalué ces préjudices n'est pas, en tant que telle, critiquée.

La demande de condamnation du FAM doit, partant, être déclarée fondée, et ce sous la seule réserve que les frais d'expertise réclamés doivent être majorés d'intérêts compensatoires depuis la date de leur paiement (et non de la facture).

Il se justifie, en outre, d'acter les réserves médicales telles qu'énoncées par l'expert ... dans son rapport.

(...)

PAR CES MOTIFS,

Le tribunal,

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

Statuant contradictoirement ;

Déclare la demande recevable et fondée dans la mesure précisée ci-après ;

(...)

7. Comme le préjudice d'agrément.

VI. Rechtbank van eerste aanleg van West-Vlaanderen, afdeling Kortrijk, 31 maart 2025

De rechter in eerste aanleg volgt het standpunt van het FMO. De aanvragers waren het niet eens met het advies van het Fonds, dat concludeerde dat de schade niet ernstig genoeg was om te kunnen vergoeden. De aanvragers vroegen de rechtbank om te oordelen dat de ernstgraad wel bereikt was, zodat het Fonds verplicht zou zijn om de schade te vergoeden op grond van art. 5, 3° van de wet medische ongevallen. De rechtbank oordeelt echter dat de schade niet voldeed aan de ernstcriteria volgens artikel 5 van voormelde wet. Daarom worden de vorderingen tegen het Fonds ongegrond verklaard en afgewezen.

R.N. 21/1093/A

... en ... t./RIZIV en FMO t./ ... en ...

...

3 Beoordeling

3.1 *Feitelijke gegevens die aan het geschil ten grondslag liggen*

... lijdt aan de ziekte van Parkinson.

In het kader van die aandoening volgde zij groepssessies kinesitherapie in het

Op 27 september 2016 ging de kinesitheriesessie wegens het mooie weer buiten door. Tijdens deze sessie kwam ... ten val bij het uitvoeren van een oefening op een voetbankje van ongeveer 10 cm hoog. ... liep daarbij een subcapitale femurfractuur links op.

De bewuste kinesitheriesessie ging door onder begeleiding van

3.2 *Vordering van ... en ... ten aanzien van het FMO*

3.2.1

De betwisting tussen enerzijds ... en ... en anderzijds het FMO beperkt zich tot de vraag of de bij het ongeval opgelopen schade al dan niet beantwoordt aan de criteria inzake ernst zoals beschreven in artikel 5 van de wet van 31 maart 2010.

Deze criteria zijn de volgende:

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.

3.2.2

Bij vonnis van 2 januari 2023 werd dr. ... aangesteld om onder meer over dit punt een advies te verlenen.

In zijn eindverslag kwam de deskundige tot de volgende besluitvorming over de ernst van de schade:

- o Persoonlijke en huishoudelijke ongeschiktheid:

100 %: 27.09.2016 – 28.11.2016

75 %: 29.11.2016 – 15.12.2016

50 %: 16.12.2016 – 28.02.2017

35 %: 01.03.2017 – 30.06.2017

30 %: 01.04.2017 – 26.09.2017

- o Bij deze evaluatie worden niet in rekening gebracht: de ziekte van Parkinson en de aanwezigheid van een duidelijke stijfheid in de rechterheup (na osteosynthese voor heupfractuur); verpleegkundige hulp (éénmaal per dag, zeven dagen op zeven), familiehelp (vier halve dagen in de week) en verhoogde hulp van de familie is aanvaardbaar tot aan de consolidatiedatum; dit geldt mijns inziens ook voor de hulpmiddelen (rollators, rolstoel, ziekenhuisbed)
- o Consolidatie: 27.09.2017
- o Blijvende persoonlijke ongeschiktheid: 20 %
- o Blijvende huishoudelijke ongeschiktheid: 20 %
- o Bij deze bepaling worden niet in rekening gebracht: de ziekte van Parkinson en de aanwezigheid van een duidelijke stijfheid in de rechterheup (na osteosynthese voor heupfractuur)
- o Derdenhulp en hulpmiddelen zijn aanvaardbaar tot aan de consolidatiedatum.

3.2.3

De deskundige heeft zich bij het bepalen van de blijvende ongeschiktheidsgraad gebaseerd op de normale amplitudo's van de verschillende bewegingsrichtingen in de heup en op diverse schalen en standaarden die gehanteerd worden bij de evaluatie van de invaliditeit met betrekking tot de heup, die hij vervolgens specifiek heeft toegepast op de gezondheidstoestand van ... (p. 30-32 deskundig verslag).

Daarbij komt de deskundige tot het besluit dat de invaliditeit van ... bij een globale evaluatie van haar gezondheidstoestand minstens 25 % bedraagt, maar dat de invaliditeit ten gevolge van de val met de breuk van de linkerheup minder dan 25 % bedraagt. De deskundige wijst erop dat de voorafbestaande toestand van ... nl. de ziekte van Parkinson, epilepsie en vroegere breuk van de rechterheup, eveneens een belangrijk aandeel hebben in de gezondheidstoestand van ... (p. 32 deskundig verslag).

Inzake de invloed van de voorafbestaande toestand van ... op het genezingsproces overwoog de deskundige dat de *decursus* na implantatie van een heupprothese bij een Parkinsonpatiënt gekenmerkt is door een moeizamere revalidatie met een beperkter functioneel resultaat. Daar waar na implantatie van een heupprothese (zeker in een traumatische setting en hogere leeftijd) de revalidatietermijn kan geraamd worden op 4 tot 6 maanden kan dit bepaald worden op 9 tot 12 maanden bij een patiënt met de ziekte van Parkinson die een duidelijke impact heeft op de revalidatie. Bij ... kwam daarbij nog de aanwezigheid van een avulsie van de *trochanter maior* met gluteale insufficiëntie wat een revalidatie van één jaar aanvaardbaar maakt, aldus de deskundige, die tot consolidatie besloot op 27 september 2017, zijnde een jaar na het ongeval, met kinesitherapie en revalidatie (in het ziekenhuis en buiten het ziekenhuis) in het kader van de val tot aan deze datum. Na de consolidatiedatum heeft de kinesitherapie volgens de deskundige alleen nog betrekking op de ziekte van Parkinson. Dit geldt volgens hem ook voor de hulp van derden (poetshulp, familiehelp, hulp van familie) en de hulpmiddelen (rollators, rolstoel, ziekenhuisbed) (p. 33 deskundig verslag).

Naar aanleiding van de opmerkingen van de partijen licht de deskundige nader toe dat het weliswaar onmogelijk is om een strikt onderscheid te maken tussen de medisch voorafbestaande toestand enerzijds en de gevolgen die voortvloeien uit de val anderzijds, maar dat dit niet belet dat een raming totaal onmogelijk zou zijn. De deskundige wijst erop dat de actuele gezondheidstoestand van ... veel meer bepaald wordt door haar algemene medische status (ziekte van Parkinson, epilepsie, status na breuk van de rechterheup met osteosynthese, hoge leeftijd) dan door de gevolgen van de breuk van de linkerheup. De deskundige spreekt de stelling van de advocaat van ... als zou haar voorafbestaande toestand geen weerslag hebben op haar actuele invaliditeit, met klem tegen. Die stelling strookt volgens de deskundige niet met de aanwezige Parkinsonpathologie en zijn afwijkingen en symptomen (die er ontegensprekelijk waren en zijn) en met het feit dat ... reeds behandeling volgde (p. 40 deskundig verslag) (p. 39-40 deskundig verslag).

Daarnaast verwijst de deskundige naar een medisch artikel over de ongemakken na een theoretisch perfect geplaatste heupprothese, waarbij de daaruit voortvloeiende invaliditeit op 5 tot 10 % wordt bepaald, alsook naar het feit dat er bij ... tevens een losliggende *trochanter maior* is met zwakte van de bilspieren, wat de noodzaak tot het gebruik van een hulpmiddel verklaart (p. 42 deskundig verslag).

Alle opmerkingen van de partijen werden door de deskundige op oordeelkundige wijze beantwoord. Er zijn geen elementen die doen twifelen aan de juistheid van de besluitvorming van de deskundige, die door de rechtbank wordt bijgetreden en overgenomen.

3.2.4

De deskundige heeft duidelijk uiteengezet op welke elementen hij zich heeft gebaseerd om de blijvende ongeschiktheid te bepalen op een graad van 20 %.

Daarbij heeft hij op gemotiveerde wijze de stelling van ... en ..., als zou ... voorafgaand aan het ongeval een normale mobiliteit gehad hebben, weerlegd.

De verwijzing van ... en ... naar de socio-economische anamnese in het deskundig verslag, waarin onder meer werd opgenomen dat de mobiliteitsbeperking van ... tot sociaal isolement leidde en dat zij voor het ongeval in staat was om alle huishoudelijke taken uit te voeren, terwijl zij nadien enkel nog zittend kon meehelpen, doet geen afbreuk aan de besluitvorming van de deskundige. Die socio-economische anamnese berust niet op elementen uit het medisch dossier van ... die dateren van voor het ongeval, maar is louter gebaseerd op een weergave door ..., zonder dat die gegevens naderhand getoetst werden aan objectieve elementen zoals medische verslagen en deze.

Ook de eenzijdige attesten van dr. ... en dr. ... doen, daar geen afbreuk aan, nu in geen van die attesten enige uitspraak wordt gedaan over de gezondheidstoestand en invaliditeitsgraad van ... voorafgaand aan het ongeval (bijl. 16 en 17 bij het deskundig verslag).

Het feit dat ... op het ogenblik van het ongeval al verschillende maanden kinesitherapie volgde naar aanleiding van de ziekte van Parkinson waaraan zij leed, duidt er eveneens op dat er zich een probleem inzake haar mobiliteit stelde.

Bovendien leed ... niet enkel aan de ziekte van Parkinson, maar leed zij tevens aan epilepsie en was er een beperkte beweeglijkheid in de rechterheup ingevolge een eerdere breuk van die rechterheup.

Er kan dan ook geen enkele twijfel over bestaan dat ... door die voorafbestaande comorbiditeit voorafgaand aan het ongeval al kampte met een zekere invaliditeit.

De schadevergoeding moet het slachtoffer terugplaatsen in de toestand waarin hij zich zou bevonden hebben, mocht het schadegeval zich niet hebben voorgedaan. Dit houdt in dat de aansprakelijke de schade volledig moet vergoeden. Wanneer het slachtoffer reeds voorafgaand aan het schadegeval schade heeft geleden of een beperking vertoonde, wordt enkel de nieuwe schade of de verergering van de bestaande schade vergoed (Cass. 12.11.2019, AR.P.19.0757.N, *TBBR* 2020, p. 377 e.v.).

De bij ... voorafbestaande invaliditeitsgraad moet derhalve in mindering gebracht worden bij de beoordeling van de omvang van de schade die voortvloeit uit het ongeval van 27 september 2016.

Daarbij weze opgemerkt dat die voorafbestaande invaliditeit te onderscheiden is van de invloed van deze voorafbestaande toestand op het genezingsproces na de val. Dit laatste is wel te beschouwen als schade. De deskundige heeft daar ook rekening mee gehouden bij het bepalen van de schade. Dienaangaande kan worden verwezen naar pagina 33 van het deskundig verslag, waar de deskundige er uitdrukkelijk op wijst dat het genezingsproces van ... gecompliceerd werd door haar voorafbestaande toestand, wat zich heeft vertaald in een moeizamer genezingsproces, en waarmee de deskundige rekening gehouden heeft bij de bepaling van de ongeschiktheidspercentages (p. 33, 35, 36 en 45-47 deskundig verslag).

Op basis van dit alles moet besloten worden dat niet voldaan is aan het ernstcriterium van artikel 5, 1° van de wet van 31 maart 2010.

3.2.5

Daarnaast is er volgens ... sprake van een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden (art. 5, 2° van de wet van 31.03.2010).

... was op het ogenblik van de feiten 81 jaar. In de socio-economische anamnese werd aangegeven dat ... haar tewerkstelling al sinds 1961 had moeten stopzetten door de diagnose van epilepsie (p. 15 deskundig verslag). Er was dan ook geen sprake van enige professionele activiteit op het ogenblik van het ongeval.

Artikel 5, 2° van de wet van 31 maart 2010 spreekt duidelijk over arbeidsongeschiktheid en niet gewoon over ongeschiktheid. Bij arrest van 30 november 2017 oordeelde het Grondwettelijk Hof dat de wetgever ervan vermocht uit te gaan dat verschillende criteria inzake de graad van ernst moesten worden aangenomen voor de beoordeling van de schade die wordt geleden door personen die een beroepsactiviteit uitoefenen en door die welke er geen uitoefenen. Het is immers niet zonder redelijke verantwoording om op de personen die een beroepsactiviteit uitoefenen een kwantitatief criterium toe te passen dat, van nature, moeilijk zou kunnen worden overgenomen voor de personen die geen inkomsten uit arbeid ontvangen en voor wie de geleden schade wordt gevoeld op het vlak van de levenskwaliteit die zou verminderen door de schade waarvan zij het slachtoffer zijn. Door de slachtoffers die geen beroepsactiviteit uitoefenen uit te sluiten van het toepassingsgebied van het in geding zijnde artikel 5, 2°, wordt niet op onevenredige wijze afbreuk gedaan aan hun rechten, aangezien zij een vergoeding kunnen genieten wanneer de schade die zij lijden beantwoordt aan de in artikel 5, 3°, bedoelde ernstdrempel, die een kwalitatief criterium vormt dat meer aangepast is aan hun situatie, aldus het Grondwettelijk Hof (GWH nr. 136/2017, 30.11.2017 (prejudiciële vraag); B.S. 09.04.2018 (eerste uitg.) (uittreksel), 32838; RGAR 2018, afl. 2, nr. 15450, noot ALALUF, Q.; RW 2017-18 (samenvatting), afl. 17, 679; RW 2017-18 (samenvatting), afl. 31, 1215, noot; T. Gez. 2017-18, afl. 4). Uit voormeld arrest van het Grondwettelijk Hof blijkt dat artikel 5, 2° van de wet van 31 maart 2010 enkel de ongeschiktheid tot het uitoefenen van een beroepsactiviteit viseert en niet de ongeschiktheid om de huishoudelijke taken uit te voeren. De huishoudelijke ongeschiktheid wordt in aanmerking genomen bij de beoordeling van de ernstdrempel vermeld in artikel 5, 3° van de Wet van 31 maart 2010.

Aan het criterium van artikel 5, 2° van de wet van 31 maart 2010 is *in casu* derhalve evenmin voldaan.

3.2.6

... en ... beroepen zich tot slot eveneens op het criterium van artikel 5, 3° van de wet van 31 maart 2010, namelijk een bijzonder zware verstoring van de levensomstandigheden van

Zij verwijzen daarbij naar de beschrijving van de gevolgen in het verslag van dr. ... en herhalen dat ... voor het ongeval nog volledig zelfstandig kon leven en dat zij sinds het ongeval grotendeels afhankelijk is van de hulp van

Het verslag van dr. ... werd niet tegensprekelijk opgesteld, reden waarom een gerechtsdeskundige aangesteld werd.

Uit de besluitvorming van deskundige ... blijkt dat de gezondheidstoestand van ... veel meer bepaald is door haar voorafbestaande toestand (ziekte van Parkinson, epilepsie, status na breuk van de rechterheup met osteosynthese, hoge leeftijd) dan door de gevolgen van de breuk van de linkerheup. ... en ... leggen geen enkel objectief stuk voor dat deze besluitvorming tegensprekt of weerlegt. Een bijzonder zware verstoring van de levensomstandigheden van ... is dan ook niet aangetoond.

3.2.7

Op basis van dit alles moet worden besloten dat de schade voortvloeiend uit het ongeval van 27 september 2016 niet voldoet aan de criteria van artikel 5 van de wet van 31 maart 2010, zodat de vordering van ... en ... ten aanzien van het FMO wordt afgewezen als ongegrond.

3.3 *De vordering van het FMO ten aanzien van ... nv*

Aangezien de vordering van ... en ... ten aanzien van het FMO ongegrond is, is de vordering van deze laatste tot tussenkomst en vrijwaring ten aanzien van ... nv zonder voorwerp.

... en ... hebben in het kader van het voorliggend geding geen vordering ingesteld ten aanzien van ... zodat tussen deze partijen geen rechtsband bestaat.

4 Beslissing

De artikelen 2 en 30 tot 42 van de wet op het taalgebruik in rechtszaken zijn nageleefd.

Dit vonnis is op tegenspraak ten aanzien van alle partijen.

Dit vonnis wordt uitgesproken in eerste aanleg.

De vorderingen van ... en ... ten aanzien van het FMO zijn ongegrond.

...

VII. Franstalige rechtbank van eerste aanleg van Brussel, 31 maart 2025

De rechter in eerste aanleg geeft in deze zaak een interpretatie van de beoordelingsmarge van het Fonds in het kader van Art. 17, §2 van de wet medische ongevallen. De rechter oordeelt dat er geen indicaties zijn van ernstige schade en dat het Fonds een discretionaire bevoegdheid heeft om al dan niet een tegensprekelijke expertise te organiseren. De rechtbank heeft met betrekking tot de subsidiaire vordering, namelijk het aanstellen van een deskundige, geoordeeld dat er geen reden is om een gerechtelijke expertise te bevelen, aangezien er geen aanwijzingen zijn dat de verzekeringsdekking van de zorgverstrekker die de operatie uitvoerde onvoldoende zou zijn. De schade is aldus niet vergoedbaar door het FMO.

R.N. 23/5143/A

... t./FMO

(...)

II. Les faits

Les faits utiles à la solution du litige peuvent être résumés très succinctement comme suit :

- Mme ... a subi une sleeve gastrectomie pratiquée, à la Clinique ... le 11 février ... par le ..., chirurgien
- les suites post-opératoires ont été marquées par de multiples complications
- le 2 décembre 2019, elle a introduit une demande auprès du FAM, conformément à l'article 12 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé
- le 16 juin 2022, le FAM a rendu un avis défavorable quant à la demande formée par ... et a indiqué clôturer le dossier
- ne pouvant marquer son accord sur le contenu de cet avis, Mme ... a introduit la présente action par citation signifiée le 10 octobre 2023.

III. Discussion

Mme ... poursuit, en substance, la condamnation du FAM à procéder à une expertise contradictoire en application de l'article 17 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé ou, subsidiairement, demande au tribunal de désigner un expert judiciaire chargé de la même mission que celle ordonnée habituellement par le FAM (sous réserve de quelques aménagements).

Le FAM s'oppose à la demande, invitant le tribunal à la déclarer irrecevable ou, à tout le moins, non fondée. Il considère plus précisément, à titre principal, que le tribunal de céans "est sans compétence pour ordonner les mesures demandées en ce que la demande formulée par Madame ... viole le principe de séparation des pouvoirs". Il soutient, subsidiairement, que la demande de Mme ... "ne répond pas aux conditions énoncées par la loi du 31 mars 2010".

A. Le cadre légal

Le FAM est un organisme public, créé par la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé et opérationnel depuis le 1^{er} septembre 2012. Il est rattaché à l'INAMI depuis le mois d'avril 2013.

Il a été créé pour pallier aux difficultés rencontrées par les victimes de dommages résultant de soins de santé et leurs ayants-droit.

En vertu de l'article 8 de la loi du 31 mars 2010, le FAM *"a pour mission d'organiser l'indemnisation des victimes de dommages résultant de soins de santé ou de leurs ayants droit, dans les limites des articles 4 et 5. Dans le cadre de cette mission, le Fonds est chargé de :*

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

- a) solliciter de toute personne physique ou morale tous les documents et toutes les informations nécessaires pour pouvoir apprécier les causes, les circonstances et les conséquences du dommage faisant l'objet de la demande ;*
- b) faire appel à des praticiens professionnels spécialisés afin d'obtenir des précisions dans un domaine particulier des soins de santé ;*

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

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

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

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

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

Toute personne qui s'estime victime d'un dommage résultant de soins de santé ou ses ayants droit peut donc adresser au Fonds, par lettre recommandée à la poste, une demande d'avis sur la responsabilité éventuelle d'un prestataire de soins dans le dommage subi, ainsi que sur la gravité de celui-ci (art. 12 de la loi).

Conformément à l'article 13 de la loi, *"L'envoi de la demande visée à l'article 12, suspend de plein droit l'examen et le jugement des actions civiles relatives à cet accident médical intentées devant les juridictions de l'ordre judiciaire, jusqu'au lendemain du jour où :*

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

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

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

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

S'agissant du traitement de la demande d'avis par le FAM, l'article 17 de la loi dispose que :

"§ 1^{er} . Le Fonds peut faire appel à des praticiens professionnels spécialisés en vue d'obtenir des informations précises sur une question médicale particulière.

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

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

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

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

S'agissant des cas d'indemnisation par le FAM, l'article 4 de la loi dispose que :

"Le Fonds indemnise la victime ou ses ayants droit conformément au droit commun :

1° lorsque le dommage trouve sa cause dans un accident médical sans responsabilité¹, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5 ;

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

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

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

L'article 5 qualifie le dommage de "suffisamment grave" : " (...) lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

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

1. L'"accident médical sans responsabilité" est défini, par l'article 2, 7° de la loi, comme "un accident lié à une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient, et qui entraîne pour le patient un dommage anormal. Le dommage est anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible. L'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic ne constituent pas un accident médical sans responsabilité".

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

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

4° le patient est décédé".

Quant aux possibilités de recours contre le FAM, l'article 23, alinéa 2 de la loi dispose que : *"Si, dans son avis, le Fonds ne conclut pas qu'il y a lieu à indemnisation en vertu de l'article 4, 1°, ou 2°, ou s'il conclut à l'absence de la gravité prévue à l'article 5, le demandeur, sans préjudice de ses actions de droit commun, peut intenter, conformément au Code judiciaire, devant le tribunal de première instance, une action contre le Fonds afin d'obtenir les indemnités auxquelles il prétend avoir droit en vertu de la présente loi".*

B. Le cas d'espèce

En l'espèce, dans son avis du 16 juin 2022, après une analyse de la demande de Mme ... *"à la lumière des pièces médicales en sa possession"*, le FAM a considéré que :

"(...) le dommage de Madame ... imputable à l'accident médical ne franchit aucun des seuils de gravité prévu par la Loi.

Le dommage résultant de l'éventuel état antérieur du patient et des conséquences attendues de la prestation de soins ne peut être considéré comme un dommage imputable à l'accident médical et n'est donc pas pris en compte.

Cette analyse médicale n'a également pas pu mettre en évidence l'existence d'indices sérieux d'une éventuelle responsabilité dans le chef du/des prestataire(s) de soins impliqué(s).

Vu l'absence d'indices sérieux de gravité et d'une éventuelle responsabilité, le Fonds n'est pas compétent pour procéder à une éventuelle indemnisation (...)"

Il a, dès lors, clôturé le dossier, sans procéder préalablement à une expertise contradictoire en application de l'article 17, § 2 de la loi.

Mme ... conteste spécifiquement cette circonstance, estimant qu'elle a *"droit, en principe, à une expertise contradictoire gratuite"* (ses conclusions, p. 9).

Son action vise, dès lors, à la condamnation du FAM à procéder à une telle expertise (et non pas, à tout le moins à ce stade, à la condamnation de celui-ci à l'indemniser de son dommage, nonobstant l'avis négatif qu'il a rendu) et, subsidiairement, à la tenue d'une expertise médicale judiciaire.

Le FAM considère qu'il disposait du pouvoir discrétionnaire de décider de procéder ou non à une expertise contradictoire avant de rendre son avis, décision sur l'opportunité de laquelle le tribunal de céans n'a pas à se prononcer (sous peine de violer le principe de séparation des pouvoirs). Il estime, subsidiairement, que sa décision est conforme aux critères énoncés par loi du 31 mars 2010 et s'oppose à toute expertise médicale judiciaire.

1. LE PRINCIPE DE SÉPARATION DES POUVOIRS

Le tribunal rappelle qu'en vertu des articles 144 et 145 de la Constitution, les contestations qui ont pour objet des droits civils et politiques sont du ressort des tribunaux sauf, en ce qui concerne les droits politiques, les exceptions prévues par la loi.

Cette compétence est déterminée par l'objet réel et direct de la contestation (Cass., 24.09.2010, *Pas.*, I, p. 2375, concl. de l'avocat général Vandewal ; Cass., 08.03.2013, *Pas.*, I, p. 601 et concl. de l'avocat général Werquin). Lorsque l'objet de la contestation est relatif à un acte de l'administration, il convient de vérifier si les juridictions de l'ordre judiciaire sont compétentes et donc si un droit subjectif est en jeu.

L'existence d'un tel droit suppose une *"obligation juridique déterminée qu'une règle du droit objectif impose directement à un tiers et à l'exécution de laquelle cette partie a un intérêt"* et, pour qu'une *"partie puisse se prévaloir d'un tel droit à l'égard de l'autorité administrative, il faut que la compétence de cette autorité soit liée"* (Cass., 08.03.2013, *Pas.*, I, p. 601 ; voy. également Cass., 20.12.2007, *R.C.J.B.*, 2009, p. 419).

L'autorité a une compétence liée lorsque son obligation juridique découle d'une norme de droit objectif qui ne laisse pas le choix à celui-ci pour décider de son application au cas concret : si les conditions prévues par la loi sont remplies, l'autorité n'a pas de marge de manœuvre et doit appliquer la norme (conclusions de l'avocat général Vandewal avant Cass., 24.09.2010, *Pas.*, I, p. 2374).

Si l'autorité a la faculté de décider ou si les conditions d'exercice de sa compétence contiennent une part d'appréciation en opportunité, sa compétence est, à tout le moins partiellement, discrétionnaire (voy. B. BLERO, "La théorie de l'objet véritable du recours n'est-elle pas véritablement devenue sans objet ?", *R.C.J.B.*, 2009, pp. 440-441).

Dans ce cas, le pouvoir judiciaire est néanmoins compétent pour constater l'irrégularité commise par l'administration dans l'exercice de sa compétence discrétionnaire (Cass., 24.09.2010, *Pas.*, I, p. 2375) mais son contrôle est, alors, marginal et consiste *"à vérifier que l'administration a fait un usage de sa liberté d'appréciation conforme à la loi et aux principes généraux du droit administratif parmi lesquels le principe de la motivation interne, le principe d'administration raisonnable et autres principes apparentés"* (B. BLERO, *op. cit.*, p. 443). L'administration qui prend une décision en vertu de son pouvoir discrétionnaire bénéficie en effet *"d'une liberté d'appréciation qui lui permet de déterminer elle-même dans les limites de la loi les modalités d'exercice de ses compétences et les options qui lui semblent les plus adéquates"* (Cass., 03.01.2008, *Pas.*, I, n° 4).

Le pouvoir judiciaire, s'il a *"le pouvoir tant de prévenir que de réparer toute atteinte illicitement portée à des droits subjectifs par des autorités dans l'exercice de leur pouvoir discrétionnaire (...), ne peut, à cette occasion, priver ces autorités de leur liberté politique ni se substituer à celles-ci"* (Idem). Le juge ne peut donc, en principe, procéder à un examen du dossier à la place de l'administration mais peut, tout au plus, contraindre celle-ci à prendre une décision dans le délai qu'il détermine (P. NIHOUL, M. JOASSART et G. PIJCKE, "Le contrôle juridictionnel des subventions", in *Les subventions*, D. Renders (dir.), Bruxelles, Larcier, 2011, pp. 756-757), voire statuer sur la réparation du dommage *"causé par l'appréciation manifestement déraisonnable, et donc fautive, de l'administration"* (I. MATHY, "Étendue des pouvoirs du juge à l'égard des décisions prises par une autorité administrative en matière de sécurité sociale", *J.L.M.B.*, 2005/8, p. 327).

Afin de déterminer si une compétence est liée ou, au moins partiellement, discrétionnaire, il convient de tenir compte de deux critères : le caractère obligatoire ou facultatif de la compétence, d'une part, et la nature des conditions de mise en œuvre de cette compétence, selon qu'elles sont objectives ou appréciatives, d'autre part.

La compétence intégralement liée résulte d'une obligation de décider selon des conditions qui sont exclusivement objectives, même s'il n'est pas exclu que ces conditions requièrent une interprétation, comme toute règle de droit. Le Conseil d'État a ainsi rappelé que *"la circonstance que l'autorité administrative doit interpréter les critères qui guident son action ou qu'elle est amenée à opérer une qualification juridique ne signifie pas qu'elle exerce de la sorte un pouvoir discrétionnaire"* (C.E., 19.06.2007, De Brouwer, n° 172475).

La condition appréciative mobilise des notions telles que la conformité à l'intérêt général ou à l'ordre public, pour lesquelles l'autorité dispose d'un pouvoir d'appréciation en opportunité (B. BLERO, *op. cit.*, pp. 440-442 et les exemples cités, notamment l'appréciation de l'adéquation d'un projet à l'objectif de développement économique régional ou des mérites d'une candidature en vue de l'occupation d'un emploi). La Cour de cassation a ainsi jugé que, dès lors que le Ministre peut refuser le regroupement familial s'il estime que *"l'étranger peut compromettre la tranquillité publique, l'ordre public ou la sécurité nationale"*, il *"n'a pas une compétence complètement liée mais dispose d'une marge d'appréciation"* (Cass., 16.01.2006, *Pas.*, 2006, I, p. 166).

La tâche est, en réalité, souvent complexe, d'autant qu'une condition appréciative peut, dans certains contextes, revêtir une dimension objective (sur la question, voy. B. BLERO, *op. cit.*, pp. 447 et s.).

Par ailleurs, le simple fait qu'une condition légale soit indéterminée ou que son application puisse donner lieu à des questions complexes ne suffit pas à établir l'existence d'une condition appréciative (B. BLERO, *op. cit.*, pp. 449 et s. et les exemples cités). Ainsi, le Conseil d'État a rappelé que *"le cas fortuit et la force majeure constituent des notions juridiques dotées de significations déterminées et précises qui ne sont susceptibles que d'une seule interprétation"*, de sorte que les autorités ne disposent *"pas d'un pouvoir d'appréciation discrétionnaire à cet égard"* (C.E., 26.09.2002, Coenen et consorts, n° 110706).

Selon B. Blero, il convient en réalité d'identifier, pour conclure qu'une condition est appréciative, *"une volonté, dans le chef de l'auteur de la norme, de permettre à l'administration de faire, fût-ce à un degré minime, des choix en opportunité dans la mise en œuvre d'une notion juridique"* (*op. cit.*, p. 465).

Lorsque le pouvoir judiciaire respecte ces principes, il ne porte pas atteinte au principe de séparation des pouvoirs. En effet, celui-ci n'impose pas une séparation absolue entre les pouvoirs législatif, exécutif et judiciaire mais permet, au contraire, *"dans certaines limites, un contrôle judiciaire des autres pouvoirs"* (Bruxelles (9^e ch.), 21.02.2014, *J.T.*, 2015/4, n° 6590, p. 79 et les références citées).

En l'espèce, l'article 17 de la loi du 31 mars 2010 dispose que "(...) § 2. À moins que la demande ne soit manifestement irrecevable ou non fondée, ou que l'ensemble des parties à la procédure y renoncent, le Fonds organise une expertise contradictoire s'il y a des indices sérieux que le dommage atteint le seuil de gravité visé à l'article 5.

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

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

Les travaux préparatoires enseignent, à cet égard, que :

"Le Fonds à l'obligation d'organiser l'expertise s'il existe des indications sérieuses que le dommage atteint le degré de gravité visé à l'article 5, sauf si la demande est manifestement irrecevable ou non fondée, ou si toutes les parties à la procédure renoncent à l'expertise contradictoire. Si l'expertise est organisée, le Fonds désigne un expert indépendant ou un collège d'experts.

S'il n'existe aucune indication sérieuse que le dommage atteint le degré de gravité visé à l'article 5, le Fonds a la faculté d'organiser une expertise contradictoire ; dans ces cas-là, il n'y est toutefois pas obligé.

L'expertise est en effet une mesure d'instruction onéreuse, dont le coût sera avancé par le Fonds, et au final supporté par celui-ci, sauf dans les hypothèses où la responsabilité d'un prestataire est établie (voir art. 20). Or, certains cas simples ne nécessiteront par ailleurs pas nécessairement une mesure d'instruction aussi complète. Dans d'autres cas les parties pourraient pouvoir se mettre d'accord d'emblée sur la (non) responsabilité d'un prestataire et sur l'indemnisation sans devoir recourir à l'expertise. Dans toutes ces hypothèses, il est nécessaire de laisser au Fonds une certaine marge d'appréciation sur l'utilité et l'opportunité d'une expertise.

*Néanmoins, dès lors qu'il y a, sur base des éléments fournis par le demandeur dans sa demande, des indices sérieux que le dommage présente le niveau de gravité requis pour l'indemnisation d'un accident médical sans responsabilité, il apparaît nécessaire de prévoir que le Fonds **doit en principe organiser l'expertise**. L'importance présumée du dommage subi, et partant la hauteur de l'indemnisation, justifie en effet que les causes, la nature et l'étendue du dommage puissent être examiné en détail lors d'une expertise soumise à la contradiction des parties.*

***Deux exceptions sont prévues à cette obligation d'organiser l'expertise** : si la demande est manifestement irrecevable ou non fondée, ou si l'ensemble des parties y renoncent. Dans le premier cas, une expertise est inutile, dès lors qu'un premier examen de la demande démontre qu'il est manifeste que celle-ci n'a aucune chance d'aboutir. Dans le second cas, dès lors que les parties intéressées à la solution du litige estiment toutes qu'il n'est pas nécessaire de procéder à cette mesure d'instruction, il serait tout à fait contre-productif de les y contraindre"² (souligné par le tribunal).*

2. Exposé des motifs, *Doc. Parl.*, Chambre, 2009-2010, 2240/001, pp. 58-59.

Il résulte de ces travaux préparatoires qu'il convient de distinguer deux cas de figure, selon qu'il existe ou non des indications sérieuses que le dommage atteint le degré de gravité visé à l'article 5 :

- ⇒ Si tel n'est pas le cas, le FAM a la faculté d'organiser une expertise contradictoire, mais n'y est pas obligé. Il dispose d'une marge d'appréciation pour apprécier l'utilité et l'opportunité d'une telle expertise. Il bénéficie donc, sur ce point, d'une compétence discrétionnaire.
- ⇒ Si tel est le cas, le FAM a l'obligation d'organiser une expertise contradictoire, sauf si la demande est manifestement irrecevable ou non fondée, ou si l'ensemble des parties y renoncent. Il a donc, sur ce point, une compétence liée.

Le FAM doit, certes, dans les deux cas, déterminer préalablement *"s'il y a des indices sérieux que le dommage atteint le seuil de gravité visé à l'article 5"*. Dans le second cas, il doit, en outre, examiner si la demande n'est pas *"manifestement irrecevable ou non fondée"*. Il s'agit cependant là d'appréciations qui reposent sur des conditions objectives, même s'il n'est pas exclu qu'elles requièrent dans son chef une interprétation (comme toute règle de droit). En effet, comme relevé ci-avant, *"la circonstance que l'autorité administrative doit interpréter les critères qui guident son action ou qu'elle est amenée à opérer une qualification juridique ne signifie pas qu'elle exerce de la sorte un pouvoir discrétionnaire"*.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ces notions juridiques³, le législateur n'a pas entendu permettre au FAM de *"faire, fût-ce à un degré minime, des choix en opportunité"*.

Il est donc permis au tribunal de céans d'examiner, dans le respect du principe de séparation des pouvoirs, si le FAM a refusé à bon droit (ou non) de procéder à une expertise contradictoire en application de l'article 17, § 2 de la loi du 30 mars 2010 dans le cadre de la demande formée par Mme ... et, s'il échet, de le condamner à mettre en œuvre une telle expertise.

2. LA RÉUNION DES CONDITIONS JUSTIFIANT UNE EXPERTISE ORDONNÉE PAR LE FAM

Pour statuer sur la demande de Mme ..., il appartient au tribunal d'examiner, avant toute chose, si le FAM pouvait décider (comme il l'a fait) qu'il n'existait pas d'indices sérieux que le dommage subi par Mme ... atteignait le seuil de gravité visé à l'article 5.

Pour rappel, le dommage est *"suffisamment grave"* au sens de la loi du 30 mars 2010 en cas (outre l'hypothèse du décès) :

- d'invalidité permanente égale ou supérieure à 25 %
- d'incapacité temporaire de travail de minimum 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois
- de troubles *"particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient"*.

3. Existence d'indices sérieux de gravité du dommage au sens de l'article 5 et caractère manifestement irrecevable ou non fondé de la demande.

S'agissant de Mme ..., le FAM a constaté que : "(...) *L'incapacité de travail de la patiente a été prise en charge du 10.02.... au 31.08...., il n'y a plus d'incapacité de travail prise en charge avant le 27.12..... La durée normale d'une incapacité de travail après une sleeve gastrectomie est de deux à quatre semaines. Il n'y a pas d'invalidité physique et psychique permanente (...)*".

Le tribunal partage l'analyse du FAM, tenant compte des pièces médicales produites.

Ainsi, l'intervention chirurgicale pratiquée le 11 février ... chez Mme ... devait entraîner, dans des conditions normales, une incapacité dans son chef de 2 à 4 semaines. Elle aurait donc dû pouvoir reprendre ses activités au plus tard le 11 mars ...

En l'espèce, son incapacité s'est prolongée jusqu'au 31 août ... en raison de multiples complications. Son dossier médical indique, à cet égard, qu'elle est rentrée à domicile le 23 juillet Le 10 août ..., les examens de contrôle réalisés indiquent que "*l'évolution est (...) tout à fait favorable*". Le 2 décembre ..., le contrôle CT confirme la "*régression complète des épanchements*".

L'incapacité temporaire à prendre en compte a donc été d'une durée inférieure à 6 mois consécutifs (ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois).

Mme ... soutient, pour sa part, qu'il conviendrait de prendre en compte toute sa période d'incapacité temporaire depuis l'intervention litigieuse jusqu'à sa remise au travail le 1^{er} septembre ... dans la mesure où cette intervention ne se justifiait pas (étant donné que les conditions de la nomenclature pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge par l'INAMI n'auraient pas été remplies) de sorte qu'elle n'aurait pas dû la subir. Elle remet, partant, en cause l'indication opératoire.

Elle reproche au FAM de n'avoir pas investigué ce point-là, dénonçant le manque de contrôle par cet organisme de l'utilisation des deniers publics utilisés pour couvrir les soins de santé.

Le tribunal ne peut que s'étonner de l'argumentation actuellement développée sur ce point par Mme ... (et ce, manifestement pour les besoins de la cause) au vu de ce qu'elle déclarait elle-même dans sa demande d'avis au FAM, précisant expressément que :

"(...) Mme ... a réalisé plusieurs tests prouvant qu'elle faisait des apnées du sommeil, qu'elle avait entre autres des problèmes d'essoufflements et d'asthme dus à son surpoids. Difficultés de mobilité/BMI de ... Poids : 105 kg. 1m65.

*Après plusieurs mois, voire des années de réflexion et d'échanges avec son médecin traitant le Dr ..., Mme ... décide de se faire opérer **puisque'elle rentrait parfaitement dans les critères nécessaires à une telle intervention.***

Avant l'opération, Mme ... a consulté une psychologue afin d'être sûr que cette intervention serait bénéfique pour elle (plusieurs séances). Consultation régulière chez Mme ... à Celle-ci a défini qu'effectivement, elle était prête à vivre ce grand changement (...)" (souligné par le tribunal).

Le FAM a constaté lui-même que : "*L'intervention chirurgicale (Sleeve gastrectomie) pratiquée le 11.02.... a été suivie de diverses complications en lien avec cette prestation de soins **dont l'indication était justifiée** par une obésité morbide (1m63, 95 kg, BMI de 36) (...)" (souligné par le tribunal).*

L'analyse des pièces médicales produites permet de confirmer que l'indication opératoire était justifiée puisque Mme ... présentait un BMI supérieur à 35 avec des comorbidités (dont un diabète, une hypertension traitée par antihypertenseurs et un syndrome d'apnées du sommeil).

Il n'existe donc pas d'indices sérieux d'une incapacité temporaire de travail de minimum 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois.

Le dossier ne permet pas davantage d'envisager l'existence d'une invalidité permanente (*a fortiori* égale ou supérieure à 25 %) en lien avec l'intervention litigieuse et/ou de troubles "*particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient*".

À cet égard, Mme ... invoque, certes, l'existence de troubles de la mémoire, de la concentration ainsi qu'une lenteur d'idéation qui pourraient, selon elle, être en lien avec une déficience vitaminique consécutive à l'intervention litigieuse. Une telle déficience (carence en thiamine) n'est cependant pas objectivée par son dossier médical, lequel permet au contraire de constater l'existence de plaintes de cet ordre dans son chef (troubles de la mémoire) avant l'intervention (soit, en 2015 déjà).

Comme l'a considéré à bon droit le FAM, il n'existe donc pas d'indices sérieux que le seuil de gravité du dommage est atteint.

Dans cette hypothèse, le FAM disposait du pouvoir discrétionnaire (faculté) de décider (en opportunité) d'organiser ou non une expertise contradictoire, n'y étant pas obligé légalement.

Le FAM a régulièrement motivé sa décision de ne pas procéder à une telle expertise en constatant, tenant compte des pièces médicales produites, que les règles de bonnes pratiques paraissaient avoir été respectées et en soulignant que les complications survenant après une sleeve gastrectomie (telles que celles rencontrées par Mme ...) étaient fréquentes (chiffres à l'appui).

Dans ces circonstances, il ne se justifie pas de condamner le FAM à procéder à une telle expertise.

3. L'EXPERTISE MÉDICALE JUDICIAIRE

Subsidiairement, Mme ... sollicite la tenue d'une expertise médicale judiciaire.

En tant que la présente action est dirigée contre le FAM⁴, une telle mesure d'instruction ne se justifie nullement en l'espèce.

En effet, tenant compte du constat précité de l'absence d'indices sérieux permettant de conclure à l'existence d'un dommage "*suffisamment grave*" au sens de la loi du 30 mars 2010, la seule hypothèse dans laquelle le FAM pourrait (en théorie) être condamné à indemniser Mme ... à l'issue de la ...

...

PAR CES MOTIFS,

Le tribunal,

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

4. Et non contre les prestataires de soins incriminés (à l'égard desquels toute action paraît d'ailleurs aujourd'hui prescrite).

Statuant contradictoirement ;

Déclare la demande recevable, mais non fondée ;

En conséquence,

...

VIII. Nederlandstalige rechtbank van eerste aanleg van Brussel, 23 mei 2025

De rechter in eerste aanleg volgt het standpunt van het FMO, zowel inzake de bewijskracht van het eenzijdige deskundigenrapport, als het latere tegensprekelijk deskundigenrapport, de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverleners en de door het Fonds uitgekeerde schadevergoeding. Er is geen reden om een gerechtelijke expertise te organiseren. De rechter oordeelt dat de betrokken oogartsen een fout hebben begaan bij de indicatiestelling en het stellen van de diagnose. Er is ook sprake van een fout in de nazorg, gelet op de therapeutische hardnekkigheid en laattijdige doorverwijzing van de patiënt naar een meer ervaren specialist. Deze fouten staan volgens de rechtbank in causaal verband met de schade van de patiënt. De rechter besluit dat de terugvordering van de schadevergoeding door het FMO ten aanzien van de verzekeraar van de betrokken zorgverlener aldus gegrond is.

R.N. 24/50/A

FMO en ... t./..., ..., ... en ...

...

III. FEITEN

7.

Het geschil betreft de verstrekking van gezondheidszorgen aan ..., hierna ook de “Patiënt”, geboren op ... en 38 jaar op het moment van de feiten die zich situeren tussen augustus ... en januari

De betrokken zorgverleners zijn dokter ..., dokter ... en dokter ..., hierna de “Oogartsen”, werkzaam in de oogkliniek ... te

... is de verzekeraar burgerlijke aansprakelijkheid van de Oogartsen.

... is de (verplichte) verzekeraar ziekte en invaliditeit van de Patiënt.

8.

De Patiënt was gekend met bijziendheid sedert de kindertijd en astigmatisme.

Begin ... werd de Patiënt behandeld bij ... voor een sterke inflammatie aan beide ogen. Bij controle in april ... is er geen beterschap en bedraagt de visus rechts nog 3/10. De diagnose luidt maculair oedeem en membraanvorming. OCT scans worden genomen op **13 april**¹, **21 augustus** en **3 september** In overleg besluiten de Oogartsen tot een heelkundige ingreep aan het rechteroog.

Op **5 oktober** ... ondergaat de Patiënt een eerste ingreep bij dokter ... en dokter ... die een vitrectomie² met peeling uitvoeren. De vitrectomie is niet volledig. De lens wordt geraakt tijdens de laserbehandeling.

Er is een postoperatieve controle op **12** en **24 oktober** ... waarbij de oogdruk als normaal wordt genoteerd maar het netvlies is niet aanliggend.

1. Het bestaan van een scan van deze datum was niet helemaal duidelijk.

2. Verwijdering van glasvocht.

Dokter ... en dokter ... voeren op **26 oktober** ... een nieuwe vitrectomie uit. Omwille van het defect in het achterste van het oogzakje wordt de kunstlens niet in het oogzakje maar in de *sulcus*, de ruimte tussen de iris en het voorste lenszakje, gefixeerd.

Bij controle op **7 november** ... blijkt dat de kunstlens zich naar de kant van de neus heeft verplaatst en de oogdruk is verhoogd.

Omwille van een netvliesloslating volgt een heringreep (derde ingreep) op **20 december** ... waarna de kunstlens beter gecentreerd is, maar er een bloedophoping is en een verhoogde oogdruk (in tegenstelling tot hetgeen verweerders voorhouden).

Op **28 februari** ... verwijdt dokter ... de voordien ingebrachte olie en vervangt deze door gas (vierde ingreep).

Omwille van een nieuwe netvliesloslating voert dokter ... nogmaals een vitrectomie (vijfde ingreep) uit op **21 maart** Op **11 juli** ... verwijdt hij vitreoretinale proliferaties (zesde ingreep). Na vaststelling van een nieuwe netvliesloslating op **2 augustus** ... volgt er nogmaals een vitrectomie (zevende ingreep) op **22 augustus** ... waarbij silicone-olie wordt ingebracht.

Bij controle op **17 september** ... stelt dokter ... vast dat er mogelijks olie achter het netvlies zit. Dokter ... voert daarom op **12 (of 13?) december** ... opnieuw een (achtste) ingreep uit om olie te verwijderen; hij snijdt het perifere netvlies weg en brengt silicone-olie in.

Bij controle op **7 januari** ... bij dokter ... meldt de Patiënt ernstige hoofdpijn. Hij krijgt Tramadol voorgeschreven.

Hierna heeft de Patiënt een andere oogarts geraadpleegd, dokter ... werkzaam in het ... die op **12 maart** ... een nieuwe vitrectomie (negende ingreep) uitvoert. Op **4 juli** ... verwijdt deze oogarts de olie tijdens een nieuwe vitrectomie (tiende ingreep).

Op **25 november** ... raadpleegt de Patiënt dokter ..., neuroloog in het ... wegens aanhoudende hoofdpijn. De Patiënt zegt een vertroebeld zicht te hebben en enkel nog silhouetten te zien. Er zijn geen aanwijzingen voor een centraal neurologische pathologie. De medicatie wordt wel aangepast omwille van tekenen van overmedicatie die de hoofdpijn zou kunnen onderhouden. Bij controle 1 jaar later bleek de hoofdpijn even intens en frequent als tevoren. De medicatie werd terug verhoogd.

De Patiënt raadpleegt nog eenmalig neuropsychiater dokter ... die de hoofdpijn toeschrijft aan ontstekingen in het rechteroog en subconjunctivaal na oliebehandeling ofwel aan een migraineuze reactie.

Op **22 juni** ... raadpleegt de Patiënt professor dokter ..., vitreoretinaal chirurg, dienst oftalmologie van het Het netvlies is aanliggend maar heeft geen functie meer en een herstel van de *visus* wordt niet verwacht.

Behoudens het verlies van zicht uit het rechteroog met bijhorende problemen in het dagelijkse leven en vooral bij het autorijden, heeft de Patiënt na de voormelde ingrepen chronische hoofdpijnen, het rechteroog draait spontaan weg en hij mag niet tillen zodat hij onder meer geen fitness meer kan doen. Hij kan zijn arbeidsactiviteit niet meer voltijds uitoefenen. Zijn functie moet worden aangepast.

9.

De Patiënt heeft op **6 juli ...** bij het FMO een adviesaanvraag ingediend. Hij wenste schadeloos te worden gesteld in toepassing van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (hierna de “Wet medische ongevallen”).

10.

Het FMO heeft professor dokter ..., arts-specialist oftalmologie, aangesteld om een eenzijdige expertise uit te voeren. Zij omschreef de oorzaak van de schade als volgt:

“Een fors maculair oedeem werd vastgesteld op OCT-beelden in ... hoewel er al klachten waren in ... van lokale ontsteking. Bij daling van de visus naar 0.4 met correctie rechteroog werd aandacht besteed aan het posterieur segment en werd een fors maculair oedeem gevonden. Bijkomende onderzoeken naar de etiologie werden niet gedaan. Er werd geen fluoangiografisch onderzoek uitgevoerd om eventuele teleangiëctasieën uit te sluiten of andere oorzaken voor lekkage van de bloedvaten in de regio van de macula. De preoperatieve oppuntstelling is wat slordig uitgevoerd. De aanwezigheid van een beperkt maculair membraan op de limitans interna rechts heeft de Oogartsen doen besluiten op een vitreo-maculaire tractie. Wat een mogelijke oorzaak kan zijn (zie referentie hieronder) maar geassocieerd kan zijn met andere pathologie die niet uitgesloten werden, zoals eerder vermeld.

Tijdens de operatie op 5 oktober ... werd de achterzijde van de lens van de heer ... gekwetst. Dit leidde tot het snel ontwikkelen van een cataract dat 11 dagen nadien geopereerd werd samen met het verder uitvoeren van de anterieure vitrectomie. De operatie van de cataract was gecompliceerd met een scheur van het posterieur lenskapsel (ten gevolge de complicatie van de eerste interventie). Ten gevolge de doorgemaakte kwetsuur, kon de intraoculaire lens niet in de kapselzak worden geplaatst maar moest de chirurg die in de sulcus plaatsen. Deze positionering is niet optimaal. Het veroorzaakt gemakkelijk ontstekingsreacties, wat deze patiënt precies best kon missen.

Twee opeenvolgende majeure complicaties zijn opgetreden na elke operatie. Wat wel de vraag moet doen rijzen bij de chirurgen of zij dit geval nog aankunnen of dat zij best de patiënt zouden doorverwijzen naar een meer geroutineerde chirurg in dat gebied. Het zicht van de heer ... was rechts nog meetbaar tot 0.25 tot 20 februari Op dat ogenblik waren al drie uitgebreide operaties uitgevoerd zonder anatomisch herstel van de netvliesloslating. Het had toen het moment geweest om de heer ... naar een meer competente chirurg te hebben doorverwezen. De complicaties hebben zich nadien enkel opgestapeld met grote schommelingen van intraoculaire druk om uiteindelijk na 8 consecutieve operaties de patiënt alsnog te moeten doorverwijzen doch zonder mogelijkheid tot functioneel herstel. De therapeutische hardnekkigheid die duidelijk beschreven staat is niet ten goede gekomen van de patiënt. Deze houding is ook niet goed te praten. Ik heb geen publicaties gevonden betreffende de incidentie van lensschade tijdens een vitrectomie. Lensschade tijdens een vitrectomie waardoor de lens dusdanig beschadigd is dat het lenskapsel ruptureert tijdens de operatie voor cataract is het gevolg van een chirurgische onhandigheid en ligt volledig bij de verantwoordelijkheid van de chirurg en zijn verzekering. Deze complicatie was zeker niet gewenst door de chirurg en is als een onopzettelijke complicatie te beschouwen.”³ (stuk 2 FMO)

11.

Na kennisname van het verslag van voormelde expert besloot het FMO om een bijkomende, tegensprekelijke expertise te organiseren. Het FMO stelde dokter ..., neuroloog, en dokter ..., arts-specialist oftalmologie, aan. Op **23 november** ... hebben de deskundigen hun voorverslag (stuk 3 FMO) overgemaakt met verzoek opmerkingen te formuleren vóór **1 januari**

Op **31 december** ... verzocht de raadsman van verweerders om een uitstel van twee weken omdat het bijkomend advies dat hij had gevraagd, op zich liet wachten.

De door het FMO aangestelde deskundigen hebben op **17 januari** ... hun eindverslag overgemaakt. Het oftalmologisch verslag van dokter ... is in het eindverslag (stuk 4 FMO) als volgt samengevat:

“Op basis van de beschikbare gegevens, verklaart Dr. ... zich niet akkoord met de door dr. ... en dr. ... vooropgestelde diagnose (te weten visusdaling aan het rechteroog ten gevolge van een preretinaal membraan en vitreomaculaire tractie) en dus evenmin met de hiervoor op 5 oktober ... uitgevoerde interventie (i.e. vitrectomie en peeling van de membrana limitans interna) door dr. ... samen met dr.

De OCT-beelden zijn typerend voor maculair oedeem doch niet voor preretinale fibrose, noch voor vitreomaculaire tractie. Bij maculair oedeem is etiologische diagnostiek aangewezen (vb. met fluoangiografie, welke niet uitgevoerd werd) en deze pathologie wordt niet behandeld met vitrectomie en peeling. Deze onnauwkeurig geïndiceerde vitrectomie resulteerde in complicaties en heroperaties met blijvende schade aan het rechteroog tot gevolg.

Naast bovenbeschreven problematische indicatiestelling voor de vitrectomie de dato 5 oktober ... wordt ook opgemerkt dat dhr. ... wegens complicaties van deze interventie uiteindelijk tot achtmaal toe geopereerd werd door dr. Het was aangewezen dat dr. ... betrokkene eerder doorverwezen had naar een meer ervaren collega. Dr. ... benadrukt dat de algemene kennis van OCT-beelden anno ... minder uitgebreid was dan in de huidige situatie. Doch dit ontslaat de betrokken artsen niet van de noodzaak voor verdere diagnostiek middels fluoangiografie. De onvolledige etiologische diagnostiek betreft een nalatigheid die resulteerde in een onjuist geïndiceerde vitrectomie met ernstige beschadiging van het rechteroog tot gevolg.”⁴

De deskundigen formuleerden volgende besluiten⁵:

o Met betrekking tot de fout en de oorzaak van de schade:

“• *Bovenbeschreven schade bij dhr. ... (visusverlies rechteroog, chronische hoofdpijn, sociale en mentale impact) is het gevolg van de zorgverstrekking door dr. ..., dr. ... en dr.*

• *Betreffende de etiologische diagnostiek van de visusdaling ter hoogte van het rechteroog en de indicatiestelling voor vitrectomie hebben deze artsen niet lege artis gehandeld. Van een normaal vooruitziende en zorgvuldige arts, geplaatst in dezelfde omstandigheden en rekening houdend met de stand van de wetenschap anno 2012 zou men verwachten dat deze aanvullend onderzoek uitgevoerd zou hebben (vb. fluoangiografie) alvorens het klachtenpatroon toe te schrijven aan vitreomaculaire tractie en hiervoor een chirurgische interventie te adviseren, dewelke in voorliggend geval niet geïndiceerd was;*

• *Aangaande de postoperatieve follow-up door dr. ... na de gecompliceerde partiële vitrectomie de dato 5 oktober ... dient besloten te worden dat deze laattijdig, in casu pas na de achtste chirurgische interventie verwees naar een mogelijk meer ervaren arts. Dergelijke laattijdige verwijzing is een onzorgvuldigheid en op dat moment bleek beperking van de reeds opgelopen schade helaas niet meer mogelijk. Van een normaal zorgvuldig en vooruitziend oogarts geplaatst in dezelfde omstandigheden zou verwacht worden dat men betrokkene in maart ... verwezen zou hebben voor bijkomend advies en/of behandeling;*

• *Rekening houdend met de onjuiste indicatie voor de ingreep de dato 5 oktober ... kan niet anders dan besloten worden dat de vastgestelde schade en de vele heroperaties vermijdbaar waren. Dit kan niet beschouwd worden als een voorzienbare complicatie die inherent is aan een behandeling van het ziektebeeld waaraan betrokkene leed. Deze schade had vermeden kunnen worden indien men adequate diagnostische oppuntstelling uitgevoerd had en indien men geopteerd had voor een conservatievere benadering in de plaats van de uitgevoerde vitrectomie;*”

o met betrekking tot de informatieverstrekking:

“• *In de beschikbare dossierstukken werd niet gedocumenteerd dat betrokkene voorafgaand aan de ingreep de dato 5 oktober ... geïnformeerd werd over de indicatiestelling, de mogelijke complicaties ervan en/of de mogelijke alternatieve therapeutische opties.*”

4. De rechtbank onderlijnt.

5. De rechtbank onderlijnt.

- o met betrekking tot de ernst van de schade:

“• Bij klinisch onderzoek weerhouden we afunctionaliteit van het rechteroog (afwezige lichtperceptie), een onregelmatige rechterpupil en een divergente oogstand. Verder wordt geen relevante afwijking vastgesteld

• Het klachtenpatroon van dhr. ... wordt gedomineerd door blindheid van het rechteroog, chronische hoofdpijnlachten en socioprofessionele beperkingen. In dit kader vermeldt hij het sociaal handicaperend effect van de afwijkende oogstand, de onmogelijkheid om sportactiviteiten uit te voeren wegens tilverbod en de aanpassing van zijn professionele activiteiten (deeltijds aan 80 %, minder contact met derden, minder schermwerk).”

- o met betrekking tot de voorafbestaande toestand:

“Cf. supra: de voorafbestaande myopie, astigmatisme en/of chronische roodheid van het rechteroog hebben niet op relevante wijze bijgedragen tot de vastgestelde schade. Deze voorafbestaande toestand zou niet geleid hebben tot bovenbeschreven schade in afwezigheid van de chirurgische interventie de dato 5 oktober ... (en/of de daaropvolgende ingrepen).”

De FMO-deskundigen hebben de schade vervolgens gedetailleerd cijfermatig geëvalueerd. Zij weerhielden een blijvende ongeschiktheid van 30 %.

In dit eindverslag hielden de deskundigen rekening met een vraag vanwege het FMO over het tijdstip waarop de Oogartsen de Patiënt hadden moeten doorverwijzen. De FMO-deskundigen maken geen gewag van opmerkingen door verweerders.

12.

De raadsman van verweerders schreef de deskundigen aangesteld door het FMO op **17 januari ...** aan, stellende dat zijn opmerkingen op het voorverslag de deskundigen wegens een technisch probleem niet hadden bereikt. Hij verzocht hier alsnog op te antwoorden. De opmerkingen luidden⁶:

“[...]

o Dr. ... stelt met betrekking tot het verwijt dat een aanvullend angiografisch onderzoek had moeten uitgevoerd worden vooreerst terecht in vraag of dit wel met zekerheid tot een ander beleid had geresulteerd, en de schade dus had kunnen voorkomen worden.

Immers benadrukt hij dat, hoewel een aanvullend fluoro-angiografisch onderzoek inderdaad mogelijks een oedeem had kunnen aantonen, de ingreep desalniettemin noodzakelijk was. Op de OCT-beelden werd immers een epiretinaal membraan met tractie op het netvlies aangetoond, welke verwijderd diende te worden. Het toedienen van een injectie zou dit niet hebben kunnen realiseren, hoogstens zou in een latere fase, na het verminderen van het oedeem ten gevolge van de injecties, de ingreep eventueel in betere omstandigheden hebben kunnen plaatsvinden. De ingreep diende in elk geval hoe dan ook te worden ondergaan, met alle daaraan verbonden risico's tot gevolg.

Bovendien dient rekening gehouden te worden met het feit dat de diagnosestelling met behulp van OCT-beelden toen nog niet zo ver gevorderd was als nu.

6. De rechtbank onderlijnt.

Er kan derhalve geen sprake zijn van een zeker en vaststaand oorzakelijk verband tussen de mogelijke onvolledige diagnosestelling (door het niet uitvoeren van een aanvullend fluoro-angiografisch onderzoek) en de uiteindelijk opgetreden complicaties, daar deze complicaties even goed hadden kunnen optreden in het geval waar de diagnosestelling wel met behulp van aanvullend fluoro-angiografisch onderzoek geschiedde.

Een en ander berust overigens op een a posteriori beoordeling.

o Verder wijst dr. ... erop dat intra-vitreale injecties ook niet risicovrij zijn en deze techniek overigens ook pas wordt toegepast sedert ... en de ervaringen hiermee op het ogenblik van de feiten dan ook nog redelijk beperkt waren.

[...]

o Tenslotte wijst dr. ... erop dat wat het verwijt betreft dat de patiënt eerder doorverwezen had moeten worden, eveneens steunt op een a posteriori beoordeling, ingegeven door het uiteindelijke resultaat. [...]

Verder geef ik U ook de opmerkingen van dr. ..., vitreoretinaal chirurg die bijkomend in advies werd geroepen, mee:

o Deze arts-specialist trekt ten eerste in twijfel dat bij elke macula pucker een fluoro-angiografie dient te worden uitgevoerd, [...] Hij is dezelfde mening toegedaan voor wat het uitvoeren van intravitreale injecties betreft. [...] Hij stelt tevens dat deze injecties overigens geen blijvend effect hebben indien het macula oedeem secundair is aan het epiretinaal membraan. [...]"

De deskundigen aangesteld door het FMO antwoordden op **17 januari ...** dat het definitieve verslag eerder die dag al was overgemaakt en de opmerkingen om die reden geen deel van het verslag konden uitmaken. Bovendien waren de opmerkingen twee dagen na de reeds op verzoek van verweerders met twee weken verlengde termijn ontvangen.

De raadsman van verweerders drong aan stellende dat de vertraging te wijten was aan een technisch defect dat niet eerder opgemerkt was kunnen worden. Dat argument kon de deskundigen niet overtuigen, gelet op het feit dat de initiële termijn al uitzonderlijk lang was en die op verzoek dan nog was verlengd.

Het FMO toonde wel begrip en vroeg de deskundigen om alsnog rekening te houden met de opmerkingen van verweerders.

Op **12 februari ...** lieten de deskundigen weten dat zij de opmerkingen grondig hadden doorgenomen maar die geen aanleiding gaven tot een aanpassing van hun definitieve conclusies.

13.

Het FMO heeft vervolgens op **18 maart ...** het advies uitgebracht dat dokter ..., dokter ... en dokter ... niet hebben gehandeld zoals van een normaal zorgvuldig en vooruitziend handelend arts-specialist oftalmologie geplaast in dezelfde omstandigheden kan worden verwacht. Het FMO stelde onder meer het volgende⁷:

- o met betrekking tot de diagnosestelling:

“[...]”

In het voorjaar van 2012 consulteerde de heer ... dr. ... wegens inflammatie van beide ogen en visusdaling in het rechteroog. Na overleg met dr. ... en dr. ... werd vermoed dat zijn klachten veroorzaakt werden door maculair membraan of serosa centralis. Ter diagnostische oppuntstelling vond op 3 september ... een OCT plaats. Op 5 oktober ... voerden dr. ... en dr. ... een vitrectomie uit bij de heer ... [...]. Naar aanleiding van de tegensprekelijke expertise die in dit dossier werd georganiseerd verklaarde dr. ... dat de beslissing om deze ingreep uit te voeren genomen werd omdat de OCT aantoonde dat de klachten van de heer ... veroorzaakt werden door “een vitreo-maculair tractiesyndroom met een premaculair membraan van onbekende oorsprong.” Net als de aangestelde deskundigen is het Fonds echter van oordeel dat deze redenering niet kan worden gevolgd. Volgens de deskundigen is op de OCT van 3 september ... louter maculair oedeem te zien. Het onderzoek wijst echter niet op de aanwezigheid van preretinale fibrose of vitreomaculaire tractie. Bijgevolg was bijkomende diagnostische oppuntstelling aangewezen om de oorzaak van het oedeem te achterhalen, alvorens een heelkundige ingreep uit te voeren. De deskundigen noteren hierover het volgende: [...]. Domeindeskundige dr. ... voegt hieraan toe dat een fluo-angiografie anno ... een essentiële diagnosetechniek was bij patiënten met maculair oedeem.[...]”

- o met betrekking tot de indicatie voor de ingreep van 5 oktober ...:

“Het Fonds stelt voorts dat er onvoldoende elementen voorliggen om te besluiten dat de ingreep van 5 oktober ... geïndiceerd was om de problematiek van de heer ... te behandelen.

De arts beschikt over een zekere therapeutische vrijheid bij de behandeling van zijn patiënten. Deze vrijheid is echter begrensd: de arts mag slechts de middelen aanwenden die een normaal zorgvuldig en vooruitziend zorgverlener zou aanwenden in dezelfde omstandigheden. Bovendien moet een arts altijd inschatten of het therapeutisch nut of het voordeel van een bepaald onderzoek of een bepaalde behandeling opweegt tegen de kans op verwezenlijking van een risico. Staan die risico's buiten verhouding tot het beoogde doel, dan moet het uitvoeren van deze behandeling worden beschouwd als een onzorgvuldigheid in hoofde van de behandelende arts.

7. Met onderlijning door de rechtbank en met weglating van voetnoten.

Zoals reeds vermeld oordelen de aangestelde deskundigen dat uit de beschikbare onderzoeken en beeldvorming blijkt dat de heer ... in ... niet kampte met preretinale fibrose of vitreomaculaire tractie. In september ... toen de beslissing werd genomen om een vitrectomie uit te voeren, kon alleen maculair oedeem worden vastgesteld. Over deze aandoening noteren de aangestelde deskundigen het volgende:

“Bij maculair oedeem lijkt een etiologische oppuntstelling aangewezen om in de mate van het mogelijke de oorzaak hiervan te kunnen achterhalen en een adequate medicamenteuze behandeling in te stellen. Vast staat dat een maculair oedeem NIET behandeld wordt door vitrectomie met peeling van de membrana limitans interna.” (eigen onderlijning)

Net als de deskundigen concludeert het Fonds dan ook dat de vitrectomie de dr. ... en dr. ... op 5 oktober ... uitvoerden, onvoldoende geïndiceerd was. Een normaal zorgvuldig oftalmoloog zou op het ogenblik van de feiten geopteerd hebben voor een conservatieve (medicamenteuze) behandeling in plaats van voor een vitrectomie met peeling.”

o met betrekking tot de nazorg:

“[...] In het concrete geval werd de vitrectomie van 5 oktober ... verward door een beschadiging van de ooglenzen. Bijgevolg voerde dr. ... op 26 oktober ... een heringreep uit, waarbij hij de ooglenzen verving door een kunstlenzen. In de daaropvolgende periode trad er verschillende keren een netvliesloslating op. Ter behandeling voerde dr. ... nieuwe vitrectomieën uit op 20 december ..., 28 februari ..., 21 maart ..., 11 juli ..., 22 augustus ... en 12 december Hierna verwees hij de heer ... door naar dr. ..., oftalmoloog in het Indien een arts weet of behoort te weten dat (verdere) behandeling van de patiënt zijn kennis of kunde te boven gaat, dient hij deze patiënt door te verwijzen naar een (collega-)specialist die meer bekwaam is in de specifieke materie. Net als de aangestelde deskundigen is het Fonds van oordeel dat de doorverwijzing van de heer ... als laattijdig moet worden beschouwd.”

Het FMO stelde verder vast dat de Patiënt blijvend behept is met een invaliditeit van 30 %, zodat de opgelopen schade voldoet aan de wettelijke voorwaarden van ernstige schade.

Aangaande het causaal verband tussen de weerhouden fouten en de opgelopen schade stelt het FMO:

“In dit concrete geval is het Fonds van oordeel dat er een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid voorligt dat de schade van de heer ... zich niet zou hebben voorgedaan indien de vitrectomie van 5 oktober ... niet was uitgevoerd. De aangestelde deskundigen noteren hierover het volgende: “Rekening houdend met de onjuiste indicatie voor de ingreep de dato 5 oktober ... kan niet anders dan besloten worden dat de vastgestelde schade en de vele heroperaties vermijdbaar waren. Dit kan niet beschouwd worden als een voorzienbare complicatie die inherent is aan een behandeling van het ziektebeeld waaraan betrokkene leed. Deze schade had vermeden kunnen worden indien men diagnostische oppuntstelling uitgevoerd had en indien men geopteerd had voor een conservatievere benadering in de plaats van de uitgevoerde vitrectomie.” Bovendien vermeldt het deskundigenverslag dat de blindheid in het rechteroog, de divergente oogstand en de onregelmatigheid van de rechterpupil van de heer ... niet zouden zijn opgetreden zonder de ingreep van 5 oktober De deskundigen noteren dat “de voorafbestaande myopie, astigmatisme en/of chronische roodheid van het rechteroog [...] niet op relevante wijze bijgedragen [hebben] tot de vastgestelde schade.” Het Fonds oordeelt dan ook dat er voldoende zekerheid voorligt dat zowel de onzorgvuldige diagnose- en indicatiestelling als het uitvoeren van de niet-geïndiceerde vitrectomie de oorzaak zijn geweest van de ongeschiktheden en bijkomende heelkundige ingrepen en consultaties die voortvloeiden uit de vitrectomie van 5 oktober

Het FMO concludeerde dat de Oogartsen samenlopende fouten hadden gemaakt die dezelfde schade had veroorzaakt en zij bijgevolg *in solidum* aansprakelijk waren.

14.

Het FMO heeft dokter ..., dokter ... en dokter ... en ... op **18 maart** ... van zijn besluiten op de hoogte gesteld en hen uitgenodigd om een vergoedingsvoorstel over te maken. Bij gebrek aan reactie heeft het FMO een herinnering verzonden op **4 juli**

15.

Ingevolge het uitblijven van een reactie heeft het FMO op **7 februari** ... zelf aan de Patiënt een voorstel overgemaakt voor een vergoeding voor een bedrag van **207.040,85 EUR**. Na opmerkingen vanwege de raadsman van de Patiënt heeft het FMO zijn voorstel opgetrokken naar **239.464,13 EUR** en dit voorstel werd aanvaard op **8 maart** ... zodat het FMO op **29 maart** ... de overeengekomen vergoeding uitkeerde.

16.

Het FMO heeft ... bij brief van **21 juni** ... in gebreke gesteld tot terugbetaling van de uitbetaalde vergoeding, maar ... is daar niet op ingegaan.

Het FMO heeft verweerders gedagvaard in (samengevat) terugbetaling van de uitgekeerde vergoeding en de expertisekosten, meer interesten en kosten.

Het FMO stelt zijn vordering als gesubrogeerde in de rechten van de Patiënt overeenkomstig artikel 30 Wet medische ongevallen in combinatie met de burgerlijke aansprakelijkheid van de zorgverlener en het rechtstreekse vorderingsrecht van de benadeelde tegen de verzekeraar van de aansprakelijke overeenkomstig artikel 150 Wet Verzekeringsrecht.⁸

17.

... is vrijwillig tussengekomen in de procedure en stelt zijn vordering eveneens als gesubrogeerde in de rechten van de Patiënt, ingevolge uitbetaling van uitkeringen en terugbetaling van medische kosten.

...

V. Gegrondheid

1. Relevante bepalingen Wet medische ongevallen

19.

De voorwaarden die moeten zijn vervuld opdat het FMO tot vergoeding overgaat zijn onder meer vastgelegd in artikel 4 van de Wet medische ongevallen:

“Het Fonds vergoedt het slachtoffer of zijn rechthebbenden overeenkomstig het gemeen recht:

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

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

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

4° wanneer de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt een voorstel tot vergoeding doet dat het Fonds kennelijk ontoereikend vindt.”⁹

Artikel 5 bepaalt wat verstaan wordt onder “ernstige schade”:

“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.”¹⁰

8. Wet betreffende de Verzekeringen van 04.04.2014.

9. De rechtbank onderlijnt.

10. De rechtbank onderlijnt.

Artikel 17 bepaalt inzake de procedure bij het FMO¹¹:

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

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

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

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

[...]”¹²

Artikel 24 luidt:

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

2. FMO expertise

20.

Verweerders bekritiseren de bewijswaarde van de expertise die het FMO organiseerde en zijn van mening dat het deskundigenverslag slechts een begin van bewijs levert. Zij stellen dat het een gekend gegeven is dat de standpunten van de raadsartsen van de betrokken zorgverlener terzijde worden geschoven, louter omdat die eenzijdig zijn opgesteld. Verweerders menen dat de verslagen van hun raadsartsen minstens als begin van bewijs kunnen dienen dat de FMO-expertise onvolledig dan wel niet correct is hetgeen de organisatie van een gerechtelijke expertise rechtvaardigt.

Specifiek betreffende de voorliggende zaak menen verweerders dat er nog geen tegenspraak werd gevoerd over *“belangrijke argumenten à décharge”* in het verslag van 6 maart ... van dokter ... van wie zij benadrukken dat hij vitreo-retinaal chirurg is. Verweerders menen ook dat er een gebrek aan tegenspraak was, omdat de deskundigen slechts op aandringen van het FMO hebben geantwoord op de opmerkingen van verweerders op het voorverslag en zij deze opmerkingen bovendien zonder motivering van de hand hebben gewezen. Verweerders verwijten de deskundigen niet te zijn willen ingaan op de volgens hen cruciale vraag welke handelingen een meer ervaren arts na doorverwijzing dan wel had moeten stellen die het ontstaan van de complicaties hadden kunnen voorkomen of verminderen.

11. Versie vóór de wetwijziging bij art. 121 Wet 18.05.2022 (B.S. 30.05.2022 (ed.1)).

12. De rechtbank onderlijnt.

21.

De Wet medische ongevallen schrijft voor dat het FMO de expertise organiseert. Het FMO heeft hierin een motorfunctie, maakt zelf de keuze van de deskundige(n) en bepaalt zelf de omschrijving van de opdracht.

De expertises georganiseerd door het FMO hebben niet *ipso facto* dezelfde waarde als een gerechtelijke expertise. De wet bepaalt dit niet. De voorbereidende werken van de Wet medische ongevallen vermelden trouwens dat de expertise slechts dezelfde waarde heeft als een gerechtelijke expertise, indien het FMO een onafhankelijk expert aanstelt die bevoegd is in de materie waaronder de schade thuishoort, en het waakt over het goede verloop van de expertise en het tegensprekelijk karakter daarvan (zie Memorie van Toelichting bij het wetsontwerp, www.dekamer.be, p. 59).

Het FMO beslist overigens niet, het *adviseert* enkel. Indien de aanvrager zich niet kan vinden in het advies van het FMO betreffende de al dan niet uitkering van een vergoeding, is er verhaal mogelijk bij de bodemrechter die volle rechtsmacht heeft. Hetzelfde geldt voor de betrokken zorgverlener en zijn verzekeraar. Het advies van het FMO bindt hen niet.

Artikel 24 van de Wet medische ongevallen bepaalt immers uitdrukkelijk dat het advies van het FMO niet bindend is. In elke gerechtelijke procedure kunnen de rechtbanken de bewijswaarde van de voorafgaandelijk door het FMO georganiseerde expertise(s) volledig vrij beoordelen; deze zijn, net zoals het advies van het FMO zelf, niet bindend voor de rechtbank (zie ook rechtbank Brussel (Fr.) 20.03.2017, *Tijdschrift voor gezondheidsrecht* 17/18, p. 122, noot W. BUELENS). De rechtbank kan, indien zij dit noodzakelijk acht, zelf ook nog een gerechtsdeskundige aanstellen.

De rechtbank herinnert er verder aan dat de besluiten van een *gerechtelijke* expertise evenmin bindend zijn voor de rechter.

De bewijswaarde van een deskundigenonderzoek, of het nu georganiseerd wordt door het FMO of door de rechtbank, wordt bepaald door meerdere componenten. Uiteraard zijn procedurele aspecten, zoals de onpartijdigheid en onafhankelijkheid van de deskundige(n) en het respect van het recht op tegenspraak, daarbij van belang, maar ook de kwaliteit van het onderzoek op zich, van de besluitvorming en van de verslaggeving.

22.

Het FMO heeft na in een eerste fase een eenzijdige expertise te hebben doen uitvoeren, geoordeeld dat het om ernstige schade ging en het raadzaam was om een in de zin van de Wet medische ongevallen tegensprekelijke expertise te organiseren. Het FMO voert terecht aan dat het zodoende gebruik heeft gemaakt van zijn wettelijke bevoegdheid bij de organisatie van de expertise en de aanstelling van gespecialiseerde beroepsbeoefenaars.

23.

Samen met het FMO stelt de rechtbank vast dat verweerders de mogelijkheid om (één van) de deskundigen te wraken niet hebben benut noch ten gepaste tijde opmerkingen hebben geformuleerd met betrekking tot hun aanstelling.

Er zijn geen aanwijzingen dat de deskundigen aangesteld door het FMO niet onpartijdig of niet onafhankelijk zouden hebben opgetreden. Verweerders voeren overigens geen ernstige argumenten daartoe aan. Verweerders werden correct uitgenodigd op de expertisезitting en werden correct vertegenwoordigd/bijgestaan door hun raadsarts/raadsman. Er was een ruime termijn toegekend voor het formuleren van opmerkingen op het voorverslag. Op verzoek van verweerders werd die termijn dan nog eens met 14 dagen verlengd. Dat de deskundigen aanvankelijk weigerden om in te gaan op de toch nog laattijdig ontvangen opmerkingen, is dan ook niet verwonderlijk. ... is trouwens zeer goed op de hoogte van de mogelijke gevolgen van het laattijdig meedelen van opmerkingen op het voorverslag in de expertises die het FMO organiseert. In die optiek zou men verwachten dat verweerders zich van de ontvangst ervan door de deskundigen zouden hebben verzekerd nu die opmerkingen maar werden overgemaakt op de laatste dag van de verlengde termijn.

Het valt ook op dat die opmerkingen, hoewel ze waren toegeschreven aan de raadsartsen, niet vergezeld gingen van enig door de betrokken raadsartsen opgesteld verslag. Nochtans had dokter ... de expertise zelf gevolgd. Die opmerkingen zijn op zich genomen ook niet erg overtuigend: dokter ... stelt dat de “complicaties” even goed hadden kunnen optreden na een fluo-angiografisch onderzoek en lijkt hiermee een paar stappen in het chronologisch proces van de opeenvolgende ingrepen over te slaan en voorbij te gaan aan de oorzaak van die “complicaties”. Hij moet alleszins ook erkennen dat het toedienen van injecties het oedeem had kunnen verminderen waardoor een latere ingreep in betere omstandigheden had kunnen verlopen. De opmerking over het tijdstip van doorverwijzing hebben de FMO-deskundigen beantwoord in hun eindverslag. Dokter ... en dokter ... zeggen dat intra-vitreale injecties niet risicovrij zijn, maar duiden die zogenaamde risico's niet. Beide artsen hebben het over de risico's van alternatieve behandelingen waarvoor geen indicatie voorlag, maar lijken te vergeten dat het net één van de punten van kritiek is dat de verwerende Oogartsen geen zorgvuldige indicatiestelling hebben uitgevoerd vooraleer over te gaan tot toch wel ingrijpende heelkunde.

Het gegeven dat de FMO-deskundigen hun besluiten na grondige lezing van de opmerkingen van verweerders niet wijzigden en dit standpunt niet verder motiveerden, doet in de gegeven omstandigheden evenmin vragen rijzen over hun neutraliteit, objectiviteit of deskundigheid.

24.

De rechtbank stelt ook vast dat de bevindingen van dokter ... en dokter ... volledig in de lijn liggen van de bevindingen van professor dokter Zij werd weliswaar aangesteld in een eenzijdige expertise, *versus* een in de zin van de Wet medische ongevallen tegensprekelijke expertise, maar het gaat nog steeds om een expertise die het FMO organiseert binnen het kader van zijn wettelijke bevoegdheid door een onafhankelijk en onpartijdig expert, zonder enige vooringenomenheid, zonder enige inmenging van derden en zonder enig belang om het standpunt van deze of gene partij te ondersteunen. De bevindingen die het resultaat zijn van dergelijke expertise hebben in principe daardoor een grotere bewijswaarde dan de eenzijdig op vraag van een partij opgemaakte verslagen, bovendien na kennisname van het verslag van de FMO-deskundigen en het FMO-advies.

25.

De bewering dat de eenzijdig, na FMO-expertise en na FMO-advies opgemaakte verslagen van dokter ... op 6 maart ... en dokter ... op 31 juli ... *dezelfde* bewijswaarde zouden hebben als het verslag van de tegensprekelijke FMO-expertise, is een stelling die om voorgaande redenen niet kan worden gevolgd. Deze laatste verslagen zijn de vrucht van een eenzijdige analyse, uitgaande van artsen specifiek aangezocht door verweerders. Zo creëren zij de perceptie louter te zijn opgesteld om het standpunt van de FMO-experten te weerleggen, nu dit voor verweerders nadelig uitdraaide.

26.

Ten slotte biedt onderhavige gerechtelijke procedure gelegenheid tot verdere tegenspraak over de voorliggende stukken, met inbegrip van de adviezen van dokter ... en dokter Hierna wordt verder ingegaan op de eventuele inhoudelijke relevantie van de opmerkingen van dokter ... en dokter

27.

Zoals gezegd, organiseerde het FMO twee expertises, eerst een eenzijdige en dan een tegensprekelijke expertise. Het FMO handelde binnen zijn wettelijke bevoegdheid. De door het FMO aangestelde deskundigen zijn stuk voor stuk gespecialiseerde beroepsbeoefenaars. Hun verslagen geven blijk van een grondige studie van de *casus* en zijn goed onderbouwd. De rechtbank ziet vooralsnog geen redenen om de FMO-expertise zonder meer terzijde te schuiven.

3. Fouten/nalatigheden

a) Diagnose

28.

Het FMO voert aan dat dokter ... en dokter ... niet volgens de regels van de kunst hebben gehandeld bij de diagnosestelling van de Patiënt. Deze discussie behelst vooral de vraag of de Patiënt (louter) leed aan een maculair oedeem dan wel of er ook sprake was van een vitreo-maculair tractiesyndroom zoals verweerders voorhouden.

29.

Verweerders stellen correct dat het stellen van een verkeerde diagnose niet *per se* een fout uitmaakt. Maar dat neemt niet weg dat de arts wel alle redelijke inspanningen moet leveren om tot een correcte diagnose te komen, hetgeen hier niet blijkt te zijn gebeurd.

Het FMO doet opmerken dat de literatuur waarnaar dokter ... verwijst, bevestigt dat een fluoangiografie behoort tot de onderzoeken die worden uitgevoerd vooraleer tot een vitrectomie over te gaan.

30.

Volgens professor dokter ... toonde de OCT-scan gemaakt op 3 september ... vooral een maculair oedeem en was er slechts een beperkt maculair membraan, maar was de diagnosestelling nogal slordig:

“Een fors maculair oedeem werd vastgesteld op OCT-beelden in ... hoewel er al klachten waren in ... van lokale ontsteking. Bij daling van de visus naar 0.4 met correctie rechteroog werd aandacht besteed aan het posterieur segment en werd een fors maculair oedeem gevonden. Bijkomende onderzoeken naar de etiologie werden niet gedaan. Er werd geen fluoangiografisch onderzoek uitgevoerd om eventuele teleangiëctasieën uit te sluiten of andere oorzaken voor lekkage van de bloedvaten in de regio van de macula. De preoperatieve oppuntstelling is wat slordig uitgevoerd. De aanwezigheid van een beperkt maculair membraan op de limitans interna rechts heeft de Oogartsen doen besluiten op een vitreo-maculaire tractie. Wat een mogelijke oorzaak kan zijn (zie referentie hieronder) maar geassocieerd kan zijn met andere pathologie die niet uitgesloten werden, zoals eerder vermeld.”¹³

31.

Dokter ... en dokter ... zijn het helemaal niet eens met de diagnosestelling van dokter ... en dokter ...¹⁴:

“Op basis van de beschikbare gegevens, verklaart Dr. ... zich niet akkoord met de door dr. ... en dr. ... voorgestelde diagnose [...] en dus evenmin met de hiervoor op 5 oktober ... uitgevoerde interventie (i.e. vitrectomie en peeling van de membrana limitans interna) door dr. ... samen met dr.

[...] Bij maculair oedeem is etiologische diagnostiek aangewezen (vb. met fluoangiografie, welke niet uitgevoerd werd) en deze pathologie wordt niet behandeld met vitrectomie en peeling.”¹⁵

“Bij maculair oedeem lijkt een etiologische oppuntstelling aangewezen om in de mate van het mogelijke de oorzaak hiervan te kunnen achterhalen en een adequate medicamenteuze behandeling in te stellen. Van enige vitreomaculaire tractie is op de ons toegeleverde OCT-beelden evenmin iets te merken. [...] Wij zijn dus eigenlijk de mening toegedaan dat het probleem van de visusdaling aan het RO onvoldoende is uitgewerkt en dat men nogal snel besloten heeft om patiënt door te sturen naar een vitreoretinaal chirurg.”

“De OCT-beelden zijn typerend voor maculair oedeem doch niet voor preretinale fibrose, noch voor vitreomaculaire tractie. Bij maculair oedeem is etiologische diagnostiek aangewezen (vb. met fluoangiografie, welke niet uitgevoerd werd) en deze pathologie wordt niet behandeld met vitrectomie en peeling. Deze onnauwkeurig geïndiceerde vitrectomie resulteerde in complicaties en heroperaties met blijvende schade aan het rechteroog tot gevolg.”

13. De rechtbank onderlijnt.

14. De rechtbank onderlijnt.

15. De rechtbank onderlijnt.

“• Betreffende de etiologische diagnostiek van de visusdaling ter hoogte van het rechteroog en de indicatiestelling voor vitrectomie hebben deze artsen niet lege artis gehandeld. Van een normaal vooruitziende en zorgvuldige arts, geplaatst in dezelfde omstandigheden en rekening houdend met de stand van de wetenschap anno ... zou men verwachten dat deze aanvullend onderzoek uitgevoerd zou hebben (vb. fluoangiografie) alvorens het klachtenpatroon toe te schrijven aan vitreomaculaire tractie en hiervoor een chirurgische interventie te adviseren, dewelke in voorliggend geval niet geïndiceerd was;”

“In dergelijke gevallen hadden we toch ook een fluoangiografisch beeld verwacht, maar voor zover wij hebben kunnen nagaan en zoals tijdens de zitting besproken geweest is, heeft men het toen niet nuttig geacht om een fluoangiografie uit te voeren. Bij maculair oedeem lijkt een etiologische oppuntstelling aangewezen om in de mate van het mogelijke de oorzaak hiervan te kunnen achterhalen en een adequate medicamenteuze behandeling in te stellen.”¹⁶

32.

Het FMO merkt pertinent op dat hun medische afdeling erop wijst dat adherentie van het glasvocht niet gelijkstaat met tractie aan het netvlies en integendeel een normaal gegeven is bij jonge gezonde personen. Het is in diezelfde zin dat dokter ... wijst op de risico's van een vitrectomie bij een jonge persoon, die een vrij visceus *vitreum* heeft in tegenstelling tot een oudere persoon waarbij het *vitreum* meer vloeibaar is. (bijlage bij stuk 4 FMO)

33.

Dat de deskundigen aangesteld door het FMO geen volledig onderzoek van het dossier deden, omdat ze niet verwezen naar de eerste OCT-scan van 13 april ... is een niet relevant argument. Als er op die OCT-scan al sprake zou zijn geweest van enige vitreomaculaire tractie, was dat normaliter zeker het geval geweest op de latere OCT-scans van augustus en september ... hetgeen de FMO-deskundigen tegenspreken. Uit het medisch dossier en meer bepaald de nota's van 13 april ... en de latere nota's in die periode van de behandelende oogarts blijkt alvast geen vaststelling van vitreomaculaire tractie of netvliesloslating op basis van een OCT-scan van 13 april ... (zie p. 1 stuk 1 verweerders). Dokter ... spreekt zelfs van een netvliesloslating op de beelden van april en augustus ... hetgeen de vraag doet rijzen hoe het komt dat een dergelijk ernstige aandoening als een netvliesloslating destijds niet door de betrokken Oogartsen in het medisch dossier zou zijn genoteerd. Het is tevens frappant dat dit maar opduikt in de brief van dokter ... van 6 maart De eigenlijke (eerste) netvliesloslating gebeurde volgens de stukken integendeel tijdens de eerste ingreep van 5 oktober Ten slotte, zo de deskundigen geen kennis hadden van die bewuste en thans zo belangrijk geachte OCT-scan van 13 april ... stelt zich de vraag waarom hij niet in het medisch dossier zat dat door de Oogartsen werd aangeleverd.

34.

Het numerieke argument dat vijf Oogartsen de vitreomaculaire tractie bevestigen, overtuigt geenszins; die artsen lijken die mening al te zeer te verkondigen *“pour les besoins de la cause”*, of anders gezegd, omdat het de zaak van verweerders ten goede komt.

16. De rechtbank onderlijnt.

35.

Dat er naast het maculair oedeem een premaculair membraan kon worden vastgesteld op de OCT-scans, wordt door geen van de betrokkenen betwist, maar om op basis daarvan te gewagen van een vitreomaculaire tractie of zelfs een netvliesloslating is een sprong die verweerders louter *post factum* maken. Professor dokter ... naar wie verweerders in dit verband wijzen, heeft het over een mogelijke oorzaak, maar is tegelijkertijd heel stellig dat andere pathologieën dienden te worden uitgesloten.

Het opnameverslag van 5 oktober vermeldt overigens klaar en duidelijk een maculair oedeem en niet vitreomaculaire tractie en al zeker niet netvliesloslating als reden van opname. Het niet overtuigende argument van verweerders dat het om een materiële vergissing zou gaan, heeft iets wanhopigs en zou, indien correct, niet van aard zijn om vertrouwen in te boezemen wat betreft de nauwkeurigheid van de betrokkenen. Het opnameverslag van 20 december ... vermeldt overigens wel een netvliesloslating bij de reden van opname.

36.

De rechtbank schaaft zich om alle voorgaande redenen achter het standpunt van het FMO dat de diagnosestelling niet gedaan werd volgens de regels van de kunst.

b) Indicatiestelling

37.

De rechtbank is het verder eens met het FMO dat de indicatiestelling voor de vitrectomie die op 5 oktober ... bij de Patiënt werd uitgevoerd, niet gebeurde zoals mag worden verwacht van normaal zorgvuldige en vooruitziende arts-specialisten in de oftalmologie, geplaatst in dezelfde omstandigheden. Hiervoor is immers duidelijk geworden dat er geen afdoende objectieve elementen voorlagen om tot een vitrectomie te beslissen.

De FMO-deskundigen stellen hierover:

“Op basis van de beschikbare gegevens, verklaart Dr. ... zich niet akkoord met de door dr. ... en dr. ... vooropgestelde diagnose [...] en dus evenmin met de hiervoor op 5 oktober ... uitgevoerde interventie (i.e. vitrectomie en peeling van de membrana limitans interna) door dr. ... samen met dr.

[...] Bij maculair oedeem is etiologische diagnostiek aangewezen (vb. met fluoangiografie, welke niet uitgevoerd werd) en deze pathologie wordt niet behandeld met vitrectomie en peeling. Deze on nauwkeurig geïndiceerde vitrectomie resulteerde in complicaties en heroperaties met blijvende schade aan het rechteroog tot gevolg.”¹⁷

“[...]

Van een normaal vooruitziende en zorgvuldige arts, geplaatst in dezelfde omstandigheden en rekening houdend met de stand van de wetenschap anno ... zou men verwachten dat deze aanvullend onderzoek uitgevoerd zou hebben (vb. fluoangiografie) alvorens het klachtenpatroon toe te schrijven aan vitreomaculaire tractie en hiervoor een chirurgische interventie te adviseren, dewelke in voorliggend geval niet geïndiceerd was;”¹⁸

“[...]

• Rekening houdend met de onjuiste indicatie voor de ingreep de dato 5 oktober ... kan niet anders dan besloten worden dat de vastgestelde schade en de vele heroperaties vermijdbaar waren. [...]

17. De rechtbank onderlijnt.

18. De rechtbank onderlijnt.

Deze schade had vermeden kunnen worden indien men adequate diagnostische oppuntstelling uitgevoerd had en indien men geopteerd had voor een conservatievere benadering in de plaats van de uitgevoerde vitrectomie;”¹⁹

“• Betreffende de etiologische diagnostiek van de visusdaling ter hoogte van het rechteroog en de indicatiestelling voor vitrectomie hebben deze artsen niet lege artis gehandeld. Van een normaal vooruitziende en zorgvuldige arts, geplaatst in dezelfde omstandigheden en rekening houdend met de stand van de wetenschap anno ... zou men verwachten dat deze aanvullend onderzoek uitgevoerd zou hebben (vb. fluoroangiografie) alvorens het klachtenpatroon toe te schrijven aan vitreomaculaire tractie en hiervoor een chirurgische interventie te adviseren, dewelke in voorliggend geval niet geïndiceerd was;”²⁰

Het FMO wijst op de literatuur over de risico's die gepaard gaan met een vitrectomie en op de conclusie dat hiertoe maar mag worden overgegaan wanneer maximale medicamenteuze behandeling zonder resultaat blijft, hetgeen hier kennelijk niet het geval was. De risico-afweging is voor de betrokken Patiënt niet gebeurd. Verweerders betwisten dat de diagnose en de indicatie te snel werden bereikt, maar het loutere tijdsverloop tussen de consultatie van begin april en de ingreep volstaat niet om de conclusies van de deskundigen inzake een niet voldoende afgewogen/overwogen indicatiestelling te weerleggen. Evenzo wat het nemen van drie OCT-scans betreft of het feit dat de visusdaling progressief was. Dat er overleg plaatsvond is evenmin voldoende om tot een doordachte indicatiestelling te komen, nu dat overleg helemaal niet is gedocumenteerd.

38.

De rechtbank schaaft zich om voorgaande redenen achter het standpunt van het FMO dat de indicatiestelling niet gedaan werd volgens de regels van de kunst.

c) Ingreep 5 oktober ...

39.

Er zijn onvoldoende objectieve elementen om te besluiten dat de *lenstouch* die zich heeft voorgedaan bij de ingreep van 5 oktober ..., een fout of nalatigheid zou uitmaken. Bij lezing van de diverse standpunten en verwijzingen zou het (ook) om een complicatie kunnen gaan.

Dat een *lenstouch* een mogelijke complicatie is bij een vitrectomie, bevestigt nogmaals de noodzaak aan een adequate oppuntstelling van de diagnose en van de indicatie voor de gekozen ingreep. Het zich voordoen van deze complicatie had kunnen vermeden worden door niet onmiddellijk resoluut te gaan voor een vitrectomie. Het is deze complicatie die volgens de verslagen van de deskundigen aan de basis lag van de daaropvolgende ingrepen en complicaties.

19. De rechtbank onderlijnt.

20. De rechtbank onderlijnt.

d) Nazorg

40.

Ten slotte is de rechtbank het eens met het FMO en de door haar aangestelde deskundigen dat de reeks van op elkaar volgende belangrijke ingrepen blijkt geeft van een zekere therapeutische hardnekkigheid.

Professor dokter ... zegt hierover:

“Twee opeenvolgende majeure complicaties zijn opgetreden na elke operatie. Wat wel de vraag moet doen rijzen bij de chirurgen of zij dit geval nog aankunnen of dat zij best de patiënten zouden doorverwijzen naar een meer geroutineerde chirurg in dat gebied. Het zicht van de heer ... was rechts nog meetbaar tot 0.25 tot 20 februari Op dat ogenblik waren al drie uitgebreide operaties uitgevoerd zonder anatomisch herstel van de netvliesloslating. Het had toen het moment geweest om de heer ... naar een meer competente chirurg te hebben doorverwezen. De complicaties hebben zich nadien enkel opgestapeld met grote schommelingen van intraoculaire druk om uiteindelijk na 8 consecutieve operaties de patiënt alsnog te moeten doorverwijzen doch zonder mogelijkheid tot functioneel herstel. De therapeutische hardnekkigheid die duidelijk beschreven staat is niet ten goede gekomen voor de patiënt. Deze houding is ook niet goed te praten.”

Dokter ... en dokter ... verwoorden het zo:

“• Aangaande de postoperatieve follow-up door dr. ... na de gecompliceerde partiële vitrectomie de dato 5 oktober ... dient besloten te worden dat deze laattijdig, in casu pas na de achtste chirurgische interventie verwees naar een mogelijk meer ervaren arts. Dergelijke laattijdige verwijzing is een onzorgvuldigheid en op dat moment bleek beperking van de reeds opgelopen schade helaas niet meer mogelijk. Van een normaal zorgvuldig en vooruitziend oogarts geplaatst in dezelfde omstandigheden zou verwacht worden dat men betrokkene in maart ... verwezen zou hebben voor bijkomend advies en/of behandeling.”²¹

41.

Verweerders trachten deze discussie te herleiden tot een discussie over het begrip “ervaring” en over de ervaring die dokter ... destijds al dan niet bezat. Dat is een zeer nauwe interpretatie van het standpunt van de FMO-deskundigen op dat vlak. De FMO-deskundigen doelden uiteraard niet alleen op de vereiste van een opgebouwde ervaring, maar ook op de vereiste expertise, specialisatie, kennisvergaring, intercollegiaal overleg, enz. Het spreekt voor zich dat na een aantal onbevredigende ingrepen binnen het kader van ... het aangewezen was om de Patiënt door te verwijzen naar een meer gespecialiseerde oogarts of praktijk van gespecialiseerde oftalmologen zoals in een academische setting. De verhoogde risico’s omwille van de relatief jonge leeftijd van de Patiënt, zijn myopie en de ontsteking, waarop verweerders wijzen, was een reden te meer om dat te doen. Na de ingrepen die dokter ... verrichtte, is de toestand wel gestabiliseerd, zeker toch wat het aanliggen van het netvlies betreft. Dat ook hij nog doorverwees naar professor dokter ..., een autoriteit op het vlak van oogchirurgie zoals verweerders aangeven, kan dokter ... alleen maar sieren, en valt te verklaren door het feit dat hij de visus na de vele voorgaande ingrepen niet kon herstellen, omwille van de schade aan de oogzenuw.

Een goede verstandhouding tussen Patiënt en arts is alleszins geen argument om hem niet door te verwijzen. Verweerders gaan er prat op dat de betrokken chirurg de Patiënt uiteindelijk heeft doorverwezen voor een tweede opinie. Dat is wel vreemd: de deskundigen noteerden op de expertiseczitting uit de mond van de Patiënt, die zijn relaas op een serene manier heeft gebracht en

21. De rechtbank onderlijnt.

zich niet verwijtend opstelde, dat hij op eigen initiatief een consultatie bij dokter ... had georganiseerd en hij hem via het internet had gevonden.

Ook op dit vlak hebben de verwerende Oogartsen niet gehandeld zoals mag worden verwacht van normaal zorgvuldige Oogartsen, geplaatst in dezelfde omstandigheden.

4. Schade in oorzakelijk verband

42.

Er kan geen discussie zijn dat de Patiënt ernstige schade heeft opgelopen ingevolge de ingrepen die hij heeft ondergaan bij de verwerende Oogartsen. De deskundigen aangesteld door het FMO vatten het zo samen:

“• Bij klinisch onderzoek weerhouden we afunctionaliteit van het rechteroog (afwezige lichtperceptie), een onregelmatige rechterpupil en een divergente oogstand. Verder wordt geen relevante afwijking vastgesteld.

• Het klachtenpatroon van dhr. ... wordt gedomineerd door blindheid van het rechteroog, chronische hoofdpijnlachten en socioprofessionele beperkingen. In dit kader vermeldt hij het sociaal handicaperend effect van de afwijkende oogstand, de onmogelijkheid om sportactiviteiten uit te voeren wegens tilverbod en de aanpassing van zijn professionele activiteiten (deeltijds aan 80 %, minder contact met derden, minder schermwerk).”

Het FMO stipt correct aan dat omwille van de equivalentieleer er geen selectie wordt gemaakt in de fouten die hebben bijgedragen tot de schade zoals deze zich concreet heeft voorgedaan.

De deskundigen zeggen:

“De onvolledige etiologische diagnostiek betreft een nalatigheid die resulteerde in een onjuist geïndiceerde vitrectomie met ernstige beschadiging van het rechteroog tot gevolg.”²²

“• Bovenbeschreven schade bij dhr. ... (visusverlies rechteroog, chronische hoofdpijn, sociale en mentale impact) is het gevolg van de zorgverstrekking door dr. ..., dr. ... en dr.”²³

“Dergelijke laattijdige verwijzing is een onzorgvuldigheid en op dat moment bleek beperking van de reeds opgelopen schade helaas niet meer mogelijk.”²⁴

22. De rechtbank onderlijnt.

23. De rechtbank onderlijnt.

24. De rechtbank onderlijnt.

“• Rekening houdend met de onjuiste indicatie voor de ingreep de dato 5 oktober ... kan niet anders dan besloten worden dat de vastgestelde schade en de vele heroperaties vermijdbaar waren. Dit kan niet beschouwd worden als een voorzienbare complicatie die inherent is aan een behandeling van het ziektebeeld waaraan betrokkene leed. Deze schade had vermeden kunnen worden indien men adequate diagnostische oppuntstelling uitgevoerd had en indien men geopteerd had voor een conservatievere benadering in de plaats van de uitgevoerde vitrectomie.”²⁵

Het causaal verband staat vast, wanneer de schade zich zonder de fouten niet zou hebben voorgedaan zoals deze zich concreet heeft voorgedaan. Met het FMO kan de rechtbank alleen maar vaststellen dat indien niet was geopteerd voor de niet geïndiceerde ingreep als de vitrectomie, de *lenstouch* niet zou zijn voorgevallen. Die *lenstouch* heeft als het ware een sneeuwbal- of domino-effect gehad, omdat die een heringreep noodzaakte die bovendien gecompliceerd was door de scheur in het lenszakje, waardoor de kunstlens suboptimaal moest worden geplaatst. Er volgden ontstekingen en recidive netvliesloslatingen.

43.

Misschien zou de Patiënt, mede gelet op zijn aandoening, op een gegeven moment in zijn leven inderdaad ooit een vitrectomie nodig hebben gehad. De noodzaak daarvan op het moment van de feiten is evenwel niet aangetoond. Dokter ... gaat onterecht uit van de niet door de deskundigen aanvaarde premisse dat het membraan tractie uitoefende op het netvlies. Maar zelfs dokter ..., uitgaande van een vitreomaculaire tractie, moest toegeven dat de ingreep in betere omstandigheden zou hebben kunnen plaatsvinden. (zie stuk 7 verweerders). Of er in dat geval ook schade zou zijn kunnen optreden, is eigenlijk hier niet relevant, omdat zoals het FMO opmerkt, die gebeurlijke en puur hypothetische schade niet het voorwerp uitmaakt van de vordering tot terugbetaling. Dat de schade in het voorliggend geval is opgetreden, staat vast. Dat er bij een toekomstige vitrectomie ook schade zou hebben kunnen optreden, is in feite louter speculatie. Ieder mens kan elke dag een lichamelijk letsel oplopen en dat risico is ook inherent aan elke operatie. Dat is niet de correcte denkoefening om een causaal verband vast te stellen. Mocht het causaal verband daarop afknappen, zou er nooit iemand aansprakelijk kunnen worden gehouden voor schade toegebracht aan een andere persoon.

De deskundigen hebben enige impact van de voorafbestaande toestand overigens uitgesloten: *“Cf. supra: de voorafbestaande myopie, astigmatisme en/of chronische roodheid van het rechteroog hebben niet op relevante wijze bijgedragen tot de vastgestelde schade. Deze voorafbestaande toestand zou niet geleid hebben tot bovenbeschreven schade in afwezigheid van de chirurgische interventie de dato 5 oktober ... (en/of de daaropvolgende ingrepen).”²⁶*

Het oorzakelijk verband is hiermee afdoende aangetoond.

25. De rechtbank onderlijnt.

26. De rechtbank onderlijnt.

5. Geen nieuw deskundigenonderzoek

44.

De voorliggende elementen verschaffen de rechtbank gerechtelijke zekerheid dat de verwerende Oogartsen aansprakelijk zijn voor de schadelijke gevolgen van de ingrepen die de verwerende artsen hebben uitgevoerd op de Patiënt. De expertise die het FMO liet uitvoeren heeft zodoende zijn doel volledig bereikt. Het is niet nodig of opportuun om een nieuwe expertise te gelasten.

...

55.

De vordering van het FMO is bijgevolg gegrond.

2) Vordering

56.

... vordert een bedrag van **25.552,05 EUR** voor medische uitgaven met betrekking tot elf ondergane ingrepen. ... beschouwt dit bedrag als provisioneel omdat er in de toekomst nog uitgaven voor medische zorgen zullen volgen.

De bezwaren van verweerders tegen de medische uitgaven die geënt zijn op het beweerdelijke gebrek aan oorzakelijk verband tussen het handelen van de Oogartsen en de kosten van de ingrepen, worden verworpen om dezelfde reden als hoger meermaals al verwoord. Het oorzakelijk verband is verworven, ook wat betreft de latere ingrepen verricht door dokter De deskundigen voorzagen een voorbehoud voor de toekomst voor diagnostiek en behandelingen aan het rechteroog en de medische staten worden door ... bijgebracht en de uitgevoerde behandeling omschreven. Al deze ingrepen kunnen worden beschouwd als een uitvloeisel van het oorspronkelijke schadegeval.

57.

Daarnaast vordert ... 23.450,90 EUR aan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen voor de periode van 8 december ... tot 31 augustus

Verweerders betwisten concreet (enkel) het voor ... gevorderde bedrag van 8.666,57 EUR, stellende dat de uitkeringen voor opgenomen geboorteverlof geen oorzakelijk verband hebben met het schadegeval. Volgens verweerders dient dit bedrag daarom te worden herleid naar 7.864,84 EUR. Bij gebrek aan argumenten van ... om dit bedrag voor geboorteverlof te verantwoorden, wordt het bedrag herleid naar **7.864,84 EUR**, zodat het totaal van deze schadepost op **22.649,17 EUR** komt.

De vordering van ... is bijgevolg gedeeltelijk gegrond.

...

**OM DEZE REDENEN
DE RECHTBANK**

Stelt de toepassing vast van de bepalingen van de wet van 15 juni 1935 op het taalgebruik in gerechtszaken, zoals gewijzigd,

Spreekt recht in **eerste aanleg** en op **tegenspraak**,

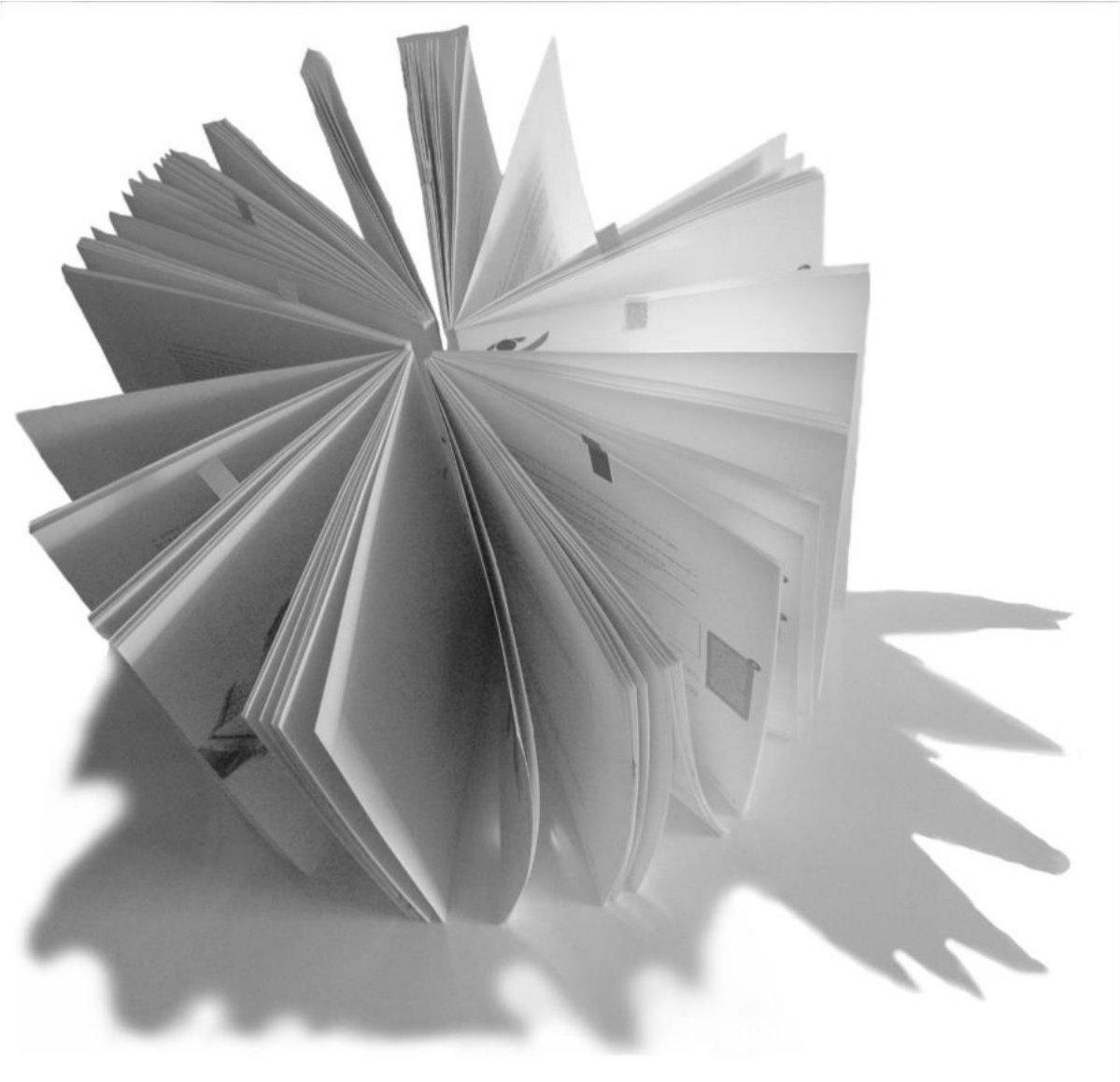
*

Verklaart de vordering van het FMO **ontvankelijk** en **gegrond** als volgt,

...

3de Deel

Parlementaire vragen en antwoorden



I. Inactieven als zelfstandigen in bijberoep

Arbeidsongeschikten als loontrekkenden - Toelating voor het uitoefenen van een deeltijdse activiteit als zelfstandige - Stijging

Vraag nr. 15, gesteld op 20 februari 2025, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door de heer RASKIN, volksvertegenwoordiger¹

Inactieven met of zonder inkomensvervangende uitkering kunnen, onder bepaalde voorwaarden, een zelfstandige activiteit in bijberoep blijven uitoefenen.

Hoeveel personen met een ziekte- of invaliditeitsuitkering bleven de voorbije vijf jaar actief als zelfstandige in bijberoep?

Graag cijfers per jaar tot en met 2023 met volgende opsplitsing:

- o type van inactiviteit waarmee de zelfstandige activiteit in bijberoep werd gecombineerd
- o verdere opsplitsing naar de verworven inkomsten (in schijven) als zelfstandige in bijberoep per type van inactiviteit.

Antwoord

In de onderstaande tabel wordt het aantal loontrekkende gerechtigden aangegeven dat op 31 december van het betreffende jaar een lopende toelating voor het uitoefenen van een deeltijdse activiteit als zelfstandig bezoldigde bezit, opgesplitst naar de periode van arbeidsongeschiktheid (primaire/langdurige arbeidsongeschiktheid) en voor de periode van 2018 tot en met 2022. Het betreft hier dus de gerechtigden die als loontrekkende in arbeidsongeschiktheid getreden zijn, maar tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid een deeltijdse activiteit als bezoldigd zelfstandige uitoefenen. Het is echter niet mogelijk om het onderscheid te maken of deze activiteit als zelfstandige reeds werd uitgeoefend als bijberoep voor aanvang van de arbeidsongeschiktheid.

De statistieken voor het dienstjaar 2023 zijn op dit moment nog niet beschikbaar.

Aantal loontrekkende gerechtigden met een lopende toelating voor het uitoefenen van een deeltijdse activiteit als bezoldigd zelfstandige op 31 december van het betreffende jaar – Opgesplitst naar de periode van arbeidsongeschiktheid – 2018 – 2022.

	2018	2019	2020	2021	2022
Primaire arbeidsongeschiktheid	813	1.010	624	947	1.099
Langdurige arbeidsongeschiktheid	3.296	4.207	4.684	5.677	6.601
Totaal	4.109	5.217	5.308	6.624	7.700

1. Bulletin nr. 013, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 88.

Het aantal loontrekkende gerechtigden dat tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid een deeltijdse activiteit als zelfstandige uitoefenen, laat over de geobserveerde periode een duidelijke stijging optekenen, zowel in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid (+35,18 %) als in de periode van langdurige arbeidsongeschiktheid (+100,27 %).

De daling in 2020 tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid is vermoedelijk in grote mate het gevolg van het uitbreken van de covid-pandemie.

Een bijkomende opsplitsing naar de beroepsactiviteit van de gerechtigde is op dit moment niet mogelijk. In deze nieuwe legislatuur zal het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) het initiatief nemen om in overleg te treden met de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ), Rijksdienst voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen (RSVZ) en de Kruispuntbank, met het oog op het bekomen van meer gedetailleerde informatie met betrekking tot onder andere de beroepsactiviteit en de sector van de tewerkstelling.

II. Verschillen in de hoogte van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

Verschillen - Gecontroleerde werkloosheid - Contract als uitzendkracht - Aligneringsperiode tot zes maanden - Reductiecoëfficiënt - Garantiebepaling

Vraag nr. 133, gesteld op 25 maart 2025, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door de heer COURARD, volksvertegenwoordiger¹

In de huidige wetgeving met betrekking tot de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen voor uitzendkrachten en werkzoekenden zijn er aanzienlijke verschillen, die samenhangen met de beroepssituatie op het moment dat men arbeidsongeschikt wordt. Afhankelijk van het feit of de verzekerde zich in een situatie van gecontroleerde werkloosheid bevindt of een contract als uitzendkracht heeft, kunnen de bedragen die men ontvangt immers aanzienlijk verschillen.

Een voorbeeld ter illustratie: wanneer een uitzendkracht na een periode van gecontroleerde werkloosheid arbeidsongeschikt wordt, wordt zijn uitkering berekend op basis van het laagste bedrag, hetzij 60 % van zijn loon dat als basis wordt genomen voor zijn werkloosheidsuitkering, hetzij het barema werkloosheid. Die berekening resulteert in een uitkeringsbedrag dat heel wat lager ligt dan het bedrag dat een werknemer met een uitzendcontract ontvangt wanneer hij arbeidsongeschikt wordt. Laatstgenoemde geniet immers een uitkering die gebaseerd is op zijn referteloon, dat hoger ligt vanaf het begin van de arbeidsongeschiktheid, en zijn uitkering wordt sneller herzien.

Voorts bepaalt de huidige regelgeving dat er pas vanaf de zevende maand van de arbeidsongeschiktheid rekening gehouden wordt met het laatste loon, wat tot grote financiële moeilijkheden kan leiden voor uitzendkrachten die vaak perioden van werk en werkloosheid afwisselen.

1. Hoe verantwoordt de regering die verschillen in behandeling tussen uitzendkrachten die werkloos zijn dan wel een contract hebben op het moment dat ze arbeidsongeschikt worden?
2. Wordt er nagedacht over een harmonisatie van die regels om grote verschillen in de hoogte van de uitkeringsbedragen te voorkomen?
3. Overweegt u een wetswijziging om ervoor te zorgen dat er beter rekening gehouden wordt met de voorafgaande werkperiodes, met name door de termijn van zeven maanden vóór de toepassing van het laatste referteloon in te korten?
4. Welke maatregelen zouden er genomen kunnen worden om een billijkere sociale bescherming te waarborgen voor werknemers met een onzeker dienstverband die vaak perioden met uitzendopdrachten en werkloosheid afwisselen?
5. Hoeveel uitzendkrachten werden er arbeidsongeschikt in de periode van werkloosheid tussen twee contracten?

1. Bulletin nr. 012, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 269.

Antwoord

Wat betreft de sociale verzekerden die zich kunnen beroepen op de hoedanigheid van gerechtigde in de uitkeringsverzekering als gecontroleerde werkloze, is de regel van alignering/beperking van de uitkeringen, zoals bedoeld in artikel 211, § 2, 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, algemeen van toepassing gedurende de eerste zes maanden van hun arbeidsongeschiktheid.

Deze regel houdt in dat het bedrag van de primaire ongeschiktheidsuitkering gedurende de eerste zes maanden van arbeidsongeschiktheid wordt gealigneerd op het bedrag van de werkloosheidsuitkering waarop de verzekerde aanspraak zou hebben kunnen maken indien hij zich niet in staat van arbeidsongeschiktheid bevond, behalve als het bedrag van de werkloosheidsuitkering hoger is dan het bedrag van de primaire ongeschiktheidsuitkering die is berekend op het toepasselijke gederfde loon met, in voorkomend geval, een gewaarborgde minimumuitkering. Ondanks de hoedanigheid van gecontroleerd werkloze wordt het gederfde loon uit een tewerkstelling (als bijv. uitzendkracht) echter in aanmerking genomen als deze tewerkstelling binnen dertig dagen voor de aanvang van de arbeidsongeschiktheid is geëindigd.

De ziekenfondsen passen deze algemene aligneringsregel toe op alle gerechtigden die uitkeringen ontvangen op basis van hun hoedanigheid als gecontroleerde werkloze aan het begin van hun arbeidsongeschiktheid, ongeacht hun statuut (uitzendarbeidsovereenkomsten, arbeids-overeenkomsten voor tijdelijke arbeid of seizoenarbeid, kunstwerkers, contracten voor bepaalde of onbepaalde duur, enz.), de frequentie of duur van hun tewerkstelling(en) als loontrekkende tijdens de dertig dagen voorafgaand aan de (laatste) periode van gecontroleerde werkloosheid.

Deze algemene regel is bedoeld om de overgang van een werkloosheidsuitkering naar een arbeidsongeschiktheidsuitkering louter om bepaalde opportuniteitsredenen of financiële redenen te verhinderen (de aligneringsperiode is beperkt tot zes maanden).

Ik voorzie momenteel geen wetswijziging om deze termijn van zes maanden voor het aligneren van het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen op dat van de werkloosheidsuitkeringen te verkorten. In het kader van e-Gov 3.0 lopen, vanuit een invalshoek tot uniformisering, wel reflecties over de wijze waarop het gederfde loon binnen de verschillende sectoren van de sociale zekerheid wordt vastgesteld.

Voorts kan ik u meedelen dat het gederfde loon van de uitzendkrachten in het algemeen op dezelfde manier wordt bepaald voor alle gerechtigden waarvan de laatste bezoldigde tewerkstelling als werknemer werd uitgeoefend in het kader van een uitzendcontract (op voorwaarde dat deze tewerkstelling is geëindigd uiterlijk dertig dagen voor het begin van de arbeidsongeschiktheid).

In dat kader worden de arbeidsuren en de gelijkgestelde uren (zoals de uren van arbeidsongeschiktheid of gecontroleerde werkloosheid) wel degelijk in aanmerking genomen bij het bepalen van het gederfde loon “tewerkstelling” als uitzendkracht. Het arbeidsvolume of gelijkgesteld dat werd aangetoond gedurende een referentieperiode (de “tewerkstellingsgraad” tijdens de referentieperiode) maakt het mogelijk om te bepalen of een reductiecoëfficiënt moet worden toegepast en, indien van toepassing, de waarde van deze reductiecoëfficiënt te bepalen.

Als een reductiecoëfficiënt moet worden toegepast (hypothese 1), wordt het gederfde loon van de uitzendkracht in het algemeen bepaald op basis van zijn uurloon en het gemiddelde aantal arbeidsuren per week van een referentiewerknemer die voltijds in dezelfde functie tewerkgesteld is. In deze hypothese 1 wordt het gederfde loon verkregen door het vermenigvuldigen van het voltijdse gederfde loon met de bovengenoemde reductiecoëfficiënt. Als er geen reductiecoëfficiënt moet worden toegepast (hypothese 2), wordt het gederfde loon van de uitzendkracht in het algemeen bepaald (zoals voor andere arbeidsovereenkomsten met een vast uurloon) op basis van het uurloon en het gemiddelde aantal arbeidsuren per week van het (laatste) uitzendcontract.

Bovendien kan ik u ook meedelen dat, algemeen, reeds een garantiebepaling van toepassing is wat betreft het gederfde loon dat in aanmerking moet worden genomen voor het berekenen van de uitkeringen voor de gerechtigden die arbeidsongeschikt worden erkend binnen twee jaar na het einde van een voorgaande periode van arbeidsongeschiktheid die langer dan zes maanden duurde.

Naar aanleiding van uw vraag over het aantal uitzendkrachten die arbeidsongeschikt worden tijdens hun periode van werkloosheid tussen twee arbeidsovereenkomsten, heeft mijn administratie het Nationaal Intermutualistisch College ondervraagd. Het Nationaal Intermutualistisch College heeft echter aangegeven dat het niet in staat is om dit gegeven mee te delen omdat de verzekeringsinstellingen niet het aantal werklozen kennen die verbonden waren door een arbeidsovereenkomst als uitzendkracht meer dan dertig dagen voor het begin van de periode van erkende arbeidsongeschiktheid.

III. Kankerbehandeling – Innovatieve oncologie

Aantal aanvragen tot terugbetaling - Hervorming van de terugbetalings-procedures voor de geneesmiddelen – Evaluatiepunten

Vraag nr. 137, gesteld op 27 maart 2025, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door mevrouw BURY, volksvertegenwoordigster¹

1. a) Kunt u een overzicht geven van de evolutie van de beschikbaarheid en terugbetaling van immunotherapieën en innovatieve oncologische behandelingen in België?
- b) Hoeveel oncologische geneesmiddelen zijn in de afgelopen vijf jaar goedgekeurd voor terugbetaling?
- c) Hoeveel daarvan werden daadwerkelijk vergoed door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering?
2. Uit internationale studies blijkt dat snelle terugbetaling (EMA+1) een significante impact heeft op de overlevingskansen bij kanker, met onder andere:
 - o +66 % meer levensjaren
 - o +63 % progressievrije overleving
 - o -24 % minder bijwerkingen.

Welke initiatieven neemt u om snellere toegang tot innovatieve kankertherapieën mogelijk te maken?

3. De huidige terugbetalingscriteria zijn vaak gebaseerd op klassieke klinische eindpunten zoals totale overleving. Bent u bereid om nieuwe types eindpunten zoals *real-world evidence* en biomarkers te integreren in de terugbetalingsbeslissingen?

Antwoord

1. Er werd gekeken naar alle farmaceutische specialiteiten met ATC-code L01, zijnde de antineoplastische agentia. Deze ATC-klasse omvat alle immunotherapieën en de meeste van de oncologische behandelingen gaande van de klassieke chemotherapie, over de monoklonale antilichamen tot de gentherapieën.

1. Bulletin nr. 013, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 137.

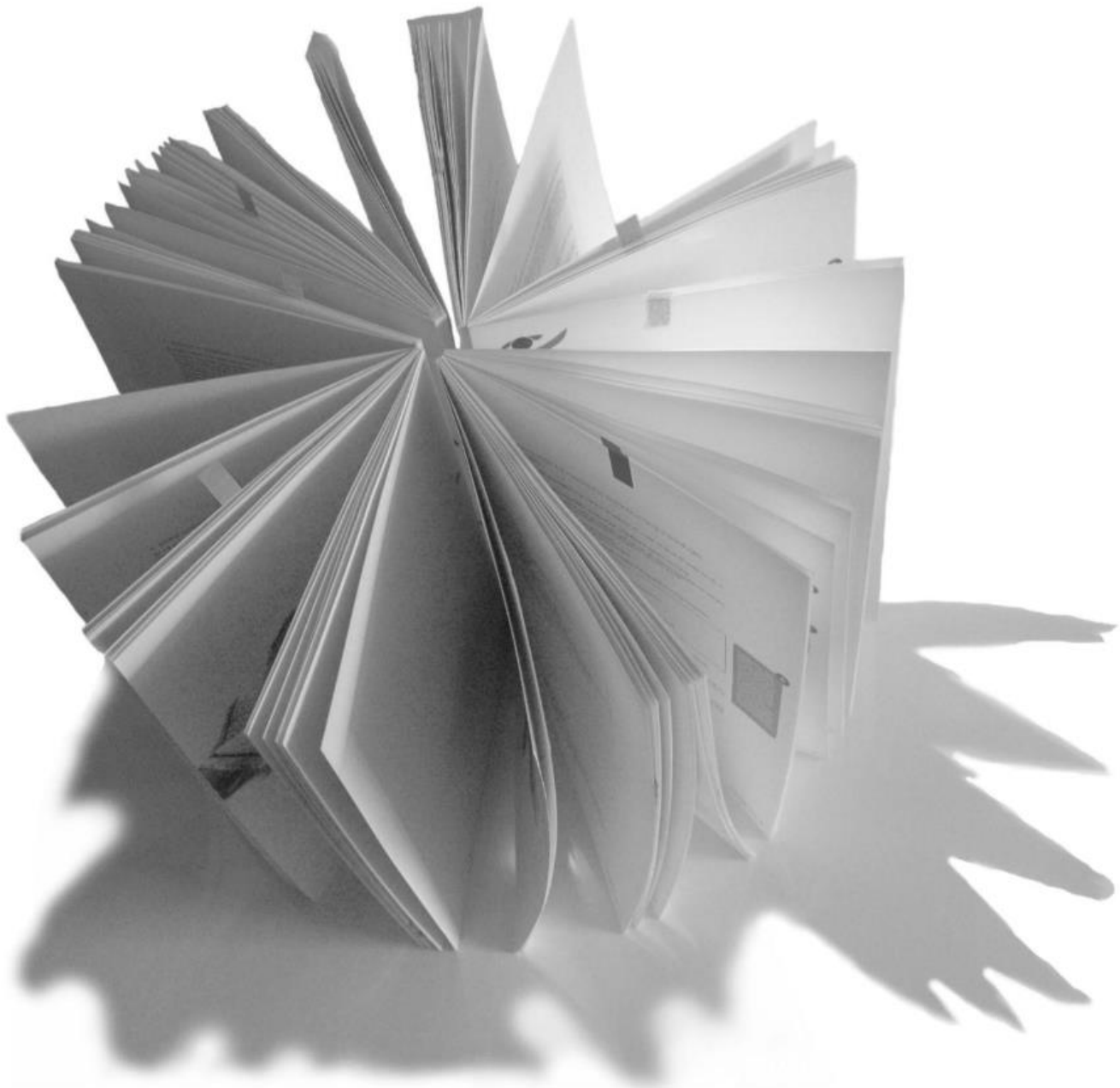
In totaal zijn er 116 geneesmiddelen met ATC-code L01 die in de afgelopen vijf jaar een aanvraag hebben ingediend. Hiervan zijn er 86 geneesmiddelen tot op heden vergoed. Drie geneesmiddelen waren in het verleden vergoed en zijn nu niet meer vergoed. Zeven geneesmiddelen hebben geen vergoeding gekregen. Voor één geneesmiddel werd een ongeldig dossier ingediend en voor één geneesmiddel werd het dossier afgesloten. Dertien geneesmiddelen zijn momenteel nog in procedure. Voor vijf geneesmiddelen werd het dossier door de aanvrager ingetrokken.

2. Ik kan u verzekeren dat één van de speerpunten van de hervorming van de terugbetalingsprocedures voor de geneesmiddelen de vroege en snelle duurzame toegang betreft tot veelbelovende therapieën. Hiertoe wordt een systeem uitgewerkt dat zal toelaten dat een tegemoetkoming voor innovatieve middelen waarvoor er een hoge medische nood is, kan voorzien worden vooraleer de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen een advies heeft geformuleerd omtrent de opname in de vergoeding.
3. De totale overleving en progressievrije overleving zijn inderdaad klassieke eindpunten die in klassieke gerandomiseerde klinische studies, placebo-gecontroleerd – eigenlijk bij voorkeur met een actieve (best mogelijke) comparator – worden gehanteerd, en die dan ook bij de evaluatie van nieuwe therapieën worden bekeken om een inschatting te maken van de toegevoegde therapeutische waarde. Het is echter ook correct dat biomarkers, en evidentie die gegenereerd wordt uit *Real World Data* een steeds belangrijker plaats inneemt, bijvoorbeeld omwille van de steeds preciezere ‘personalisering’ van precisie-geneesmiddelen.

Met het gebruik van biomarkers heeft de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen ervaring, en zoals u weet werd in de Roadmap die in de vorige legislatuur werd vastgesteld, een belangrijk hoofdstuk voorzien voor de instelling van een *EvidentiePlatform*, waarin *Real World Evidence* een concrete plaats moet krijgen. Ik kan u bevestigen dat ik de voorbereidende werken voor dit belangrijke initiatief van dichtbij blijf opvolgen en ondersteunen.

4^{de} Deel

Richtlijnen



De procedure voor het bepalen van het gezinsinkomen bij de toepassing van de Maximumfactuur vastgesteld op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbenden in uitvoering van artikel 16 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002, tot uitvoering van hoofdstuk III*bis* en van titel III van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd door artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 juni 2022

In deze omzendbrief wordt de procedure beschreven voor het bepalen van het gezinsinkomen bij de toepassing van de Maximumfactuur (MAF) op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbende. Dit type MAF wordt ook de Inkomensmaximumfactuur genoemd.

De omzendbrief stelt de modaliteiten en termijnen vast voor de gegevensuitwisseling tussen de Dienst voor administratieve controle (DAC) en de verzekeringsinstellingen (V.I.) in het kader van dit proces. Als bijlage bij deze omzendbrief gaat een technische beschrijving van deze gegevensuitwisseling.

Tot in 2011 werd de informatie over deze gegevensuitwisseling in één omzendbrief opgenomen met de modaliteiten met betrekking tot de uitbetalingsverplichting en de termijnen voor de informatieverstrekking van de V.I. aan de sociaal verzekerden. Het tweede luik wordt nu in een aparte omzendbrief, namelijk omzendbrief V.I. nr. 2016/85 van 30 maart 2016, vastgelegd.

Deze omzendbrief en het bijhorend technisch document¹ hebben betrekking op het MAF-jaar 2025.

1. Inleiding

Het systeem van de MAF beoogt de financiële toegankelijkheid van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging te verbeteren door de kosten van geneeskundige verzorging voor alle gezinnen te beperken tot een bepaald maximumbedrag. Dat maximumbedrag varieert in functie van het inkomen van het gezin waartoe men behoort of in functie van de sociale categorie waar men deel van uitmaakt.

1. [Hier niet gepubliceerd.](#)

2. Het doel van het proces

De belangrijkste bestaansreden van dit proces is de toekenning van de MAF mogelijk te maken. Om de MAF correct toe te kennen, moeten de verzekeringsinstellingen in principe beschikken over het gezinsinkomen van alle gezinnen waarvan het oudste lid bij hen is aangesloten. Het gezinsinkomen is nodig om ze onder te brengen in de juiste categorie.

Omdat de V.I. deze gegevens niet rechtstreeks via de FOD Financiën kunnen verkrijgen, sturen zij in eerste instantie hun gezinnen door naar de DAC van het RIZIV. Op basis van de inkomensgegevens, die de DAC verkrijgt van de FOD Financiën, bezorgt de Cel MAF van deze dienst vervolgens het gezinsinkomen en de bijhorende MAF-categorie aan de V.I.

3. Algemene beschrijving van het proces

3.1. Beschrijving van het proces

De grote lijnen van de procedure voor het bepalen van het gezinsinkomen worden beschreven in het koninklijk besluit van 15 juli 2002. De beschrijving is terug te vinden in artikel 16 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002, gewijzigd door artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 juni 2022.

De V.I. houden per gezin het bereikte totaalbedrag aan persoonlijke aandelen in de kosten van geneeskundige verzorging bij. Indien dit totaalbedrag 260,10 EUR bereikt, maken de verzekeringsinstellingen de identificatiegegevens van de leden van het betrokken gezin over aan de DAC van het RIZIV.²

De V.I. stuurt ook een aanvraag voor een gezin waarvan de leden 260,10 EUR aan persoonlijke aandelen in de kosten van geneeskundige verzorging hebben bereikt én voor wie de sociale maximumfactuur werd toegepast.

Nadat de DAC de gezinnen heeft ontvangen, maakt de dienst de betrokken sociaal verzekerden, via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ), over aan de FOD Financiën. In antwoord maakt de FOD Financiën via de KSZ de fiscale inkomsten van betrokkenen over aan de DAC (per aanslagjaar en per gezinslid) in de flux TAXI AS. De toekenning van de MAF gebeurt op basis van het netto gezinsinkomen zoals het gekend is door de FOD Financiën.

De DAC telt de inkomsten samen per gezin en het gezinsinkomen wordt ondergebracht in één van de 6 categorieën (zie omzendbrief V.I. 2025/3 van 09.01.2025: Maximumfactuur. Dienstjaar 2025 & het technisch document in bijlage). De DAC stuurt de resultaten gecodeerd door naar de verzekeringsinstellingen. De codes staan voor het remgeldplafond.

2. 142,93 EUR in het geval dat het gaat om een gezin met (potentieel) de MAF chronisch zieken.

Verdere gegevens met betrekking tot de fiscale inkomsten van betrokkenen worden niet meegedeeld aan de verzekeringsinstellingen. De mededeling door het RIZIV blijft beperkt tot de gecodeerde categorie waartoe het betrokken gezin behoort voor de toepassing van de inkomens MAF. De enige uitzondering hierop zijn de gevallen die worden beschreven in artikel 19 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002. Als de FOD Financiën laat weten dat zij geen informatie bezit over minstens één gezinslid, bezorgt de DAC het totale bedrag van de inkomens van de andere rechthebbenden die het gezin vormen.

De verwerking van een MAF-jaar neemt 3 kalenderjaren in beslag. Een MAF-jaar wordt 2 jaar na het betreffende kalenderjaar afgesloten, omdat de getuigschriften voor verstrekte hulp tot 2 jaar na de verstrekingsdatum kunnen worden ingediend. Zo zullen de remgeldtellers voor het MAF-jaar 2025 worden afgesloten op 31 december 2027.

Zo kan iemand in 2026 nog recht krijgen op de MAF voor prestaties uit 2025 waarvoor hij/zij nu pas zijn/haar getuigschriften opstuurt naar zijn/haar ziekenfonds.

Gedurende dit 3 jaar durende proces sturen de V.I. 2 keer feedback door met betrekking tot de toekenning van de MAF. De eerste keer voor gezinnen waarvoor het inkomen niet (volledig) gekend was bij de FOD Financiën. De tweede keer bij de toepassing van behartigenswaardige gevallen. De gegevensuitwisseling gebeurt via Carenet.

3.2. Gebruik van het aanvraagnummer

Dit is een uniek nummer dat de aanvraag van de V.I. identificeert doorheen het hele bestaan van de MAF-toepassing. Met andere woorden, twee records van dezelfde V.I. zullen nooit hetzelfde aanvraagnummer hebben en dit zelfs als deze 2 records zich in 2 verschillende bestanden bevinden. De structuur van dit nummer is vrij. De enige voorwaarde is dat het numeriek moet zijn.

Het aanvraagnummer blijft behouden voor eenzelfde gezin tijdens alle stappen van de gegevensuitwisseling. Zo verschilt het niet tussen de aanvraag, het antwoord en indien nodig de verwerping of de feedback.

3.3. Het effect van een mutatie tijdens het proces

In de uitwisseling van gegevens wordt geen rekening gehouden met de mutatie van de MAF-aanvrager tijdens het proces. De dienst stuurt het antwoordbestand door naar de V.I. die het bestand met aanvragen verstuurd. De records worden niet gefilterd.

Informatie over de MAF zit in de mutatieflux. (NOTA NIC MAF. Overdracht inter-V.I. na mutatie/transfert. Versie 19.0 van maart 2024) Bij een mutatie naar een andere V.I., moet de oude V.I. alle informatie ter beschikking stellen of doorsturen die het nieuw ziekenfonds toelaat de MAF verder toe te passen.

3.4. Historiek/wijziging van (de) INSZ-nummers

In de uitwisseling van gegevens wordt de informatie binnen de bestanden niet gewijzigd naar aanleiding van een wijziging van het INSZ- nummer van de MAF-aanvrager noch dat van een van de gezinsleden. De dienst stuurt het INSZ-nummer uit het aanvraagbestand door naar de V.I. in het antwoordbestand. De records worden niet aangepast.

De V.I. wordt wel via mail op de hoogte gebracht van de wijziging van INSZ-nummers.

De verwerking van deze gevallen gebeurt in de Cel MAF tijdens de controle. De medewerkers krijgen de informatie over de verandering van een INSZ vanuit het Rijksregister en houden de INSZ-nummers bij die gewijzigd zijn. Deze worden regelmatig per mail overgemaakt aan de V.I. In de mail staat een overzicht met de gewijzigde INSZ: het aanvraagnummer, de oude INSZ en de nieuwe INSZ.

4. Actuele context

Voor mensen die tijdelijke bescherming genieten, is het noodzakelijk om in 2025 te verwijzen naar de regels die van toepassing zijn op de MAF, beschreven in omzendbrief V.I. nr. 2024/245³ van 20 augustus 2024.

Ze verschillen afhankelijk van het feit of deze mensen in 2022/2023 of 2024 in België zijn aangekomen of dat ze deel uitmaken van een gezin waarvan bepaalde leden niet van deze tijdelijke bescherming genieten.

5. Lijst met gezinnen met 260,10 EUR remgeld (aanvragen)

5.1. Overdracht van de gegevens

De V.I. dienen uiterlijk op 31 mei van 2025 hun eerste zending met aanvragen voor het betreffende MAF-jaar, namelijk MAF 2025, over te maken aan de DAC. Nadien sturen zij maandelijks minstens één zending met aanvragen door. De verplichting van één zending per maand houdt op te bestaan in de maand december van het MAF-jaar +1. Voor het MAF-jaar 2025 is dat in december 2026. Na deze datum zijn de V.I. vrij om de frequentie waarmee nog zendingen worden overgemaakt zelf te bepalen.

Zijn er geen dossiers in een bepaalde maand voor december 2026 dan dient de verzekeringsinstelling dit te melden in een gemotiveerd schrijven⁴ aan de DAC. Het minimum aantal zendingen mag steeds overschreden worden.

De inhoud van de zending moet conform zijn opgesteld aan de lay-out beschreven in het technisch document dat zich in bijlage⁵ bevindt bij deze omzendbrief.

De datum waarop het bestand met aanvragen wordt gecreëerd “Creation Date” geldt als enige officiële referentiedatum voor ontvangst.

3. Gepubliceerd in I.B. nr. 2024/3.

4. Per post of per e-mail totdat een beveiligde oplossing is aangemaakt.

5. Hier niet gepubliceerd.

5.2. Welke gezinnen ?

Zodra een gezin voor een bepaald MAF-jaar 260,10 EUR aan persoonlijke aandelen ten laste heeft genomen, zijn de V.I. er toe gehouden het dossier over te maken.

Voor de bepaling van de inkomenscategorie van een gezin met de inkomens-MAF waarvan minstens één lid chronisch ziek is, volgens de bepaling van de maatregel MAF chronisch zieken, maakt de V.I. de aanvraag over aan de Cel MAF van de DAC vanaf het ogenblik dat het gezin een bedrag van 142,93 EUR aan persoonlijke aandelen in zijn remgeldteller heeft staan. (Art. 16 van het K.B. van 15.07.2002, gewijzigd door art. 1 van het K.B. van 14.06.2022)

De V.I. stuurt ook een aanvraag voor een gezin waarvan de leden 260,10 EUR aan persoonlijke aandelen in de kosten van geneeskundige verzorging hebben bereikt én voor wie de sociale maximumfactuur werd toegepast (niet alleen wanneer het Rijksregistergezin ruimer is dan het V.T.-gezin en dus ook bestaat uit leden die geen deel uitmaken van het gezin waaraan de sociale MAF werd toegekend).

Als het inkomen van dit gezin niet in categorie G zit en het plafond van 260,10 EUR dus niet kan worden toegepast, wordt het plafond van de sociale MAF van 527,27 EUR toegepast.

5.3. Het INSZ-nummer van de aanvrager en de gezinsleden

De voornaamste informatie in dit bestand is het INSZ-nummer, vooral het INSZ-nummer van de aanvrager, maar ook deze van de verschillende gezinsleden. Het INSZ-nummer van de aanvrager wordt in het bestand systematische controle opgenomen in een apart veld. De aanvrager is het oudste gezinslid. (zie technisch document, sectie 1.1 tot 1.3)

5.4. Sociaal verzekerden zonder INSZ-nummer

Voorbeelden waar een gezinslid geen INSZ-nummer heeft:

- o de rechthebbende, sociaal verzekerde, woont in het buitenland. Deze heeft, samen met zijn/haar gezin, een recht op de maximumfactuur na een inkomstenonderzoek. Deze gezinsleden hebben geen INSZ- of bisnummer.
- o de pasgeboren baby's die nog geen INSZ-nummer hebben. Dit is weinig waarschijnlijk. De INSZ-nummers worden binnen de 2 à 10 dagen gegeven.

In deze voorbeelden gaat het steeds om gezinsleden zonder INSZ-nummer, en niet om aanvragers.

Bij in het buitenland wonende sociaal verzekerden zouden we (voor de flux) altijd de persoon met een INSZ- of bisnummer als aanvrager aangeven. Elk gezin in de gegevensuitwisseling telt minstens een INSZ- of bisnummer, dat van de aanvrager.

Als er gezinsleden zijn zonder INSZ-nummer worden deze gezinsleden niet meegedeeld. De fiscus heeft toch geen inkomensgegevens voor deze personen. Het is aan de verzekeringsinstelling om deze gevallen op te volgen.

5.5. Aanvraagtypes

Het gebruik van de aanvraagtypes heeft te maken met de verschillende gezinssituaties van de rechthebbenden op de maximumfactuur. (art. 9 van het K.B. van 15.07.2002). Personen die in gemeenschappen wonen, worden onder bepaalde voorwaarden beschouwd als verschillende eenpersoonsgezinnen in plaats van een groot Rijksregistergezin. Er bestaan ook andere uitzonderingen op de regel “Rijksregistergezin op 1 januari 2025”.

Aanvraagtype 0

Aanvraag voor een gezin met een verblijfplaats in het buitenland volgens de omzendbrief V.I. nr. 2011/301 van 18 juli 2011 “MAF - rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging woonachtig in een land waar de Europese Verordeningen inzake Sociale Zekerheid of een overeenkomst betreffende de Sociale Zekerheid, gesloten tussen België en één of meerdere Staten, van toepassing zijn”. Deze omzendbrief is van toepassing vanaf 1 januari 2012.

Belgische sociaal verzekerden in 31 landen met een terugkeerrecht voor geneeskundige verzorging hebben ook recht op de MAF voor prestaties geneeskundige verzorging die ze in België ondergaan volgens de richtlijnen van deze omzendbrief.⁶

Aanvraagtype 1

Aanvraag voor een Rijksregistergezin op 1 januari 2025.

Het Rijksregistergezin waaraan het recht op de inkomens-MAF wordt toegekend, staat beschreven in artikel 37 *decies*, §3 van de gecoördineerde wet, waarnaar verwezen wordt door artikel 37 *undecies*, §1 van dezelfde gecoördineerde wet. Het gezin wordt samengesteld op basis van de informatie die is opgenomen in het Rijksregister van de natuurlijke personen op 1 januari van een kalenderjaar in aanmerking genomen om het recht van het betrokken gezin te bepalen in het raam van het maximum te factureren bedrag in de loop van datzelfde jaar.⁷

Het gezin wordt aangevuld met de eerste inschrijving in het Rijksregister van een kind met een leeftijd van maximaal 16 jaar zoals bedoeld in artikel 11 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002. Voor de MAF 2025 zijn dat de eerste inschrijvingen van kinderen geboren tussen “2009 en 2025”. Eerste inschrijving in het Rijksregister van kinderen geboren in het jaar 2008 of ouder worden in 2025 niet bij het MAF-gezin gerekend.⁸

Aanvraagtype 2

De rechthebbende die op 1 januari 2025 zijn hoofdverblijfplaats heeft in een kloostergemeenschap wordt beschouwd als een eenpersoonsgezin. (Art. 9. § 1. 2^{de} lid van het K.B. van 15.07.2002)

6. Zie lijst met landen in bijlage van deze omzendbrief (bijlage 2) (hier niet gepubliceerd).

7. Indien iemand uitzonderlijk tijdelijk op twee plaatsen staat ingeschreven op 01.01, wordt voor de gezinssamenstelling rekening gehouden met de laatste situatie in het Rijksregister op 01.01. Een persoon die op 01.01 verhuist zal dus deel uitmaken van het gezin van zijn nieuwe verblijfplaats.

8. Het kind wordt steeds toegevoegd aan het Rijksregistergezin verbonden aan het adres waar het voor het eerst wordt ingeschreven. Indien zich een situatie voordoet waarin dit onmogelijk is omdat dit gezin in het verleden niet bestond, wordt het kind ingeschreven bij de oudste persoon.

Onder “kloostergemeenschap” wordt de gemeenschap verstaan die in aanmerking wordt genomen voor de inschrijving in de hoedanigheid van gerechtigde in de zin van artikel 32, eerste lid, 21° van de gecoördineerde wet.

Aanvraagtype 3

Aanvragen met aanvraagtype 3 hebben betrekking op gezinnen met een gereglementeerde vorm van gezinsplaatsing zoals bedoeld in artikel 37 *decies*, §2, tweede lid, van de gecoördineerde wet waarnaar verwezen wordt door artikel 37 *undecies*, §1 van dezelfde gecoördineerde wet. Om die reden is het gezin dat in rekening wordt genomen afwijkend van het officiële Rijksregistergezin.

Aanvraagtype 4

Aanvraagtype 4 is gelinkt met aanvraagtype 3. Aanvraagtypes 4 zijn aanvragen voor gezinnen verminderd met het lid of de leden geciteerd in het aanvraagtype 3.

De vermindering van het Rijksregistergezin met deze personen die worden meegedeeld in een aanvraag met type 3 zorgt er voor dat het gezin waaraan de MAF kan worden toegekend afwijkt van het officiële Rijksregistergezin.

Aanvraagtype 5

Aanvraagtype 5 is het aanvraagtype dat wordt gebruikt voor een gezin dat zich in een afhankelijkheidssituatie bevindt en ervoor gekozen heeft op zichzelf een gezin te vormen. De gerechtigde heeft evenwel de verplichting dit gezin te vormen met zijn of haar echtgenoot/echtgenote of de persoon met wie hij of zij een feitelijk gezin vormt en met zijn/haar persoon (personen) ten laste (art. 10 § 3 van het K.B. van 15.07.2002). Door deze gezinsleden verschilt het gezin waarvoor de inkomsten worden opgevraagd en rechten worden toegekend in het kader van de MAF van het officiële Rijksregistergezin.

Aanvraagtype 6

Aanvraagtype 6 is gelinkt met aanvraagtype 5. Aanvraagtypes 6 zijn aanvragen voor gezinnen verminderd met het lid of de leden geciteerd in het aanvraagtype 5.

De vermindering van het Rijksregistergezin met deze personen die worden meegedeeld in een aanvraag met type 5 zorgt er voor dat het gezin waaraan de MAF kan worden toegekend afwijkt van het officiële Rijksregistergezin.

Aanvraagtype 7

Aanvraagtype 7 wordt gebruikt voor gezinnen zoals bedoeld in artikel 9 § 2 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002. In afwijking van artikel 9 § 1, vormt een rechthebbende die dezelfde hoofdverblijfplaats heeft als zijn/haar echtgenote/echtgenoot of hun personen ten laste, met die personen een gezin.

Dat geldt eveneens als een rechthebbende dezelfde hoofdverblijfplaats heeft als de persoon met wie hij (zij) een feitelijk gezin vormt. Vormen een feitelijk gezin, de personen die samen onder hetzelfde dak wonen en de huishoudelijke problemen hoofdzakelijk gemeenschappelijk regelen.

De situatie die in aanmerking wordt genomen voor gezinnen met aanvraagtype 7 is ook de situatie op 1 januari van het jaar waarin de maximumfactuur wordt toegekend. In deze omzendbrief dus 1 januari 2025.⁹

Aanvraagtype 8

Aanvraagtypes 8 zijn er voor gezinnen verschillend van het Rijksregister, omdat ze vallen onder het artikel 9 § 1 of artikel 12 § 1 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002¹⁰.

Artikel 9 § 1 eerste lid: De rechthebbende verblijft op 1 januari van het MAF-jaar als hoofdverblijfplaats in een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis, een initiatief voor beschut wonen, een centrum voor sociaal verweer of een gevangenis.¹¹ Om die reden vormt de rechthebbende een éénpersoonsgezin (uitzondering artikel 9 § 2, zie aanvraagtype 7).¹²

Ter verduidelijking geven we graag mee dat mensen waarvoor bij het adres in het rijksregister “diplomatische post” vermeld staat, daarom geen diplomaten zijn. Dit gegeven geeft louter aan dat een Belg die in het buitenland woont zich heeft aangemeld bij de diplomatieke post van ons land in zijn woonland.

Aanvraagtype 9

Aanvraagtype 9 is gelinkt met aanvraagtype 2. Aanvraagtypes 9 zijn aanvragen voor gezinnen verminderd met het lid of de leden geciteerd bij aanvraagtype 2.

De vermindering van het Rijksregistergezin met deze personen die worden meegedeeld in een aanvraag met type 2 zorgt er voor dat het gezin waaraan de MAF kan worden toegekend afwijkt van het officiële Rijksregistergezin.

9. Broers of zussen die samen in een niet-religieuze instelling verblijven, kunnen samen een feitelijk gezin vormen, op voorwaarde dat ze de huishoudelijke problemen hoofdzakelijk gemeenschappelijk regelen. In dit geval vormen zij samen een MAF gezin. Als een van de broers of zussen in het Rijksregister als referentiepersoon wordt vermeld van een gezin waarvan ook andere broers of zussen deel uitmaken, kan er voor het RIZIV van uitgegaan worden dat ze een feitelijk gezin vormen. Als dat niet het geval is kan men enkel op basis van feitelijke elementen oordelen dat ze de huishoudelijke problemen hoofdzakelijk gemeenschappelijk regelen en een feitelijk gezin vormen.

10. Art. 12, § 1, betreft:

1. in het buitenland wonende begunstigden van een verplichte ziekteverzekering die krachtens een verordening van de Europese Unie of een tussen België en een of meer staten gesloten socialezekerheidsverdrag in het land van verblijf en tijdens hun tijdelijk verblijf in België recht hebben op terugbetaling van prestaties voor rekening van de verplichte ziekteverzekering;
2. personen die zijn vrijgesteld van elke inschrijving in het Rijksregister van Natuurlijke Personen, overeenkomstig art. 19 van het K.B. van 16.07.1992 betreffende de bevolkingsregisters en het vreemdelingenregister.

11. Andere middelen dan het R.R. zijn toegestaan als bewijs van hoofdverblijfplaats op 01.01 als, en enkel als, de rechthebbende op 01.01 zijn (haar) hoofdverblijfplaats heeft in een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis, een initiatief voor beschut wonen, een centrum voor sociaal verweer of een gevangenis.

12. Buitenlandse studenten die een kot huren van de universiteit beantwoorden niet aan de definitie van personen die in een gemeenschap leven.

6. Controles uitgevoerd door de DAC

De DAC controleert de aanvragen op het niveau van de juiste samenstelling van de gecommuniceerde gezinnen. Dit beheer is afhankelijk van het type aanvraag. De cel MAF controleert standaard 100% van de aanvragen. In tijden van hoge werkdruk wordt echter een klein percentage van de aanvragen zonder controle geaccepteerd, om vertragingen bij de verwerking te beperken die gevolgen zouden hebben voor de tijd die nodig is om rechten toe te kennen. Aangezien dit percentage minimaal is, is het foutenpercentage normaal ook minimaal, maar mogelijks dus niet nul.

Naast het controleren van hun inhoud, worden verzoeken ook gecontroleerd op andere soorten fouten. Sommige fouten worden gedetecteerd na een syntactische controle. Dit bijvoorbeeld bij een verzoek met een wederkerigheid of een niet-bestaande numerieke waarde in het veld "toepassingsnummer".

Dan zijn er ook nog de controles op de integratie van NISS- en *bis*-nummers in de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ). Wanneer NISS- of bis-nummers niet geldig zijn, verzendt de KSZ een foutbericht. Deze KSZ-foutcodes en -berichten worden ook in de vorm van een code naar de V.I. verzonden. Deze code is ook opgenomen in het technisch document. Het bericht dat een nieuw INSZ is gecommuniceerd naar de KSZ blokkeert het proces niet. INSZ-wijzigingen worden via een apart kanaal aan de V.I. gecommuniceerd.

7. Opvragen en ontvangen inkomstengegevens door DAC

7.1. Gegevensuitwisseling

Nadat de DAC de lijst met gezinnen heeft ontvangen, maakt de dienst de INSZ-nummers van de betrokken sociaal verzekerden (gezinsleden), via de KSZ, over aan de FOD Financiën.

Als antwoord maakt de FOD Financiën, ook via de KSZ, de netto-inkomsten van betrokkenen over aan de DAC (per aanslagjaar en per gezinslid). Naast de inkomsten worden ook een inkomenscode (indicatie van de kwaliteit van het antwoord) en een heleboel andere gegevens doorgestuurd.

7.2. Het inkomstenjaar (X-2)

Het inkomstenjaar is het jaar van het inkomen dat gebruikt wordt om de categorie van het gezin te berekenen.

De inkomsten voor het MAF-jaar zelf zijn niet bekend bij de FOD Financiën bij de aanvang van het MAF-jaar. De belastingdienst beschikt niet over de inkomsten van het lopende jaar. De inkomsten uit het derde jaar voorafgaand aan het MAF-jaar waren de enige inkomsten waarover men bij de creatie van de MAF met zekerheid beschikte. De notie van het meest recente inkomstenjaar is moeilijk te definiëren en leidt tot het gebruik van verschillende jaren afhankelijk per gezin. Daarom wordt voor alle gezinnen bij de bepaling van het MAF-plafond voor een specifiek MAF-jaar hetzelfde inkomstenjaar gebruikt. Tot en met het MAF-jaar 2018 is het inkomstenjaar het jaar MAF-3. Vanaf het MAF-jaar 2019 wordt het jaar MAF-2 ingevoerd als inkomstenjaar bij de toepassing van de Inkomensmaximumfactuur. (37*duodecies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.07.1994)

Voor de MAF 2025 is het jaar van de inkomsten 2023.

7.3. Berekening fiscale leeftijd (zie technisch document)

De leeftijd van een gezinslid wordt geëvalueerd ten opzichte van de datum van 1 januari van het aanslagjaar. Op basis van de geboortedatum van het INSZ bepalen wij of het lid ouder of jonger is dan 16 jaar op datum van 1 januari van het aanslagjaar.

De berekening van de leeftijd is gerechtvaardigd door het feit dat elke belastingplichtige verondersteld wordt gekend te zijn bij de FOD Financiën (geregistreerd in hun database) als hij/zij de leeftijd van 16 jaar bereikt heeft op 1 januari van het aanslagjaar. Vanaf de leeftijd van 16 jaar kan het gebrek aan inkomsten gekend bij de FOD Financiën voor die persoon leiden tot een onbetrouwbare inkomenscode.

Het inkomen waarmee rekening wordt gehouden voor het MAF-jaar 2025 is het inkomen ontvangen in 2023. Het aanslagjaar is het jaar 2024. De leeftijd (+ of – 16 jaar) wordt berekend ten opzichte van 1 januari 2024. (tot 2008, kind < 16 jaar; vanaf 2007, kind ≥ 16 jaar).

8. Berekening gezinsinkomen en toekennen MAF-categorie

De DAC telt de inkomsten samen per gezin en het gezinsinkomen wordt ondergebracht in één van de 6 categorieën (zie omzendbrief V.I. nr 2025/3 van 09.01.2025: Maximumfactuur. Dienstjaar 2025 & het technisch document in bijlage). De DAC stuurt de resultaten gecodeerd door naar de verzekeringsinstellingen. De codes staan voor het remgeldplafond dat van toepassing is voor het gezin. Deze informatie is voldoende om de verzekeringsinstelling in staat te stellen om het recht correct toe te kennen.

Verdere gegevens met betrekking tot de fiscale inkomsten van betrokkenen worden niet meegedeeld aan de verzekeringsinstellingen. De mededeling door het RIZIV blijft beperkt tot de gecodeerde categorie waartoe het betrokken gezin behoort voor de toepassing van de inkomens-MAF. De enige uitzondering hierop zijn de gevallen die worden beschreven in artikel 19 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002, Als de FOD Financiën laat weten dat zij geen informatie bezit over minstens één gezinslid (inkomenscode ≠ 0), bezorgt de DAC, desgevallend het totale bedrag van de inkomens van de andere rechthebbenden die het gezin vormen, tenzij het om een gezinslid gaat dat jonger is dan 16 jaar.

Op de verdere toekenning door de V.I. van de MAF-rechten voor gezinnen die zich in deze situatie bevinden, wordt ingegaan in het hoofdstuk over de Feedback.

9. Versturen MAF-categorieën en vaststellingen door de DAC (antwoorden)

9.1. Overdracht van de gegevens aan de verzekeringsinstelling

De DAC antwoordt uiterlijk 30 kalenderdagen na de ontvangstdatum van het aanvraagbestand.

9.2. Welke informatie?

Het antwoord in het bestand kan erg verschillen tussen verschillende gezinnen (records) van de lijst. Voor de correct samengestelde gezinnen wordt een MAF-categorie (letter van B tot G) meegedeeld.

Deze letter staat voor het plafondbedrag dat de V.I. voor dat gezin mag toepassen. Naast de letter, deelt DAC ook mee of het antwoord betrouwbaar is of niet. Betrouwbaar wil zeggen dat de inkomsten van alle gezinsleden gekend zijn bij de FOD Financiën. Met onbetrouwbaar worden de gezinnen bedoeld waar het plafond (en het inkomen) berekend werden op onvolledige informatie omdat voor tenminste één gezinslid geen informatie beschikbaar was bij de FOD Financiën. Bij de aanvragen met onbetrouwbaar remgeldplafond wordt ook het detail van de gekende fiscale gegevens meegedeeld aan de V.I.

Dan zijn er nog de returncodes bij vaststellingen door de DAC of de foutcodes bij syntactische of integratiefouten.

De verschillende opties:

- o code betrouwbaar remgeldplafond
- o code onbetrouwbaar remgeldplafond (+ detail gekende fiscale gegevens)
- o code vaststelling DAC (geen fiscale gegevens, wel gezin fout samengesteld of dubbele aanvraag).

10. Feedback van de verzekeringsinstellingen

10.1. Soorten feedback

De verzekeringsinstelling die het dossier beheert waarbij inkomensgegevens ontbreken, licht de DAC in over twee types beslissingen in de toekenning van de MAF. Ten eerste de verwerking van de aanvragen met ontbrekende gezinsinkomens (art. 21 van het K.B. van 15.07.2002). Naast deze eerste soort feedback, brengt de V.I. de DAC ook op de hoogte van toegekende behartigenswaardige gevallen (artn. 22 tot 24 van het K.B. van 15.07.2002, gewijzigd door artn. 3 en 4 van het K.B. van 14.06.2022).

10.2. Welke informatie ?

Zoals vermeld staat in de inleiding zijn er twee situaties waarvoor de V.I. feedback versturen naar de Cel MAF:

- o feedback op gezinnen met onvolledige inkomstengegevens (en dus zonder MAF-categorie)
- o feedback op de toekenning van de behartigenswaardige gevallen.

De eerste beslissing waarvoor feedback wordt gegeven is de toekenning van het recht aan gezinnen die op het einde van het proces met het RIZIV en de FOD Financiën met een onvolledig gezinsinkomen blijven, en waarvan er vanuit de Cel MAF dus geen MAF-categorie kon worden toegekend.

De V.I. definieert de MAF-categorie door de betrokken rechthebbende(n) een verklaring op erewoord te laten invullen en ondertekenen met vermelding van het inkomen waarover hij/ze beschikte(n) tijdens het gebruikte inkomstenjaar. De verklaring op erewoord (VOE) is conform het model dat in bijlage I van het koninklijk besluit van 15 juli 2002 is opgenomen. Deze inkomens worden toegevoegd aan de inkomens meegedeeld door het RIZIV. Op basis van deze som van de inkomens definieert het ziekenfonds de categorie van het gezin.¹³

De records die de V.I. toelaten om aan het RIZIV de gezinnen mee te delen waarvoor de inkomens van sommige leden niet gekend waren door de FOD Financiën, zijn de records met returncode '02'. De V.I. communiceert alleen feedback op de verklaring op erewoord aan hen die uiteindelijk van het recht op de MAF genoten hebben na het inkomensonderzoek.

De tweede soort beslissing waarvoor feedback wordt gegeven is de toekenning van de behartigenswaardigheid aan bepaalde gezinnen. Hier wordt de MAF toegekend aan een gezin dat een significante inkomensdaling ondergaan heeft.

Voor alle gezinnen die een significante inkomensdaling ondergaan hebben ten opzichte van de inkomens gebruikt om de MAF toe te kennen of te weigeren, wordt een enquête uitgevoerd om de bruto belastbare inkomens van het gezin te ramen voor het betreffende jaar. Op basis van deze inkomens zal de V.I. de categorie bepalen waartoe het gezin behoort en zal het beslissen of de MAF toegekend of geweigerd wordt.

De V.I. moet kunnen vaststellen dat het inkomen van dat gezin lager is dan één van de drie laagste inkomensplafonds (G-B-C), bedoeld in artikel 37^{undecies}, § 1 van de gecoördineerde wet.

In geval van toekenning van de behartigenswaardigheid moet het ziekenfonds zijn beslissing doorsturen naar de Cel MAF van de DAC van het RIZIV.

10.3. Overdracht van de feedbackgegevens

Voor een MAF-jaar moeten de verzekeringsinstellingen tussen de 1^{ste} en de 31^{ste} januari van datzelfde MAF-jaar+2 en MAF-jaar+3 de feedbackbestanden overmaken aan de DAC.

Indien van toepassing verzendt de V.I. per MAF-jaar 1 dossier met daarin de twee soorten beslissingen.

Als een V.I. voor een MAF-jaar geen bestand heeft om te communiceren, moet hij naast het toesturen van het lege bestand, dit ook melden aan de DAC in een gemotiveerde brief.¹⁴

De inhoud van de feedbackzendingen moet conform zijn opgesteld aan de lay-out beschreven in het technisch document “*Uitvoering Maximumfactuur 2025 Stroom V.I. <-> RIZIV*”. Het technisch document bevindt zich in bijlage¹⁵ bij deze omzendbrief.

13. Bij intermutualistische gezinnen moet de VOE ingediend worden bij de eigen mutualiteit. Deze informatie staat opgenomen in de template voor de VOE, in bijlage van het K.B. van 15.07.2002. Elk gezinslid dient dus zijn verklaring in bij zijn eigen ziekenfonds en het beherend ziekenfonds van het gezinshoofd is verantwoordelijk voor het verzamelen van alle inlichtingen.

14. Per post of per e-mail totdat een beveiligde oplossing is aangemaakt.

15. Hier niet gepubliceerd.

Elk type record wordt geïdentificeerd door een zone “Code info”. De verschillende recordtypes hebben dezelfde lengte, namelijk 31 karakters. Het verschil tussen de twee zit in de waarde van het veld “Code info”. De records met gezinnen waarvoor onbetrouwbare codes terugkwamen van de fiscale administratie en waarvoor de verzekeringsinstelling op basis van een verklaring op een categorie heeft bepaald hebben in dit veld een waarde 1. De waarde van dit veld is bij de gezinnen met een inkomensdaling de waarde 2.

11. Bewaringstermijn(en) van de gegevens

De gegevens moeten minstens bewaard worden voor de duur van de verjaringstermijn die voor de terugvordering van de tegemoetkomingen geldt. Artikel 174, eerste lid, 6° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 bepaalt dat de vordering tot terugvordering van de waarde van de ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging ten onrechte verleende prestaties, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin de prestaties zijn vergoed. Maar krachtens artikel 174, derde lid van de gecoördineerde wet geldt dit soort van verjaring niet als het ten onrechte verlenen van prestaties het gevolg zou zijn van bedrieglijke handelingen waarvoor hij wie ze tot baat strekten, verantwoordelijk is. In dat laatste geval bedraagt de verjaringstermijn 5 jaar. Het is bijgevolg noodzakelijk om alle gegevens, inclusief de gegevens van de belastingadministratie, te bewaren voor een periode van tenminste zes jaar vanaf het einde van de maand waarin de prestaties zijn vergoed, om de gevallen van fraude nog te kunnen opsporen en behandelen. Om de correcte afhandeling van zulke dossiers te verzekeren dienen de verzekeringsinstellingen alle gegevens met betrekking tot de tegemoetkomingen verleend aan een rechthebbende voor een jaar X, te bewaren tot het einde van het jaar X+6.

 **Opmerking:** Alhoewel in het kader van het gebruik van de “Carenet”-infrastructuur, een historiek wordt bijgehouden over 10 jaar, betekent deze historiek niet dat de gegevens met betrekking tot de toepassing van de maximumfactuur ook effectief over de ganse duur van deze periode nog gebruikt kunnen worden: de machtiging voor de gegevensuitwisselingen die door het sectoraal comité van de federale overheid werd verleend, beperkt de bewaringstermijn, tot 6 jaar. Dit betekent dat de gegevens die in het raam van de historiek van de Carenet-gegevensoverdracht worden bijgehouden, dus slechts voor deze termijn effectief gebruikt kunnen worden.

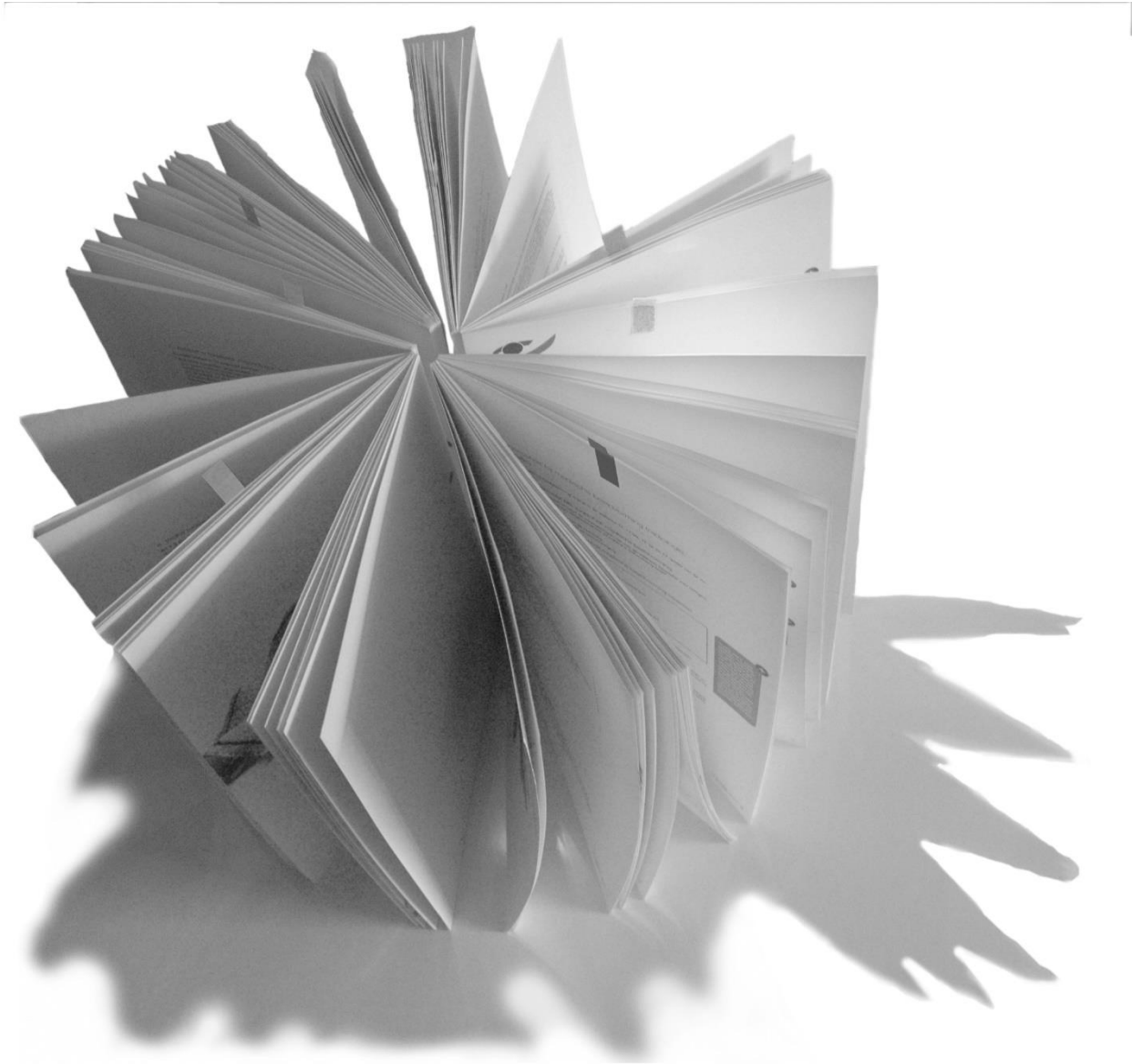
12. Algemene bepalingen

Deze omzendbrief is van toepassing voor het proces inkomsten-MAF voor het MAF-jaar 2025.

 Omzendbrief V.I. nr. 2025/126 – 3998/72 van 15 mei 2025.

5^{de} Deel

Basisgegevens



I. Maximumfactuur - Dienstjaar 2025

Van toepassing vanaf 1 januari 2025.

I. Vaststelling van de referentiebedragen van het inkomen voor het dienstjaar 2025

a) berekening van het gecorrigeerd indexcijfer

Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2024 : 132,04
----- = ----- = 1,0314
Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2023 : 128,02

b) inkomensgrenzen voor het dienstjaar 2025

van	0,00	tot	13.079,37
van	13.079,38	tot	23.399,42
van	23.399,43	tot	35.972,23
van	35.972,24	tot	48.545,09
van	48.545,10	tot	60.594,06
vanaf	60.594,07		

II. Vaststelling van de remgeldplafonds voor het dienstjaar 2025

Algemeen

Dienstjaar 2023	250,00	506,79	732,03	1.126,20	1.576,68	2.027,16
Dienstjaar 2024	254,99	516,92	746,66	1.148,70	1.608,18	2.067,66
Dienstjaar 2025	260,10	527,27	761,61	1.171,70	1.640,38	2.109,06

Vermindering maximumfactuur chronisch zieken

Dienstjaar 2023	112,62
Dienstjaar 2024	114,87
Dienstjaar 2025	117,17

III. Voorwaarden voor toekenning maximumfactuur chronisch zieken dienstjaar 2025

Totaal van de persoonlijke aandelen voor verstrekkingen die tijdens het tweede voorafgaande kalenderjaar en tijdens het onmiddellijk voorafgaande kalenderjaar zijn verricht :

Dienstjaar 2024	516,92
Dienstjaar 2023	506,79



Omzendbrief V.I. nr. 2025/3 – 3998/71 van 9 januari 2025.

II. Grensbedrag van de jaarinkomens, dat de residenten niet mogen bereiken om een vermindering van de persoonlijke bijdrage te genieten (art. 134, derde lid van het K.B. van 03.07.1996) - Residenten

Van toepassing vanaf 1 februari 2025.

Dit bedrag van 25.285,14 EUR, dat gekoppeld is aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen 103,14 (basis 1996 = 100), wordt op dezelfde wijze aangepast aan de evolutie van de consumptieprijzen als de grensbedragen van de inkomens van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

Indexering van de grensbedragen

	Residenten (in EUR)	Personen ten laste (idem verhoogde tegemoetkoming) (in EUR)
Vanaf 1 januari 2002	26.306,66	2.265,63
Vanaf 1 februari 2002	26.832,59	2.310,92
Vanaf 1 juni 2003	27.368,64	2.357,09
Vanaf 1 oktober 2004	27.914,79	2.404,13
Vanaf 1 augustus 2005	28.473,60	2.452,25
Vanaf 1 oktober 2006	29.042,51	2.501,25
Vanaf 1 september 2007 (welvaart)	29.042,51	2.518,75
Vanaf 1 januari 2008	29.624,07	2.602,36
Vanaf 1 mei 2008	30.215,74	2.654,33
Vanaf 1 september 2008	30.820,06	2.707,42
Vanaf 1 juni 2009 (welvaart)	30.820,06	2.756,15
Vanaf 1 januari 2010 (welvaart)	30.820,06	2.788,65
Vanaf 1 september 2010	31.437,01	2.844,47
Vanaf 1 mei 2011	32.066,61	2.901,44
Vanaf 1 september 2011 (welvaart)	32.066,61	2.921,74
Vanaf 1 januari 2012 (welvaart)	32.066,61	2.959,47
Vanaf 1 februari 2012	32.708,86	3.018,74

Vanaf 1 december 2012	33.363,74	3.079,19
Vanaf 1 september 2013 (welvaart)	33.363,74	3.140,77
Vanaf 1 juli 2015	34.031,27	3.203,40
Vanaf 1 september 2015 (welvaart)	34.031,27	3.225,83
Vanaf 1 januari 2016 (welvaart)	34.031,27	3.267,47
Vanaf 1 juni 2016	34.711,44	3.332,74
Vanaf 1 juni 2017	35.404,25	3.399,56
Vanaf 1 september 2017 (welvaart)	35.404,25	3.467,55
Vanaf 1 september 2018	36.112,24	3.536,95
Vanaf 1 juli 2019 (welvaart)	36.112,24	3.622,24
Vanaf 1 maart 2020	36.835,39	3.694,61
Vanaf 1 juli 2021 (welvaart)	36.835,39	3.768,51
Vanaf 1 september 2021	37.571,19	3.843,96
Vanaf 1 januari 2022	38.324,69	4.131,28
Vanaf 1 maart 2022	39.090,83	4.213,90
Vanaf 1 mei 2022	39.872,14	4.298,25
Vanaf 1 augustus 2022	40.668,62	4.383,98
Vanaf 1 november 2022	41.482,80	4.471,78
Vanaf 1 december 2022	42.312,15	4.561,31
Vanaf 1 januari 2023	42.312,15	4.682,19
Vanaf 1 juli 2023 (welvaart)	42.312,15	4.775,84
Vanaf 1 november 2023	43.159,21	4.871,39
Vanaf 1 januari 2024	43.159,21	5.000,48
Vanaf 1 mei 2024	44.021,43	5.100,42
Vanaf 1 februari 2025	44.901,35	5.202,22



Omzendbrief V.l. nr. 2025/37 – 270/101, 273/102, 274/103, 276/152, 2790/105, 2791/101, 2792/100, 3910/2286 en 83/527 van 31 januari 2025.

III. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekerings-tegemoetkoming (art. 37, §19) vanaf 1 februari 2025

Van toepassing vanaf 1 februari 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 17.749,24 en 3.285,87 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.

Op 1 februari 2025 :

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
28.100,75 EUR	5.202,22 EUR

 Omzendbrief V.I. nr. 2025/38 – 3991/403 van 31 januari 2025.

IV. Personen ten laste - Trimestrieel grensbedrag van de inkomens

Overeenkomstig artikel 124, §1, 1°, eerste lid 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, gewijzigd bij artikel 2, van het koninklijk besluit van 29 december 1997 (B.S. 31.12.1997 2^{de} ed.), kan niet meer als persoon ten laste worden beschouwd als bedoeld in artikel 32 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de persoon die beschikt over een inkomen, pensioen, rente, toelage of uitkering (bruto-bedrag) dat **HOGER** is dan het trimestrieel grensbedrag.

Het bedrag per kalenderkwartaal wordt op basis van het bedrag 1.762,82 EUR aan de spilindex 103,14 (basis 1996) berekend. Het wordt aangepast aan de schommelingen van het indexcijfer van de prijzen als bepaald in de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de Openbare Schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient te worden gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid van de arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied, opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld.

Dat geeft voor de *openbare sector* en de *privé-sector*:

1 mei 2011 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 12 = 2.235,68 EUR

1 februari 2012 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 13 = 2.280,40 EUR

1 december 2012 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 14 = 2.326,00 EUR

1 juli 2015 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 15 = 2.372,52 EUR

1 juni 2016 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 16 = 2.419,97 EUR

1 juni 2017 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 17 = 2.468,37 EUR

1 september 2018 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 18 = 2.517,74 EUR

1 maart 2020 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 19 = 2.568,10 EUR

1 september 2021 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 20 = 2.619,46 EUR

1 januari 2022 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 21 = 2.671,85 EUR

1 maart 2022 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 22 = 2.725,28 EUR

1 mei 2022 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 23 = 2.779,79 EUR

1 augustus 2022 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 24 = 2.835,39 EUR

1 november 2022 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 25 = 2.892,09 EUR

1 december 2022 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 26 = 2.949,93 EUR

1 november 2023 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 27 = 3.008,93 EUR

1 mei 2024 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 28 = 3.069,11 EUR

1 februari 2025 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 29 = 3.130,49 EUR

Waarde per trimester		
1 ^{ste} trimester 2010	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87 EUR
2 ^{de} trimester 2010	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87 EUR
3 ^{de} trimester 2010	$2.148,87 \times 2/3 + 2.191,85 \times 1/3$	2.163,20 EUR
4 ^{de} trimester 2010	$2.191,85 \times 3/3$	2.191,85 EUR
1 ^{ste} trimester 2011	$2.191,85 \times 3/3$	2.191,85 EUR
2 ^{de} trimester 2011	$2.191,85 \times 1/3 + 2.235,68 \times 2/3$	2.221,07 EUR
3 ^{de} trimester 2011	$2.235,68 \times 3/3$	2.235,68 EUR
4 ^{de} trimester 2011	$2.235,68 \times 3/3$	2.235,68 EUR
1 ^{ste} trimester 2012	$2.235,68 \times 1/3 + 2.280,40 \times 2/3$	2.265,49 EUR
2 ^{de} trimester 2012	$2.280,40 \times 3/3$	2.280,40 EUR
3 ^{de} trimester 2012	$2.280,40 \times 3/3$	2.280,40 EUR

4 ^{de} trimestre 2012	$2.280,40 \times \frac{2}{3} + 2.326,00 \times \frac{1}{3}$	2.295,60 EUR
1 ^{ste} trimestre 2013	$2.326,00 \times \frac{3}{3}$	2.326,00 EUR
2 ^{de} trimestre 2013	$2.326,00 \times \frac{3}{3}$	2.326,00 EUR
3 ^{de} trimestre 2013	$2.326,00 \times \frac{3}{3}$	2.326,00 EUR
4 ^{de} trimestre 2013	$2.326,00 \times \frac{3}{3}$	2.326,00 EUR
1 ^{ste} trimestre 2014	$2.326,00 \times \frac{3}{3}$	2.326,00 EUR
2 ^{de} trimestre 2014	$2.326,00 \times \frac{3}{3}$	2.326,00 EUR
3 ^{de} trimestre 2014	$2.326,00 \times \frac{3}{3}$	2.326,00 EUR
4 ^{de} trimestre 2014	$2.326,00 \times \frac{3}{3}$	2.326,00 EUR
1 ^{ste} trimestre 2015	$2.326,00 \times \frac{3}{3}$	2.326,00 EUR
2 ^{de} trimestre 2015	$2.326,00 \times \frac{3}{3}$	2.326,00 EUR
3 ^{de} trimestre 2015	$2.372,52 \times \frac{3}{3}$	2.372,52 EUR
4 ^{de} trimestre 2015	$2.372,52 \times \frac{3}{3}$	2.372,52 EUR
1 ^{ste} trimestre 2016	$2.372,52 \times \frac{3}{3}$	2.372,52 EUR
2 ^{de} trimestre 2016	$2.372,52 \times \frac{2}{3} + 2.419,97 \times \frac{1}{3}$	2.388,34 EUR
3 ^{de} trimestre 2016	$2.419,97 \times \frac{3}{3}$	2.419,97 EUR
4 ^{de} trimestre 2016	$2.419,97 \times \frac{3}{3}$	2.419,97 EUR
1 ^{ste} trimestre 2017	$2.419,97 \times \frac{3}{3}$	2.419,97 EUR
2 ^{de} trimestre 2017	$2.419,97 \times \frac{2}{3} + 2.468,37 \times \frac{1}{3}$	2.436,10 EUR
3 ^{de} trimestre 2017	$2.468,37 \times \frac{3}{3}$	2.468,37 EUR
4 ^{de} trimestre 2017	$2.468,37 \times \frac{3}{3}$	2.468,37 EUR
1 ^{ste} trimestre 2018	$2.468,37 \times \frac{3}{3}$	2.468,37 EUR
2 ^{de} trimestre 2018	$2.468,37 \times \frac{3}{3}$	2.468,37 EUR
3 ^{de} trimestre 2018	$2.468,37 \times \frac{2}{3} + 2.517,74 \times \frac{1}{3}$	2.484,83 EUR
4 ^{de} trimestre 2018	$2.517,74 \times \frac{3}{3}$	2.517,74 EUR
1 ^{ste} trimestre 2019	$2.517,74 \times \frac{3}{3}$	2.517,74 EUR
2 ^{de} trimestre 2019	$2.517,74 \times \frac{3}{3}$	2.517,74 EUR
3 ^{de} trimestre 2019	$2.517,74 \times \frac{3}{3}$	2.517,74 EUR
4 ^{de} trimestre 2019	$2.517,74 \times \frac{3}{3}$	2.517,74 EUR
1 ^{ste} trimestre 2020	$2.517,74 \times \frac{2}{3} + 2.568,10 \times \frac{1}{3}$	2.534,53 EUR
2 ^{de} trimestre 2020	$2.568,10 \times \frac{3}{3}$	2.568,10 EUR
3 ^{de} trimestre 2020	$2.568,10 \times \frac{3}{3}$	2.568,10 EUR
4 ^{de} trimestre 2020	$2.568,10 \times \frac{3}{3}$	2.568,10 EUR
1 ^{ste} trimestre 2021	$2.568,10 \times \frac{3}{3}$	2.568,10 EUR

2 ^{de} trimester 2021	$2.568,10 \cdot 3/3$	2.568,10 EUR
3 ^{de} trimester 2021	$2.568,10 \cdot 2/3 + 2.619,46 \cdot 1/3$	2.585,22 EUR
4 ^{de} trimester 2021	$2.619,46 \cdot 3/3$	2.619,46 EUR
1 ^{ste} trimester 2022	$2.671,85 \cdot 2/3 + 2.725,28 \cdot 1/3$	2.689,66 EUR
2 ^{de} trimester 2022	$2.725,28 \cdot 1/3 + 2.779,79 \cdot 2/3$	2.761,62 EUR
3 ^{de} trimester 2022	$2.779,79 \cdot 1/3 + 2.835,39 \cdot 2/3$	2.816,86 EUR
4 ^{de} trimester 2022	$2.835,39 \cdot 1/3 + 2.892,09 \cdot 1/3 + 2.949,93 \cdot 1/3$	2.892,47 EUR
1 ^{ste} trimester 2023	$2.949,93 \cdot 3/3$	2.949,93 EUR
2 ^{de} trimester 2023	$2.949,93 \cdot 3/3$	2.949,93 EUR
3 ^{de} trimester 2023	$2.949,93 \cdot 3/3$	2.949,93 EUR
4 ^{de} trimester 2023	$2.949,93 \cdot 1/3 + 3.008,93 \cdot 2/3$	2.989,26 EUR
1 ^{ste} trimester 2024	$3.008,93 \cdot 3/3$	3.008,93 EUR
2 ^{de} trimester 2024	$3.008,93 \cdot 1/3 + 3.069,11 \cdot 2/3$	3.049,05 EUR
3 ^{de} trimester 2024	$3.069,11 \cdot 3/3$	3.069,11 EUR
4 ^{de} trimester 2024	$3.069,11 \cdot 3/3$	3.069,11 EUR
1^{ste} trimester 2025	$3.069,11 \cdot 1/3 + 3.130,49 \cdot 2/3$	3.110,03 EUR



Omzendbrief V.l. nr. 2025/104 – 248/95 van 31 maart 2025.

Redactiecomité

Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Caroline Lekane
Mevr. Nuray Özdemir
Mevr. Jolanda Gashi
Mevr. Marleen Stevens
Mevr. Céline Faufeder
Mevr. Charlotte Lefebre
De h. Tom Candaele

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponible en français