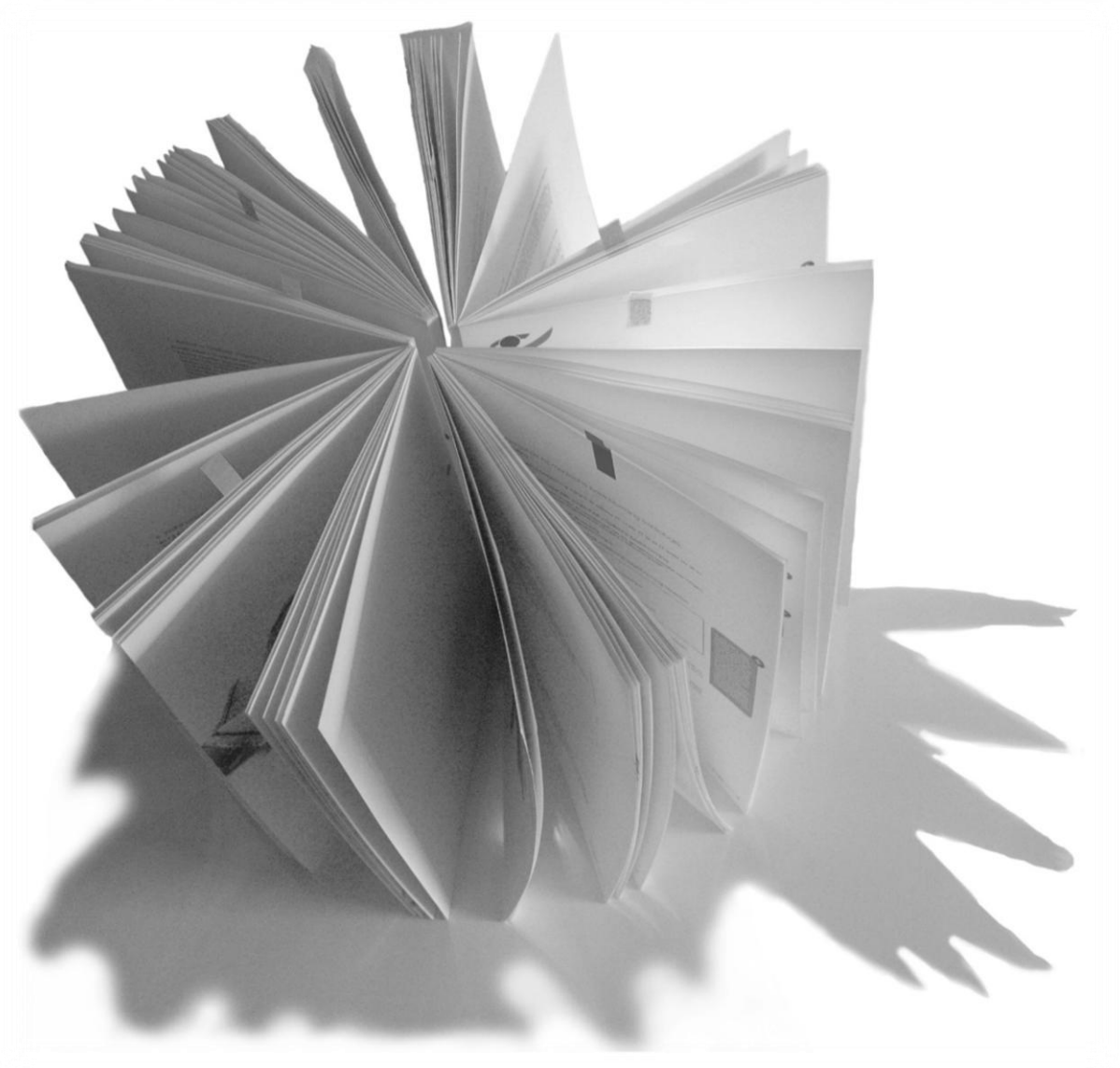
1ste Deel

Evolutie van de wetgeving



4de trimester 2025

1. Wet		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.12.2025 - Editie 1	18.12.2025	Wet houdende diverse bepalingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- Het beginsel van de groeinorm wordt gehandhaafd (art. 40, § 1, lid 5):
  - vanaf 2026 stemt het bedrag van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling overeen met het bedrag van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het vorige jaar, vermeerderd met een reële groeinorm van 2 procent en vermeerderd met het bedrag dat overeenstemt met de meerkosten in het begrotingsjaar van de indexering van de lonen, verzekerings-tegemoetkomingen, tarieven en prijzen bepaald bij of krachtens deze gecoördineerde wet;
  - in 2028 stemt het bedrag van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling overeen met het bedrag van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het vorige jaar, vermeerderd met een reële groeinorm van 2,6 procent en vermeerderd met het bedrag dat overeenstemt met de meerkosten in het begrotingsjaar van de indexering van de lonen, verzekerings-tegemoetkomingen, tarieven en prijzen bepaald bij of krachtens deze gecoördineerde wet;
  - in 2029 stemt het bedrag van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling overeen met het bedrag van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het vorige jaar, vermeerderd met een reële groeinorm van 3 procent en vermeerderd met het bedrag dat overeenstemt met de meerkosten in het begrotingsjaar van de indexering van de lonen, verzekeringstegemoetkomingen, tarieven en prijzen bepaald bij of krachtens deze gecoördineerde wet.
- er wordt een economische bijdrage van 1,48 % ingesteld ten laste van de farmaceutische industrie (art. 191, 1e lid, 35°)
- de uitsluitingen met betrekking tot de weesgeneesmiddelen, de farmaceutische specialiteiten uit de vergoedingscategorie Cx en de farmaceutische specialiteiten op basis van stabiele bloedderivaten zijn van toepassing voor de economische bijdrage (art. 191, lid 1, 15°, lid 6)
- naast de uitsluitingen bepaald in artikel 191, lid 1, 15°, lid 4, worden eveneens de farmaceutische specialiteiten uitgesloten, waarvan de ATC-code en de toedieningsweg vermeld worden op de Europese lijst van kritieke geneesmiddelen zoals vastgesteld door het Europees geneesmiddelenbureau
- de inkomsten uit de economische bijdrage worden toegewezen aan de tak geneeskundige verzorging, meer in het bijzonder het geneesmiddelenbudget (art. 192, lid 4, 1°, j).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.12.2025 - Editie 1	19.12.2025	Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg

Samenvatting van de wijzigingen

Met de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in het kader van de vroege toegang en de snelle toegang tot geneesmiddelen brengt de wet technische correcties aan en verduidelijkt ze de bestaande verplichtingen en bevoegdheden, alsook het kader voor het delen van gegevens (wijzigingen in art. 9*ter*; art. 31*ter*, § 1, lid 2; art. 31*sexies*; art. 31*septies* en art. 31*octies*)
- formaliseert wettelijk het gebruik van verschillende digitale middelen voor de organen van het RIZIV om hun continuïteit en goede werking te bestendigen en te optimaliseren (nieuw art. 13/4)
- integreert vanaf 2026 een groot deel (het “deel Staat”) van het Budget Financiële Middelen van de ziekenhuizen in de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling voor de gezondheidszorg (art. 40, § 1, lid 5)
- waarborgt zorgcontinuïteit en de instroom van nieuwe patiënten na 31 december 2025 door de honoraria voor de voorbereiding en de toediening van COVID-19-vaccins en griepvaccins te verlengen en de buitenwerkingtreding van vergoedbare long-COVID-trajecten tot 31 december 2026 uit te stellen (wijzigingen aan art. 65, § 3, van de wet van 13.06.2021 houdende maatregelen ter beheersing van de COVID-19-pandemie en andere dringende maatregelen in het domein van de gezondheidszorg).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.12.2025 – Editie 1	19.12.2025	Wet tot uitvoering van een versterkt terug naar werkbeleid in geval van arbeidsongeschiktheid

Samenvatting van de wijzigingen

Met de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- versterkte responsabilisering van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden afhankelijk van hun arbeidspotentieel
- versterkte responsabilisering van de verzekeringsinstellingen:
  - de afschaffing van de periodes gedekt door een vermoeden van arbeidsongeschiktheid die in het kader van het “Terug Naar Werk-traject” van toepassing kunnen zijn om, indien nodig, een meer spoedige evaluatie van de arbeidsongeschiktheid door de adviserende arts of de medewerker van het multidisciplinaire team te kunnen verrichten. De wet heft dan ook de aan de Koning toevertrouwde delegatie op om te bepalen tijdens welke periode van het "Terug Naar Werk-traject” wordt aangenomen dat de gerechtigde de vereiste graad van arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bereikt (uitkeringsverzekering voor werknemers) of de staat van arbeidsongeschiktheid in de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen wordt geacht behouden te blijven;
  - een aanpassing van de verdeelwijze van het bedrag aan administratiekosten dat jaarlijks aan de vijf landsbonden wordt toegekend.

- kennisverzameling op basis van de gegevens van de elektronisch verzonden getuigschriften van arbeidsongeschiktheid:
  - de oprichting van een GAOCIT-databank binnen het RIZIV met gegevens over de elektronisch verzonden getuigschriften van arbeidsongeschiktheid van alle sociaal verzekerden die (potentieel) gerechtigd zijn op uitkeringen ten laste van de uitkeringsverzekering voor werknemers of de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen.
  - de verplichting voor de huisarts om het elektronisch circuit (Mult-eMediatt) te gebruiken wanneer een getuigschrift van arbeidsongeschiktheid voor de adviserende arts wordt opgesteld in geval van een arbeidsongeschiktheid waarvan de duur veertien dagen overschrijdt of bij een verlenging van de al erkende arbeidsongeschiktheid.
  - de maximale voorgeschreven duur van de arbeidsongeschiktheid op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid bestemd voor de adviserende arts bedraagt drie maanden.
- solidariteitsbijdrage inzake primaire arbeidsongeschiktheid verschuldigd door de werkgevers: Om werkgevers die geen KMO (minder dan 50 werknemers) zijn, aan te moedigen meer te investeren in de re-integratie van hun langdurig zieke werknemers tussen 18 en 54 jaar, zullen ze 30 % bijdragen van de uitkeringen ten laste van de uitkeringsverzekering voor werknemers die verschuldigd zijn tijdens de eerste twee maanden van primaire ongeschiktheid volgend op de eerste 30 dagen van primaire ongeschiktheid. Deze bijdrage is echter niet verschuldigd in geval van bepaalde tewerkstellingen (bijvoorbeeld gelegenheidsarbeid of een flexi-job) en bij een hervatting van een toegelaten activiteit die minstens 21 % van een voltijdse tewerkstelling bedraagt.

  Gelet op deze nieuwe solidariteitsbijdrage is de voormelde responsabiliseringsbijdrage in het kader van de invaliditeit opgeheven.

- de afschaffing van de toeslag op de uitkering.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.12.2025 - Editie 1	19.12.2025	Wet houdende diverse dringende begrotingsbepalingen inzake gezondheidszorg

Samenvatting van de wijzigingen

Met de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het Programma voor snelle toegang dat bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging werd opgericht, wordt gefinancierd door een voorafname op de in artikel 191 bedoelde inkomsten (wijzigingen aan artn. 16, § 1 en 31*quater*, §2)
- het percentage dat door de ziekteverzekering wordt gedekt, wordt vanaf 1 januari 2026 verlaagd tot 78 % voor contrastmiddelen en vergoedbare chemische en biologische geneesmiddelen die door een ziekenhuisapotheek worden afgeleverd en die een referentieterugbetaling hebben ondergaan
  (art. 71*ter*)
- de basisheffing van 6,73 % wordt verdergezet in 2026 (art. 191, lid 1, 15°*novies*)
- de bijdrageheffing van 1 % wordt gehandhaafd (art. 191, lid 1, 15°*duodecies*)

- de weesheffing wordt verdergezet (art. 191, lid 1, 15°*terdecies*)
- de compensatoire bijdrage wordt gehandhaafd (art. 191, lid 1, 31°)
- de vergoedingscategorie voor de protonpompinhibitoren (PPI) en voor de cholesterolverlagende geneesmiddelen op basis van statines en/of ezetimibe (in monotherapie of combinatie) wordt vanaf 1 januari 2026 gewijzigd (bijlage II van het K.B. van 01.02.2018 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)
- het minimale remgeld per verpakking van een in de publieke officina afgeleverde vergoedbare farmaceutische specialiteit zal vanaf 1 januari 2026 1 EUR bedragen voor een preferentieel verzekerde patiënt en 2 EUR voor een andere patiënt, ongeacht de vergoedingscategorie (art. 2, § 1, A van het K.B. van 07.05.1991 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)
- de persoonlijke aandelen voor de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis zullen in de toekomst dus zonder beperking worden opgenomen in de remgeldteller voor de maximumfactuur en de persoonlijke aandelen die het remgeldplafond overschrijden zullen ook zonder beperking worden terugbetaald
  (art. 37*sexies*, lid 7 en art. 37*septies*, lid 1)
- de opname van het persoonlijk aandeel voor de geneesmiddelen van de vergoedingscategorieën Cs en Cx in de maximumfactuur zal van toepassing zijn vanaf de maximumfactuur voor het jaar 2026 (art. 37*sexies*, lid 7 en art. 37*septies*, lid 1)
- Wat de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen betreft:
  - de ten onrechte betaalde uitgaven die niet teruggevorderd kunnen worden met toepassing van artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde, tenzij de verzekeringsinstelling aantoont dat de fout toerekenbaar is aan een andere instelling van sociale zekerheid, worden als administratiekosten beschouwd (art. 194);
  - het bedrag dat voortvloeit uit de toepassing van de zogenaamde formule van de wettelijke parameters wordt verminderd (art. 195, § 1, 2°, lid 3);
  - het bedrag dat sinds 2008 jaarlijks aan de vijf landsbonden wordt toegekend voor de integratie van de kleine risico's in de sector geneeskundige verzorging, zal vanaf 2026 niet meer worden toegekend (art. 195, § 1, 2°, lid 5);
  - het variabel deel van de administratiekosten zal geleidelijk aan stijgen. Vanaf 2026 tot en met 2029 worden de verzekeringsinstellingen geresponsabiliseerd op hun administratiekosten met betrekking tot de acties die ze elk jaar hebben ondernomen om de uitgaven in de sector geneeskundige verzorging ten belope van 25 miljoen EUR per jaar te beheersen, en in het bijzonder met betrekking tot de besparingen die zij zullen hebben gerealiseerd ten opzichte van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling voor de verzekering geneeskundige verzorging en de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de overeenkomsten- en akkoordencommissies, bedoeld in artikel 40;
  - het resultaat van de rekening administratiekosten wordt niet vermengd met de resultaten van de rekeningen welke betrekking hebben op de uitkering van prestaties die ook betrekking hebben op de toekenning van een werkhervattingspremie (art. 195, § 5).

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.10.2025 – Editie 1	28.09.2025	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 betreft de werkhervattingspremie

Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit verankert de maatregel inzake de toekenning van de werkhervattingspremie op structurele wijze. Dit betekent dat de voorheen voorziene einddatum (= de toegestane werkhervatting moest uiterlijk op 31.03.2025 zijn aangevat en de drie maanden toegestane arbeid moesten vóór 01.10.2025 zijn verricht) wordt opgeheven en de maatregel voortaan van onbepaalde duur is.

Verder wordt bepaald dat de aanvraag tot toekenning van de werkhervattingspremie door de werkgever vanaf 1 januari 2026 enkel via het elektronische circuit kan worden ingediend. Vanaf 1 januari 2026 is het dus niet langer mogelijk voor de werkgever om een papieren aanvraag in te dienen.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.10.2025	02.10.2025	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

In de nieuwe § 20 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 worden de voorwaarden bepaald waaraan de kinesitherapeuten moeten voldoen om de verstrekkingen in de rubrieken I en II van § 1, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° en de verstrekkingen vermeld in 7° te mogen aanrekenen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.11.2025	24.11.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, §§ 1 en 2, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 25 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de eerste paragraaf worden na de verstrekking 599082 en de toepassingsregels die erop volgen, de verstrekking 596083 en toepassingsregels ingevoegd
- in paragraaf 2, a), 4°, wordt het rangnummer "596083" ingevoegd tussen het rangnummer "599082" en het rangnummer "599104".

4. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.10.2025	09.10.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 22 januari 2002 tot vaststelling van het bedrag van het presentiegeld en van de vergoedingen toe te kennen aan de voorzitters, ondervoorzitters, leden en secretarissen van sommige raden, comités, commissies en colleges van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

Samenvatting van de wijzigingen

De leden van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen, bedoeld in artikel 18/1, tweede lid, 7° en 9°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, alsook de voorzitter van deze Commissie bedoeld in artikel 190*bis* van dezelfde gecoördineerde wet, ontvangen een als volgt vastgelegde vergoeding:

- per zittingsdag een presentiegeld ten belope van 7,44 EUR
- per gepresteerd uur intellectueel werk op vraag van de Commissie tot bijdrage in de oplevering van de werkstukken van de Commissie bedoeld in artikel 18/2, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, een bedrag ten belope van 25 EUR, met een maximum van 250 EUR per werkstuk.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.10.2025	16.10.2025	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:

- in het artikel 2, § 1, 1° worden de woorden "27, 28 § 8," vervangen door de woorden "27/1, 28/1, 29/1,"
- de bijlagen 1 en 2 worden vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.11.2025	16.10.2025	Koninklijk besluit tot toekenning van een financiële tegemoetkoming aan geconventioneerde kinesitherapeuten en tot bepaling van de voorwaarden en de nadere regels ervan

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de voorwaarden en de praktische modaliteiten bepaald voor de betaling van de premie aan de geconventioneerde kinesitherapeuten.

Deze voorwaarden zijn:

- toegetreden zijn tot de overeenkomst vanaf ten laatste de eerste dag na afloop van de notificatieperiode betreffende de overeenkomst M/25, en dit blijven gedurende de volledige resterende looptijd van het jaar 2025, of in de loop van het jaar 2025 een RIZIV-nummer bekomen en daarna voor de rest van het jaar 2025 geconventioneerd zijn
- voldoen aan een activiteitsdrempel die wordt geformuleerd als een minimumbedrag van terugbetalingen van aan de verplichte verzekering aangerekende verstrekkingen, op basis van artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Die activiteitsdrempel bedraagt 20 % van de mediaan van het totaalbedrag van terugbetalingen in het jaar 2024
- uiterlijk op 31 mei 2026 een rekeningnummer registreren in de daartoe voorziene webtoepassing van het RIZIV.

De belangrijkste stortingsmodaliteiten zijn:

- de premie zal zonder voorafgaande aanvraag worden uitbetaald op het rekeningnummer dat de kinesitherapeut zal registreren in de daartoe voorziene webtoepassing van het RIZIV
- als het rekeningnummer uiterlijk op 30 november 2025 al werd geregistreerd, kan de betaling eventueel al in januari 2026 worden uitgevoerd, op voorwaarde dat aan de voorwaarden voor de premie is voldaan en dat het RIZIV over de nodige informatie beschikt om dit te controleren.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.11.2025	30.10.2025	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 2025

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag van het premiejaar 2025 bedraagt 800 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.12.2025	20.11.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, a), 19°, 20° en 20°*bis*, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In het geval waar het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit vereist is overeenkomstig artikel 23, § 1, van de wet van 3 december 2017, wordt de termijn van zestig dagen voor bepaalde procedures geschorst. Deze schorsing start op de datum van het verzenden van de aanvraag en eindigt 25 dagen nadat de autoriteit die aanvraag heeft ontvangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.12.2025	27.11.2025	Koninklijk besluit tot vaststelling van het globaal budget in 2025 van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de impact van elementen van het jaarlijks budget die niet of niet volledig hun uitwerking hebben gehad

Samenvatting van de wijzigingen

Het globaal budget van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b), c) en e), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, beloopt 6.484.040 duizend EUR voor het jaar 2025.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.12.2025	06.11.2025	Koninklijk besluit tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzeke-ring voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een finan-ciële tegemoetkoming verleent aan de tandheelkundigen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers in 2025

Samenvatting van de wijzigingen

De tegemoetkoming van het premiejaar bedraagt 800 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.12.2025	30.10.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 22 januari 2002 tot vaststelling van het bedrag van het presentiegeld en van de vergoedingen toe te kennen aan de voorzitters, ondervoorzitters, leden en secretarissen van sommige raden, comités, commissies en colleges van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 17 wordt vervangen
- artikelen 18, 19 en 20 worden opgeheven
- een artikel 21*bis* wordt ingevoegd
- artikel 22 wordt aangevuld met een lid
- worden opgeheven:
  - het koninklijk besluit van 7 oktober 2009 tot vaststelling van het presentiegeld toe te kennen aan de voorzitters, leden en griffiers van de kamers van eerste aanleg en de kamers van beroep, bedoeld in artikel 144, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
  - het koninklijk besluit van 18 juni 2014 tot vaststelling van de vergoedingen en het presentiegeld van de voorzitter, de ondervoorzitter en de leden van het Beheerscomité van de dienst "Fonds voor de Medische Ongevallen".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.12.2025 – Editie 1	19.12.2025	Koninklijk besluit tot vaststelling van het bedrag van de administratiekosten dat voor het jaar 2026 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" wordt op 872.000 EUR vastgesteld voor het jaar 2026.

5. Ministeriële besluiten		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.10.2025 – Editie 2	26.09.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “D. Urologie en nefrologie” 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

Overeenkomstig de wet van 20 november 2022 houdende wijzigingen betreffende geneeskundige verstrekkingen op het gebied van medische hulpmiddelen en implantaten, moeten de vergoedingsvoorwaarden die een verwerking van gegevens omvatten (een advies adviserende arts, een adviescollege, een teller, een register of een generieke zin over gegevensbewaring) tegen 31 augustus 2026 worden aangepast, in overeenstemming met de verordening inzake gegevensbescherming.

Om de vergoedingsvoorwaarden in overeenstemming te brengen met de verordening inzake gegevensbescherming werd een punt “verwerking van gegevens” toegevoegd, alsook een herziening van het nut van de notificaties aan de adviserende arts.

De vergoedingsvoorwaarden van hoofdstuk D. UROLOGIE, dat zijn de vergoedingsvoorwaarden: D-§01, D-§02, D-§03, D-§04, D-§05, D-§06, D-§09, werden in die zin aangepast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.10.2025	02.10.2025	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 de volgende wijzigingen aangebracht:

- in deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 1, tabel met als opschrift "pompen draagbare diffusors" 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 pomp ingevoegd
- in Deel I, Titel 1, Hoofdstuk II, afdeling 2 van de lijst die als bijlage gevoegd is bij hetzelfde besluit, laatst gewijzigd door het ministerieel besluit van 4 juli 2025, worden benamingen vervangen

- in Deel I, Titel 2, Hoofdstuk I, § 160100 en § 160200, van de lijst die als bijlage gevoegd is bij hetzelfde besluit wordt een bepaling ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.10.2025	08.10.2025	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 de volgende wijzigingen aangebracht:

- in deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 5, 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, worden sondes ingevoegd
- in Deel II, Titel 2, Hoofdstuk I: Enterale sondevoeding thuis, van de lijst die als bijlage is gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - artikel 2, vierde lid van de Franse tekst wordt aangevuld met: "en protéines et en énergie";
  - artikel 2 wordt aangevuld met twee leden;
  - in artikel 4, § 2, 2°, wordt een lid ingevoegd tussen het eerste en het tweede lid;
  - in artikel 4, § 6, worden de woorden "artikel 2" vervangen door "artikel 4, § 2".
- in Deel III, Titel 3 van de lijst gevoegd bij hetzelfde besluit, wordt het document C31) vervangen
- in Deel II, Titel 2, Hoofdstuk II: Parenterale voeding voor ambulante en niet gehospitaliseerde rechthebbenden, van de lijst die als bijlage is gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - artikel 3 wordt aangevuld met een lid;
  - in artikel 5, § 1, laatste lid, wordt "0,62 EUR" vervangen door "een forfaitair bedrag".
- in Deel III, Titel 3 van de lijst gevoegd bij hetzelfde besluit, wordt het document C41) vervangen
- overgangsbepaling: Alle aanvragen voor tegemoetkoming goedgekeurd door de adviserende arts voor de inwerkingtreding van dit ministerieel besluit blijven geldig gedurende hun geldigheidsduur.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.12.2025	19.11.2025	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 producten toegevoegd:

- in deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 5, 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
- in het deel I, titel 1, hoofdstuk III, afdeling 1 van de lijst die als bijlage is gevoegd bij hetzelfde besluit
- in het Deel I, Titel 2, Hoofdstuk I, § 10000, van de lijst die als bijlage is gevoegd bij hetzelfde besluit.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.12.2025	19.11.2025	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 de volgende wijzigingen aangebracht:

- in deel II, titel 1, hoofdstuk II van de lijst gevoegd als 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 20*bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de woorden "27, § 5 en 29, § 9" vervangen door de woorden "27/1, H.5., 29/1,A.5. en B.5. en 28/1, A.16., B.5. en C.2.2."
- in deel II, titel 1, hoofdstuk II van de lijst gevoegd als bijlage bij hetzelfde besluit, worden in de Nederlandse tekst van de lijst met betrekking tot 'Afgietsel', de woorden "ortopedische" en "schoeinen" respectievelijk vervangen door de woorden "orthopedische" en "schoenen".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.12.2025	20.11.2025	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 de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de tabel van 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 ingevoegd
- een regel wordt ingevoegd:
  - In deel I, titel 2, hoofdstuk I, § 80100 en § 80200, van de lijst die als bijlage gevoegd is bij hetzelfde besluit;
  - In deel I, titel 2, hoofdstuk I, § 90000, van de lijst die als bijlage gevoegd is bij hetzelfde besluit;
  - In deel I, titel 2, hoofdstuk I, § 110000, van de lijst die als bijlage gevoegd is bij hetzelfde besluit;
  - In deel I, titel 2, hoofdstuk I, § 120000, van de lijst die als bijlage gevoegd is bij hetzelfde besluit;
  - In deel I, titel 2, hoofdstuk I, § 130000, van de lijst die als bijlage gevoegd is bij hetzelfde besluit.
- in deel I, titel 3, hoofdstuk IV, § 17 B, eerste lid, eerste streepje, van de lijst die als bijlage is gevoegd bij hetzelfde besluit, worden de woorden: "- De behandeling van tuberculose, met uitzondering van de alleenstaande gevallen van het omslaan van de tuberculinereactie;" vervangen door de woorden: "De behandeling van actieve tuberculose en van een tuberculose-infectie, ook een latente tuberculose-infectie genoemd;".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.10.2025	09.10.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- in punt "L.2.3 Prothese ter vervanging van de botcortex" worden de verstrekking 167694-167705 en zijn vergoedingsmodaliteiten opgeheven

- het punt "L.13 Reconstructie van grote botdefecten" wordt toegevoegd
- in punt "L.2.2.2.1.3 Scharnierprothese" worden de omschrijving en de terugbetalingsmodaliteiten van de verstrekking 166073-166084 vervangen
- aan punt "L.2.2.2.2.4 Tibiaal component van modulaire scharnierprothese" worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - De omschrijving en de terugbetalingsmodaliteiten van verstrekking 166655-166666 en 166670-166681 worden vervangen.
- in punt "L.2.4 Gewrichtsprothesen op maat" wordt de omschrijving van de verstrekking 167716-167720 vervangen
- in de vergoedingsvoorwaarde L- § 09, in het opschrift "Gelinkte verstrekkingen:" worden de verstrekkingen 185872-185883, 185894-185905, 185916-185920, 185931-185942, 185953-185964, 185975-185986, 185990-186001, 186130-186141, 186152-186163, 186174-186185, 186196-186200, 186211-186222, 186233-186244, 186255-186266, 186270-186281, 186292-186303, 186351-186362, 186373-186384, 186395-186406, 186410-186421, 186432-186443, 186454-186465 en 186476-186480 toegevoegd:
- de vergoedingsvoorwaarde L- § 17 wordt vervangen
- de volgende wijzigingen worden aan de vergoedingsvoorwaarde L- § 18 aangebracht:
  - in de Nederlandse tekst, in het eerste lid worden de woorden "op maat" vervangen door de woorden "naar maat";
  - het punt “3.1. Definitie" wordt vervangen;
  - het punt “4.1. Eerste implantatie" wordt vervangen.
- de volgende wijzigingen worden aan de vergoedingsvoorwaarde L- § 26 aangebracht:
  - in punt " 5.2. Andere regels" wordt tussen het vierde en het vijfde lid een lid ingevoegd;
  - het punt “7. Allerlei", dat punt 8 wordt, wordt vervangen.

Met het ministerieel besluit worden 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 een nieuwe nominatieve lijst 400, behorende bij de verstrekkingen 185872-185883, 185894-185905, 185916-185920, 185931-185942, 185953-185964, 185975-185986, 185990-186001, 186012-186023, 186034-186045, 186056-186060, 186071-186082, 186093-186104, 186115-186126, 186130-186141, 186152-186163, 186174-186185, 186196-186200, 186211-186222, 186314-186325, 186336-186340, 186351-186362, 186373-186384 en 186395-186406 en een nieuwe nominatieve lijst 401, behorende bij de verstrekkingen 186233-186244, 186255-186266, 186270-186281, 186292-186303 en 186410-186421 toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.10.2025	13.10.2025	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:

- in bijlage I

- in hoofdstuk I van de bijlage I wordt een specialiteit ingevoegd
- in bijlage II wordt het punt II.23 gewijzigd, luidende: C5 immunosuppressiva met langdurige werking.: Fa-21."

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.10.2025	20.10.2025	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 in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.11.2025	14.11.2025	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:

- in bijlage I
- in bijlage II worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - Het punt VII.7.18 wordt toegevoegd, luidende: "Chronische infecties door hepatitis C of hepatitis E: Fb-19.";
  - Het punt IX.13 wordt toegevoegd, luidende: "Immunosuppressiva voor de behandeling van complement 3 glomerulopathie.: Fa-31.";
  - Het punt XXIII.31. wordt toegevoegd, luidende: "Geneesmiddelen voor de behandeling van patiënten met zeldzame hypothalame obesitas, als gevolg van genetische mutaties: A-166.".
- in bijlage IV worden ATC-codes toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.11.2025	26.11.2025	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
05.12.2025	26.11.2025	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 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	Titel
05.12.2025	26.11.2025	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 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	Titel
19.12.2025 - Editie 1	11.12.2025	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 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in hoofdstuk IV van de bijlage I worden de paragrafen 7350100 (SOVALDI), 7350200 (SOVALDI), 7790100 (HARVONI) en 7790200 (HARVONI) geschrapt
- in hoofdstuk I van de bijlage I worden specialiteiten ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.11.2025	20.10.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" 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 "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" 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:

- in punt "F.1.9. Sluiten van ductus arteriosus, foramen ovale, voorkamerseptumdefect of kamerseptumdefect en andere al dan niet congenitale misvormingen" worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - de omschrijving van de verstrekking 159456-159460 wordt vervangen;
  - de verstrekking 186690-186701 en haar vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd;
- de vergoedingsvoorwaarde F- § 14 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.11.2025	19.11.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" 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 punt "3.2. Criteria" van de vergoedingsvoorwaarde F- § 09 in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" 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 "3.2.1." wordt vervangen
- het vroegere punt "3.2.2.", dat punt "3.2.3." wordt, wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.11.2025	20.10.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "B. Neurochirurgie" van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht aan 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:

- in punt "B.2.7. Neurostimulatoren van de dorsale wortel ganglion en toebehoren in geval van Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) van de onderste ledematen" worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - de verstrekkingen 174532-174543, 174554-174565, 174576-174580, 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 en 174650-174661 en hun vergoedingsmodaliteiten worden vervangen.
- de vergoedingsvoorwaarde B- § 13 wordt vervangen.

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

- de nominatieve lijst "Niet-heroplaadbare neurostimulatoren voor de dorsale wortel ganglion stimulatie" wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.11.2025 – Editie 1	06.11.2025	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

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht aan de vergoedingsvoorwaarde B- § 15 in 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 vroegere punt "4.5 Derogatie van de procedure" wordt het nieuwe punt "4.4 Derogatie van de procedure"

- het vroegere punt "4.4 Opvolging van de behandeling na implantatie" wordt het nieuwe punt "4.5 Opvolging van de behandeling na implantatie"
- in de Nederlandse tekst, in het nieuwe punt “4.5 Opvolging van de behandeling na implantatie" worden de woorden "De rechthebbende die een neurostimulator krijgt" vervangen door de woorden
  "De rechthebbende die een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor een neurostimulator krijgt"
- punt "5.2 Andere regels" wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.11.2025	30.10.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "I. Pneumologie en ademhalingsstelsel" 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
12.12.2025	30.10.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "I. Pneumologie en ademhalingsstelsel" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vast-stelling 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 aan hoofdstuk "I. Pneumologie en ademhalingsstelsel" 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:

- aan punt "I.1.2 Allerlei" wordt de omschrijving van de verstrekking 162551-162562 vervangen
- de terugbetalingsmodaliteiten van de verstrekking 180773-180784 worden vervangen
- de vergoedingsvoorwaarde I- § 01 wordt opgeheven
- de vergoedingsvoorwaarde I- § 02 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.11.2025	19.11.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in 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:

- in het hoofdstuk "A. Oftalmologie", in punt "A.3.1 Ingreep op de ooglens", worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - de vergoedingsmodaliteiten van de verstrekkingen 150135-150146, 150172-150183, 150194-150205 en 150216-150220 worden vervangen;
- in het hoofdstuk "J. Plastische en reconstructieve heelkunde", in punt "J.1.1 Borstklierreconstructie", worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - de verstrekkingen 162610-162621, 162632-162643, 162654-162665, 162676-162680, 162691-162702 en 162713-162724 en hun vergoedingsmodaliteiten worden opgeheven;
  - de verstrekking 186712-186723 Implantaat of weefselexpander voor borstreconstructie, inclusief toebehoren, en haar vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd;
  - de volgende wijzigingen worden aan de vergoedingsvoorwaarde J- § 02 aangebracht:
    - in het opschrift "Gelinkte verstrekkingen:" worden de volgende wijzigingen aangebracht:
      - de verstrekkingen 162610-162621, 162632-162643, 162654-162665, 162676-162680, 162691-162702 en 162713-162724 worden opgeheven;
      - de verstrekking 186712-186723 wordt toegevoegd.
    - het eerste lid van punt "2. Criteria betreffende de rechthebbende" wordt vervangen;
    - punt "4.1 Eerste implantatie" wordt vervangen;
    - punt "4.2 Vervanging" wordt vervangen;
    - punt "5.2. Andere regels" wordt vervangen.
- in het hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie", wordt het punt "L.2.2.2 Knie" vervangen.

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

- de nominatieve lijst "Knieprothesen" wordt vervangen
- de nominatieve lijst "Torische lenzen" wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.12.2025	19.11.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "C. Oto-rhino-laryngologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- aan punt "C.1.1.6. Cochleair implantaat bij eenzijdige doofheid" wordt de verstrekking 187036-187040 en haar vergoedingsmodaliteiten toegevoegd
- aan punt "C.1.1.1. Cochleair implantaat bij ernstig bilateraal gehoorverlies" wordt de verstrekking 187051-187062 en haar vergoedingsmodaliteiten toegevoegd
- er worden wijzigingen aangebracht aan de vergoedingsvoorwaarde C- § 01.

6. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.10.2025 – Editie 1	28.04.2025	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 D-Form-II-01 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "D. Urologie en nefrologie" van de lijst, gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.10.2025	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 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 L-Form-I-05 en L-Form-I-06 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst, gewijzigd.

Het formulier L-Form-II-04 waarnaar wordt verwezen in ditzelfde hoofdstuk van de lijst, wordt toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.11.2025	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 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 I-Form-II-01 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "I. Pneumologie en ademhalingsstelsel" van de lijst, gewijzigd. De formulieren I-Form-I-01, I-Form-I-02 en I-Form-I-03 waarnaar wordt verwezen in ditzelfde hoofdstuk, worden geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.11.2025	06.10.2025	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 B-Form-II-05 en B-Form-I-17 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “B. Neurochirurgie” van de lijst, gewijzigd.
De formulieren B-Form-I-18 en B-Form-I-19 waarnaar wordt verwezen in ditzelfde hoofdstuk van de lijst, worden geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.11.2025	03.11.2025	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 het formulier F-Form-I-17 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst, gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.12.2025	06.10.2025	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 voor een cochleair implantaat, de formulieren C-Form-I-06, C-Form-I-12 en C-Form-I-16 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “C. Oto-rhino-laryngologie” van de lijst, gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.12.2025	03.11.2025	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 voor een percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie voor een rechthebbende met een EuroSCORE <4%, het formulier F-Form-I-22 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk « F. Heelkunde op de thorax en cardiologie » van de lijst, gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.12.2025	15.12.2025	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

Bijlage 55 van de verordening wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.12.2025 – Editie 1	19.11.2025	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, wat de aangifte van de arbeidsongeschiktheid betreft

Samenvatting van de wijzigingen

Via deze verordening wordt de verordening van 16 april 1997 aangepast om rekening te houden met de verplichting voor de huisarts om het elektronisch circuit (Mult-eMediatt) te gebruiken wanneer een getuigschrift van arbeidsongeschiktheid voor de adviserende arts wordt opgesteld in geval van een arbeidsongeschiktheid waarvan de duur veertien dagen overschrijdt of bij een verlenging van de al erkende arbeidsongeschiktheid.

7. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad
02.10.2025

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 36 van de nomenclatuur

Interpretatieregel 08 wordt toegevoegd:

Vraag

Wat moet verstaan worden onder ”de rechthebbende die wordt gerevalideerd in een inrichting die met het RIZIV of met de gefedereerde entiteiten een overeenkomst heeft gesloten die met name de behandeling door een logopedist dekt” in § 3, 5° van artikel 36?

Antwoord

Onder ”de rechthebbende die wordt gerevalideerd in een inrichting die met het RIZIV of met de gefedereerde entiteiten een overeenkomst heeft gesloten die met name de behandeling door een logopedist dekt” verstaat men de rechthebbende die effectief een revalidatiebehandeling volgt in een inrichting die met het RIZIV of met de gefedereerde entiteiten een overeenkomst heeft gesloten en waarbij een logopedische functie voorzien is in de equipe van het revalidatiecentrum. Daaronder verstaat men ook elke rechthebbende waarbij een multidisciplinair bilan, uitgevoerd in bovenvermelde inrichting, heeft uitgewezen dat een multidisciplinaire behandeling is aangewezen en dit vanaf het moment dat de conclusies van het multidisciplinair bilan werden bekendgemaakt.

Interpretatieregel 08 heeft uitwerking met ingang van 1 mei 2023.

Belgisch Staatsblad
13.10.2025

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

INTERPRETATIEREGEL 49

Vraag

Hoe moet de proefstimulatie, voorzien in de vergoedingsvoorwaarde B-§01, worden uitgevoerd?

Antwoord

De manier waarop de proefstimulatie moet worden uitgevoerd, is niet gespecificeerd in de vergoedingsvoorwaarde B-§01. De duur van de proefstimulatie is wel gedefinieerd als minimaal 5 dagen. De resultaten van deze proefstimulatie moeten aan de adviserende arts worden meegedeeld.

Indien de proefstimulatie wordt uitgevoerd met een geïmplanteerde pomp en aan de criteria vermeld in punt 4.1.2 is voldaan, mag de verstrekking 150990-151001 worden geattesteerd. De verstrekkingen 150710-150721, 150776-150780, 150953-150964 en 150975-150986 zijn niet attesteerbaar in geval van een negatieve proefstimulatie, ongeacht de wijze van uitvoering van de proefstimulatie.

Interpretatieregel 49 heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2014.

Belgisch Staatsblad
29.12.2025

Opheffing interpretatieregel voor de vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van obinutuzumab (GazyvaroR) in combinatie met glofitamab (ColumviR)

De interpretatieregel wordt opgeheven.

Deze opheffing treedt in werking op 1 januari 2026.

8. Adviezen en protocol

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.11.2025	26.09.2025	Nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen

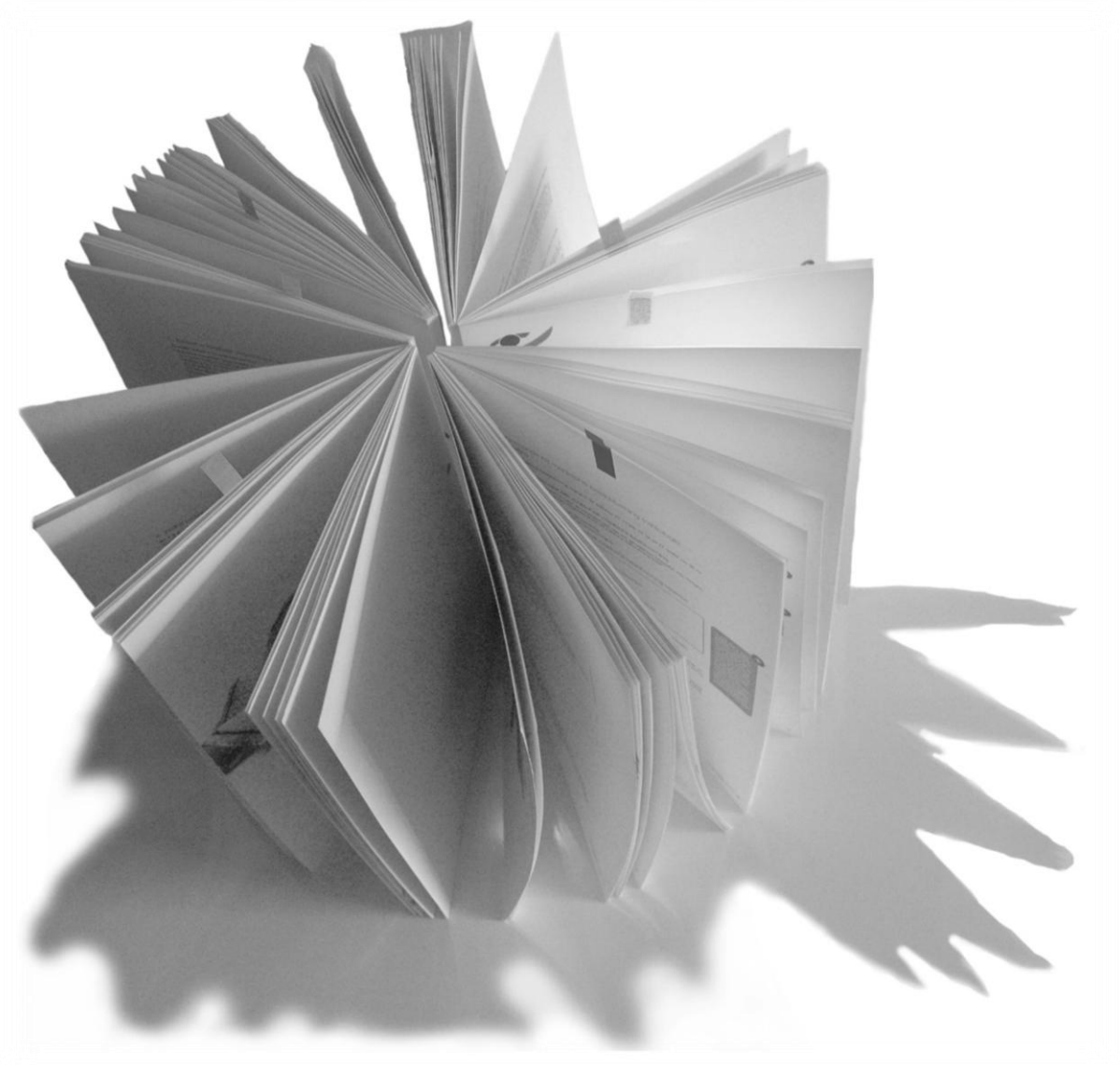
Samenvatting van de wijzigingen

Met de wijzigingsclausule wordt aan de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen U/2014 een punt 18 als volgt toegevoegd:

“18. Voor de verstrekkingen in verband met de reconstructie van grote botdefecten opgenomen in titel "L.13. Reconstructie van grote botdefecten" wordt het grensbedrag berekend per prothese voor het geheel van de implantaten, al dan niet naar maat (met uitzondering van de eventuele verstrekkingen cement)."

2de Deel

Rechtspraak



I. Rechtbank van eerste aanleg Limburg, afdeling Tongeren-Borgloon, 10 oktober 2025

FMO – Voorzienbare complicatie – Niet vergoedbaar – Tegensprekelijk deskundigenrapport

In het vonnis wordt bevestigd dat het optreden van de schade een inherent verbonden risico is aan de uitgevoerde ingreep. Het niet uitvoeren van de ingreep was geen optie. Er is in deze zaak sprake van een voorzienbare complicatie, alsook van risicoverhogende factoren. Er is geen reden om een nieuwe expertise te organiseren. De expertise werd tegensprekelijk uitgevoerd door onafhankelijke en bekwame experten. De schade is niet vergoedbaar, er is geen sprake van abnormale schade, het betreft geen MOZA.

A.R. 24/1057/A
… t./RIZIV

…

2. Relevante feiten

2.1.
Eiseres wordt op 28 augustus 2020 opgenomen op de spoedafdeling van het Ziekenhuis ... te ... met een rechterhemibeeld (halfzijdige verlamming), nadat zij onwel was geworden.

Na onderzoek en een CT-scan wordt er therapeutisch met trombolyse opgestart. Daags nadien was eiseres naar eigen zeggen zo goed als klachtenvrij met enkel een lichte parese van de rechterarm.

Er werden verdere onderzoeken gedaan.

Naar aanleiding van een cardiologisch nazicht wordt een atriaal myxoma vastgesteld van 39mm op 32mm, zijnde een goedaardige tumor in het hart, meerbepaald aan de linkervoorkamer van het hart van eiseres.

Omwille van het hoge emboligene vermogen van deze tumor wordt er besloten deze tumor cardiochirurgisch te verwijderen, een ingreep die op 8 september 2020 in het ... wordt uitgevoerd door Dr. ..., cardioloog. Het myxoom wordt met behulp van een extracorporale oxygenatiemachine verwijderd uit de linkervoorkamer van het hart van eiseres.

De ingreep gebeurde onder narcose en eiseres werd opgevolgd door de dienst intensieve zorgen. Bij het ontwaken na de ingreep werd vastgesteld dat eiseres verlengd slaperig was en er werd een linkerhemibeeld vastgesteld.

Een CT-scan toonde verhoogde druk in de hersenen (uitgebreide zone van recente ischemie in het cerebrimediagebied rechts met een beginnend hersenoedeem).

Uiteindelijk werd besloten een decompressieve hemicraniëctomie uit te voeren op ..., ingreep die werd uitgevoerd door ..., neurochirurg.

2.2
Eiseres werd op ... overgebracht naar de medium care-afdeling, maar op ... werd zij opnieuw opgenomen op de afdeling intensieve zorgen omwille van een multiresistente pseudomonas aeruginosa (ziekenhuisbacterie), waarvoor zij een specifieke antibioticatherapie kreeg.

Op ... werd zij van de dienst intensieve zorgen overgebracht naar de afdeling neurologie en op ..., na het verdwijnen van het hersenoedeem, werd het botluik teruggeplaatst.

Op ... werd zij overgebracht naar de revalidatie-afdeling van de campus in ... waar zij verbleef tot ....

Op ... kreeg zij een lokale spasticiteitbehandeling met botox toegediend, behandeling die elke drie à zes maanden herhaald wordt.

2.3.
Eiseres is naar eigen zeggen sedert de operatie op ... volledig rolstoelgebonden, zij heeft een a-functionele arm en hand, er is sprake van incontinentie. Hierdoor is zij niet langer zelfredzaam en heeft zij voortdurend last van pijnen en spasmen.

Eiseres heeft naar eigen zeggen ook aanpassings- en verwerkingsmoeilijkheden en heeft het zeer moeilijk om haar huidige medische toestand te aanvaarden, toestand die ook een impact heeft op de relatie met haar echtgenoot en op hun sociaal leven.

2.4.
Eiseres diende op ... een adviesaanvraag in bij het Fonds voor Medische Ongevallen en dit in toepassing van artikel 12 van de wet van 31 maart 2010, waar een dossier werd aangemaakt met referte 202212N008.

Het Fonds heeft vervolgens een tegensprekelijke expertise georganiseerd, die plaatsvond op ... waarbij werden aangesteld, Dr. ..., Dr. ... en Dr. .... Het voorlopig deskundig verslag werd meegedeeld op 12 december 2023.

Dr. ..., raadgevend geneesheer van eiseres, heeft vervolgens opmerkingen op dit voorlopig deskundig verslag geformuleerd.

Het eindverslag werd opgemaakt op ....

Het advies van het Fonds werd in uitvoering van artikel 21 van de Wet van 31 maart 2010 per aangetekend schrijven van ... ter kennis gebracht aan eiseres, waarbij het Fonds oordeelde dat de aangevoerde schade noch het gevolg is van een gebeurtenis waarvoor een zorgverlener aansprakelijk is, noch een vergoedbaar medisch ongeval zonder aansprakelijkheid is.

Het Fonds was, gelet op deze besluitvorming, van oordeel dat zij niet gehouden is tot vergoeding van de door eiseres geleden schade.

2.5.
Eiseres kan zich niet vinden in het advies van het Fonds, waar het Fonds stelt dat de schade geen gevolg is van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.

Eiseres is dan ook tot dagvaarding overgegaan en stelt in het kader van huidige procedure een vordering in toepassing van artikel 23 §2 van de Wet van 31 maart 2010 in ten aanzien van verwerende partij.

...

4. Bevoegdheid en ontvankelijkheid

4.1 De bevoegdheid

De bevoegdheid van deze rechtbank staat niet ter betwisting tussen partijen en de rechtbank heeft desbetreffend ook geen ambtshalve door haar aan te voeren middelen van onbevoegdheid bemerkt.

Gelet op de bepalingen van artikel 568, lid 1 en 624, 2° Gerechtelijk Wetboek kan er aanvaard worden dat deze rechtbank ter zake zowel materieel alsook territoriaal bevoegd is.

...

5. Beoordeling ten gronde

5.1 Algemeen

5.1.1
Eiseres is van oordeel dat de door haar geleden schade in aanmerking moet worden genomen als een abnormale schade in de zin van artikel 2, 7° en 4, 1° van de wet van 31 maart 2010.

Verweerster op haar beurt betwist dit en stelt dat eiseres geen abnormale schade heeft opgelopen en dat er om die reden geen sprake is van een “medisch ongeval zonder aansprakelijkheid” in de zin van artikel 2, 7° van de Wet medische ongevallen. Dit besluit van verweerster is tot stand gekomen op basis van een verslag van een door verweerster aangesteld college van deskundigen.

Eiseres kan zich niet neerleggen bij het advies van het Fonds en stelt dat het kwestieuze ongeval, en de schade die eiseres hierdoor heeft geleden en nog lijdt, verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg en meer in het bijzonder met de door Dr. ... op ... uitgevoerde resectie van een myxoom. *In casu* deed zich na deze resectie een CVA, ofwel een beroerte voor, met een hemiplegie linksvoor.

Volgens eiseres heeft het college van deskundigen ten onrechte geoordeeld dat de schade in hoofde van eiseres niet als abnormaal beschouwd kan worden.

5.1.2
Een “medisch ongeval zonder aansprakelijkheid” wordt omschreven als 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 (Art. 2, 7° WMO).

Aldus dient eisende partij aan te tonen dat de schade die zij vergoed wenst te zien:

1. verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg
2. niet het gevolg is van de aansprakelijkheid van een zorgverlener
3. niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt, en
4. abnormaal is.

De schade is abnormaal, wanneer ze zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van de verstrekte gezondheidszorg, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie.

Het therapeutisch falen en een verkeerde diagnose zonder fout worden niet beschouwd als een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.

Er wordt aanvaard dat de criteria voorzien in artikel 2, 7° voor het bepalen van “abnormale schade” te beschouwen zijn als twee alternatieve en niet-cumulatieve criteria.

Is er sprake van een medisch ongeval als bedoeld in artikel 2, 7°, dan vergoedt het FMO krachtens artikel 4, 1° het slachtoffer of zijn rechthebbenden overeenkomstig het gemeen recht, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst.

Artikel 5 stelt dat de schade ernstig genoeg is, 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.

5.1.3
Er is geen betwisting tussen partijen dat de schade die door eiseres werd opgelopen verband houdt met een zorgverstrekking op ..., naar aanleiding waarvan er zich een complicatie voordeed. De aansprakelijkheid van de betrokken arts wordt niet weerhouden.

De vraag die zich *in casu* stelt is of de door eiseres geleden schade, die in causaal verband staat met het medisch ongeval, al dan niet abnormaal is.

Eisende partij draagt dienaangaande de bewijslast, en dit in toepassing van artikel 870 Gerechtelijk Wetboek en artikel 8.4 Nieuw Burgerlijk Wetboek.

5.2 Abnormale schade in de zin van artikel 2, 7° van de wet van 31 maart 2010

5.2.1 ALGEMEEN

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 (Art. 2, 7° WMO).

Eerst en vooral is er het criterium van de huidige stand van de wetenschap. Er is sprake van abnormale schade wanneer in de huidige stand van de wetenschap de schade vermeden had kunnen worden. Met het criterium van de stand van de wetenschap wordt de hoogste stand van de wetenschap bedoeld. Dit betreft het vermijdbaarheidscriterium.

Daarnaast is er het criterium van de voorzienbaarheid, meer in het bijzonder dient beoordeeld te worden of de schade redelijkerwijze voorzienbaar was in het licht van de gezondheidstoestand van de patiënte en de vermoede evolutie ervan.

Het betreft twee afzonderlijke criteria.

5.2.2 VERMIJDBAARHEIDSCRITERIUM

5.2.2.1
Wat betreft het criterium van de vermijdbaarheid.

Eiseres is van oordeel dat de door haar geleden schade vermijdbaar was.

Eiseres werd naar eigen zeggen onvoldoende volledig en juist geïnformeerd over de risico's die aan de ingreep verbonden waren, en zij stelt dat zij deze ingreep niet of minstens met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid niet zou hebben ondergaan, als er een alternatieve behandelingstechniek zou toegepast zijn.

Zij stelt dat indien zij had geweten dat er een risico op een CVA was, dat zij de ingreep mogelijks niet zou hebben toegezegd. Daarenboven stelt zij dat de risico's onvoldoende omschreven werden in het *informed consent*formulier dat zij ondertekende, en dat dus uit niets blijkt dat zij duidelijk en effectief geïnformeerd werd over een mogelijk optreden van een CVA.

Eiseres besluit dat nu zij niet ingelicht werd over het mogelijk optreden en dus het risico op een CVA, de schade wel vermijdbaar was, rekening houdende met de hoogste stand van de wetenschap.

5.2.2.2

De deskundigen, aangesteld door het FMO, besluiten dat de cardio-chirurgische resectie de aangewezen behandelingsmethode was, rekening houdende met de voorliggende omstandigheden en de op dat ogenblik bestaande behandelingstechnieken. Zij verwijzen tevens naar het door eiseres ondertekende formulier *informed consent*.

Volgens de deskundigen waren er, rekening houdend met de hoogste stand van de wetenschap, geen alternatieve behandelingstechnieken.

Volgens het college van deskundigen werden de ingreep zelf en de nabehandelingen uitgevoerd zoals een normaal en vooruitziend en zorgvuldig zorgverlener, in dezelfde omstandigheden en rekening houdende met de stand van de wetenschap op het ogenblik van de feiten, zou hebben gehandeld.

Zij stellen uitdrukkelijk dat gezien de pathologie die de indicatie vormde voor de ingreep, er geen alternatieve ingreep was, die *in casu* kon worden toegepast.

Daarenboven stellen zij dat de complicatie, meer in het bijzonder het CVA met hemiplegie links tot gevolg, inherent is aan dergelijke complexe heelkundige ingreep, complicatie die niet altijd vermeden kan worden.

5.2.2.3
De rechtbank stelt vast dat er door eiseres een formulier *informed consent* werd ondertekend waarin werd opgenomen dat eiseres op alle risico's, nevenwerkingen en mogelijke verwikkelingen werd gewezen.

De stelling van eiseres dat haar werd meegedeeld dat er geen enkel risico aan de ingreep verbonden was, kan dan ook niet worden gevolgd. Het feit dat het risico op een CVA niet besproken zou zijn, wordt niet aangetoond door eisende partij.

Daarenboven, zelfs als zou vaststaan dat eiseres niet gewezen zou zijn door de behandelende arts op het risico van een CVA ingevolge de ingreep, is de rechtbank van oordeel dat het feit dat dit risico niet zou zijn meegedeeld, mogelijks zou kunnen leiden tot de aansprakelijkheid van de betrokken arts, betwisting die *in casu* niet voorligt, maar niet tot gevolg heeft dat dit tot het besluit zou leiden dat de schade vermijdbaar was.

Het argument van eiseres dat, wanneer zij voldoende geïnformeerd zou zijn, zij geen toestemming tot de ingreep zou hebben gegeven, heeft derhalve niet tot gevolg dat aan de voorwaarde van het vermijdbaarheidscriterium is voldaan.

Voor het overige worden door eisende partij geen argumenten aangehaald waarbij het besluit van het college van deskundigen, aangesteld door het FMO, wordt weerlegd.

5.2.2.4

De rechtbank stelt vast en vat samen:

- dat het door het Fonds aangestelde college van deskundigen van oordeel is dat er geen alternatieve behandelingsmethoden beschikbaar waren, die met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid eiseres niet aan hetzelfde risico op de complicatie van een CVA zouden hebben blootgesteld, en die dezelfde kans op succes zouden hebben gehad

- dat door het college van deskundigen ook benadrukt wordt dat het niet uitvoeren van deze ingreep, meer in het bijzonder het niet-uitvoeren van een cardiochirurgische resectie in voorliggende context, als onzorgvuldig in aanmerking zou worden genomen en een sterk verhoogd risico op embolen zou hebben gegeven, met ernstige gevolgen

- dat eiseres in haar conclusie geen enkel argument aanbrengt inzake een andere behandelingstechniek die *in casu* toegepast had kunnen worden. Ook de door haar aangestelde raadgevend geneesheer Dr. ... reikt een andere oplossing niet aan.

De deskundigen, die door verweerster werden aangesteld, hebben een uitgebreid voorverslag opgesteld, nadat eiseres werd gezien, en hebben vervolgens een eindverslag opgesteld op ....

Na lezing van deze verslagen stelt de rechtbank vast dat het college het medisch dossier van eiseres grondig bestudeerd heeft, zij eiseres onderzocht hebben en zich hebben gebaseerd op vakliteratuur om hun bevindingen te staven.

De deskundigen stellen zowel in hun voorverslag, alsook in het eindverslag na de opmerkingen van eisende partij, duidelijk – wat betreft de aanwezigheid van abnormale schade – dat het *in casu* ging om voorzienbare complicaties die inherent waren aan de behandeling. Er wordt geen gegronde en onderbouwde reden naar voor gebracht om deze conclusie van het College in twijfel te trekken.

Rekening houdende met de hierboven uiteengezette argumenten is de rechtbank dan ook van oordeel dat het vermijdbaarheidscriterium alvast geen aanleiding geeft tot een MOZA.

5.2.3 VOORZIENBAARHEIDSCRITERIUM

5.2.3.1

Er is sprake van een abnormale schade wanneer de schade het gevolg is van:

- een complicatie die niet redelijkerwijze te voorzien was (voorzienbaarheidscriterium)
- een redelijkerwijze te verwachten en aldus voorzienbare complicatie, maar waarvan de gevolgen onevenredig zijn met wat normaliter bij een dergelijke complicatie te verwachten valt.

(Proportionaliteitscriterium)

De beoordeling of de complicatie en de schade voorzienbaar waren, dient objectief en *in concreto* te gebeuren, in functie van de aard van de schade, de kenmerken van de gezondheidstoestand en de prognose van de patiënt.

Er is sprake van abnormale schade wanneer de verstrekking van gezondheidszorg onvoorzienbare, onverwachte of weinig waarschijnlijke schade heeft veroorzaakt in het licht van de normaal voorzienbare evolutie van de gezondheidstoestand van de patiënt.

Om te bepalen of schade uitzonderlijk of onvoorzien en dus abnormaal is, moet in het bijzonder worden gekeken naar de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie. De rechtbank zal steeds *in concreto* moeten nagaan hoe groot de kans was dat het risico zich bij de patiënt verwezenlijkte in functie van de aard van de schade, de kenmerken van de gezondheidstoestand en de prognose van de patiënt. Dat de patiënt zelf de schade geenszins had verwacht, doet hierbij niet ter zake.

Het verwachtingspatroon van de individuele patiënt aangaande de risico's van een behandeling heeft bij deze beoordeling geen enkele betekenis. Ook of de patiënt de informatie van de zorgverstrekker had ontvangen daaromtrent, is hierbij irrelevant.

5.2.3.2

De FMO-aangestelde deskundigen oordeelden in hun eindverslag dat de opgetreden schade in dit specifiek geval het gevolg is van een voorzienbare complicatie inherent aan de uitgevoerde ingreep.

De schade, meerbepaald het CVA, is volgens het college meer in het bijzonder het gevolg van een gekende, voorzienbare complicatie, inherent aan de uitgevoerde ingreep, nu een incidentiegraad van 2 % hieraan wordt toegeschreven door de medische literatuur.

5.2.3.3

Eiseres is het niet eens met het advies van de deskundigen aangesteld door het FMO en verwijst hiervoor naar het verslag van haar eigen raadgevend geneesheer Dr. ... die stelt dat het deskundig verslag onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd is en meent dat de schade *in casu* wel onvoorzienbaar is en zeer uitzonderlijk is.

De besluitvorming van het college zou volgens eiseres berusten op een foutieve lezing en/of interpretatie van de beschikbare medische literatuur.

Wat betreft de frequentie, is Dr. ... het niet eens met het door het FMO aangestelde college van deskundigen wanneer zij stellen dat het risico op een CVA bij patiënten met een cardiaal myxoma hoger is bij patiënten die voorafgaand aan de ingreep al een CVA hebben doorgemaakt, dan bij patiënten die voorafgaand geen CVA hebben doorgemaakt.

Volgens Dr. ... is er geen significant verschil tussen beide patiëntengroepen en hij verwijst hiervoor naar het artikel van Qiao et al. Hij meent dat uit de medische vakliteratuur volgt dat een risicopercentage van 0,3 % dient weerhouden te worden.

Deze opmerkingen werden tijdens het door het FMO bevolen deskundigenonderzoek ook reeds geformuleerd, en deze opmerkingen werden beantwoord door de deskundigen in het eindverslag. Eiseres meent evenwel dat de repliek van de deskundigen zeer beperkt is en niet afdoende.

Wat betreft de frequentie stelt de rechtbank vast dat in het artikel waarnaar verwezen wordt door beide partijen, in beide categorieën één geval van een cerebraal embool weerhouden wordt, met dien verstande dat de groep van patiënten die voorafgaand aan de ingreep reeds een CVA hadden ondergaan bestaat uit 51 patiënten en de andere groep bestaat uit 342 patiënten.

De deskundigen van het FMO stellen dan ook terecht dat in de situatie van eiseres de kans op het postoperatief ontstaan van een cerebraal embool 2 % bedraagt, en niet 0,3 % zoals weerhouden door eiseres, gelet op het feit dat eiseres reeds een beroerte had gehad waardoor er een hoger risico was.

De deskundigen hebben dienaangaande de opmerkingen van eiseres en haar raadgevend geneesheer afdoende weerlegd en zij hebben verwezen naar bijkomende wetenschappelijke artikelen dienaangaande. Zij benadrukten nogmaals dat het een gekende complicatie was, zich baserend op hun kennis, ervaring in het domein én de referenties in de literatuur.

Eiseres brengt in het kader van huidige procedure geen nieuwe argumenten, elementen of stukken bij ter staving van haar stelling, die van dien aard zijn om te oordelen dat de door het FMO aangestelde deskundigen de voorliggende wetenschappelijke literatuur onjuist geïnterpreteerd zouden hebben.

5.2.3.4
Het FMO besluit daarenboven dat er *in casu* risicoverhogende factoren aanwezig waren, hetgeen door eiseres betwist wordt.

Eiseres betwist niet dat zij leed aan diabetes type 2 en een roker was, maar zij meent dat niet bewezen is dat deze factoren ook zouden hebben bijgedragen aan het ontstaan van het myxoma en de opgetreden CVA's.

Temeer daar de toestand van diabetes volgens eiseres pas vastgesteld werd na de operatie.

Zij meent dat het college van deskundigen nergens in haar verslag stelt dat er welbepaalde voorafbestaande gezondheidsproblemen waren die mede aan de oorzaak hebben gelegen voor het ontstane myxoma of de CVA en wijst erop dat de deskundigen enkel zouden gesteld hebben dat een myxoma een belangrijke oorzaak is voor cerebrovasculaire incidenten bij jonge patiënten.

Eiseres was naar eigen zeggen op het ogenblik van de feiten een actieve vrouw van middelbare leeftijd, die voltijds werkzaam was, zonder bijzondere of ernstige medische problemen.

Verwerende partij weerlegt dit en verwijst naar het deskundigenverslag. De deskundigen stellen dienaangaande op pagina 13 van het deskundigenverslag:

"Een postoperatief ischemisch cerebrovasculair accident werd gerapporteerd bij 1 van de 51 patiënten met atriaal myxoma die voorafgaand aan de ingreep al een beroerte doorgemaakt hadden (ong. 2 %) en bij 1 van de 342 patiënten zonder preoperatief cerebrovasculair accident (ong. 0,3 %)."

"11,2 % van de patiënten vertoonde een complicatie gerelateerd aan de cardiochirurgie en dit risico was duidelijk hoger bij patiënten die voorafgaand aan de ingreep al een ischemisch cerebrovasculair accident doorgemaakt hadden."

Daarnaast werd in het deskundigenverslag ook gesteld:

"Cardiaal myxoma is een traag progressieve tumor die uitgaat van het endocardium. De incidentie wordt geschat op 0,5 tot 1 per miljoen personen per jaar, maar desalniettemin is dit een belangrijke oorzaak van cerebrovasculaire accidenten bij jonge patiënten."

"Voorafbestaand aan de ingreep was de diagnose van een myxoom LA gesteld wat op ... aanleiding had gegeven tot een CVA met rechterhemiparese en afasie met echter quasi volledige recuperatie de volgende dag."

De deskundigen wijzen er aldus op dat het feit dat zich bij eiseres reeds voorafgaand aan de ingreep een beroerte had voorgedaan, een eerste risicoverhogende factor was.

In tegenstelling tot hetgeen verweerster stelt, leest de rechtbank niet in het verslag van de door het FMO aangestelde deskundigen dat het feit dat eiseres leed aan diabetes type 2 en ongeveer 5 tot 10 sigaretten per dag rookte heeft bijgedragen aan het ontstaan van het myxoma.

Verweerster maakt dit evenwel aannemelijk aan de hand van studies, waaruit volgt dat zowel roken als diabetes een risicoverhogende factor zou kunnen zijn voor het ontwikkelen van een myxoma, en tevens het CVA dat erna optrad. Eisende partij weerlegt dit niet.

Evenmin toont zij aan dat de diabetes een gevolg was van de ingreep, nu uit het deskundigenverslag wel volgt, meer in het bijzonder op pagina 3, dat diabetes reeds aanwezig was, nu dit werd opgenomen in de voorafbestaande toestand. Het feit dat dit pas achteraf zou zijn vastgesteld, doet daaraan geen afbreuk.

Eiseres brengt geen overtuigende elementen naar voor die op die bevindingen van de deskundigen een ander licht zouden kunnen werpen. De risicoverhogende factoren waren onderdeel van de algemene gezondheidstoestand van eiseres voorafgaand aan de medische ingreep, en zij hebben dan ook effectief een determinerende impact gehad op het verloop van die ingreep, zeker op de postoperatieve CVA.

5.2.3.5
Door eiseres, die de vaststellingen van de door het FMO aangestelde deskundigen betwist, worden geen overtuigende argumenten ontwikkeld, gestaafd aan de hand van relevante stukken, zoals relevante medische literatuur, onderzoeken ..., om de vaststellingen en besluiten van het college van deskundigen, aangesteld door het FMO, te weerleggen en te bewijzen dat deze bevindingen van het college van deskundigen niet juist zijn en terzijde moeten worden geschoven. Eisende partij draagt nochtans de bewijslast.

De rechtbank ziet dan ook geen reden om te twijfelen aan de bevindingen van de FMO-deskundigen dienaangaande, temeer daar Prof. ... arts-specialist is in de cardiochirurgie en Dr. ... arts-specialist in de neurologie.

Rekening houdende met deze elementen is de rechtbank van oordeel dat gelet op de incidentiegraad en de aanwezige risicoverhogende factoren, de complicatie, meer in het bijzonder het CVA in het geval van eiseres niet onvoorzienbaar was in de zin van artikel 2, 7° van de Wet van 31 maart 2010.

5.2.4 PROPORTIONALITEITSCRITERIUM

5.2.4.1

Daarnaast dient nagegaan te worden of de geleden schade proportioneel is aan wat redelijkerwijze te verwachten is bij een complicatie zoals deze optrad bij eiseres.

De schade die zich voordoet bij een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid als gevolg van een complicatie die niet uitzonderlijk is en zodoende niet abnormaal, kan wel abnormaal zijn indien deze schade buiten verhouding staat tot wat men redelijkerwijze kan verwachten bij het zich voordoen van die specifieke complicatie.

Alleen wanneer de uit de complicatie voortvloeiende schade groter is dan deze die gebruikelijk is bij het zich voordoen van de complicatie en dit niet te wijten is aan de toestand van de patiënt is er sprake van een abnormale schade.

Het college van deskundigen oordeelde dat de door eiseres geleden schade niet disproportioneel is ten opzichte van de gevolgen die normaal mogen worden verwacht bij het optreden van dergelijke complicatie.

5.2.4.2
Eiseres toont niet aan dat dit *in casu* wel het geval zou zijn. Zij toont meer in het bijzonder niet aan dat de schade *in casu* niet proportioneel zou zijn en te verwachten bij een CVA.

Eiseres verwijst naar de opmerkingen van haar raadgevend arts, die stelt dat de kans op een CVA na een verwijdering van een myxoom zeer uitzonderlijk is. Hierover werd reeds geoordeeld. Dit betreft immers niet de beoordeling van de eventuele disproportionele schadelijke gevolgen van de complicatie.

In casu gaat het over de ernst van de schade en dus over de schadelijke gevolgen van een CVA, een complicatie die is opgetreden met ernstige gevolgen.

De deskundigen stellen uitdrukkelijk in hun verslag dat eens een CVA is opgetreden, de schade niet disproportioneel is ten opzichte van de gevolgen die normaal mogen worden verwacht bij dergelijke complicaties. Op grond van de voorliggende gegevens blijkt dat de opgelopen schade hier kwantitatief voorzienbaar was en niet uitzonderlijk. De beweringen van eiseres worden op generlei wijze ondersteund door enig objectief gegeven.

Ondanks het feit dat de rechtbank erkent dat de complicatie ernstig was en zeer zware gevolgen had en nog steeds heeft voor eiseres, wordt *in casu* niet aangetoond dat zich buitengewone schadegevolgen hebben voorgedaan die niet te verwachten waren.

Het is niet omdat de schade ernstig is, dan wel niet overeenstemde met de verwachtingen van de patiënt, dat deze schade abnormaal is. Bij gebreke aan bewijs van het onvoorzienbaar karakter van de door eiseres opgelopen schade, is hier ook op deze grond geen sprake van abnormale schade in de zin van artikel 2, 7° van de Wet van 31 maart 2010.

5.2.5 BESLUIT

Er is derhalve geen sprake van enige abnormale schade, zodat niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 2, 7° van de wet van 31 maart 2010 om tot een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid te kunnen besluiten.

Eisende partij slaagt niet in haar bewijslast.

5.3 In ondergeschikte orde, vordering tot aanstelling van een college van deskundigen met het oog op de organisatie van een nieuw deskundig onderzoek.

Eiseres verzoekt in ondergeschikte orde om een nieuwe, gerechtelijke expertise, nu zij meent dat het deskundig verslag van het college van deskundigen onvoldoende volledig is, onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd is en dat bepaalde vraagstellingen ook onvoldoende beantwoord zijn gebleven. Daarnaast wijst zij op het feit dat het deskundig verslag van het college van deskundigen, opgesteld op eenzijdig verzoek van verweerster, niet bindend is.

De rechtbank kan de bewijswaarde van de door het FMO georganiseerde expertise volledig vrij beoordelen, nu deze expertise, net zoals het advies van het FMO zelf, niet bindend is voor de rechtbank.

Het is aan de rechter die, gelet op artikel 875*bis* Gerechtelijk Wetboek, de keuze van de onderzoeksmaatregel en de inhoud van die maatregel beperkt tot wat volstaat om het geschil op te lossen, mede in het licht van de verhouding van de verwachte kosten van de maatregel tot de inzet van het geschil.

In casu stelt de rechtbank vast dat het FMO, nadat door eiseres een adviesaanvraag werd ingediend, een college van drie deskundigen heeft aangesteld met het oog op een tegensprekelijke expertise en dit in toepassing van artikel 17, §2 van de wet van 30 maart 2010.

Er is geen reden om aan de onafhankelijkheid van de drie deskundigen te twijfelen, en evenmin aan het feit dat zij gespecialiseerd zijn in de materie, zowel in de cardiochirurgie als in de neurologie, en de algemene geneeskunde. Lopende het onderzoek werden er door eiseres diengaande ook geen opmerkingen geformuleerd, noch een voorbehoud gemaakt.

Eisende partij was aanwezig op de expertisezitting van ..., zitting waarop zij werd bijgestaan door haar raadsman en haar raadgevend arts. Eiseres heeft naar aanleiding van de ontvangst van het voorverslag haar opmerkingen op dit voorverslag kunnen formuleren, hetgeen zij ook gedaan heeft. De opmerkingen werden door het college van deskundigen beantwoord in hun eindverslag.

Eiseres toont niet aan dat het tegensprekelijk expertiseverslag van het college van deskundigen aangesteld door het FMO onvoldoende objectief zou zijn, dan wel dat het college hun advies onvoldoende gemotiveerd zou hebben, dan wel dat het advies onvolledig zou zijn. Het feit dat eiseres het niet eens is met deze bevindingen, doet geen afbreuk aan de objectieve en neutrale beoordeling door deze deskundigen.

Eiseres heeft daarenboven in het kader van deze procedure elk middel en elk eventueel stuk kunnen voorleggen aan de rechtbank ter staving van haar stellingen, teneinde de rechtbank vervolgens te verzoeken op basis van alle voorgelegde informatie en stukken een oordeel te vellen over de aanspraken van partijen.

De rechtbank is van oordeel dat er geen stukken voorliggen die haar overtuigen om alsnog een gerechtelijke expertise te bevelen, die daarenboven enkel bijkomende kosten met zich zal meebrengen.

Ook de vordering van eisende partij, zoals geformuleerd in ondergeschikte orde, wordt om die reden als ongegrond afgewezen.

...

UITSPRAAK

De rechtbank, die uitspraak doet in eerste aanleg en op tegenspraak.

Verklaart de vorderingen van eiseres ontvankelijk, maar wijst ze af als ongegrond.

...

II. Rechtbank van eerste aanleg van Luik, afdeling Luik, 4 november 2025

FMO – BA – Terugvordering schadevergoeding – Ernstig

Het vonnis bevestigt de aansprakelijkheid van het ziekenhuis en de betrokken chirurg en erkent voor de patiënt een verlies van kans van 90 %. De terugvordering van de schadevergoeding door het FMO ten aanzien van de verzekeraar van de zorgverlener is aldus gegrond.

A.R. 23/3154/A
FMO – RIZIV t./…

…

II. Faits

… est prise en charge au service des urgences de … en date du 8 avril 2012 en raison d'un traumatisme au niveau du poignet gauche à la suite d'une chute. Les examens radiologique et CT SCAN réalisés le même jour aboutissent au diagnostic de traumatisme sans lésion osseuse. Le rapport du Docteur … indique, au titre de "*traitement proposé à la sortie*" : "*diclofenac + panadol*".

Dans sa demande d'avis adressée au FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX le 24 juillet 2014, … explique notamment que :

"*[…] Comme l'état de ma main ne s'améliorait pas et que la douleur était toujours si forte, le 11 avril 2012 je me suis rendu de nouveau aux urgences … […]. Le docteur … m'a dit que la seule chose qui peut faire c'est de me prescrire l'attestation d'incapacité de travail pour quelques jours.*

[…]

Puisque les deux médecins m'ont assuré que tout va bien avec ma main, je continuais à travailler. Je souffrais, je prenais tous les jours dès matin jusqu'à soir des médicaments pour soulager la douleur. […]

Le 10 mai 2012, j'ai consulté le Docteur …, à … . Il m'a dit qu'il y avait une fracture au niveau de scaphoïde gauche. Il m'a proposé une ostéosynthèse avec greffe osseuse du scaphoïde gauche qui a été réalisé le 23 mai 2012. Vu l'absence de consolidation osseuse, le docteur … m'a proposé en suite une autre chirurgie : intervention utilisant lambeau vascularisé. Cette intervention a été réalisée le 2 octobre.

[…]

Aujourd'hui, ça fait déjà deux ans depuis mon accident. Je suis toujours en incapacité de travail. Je suis toujours souffrant, mon poignet reste douloureux et faible. […] les médecins ne trouvent pas de solutions idéales, ils me demandent de patiente. […]

Si les médecins qui travaillent à … avaient détecté la fracture de mon poignet, je suis sûre qu'aujourd'hui j'aurai été en bonne santé. Comme les médecins m'ont assuré qu'il n'y avait pas de fracture au niveau de poignet, je continuais à travailler. J'ai travaillé presque un mois avec un poignet fracturé, c'est seulement ça qui a provoqué autant des complications dans la guérison. Surtout que le travail que je faisais était physique. […]"

Le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX met en place une expertise contradictoire, confiée au Docteur … en qualité d'expert coordinateur, lui-même assisté du Docteur … en qualité de sapiteur radiologue.

Dans son rapport définitif du 11 avril 2019, le Docteur … conclut à la responsabilité de … en ce qui concerne la prise en charge de la patiente les 8 et 10 avril 2012.

La responsabilité civile professionnelle de … est assurée auprès de la …

La … est invitée à formuler une offre d'indemnisation en faveur de … . Dans un courrier du 10 mars 2020, … décline son intervention.

Le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX indemnise … le 12 octobre 2021 à concurrence d'un montant total de …

Le 30 novembre 2022, le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX adresse à … une mise en demeure visant le remboursement de ce montant augmenté des honoraires de l'expert et du sapiteur, soit une somme de 51.792,46 EUR. … maintient son refus d'intervenir.

Le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX saisit le tribunal par citation signifiée le 19 juillet 2023 à …

Par exploit du 12 juin 2024, … cite en intervention forcée et garantie … et la …

…

V. Discussion quant au fond

1.

L'article 12, § 1er de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé prévoit que "*Toute personne qui s'estime victime d'un dommage résultant de soins de santé ou ses ayants droit peuvent adresser au Fonds, […], 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.*"

L'article 17, § 2 prévoit que "*[…], 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. […].*"

L'article 21 dispose que :

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

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

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

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

2.

Le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX prétend établir la responsabilité de … sur la base du rapport d'expertise rendu par le Docteur … conformément à l'article 17, § 2 précité.

Le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX estime qu'il n'y a pas lieu d'écarter ce rapport dès lors qu'il est rendu par un médecin indépendant, dans le cadre d'une procédure présentant des garanties suffisantes d'objectivité et d'impartialité.

… reproche quant à elle à l'expert mandaté par le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX de ne pas avoir répondu à l'avis de son propre conseil technique, le Professeur … . Elle estime par conséquent que le principe du contradictoire et ses droits de la défense n'ont pas été respectés.

3.

La force probante des pièces soumises au tribunal doit être appréciée au cas par cas. Au même titre que l'avis du FAM, l'expertise organisée par ce dernier ne lie pas le tribunal.

La Cour d'appel de Liège a, dans son arrêt du 20 janvier 2021[1], rappelé à juste titre que :

"*L'indépendance et l'impartialité de l'expert sont des points fondamentaux qui s'appliquent à tout expert, quel que soit son mode de désignation.*

L'exigence d'impartialité dans le chef d'un expert ne peut toutefois être assimilée à l'exigence d'impartialité et d'indépendance du juge, dès lors que l'expert se borne à donner, avant les débats, un avis qui peut être contesté devant le juge alors que ce dernier statue sur la cause après les débats.

Lorsque le juge doute de l'impartialité de l'expert, il reste tenu d'apprécier souverainement la valeur probante du rapport d'expertise et ne peut s'écarter de celui-ci au seul motif que l'expert a fait preuve de partialité.

L'expertise judiciaire n'a 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.).

Les travaux préparatoires de la loi du 31 mars 2010 précisent que l'expertise organisée par l'article 17 de loi a "la même valeur qu'une expertise judiciaire" et que le juge conserve à son égard "sa totale liberté d'appréciation".

La loi du 31 mars 2010 confie au FAM l'organisation administrative de la procédure d'expertise telle que prévue à l'article 17 de la loi et le charge de veiller au respect de son caractère contradictoire.

Dans ce contexte, l'expertise organisée par le FAM ne présente pas les mêmes garanties que l'expertise judiciaire dès lors qu'à l'inverse du juge, le FAM n'est pas un tiers totalement neutre puisque les conclusions de l'expertise auront une incidence sur ses propres droits et obligations.

En effet :

- *si l'expertise conclut à l'absence de responsabilité d'un prestataire de soins et au caractère anormal du dommage présentant une gravité suffisante, le FAM devra indemniser la victime de l'accident médical sans pouvoir exercer un recours contre l'assureur du prestataire de soins*
- *si l'expertise conclut à un manquement dans le chef du prestataire de soins et que le FAM indemnise la victime de l'accident, il peut exiger, sur base de sa subrogation légale, le remboursement de ses débours contre l'assureur du prestataire de soins.*

En outre l'expert est désigné par le FAM, il est payé par le FAM, il dépend du FAM qui décide notamment de son maintien ou de sa récusation par une décision motivée. Il suit de ces éléments objectifs que le FAM n'apparaît pas comme un organisme totalement impartial.

1. Con. M. 2021, liv. 3, 112 et http://www.consilliomanuque.be/ (06.10.2021) ; J.L.M.B. 2022, liv. 31, 1356 et https://jlmbi.larciergroup.com/ (28.09.2022), note G.G. ; Rev. dr. santé 2021-22, liv. 5, 422, note …

Cela n'implique pas pour autant que les conclusions des experts désignés par le FAM dans les procédures d'expertise diligentées sur base de la loi du 31 mars 2010 doivent être systématiquement écartées des débats. Il appartient au juge d'apprécier souverainement, dans chaque cas d'espèce, la valeur probante du rapport d'expertise et de déterminer s'il dispose d'éléments suffisants pour forger sa conviction."

4.

Appliqués au cas d'espèce, ces principes amènent le tribunal à constater que :

- l'expertise du Docteur … désigné par le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX, débute par une séance le 27 avril 2018, en présence du Docteur … du Docteur … (ce dernier en qualité de médecin conseil des Docteurs … ainsi que du … et du … et du Professeur … (radiologue, expert désigné par le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX)
- dans son rapport préliminaire du 6 mars 2019, le Docteur … explique que :

  "*La patiente présentait une fracture du scaphoïde carpien de type SCHERNBERG 4 non déplacée. Ce type de fractures a un bon pronostic avec un faible taux de pseudarthrose (10 %) et un faible taux de nécrose aseptique (5 %).*

  La fracture pouvait être traitée par une immobilisation plâtrée prolongée (trois mois).

  […]

  L'absence de diagnostic immédiat n'est pas nécessairement péjoratif pourvu qu'il n'y ait pas de déplacement du foyer de fracture. Une immobilisation retardée d'un mois ne change pas l'évolution.

  […]

  Induscablement la prise en charge au service des urgences de … ne fut pas idéale.

  La patiente a été examinée par un médecin sans reconnaissance INAMI présent en Belgique […]

  La fracture du scaphoïde carpien est une fracture qui passe inaperçue dans 20 % des cas. Le traumatisme en extension du poignet doit attirer l'attention.

  Le sapiteur radiologue indique que cette fracture pouvait être diagnostiquée, sur la base de l'examen radiologique, mais évidemment son avis est rétrospectif.

  L'expert, chirurgien orthopédiste admet a posteriori que la fracture était visible. Mais il est vraisemblable que ce trait de fracture n'eut pas attiré son attention au moment des faits.

  Le scanner réalisé le 8 avril 2012 n'était pas de qualité suffisante que pour permettre le diagnostic. […] Les paramètres de l'examen ne pouvaient permettre le diagnostic (coupes trop épaisses)

  Face un tel tableau et à une suspicion de traumatisme du poignet, la patiente aurait dû être adressée à un chirurgien orthopédiste pour contrôle.

  Classiquement, en de telles circonstances, le poignet est immobilisé dans une attelle plâtrée et le patient est adressé pour contrôle. Le diagnostic paraclinique est établi par une scintigraphie osseuse ou par une résonance magnétique nucléaire (le taux de faux positifs et de faux négatifs étant excessivement faible).

  […]

  Toute cette prise en charge fut déficiente lors des passages de la patiente les 8 et 10 avril 2012 à …

L'expert estime que le diagnostic de la fracture était possible mais que l'erreur était également possible. À ce propos, il convient de raisonner en termes de moyens disponibles pour accomplir la mission médicale attendue. L'expert estime que les personnes (médecins) qui se sont occupés de la patiente le 8 avril 2012 ne présentaient pas les compétences nécessaires. La supervision de la référente en chirurgie était défaillante, l'examen scanographique ne fut pas réalisé selon les règles de l'art.

[…]

La chirurgie du 23 mai 2012 [par le … était justifiée par le déplacement fractuaire […]"

- Le Professeur … transmet ses observations le 11 mars 2019, le FAM le 3 avril 2019 et le Docteur … le 6 avril 2019
- L'expert … répond à ces observations en page 44 de son rapport définitif du 11 avril 2019. Il précise notamment que :

  "Ce qui est reproché ici, ce n'est pas l'absence de diagnostic, mais l'absence de moyens diagnostic (reçue par un médecin non qualifié, imagerie scanographique de mauvaise qualité, absence de proposition d'une consultation par un spécialiste, pas d'immobilisation, …).

  Le déplacement est largement explicable par l'absence d'immobilisation.

  Votre analyse des préjudices est basée sur l'existence d'une prise en charge fautive par le Dr … le 23 mai 2012. Ceci ne me semble pas démontré."

5.

Il ressort de la lecture du rapport du Docteur … que l'expertise a été diligentée de manière contradictoire, et que les parties concernées et leurs médecins conseils ont eu la possibilité de faire valoir leurs commentaires, positions et analyses.

6.

… critique le rapport du Docteur … et l'avis ultérieur du FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX :

- au motif qu'il comporterait des contradictions : après avoir considéré que le docteur … se serait trompé de diagnostic en évoquant prématurément une pseudarthrose[2], il ne retient finalement pas de manquement dans son chef en se fiant aux seules déclarations du docteur … dans le cadre de l'expertise, déclarations contredites par le protocole opératoire du 23 mai 2012
- au motif que l'intervention réalisée par le docteur … serait réservée à des lésions en pseudarthrose
- au motif que le diagnostic posé le 15 mai 2012 serait, selon le FAM, une fracture non déplacée[3], alors que le Professeur … retient un déplacement important de la fracture dès ce moment-là et que tout le raisonnement de l'expert … dans son rapport se fonde sur l'existence d'un tel déplacement
- au motif que la possibilité d'un déplacement de la fracture dès la chute du 8 avril 2012 n'aurait pas été examinée
- en ce qui concerne le dommage en lien causal avec les prétendues fautes, au motif que le tabagisme de la patiente, sa reprise anticipée du travail alors qu'elle était en incapacité médicale, et le risque classique et significatif d'évolution vers une pseudarthrose ou nécrose, n'auraient pas été (suffisamment) pris en considération. Par ailleurs, les périodes d'incapacité qui auraient résulté d'une immobilisation par plâtre de la fracture initiale auraient été sous-évaluées.

2. P. 20 des conclusions de la S.A. …
3. P. 3 de l'avis du FAM du 13 février 2020.

… ne remet pas vraiment en cause l'appréciation de l'expert … en ce qui concerne la responsabilité de son assurée lors de la prise en charge aux urgences. Elle se limite en effet à vanter les qualités des jeunes médecins, sans contredire le fait qu'il eut fallu immobiliser le poignet, renvoyer la patiente vers un chirurgien orthopédiste pour contrôle et prévoir une relecture des clichés par un orthopédiste senior. Par ailleurs, répondant à l'argument selon lequel 20 % des fractures du scaphoïde ne sont pas diagnostiquées, l'expert … précise que la faute reprochée n'est pas l'absence de diagnostic, mais bien l'absence de moyens diagnostics précisés ci-avant. Le tribunal observe que le Professeur … lui-même, médecin en chef du service des urgences de l'hôpital … indique qu'il recommande normalement dans un tel cas l'avis d'un chirurgien orthopédiste et l'immobilisation du poignet dans une attelle jusqu'à l'obtention d'un tel avis.

Quant à l'existence d'une faute imputable au docteur … le tribunal observe que :

- l'avis du FAM du 13 février 2020 mentionne que le 15 mai 2012 la fracture était non déplacée. Or, il ressort des travaux du sapiteur … que la fracture était bien déplacée à cette date. Le médecin conseil de … lui-même n'apporte pas la preuve que le docteur … se soit trompé dans le cadre de la relecture des clichés. Cette mention dans l'avis du FAM provient du rapport d'examen du Docteur … qui est manifestement "*passé à côté*" du déplacement de la fracture. Cela n'a cependant aucune incidence sur l'appréciation de la responsabilité du Dr … puisque ce dernier retient, malgré l'avis du Docteur … l'existence d'un déplacement
- sur la base de ce diagnostic de fracture déplacée, le docteur … a estimé qu'il y avait lieu de pratiquer une "*sanction chirurgicale de type ostéosynthèse*"[4]
- dès son rapport préliminaire, l'expert … affirme que les indications chirurgicales posées par le Dr … étaient licites puisqu'elles correspondaient au moment des faits aux données de la science et de l'art, soulignant qu'"*on ne peut pas décrire de consensus dans la littérature, mais il existait des publications très sérieuses favorables à ce type de prise en charge*"
- aucun élément ne permet de retenir un manque de cohérence ou d'appui scientifique aux conclusions qui sont ainsi dégagées par l'expert … dans son rapport. Contrairement à ce que soutient … , l'expert … répond bel et bien aux observations qui ont été formulées par son médecin conseil, le Docteur … en pages 45 et 46 de son rapport définitif. L'expert … souligne notamment que l'indication opératoire, *même en l'absence de lésions en pseudarthroses*, était validée par la littérature médicale telle qu'elle existait en 2012. Il ne peut qu'être constaté que … n'apporte pas la preuve que l'expert se soit trompé en répondant de la sorte.
- enfin, aucun élément du dossier ne permet de valider l'hypothèse selon laquelle un déplacement de la fracture existait déjà lors des examens réalisés le 8 avril 2012.
- quant au dommage, la lecture des images entre le 8 avril 2012 et le 10 mai 2012 permettent d'objectiver la survenance d'un déplacement de la fracture. … (ou son médecin conseil) ne démontre pas qu'une immobilisation du poignet durant ce laps de temps n'aurait pas permis d'éviter la survenance de ce déplacement. C'est donc à juste titre que l'expert … retient que les manquements lors de la prise en charge aux urgences les 8 et 10 avril 2012 sont à l'origine du déplacement de la fracture constaté le 10 mai 2012. Par ailleurs, dès lors que l'indication opératoire est validée scientifiquement par l'expert à l'aune du diagnostic ainsi posé par le docteur … c'est également à juste titre que l'expert … considère que la patiente a perdu une chance d'éviter l'opération du 23 mai 2012 et les suites de celle-ci

4. Rapport d'expertise, p. 30.

- le docteur … produit la littérature médicale à l'appui de laquelle il estime qu'en cas d'immobilisation rapide d'une fracture non-déplacée, la patiente avait 90 à 95 % de chances de voir sa fracture se consolider. Ce faisant, il justifie valablement et objectivement le taux de 90 % de perte de chances qu'il retient dans le cas d'espèce
- l'expert mentionne le tabagisme de la patiente dans son rapport. … ne produit aucune littérature médicale pour démontrer que ce tabagisme a pu avoir une incidence effective sur l'évolution de la fracture. Elle ne produit pas non plus (*in extenso*) sa note de faits directoires adressée à l'expert du FAM afin d'établir que ce dernier aurait omis de répondre à cet argument
- il en va de même de l'argument relatif à la reprise anticipée du travail par la patiente. La … n'apporte aucun élément tendant à établir que le dommage ne serait pas survenu tel qu'il est survenu si la patiente était restée chez elle, alors qu'aucune immobilisation du poignet ne lui était prescrite. Dans ces circonstances, il n'est pas établi que la reprise du travail 3 jours plus tôt ait eu une quelconque incidence sur la survenance du dommage
- enfin, quant aux taux et périodes d'incapacités, … fonde ses contestations sur la prémisse selon laquelle l'opération du 23 mai 2012 n'aurait pas dû être effectuée. Dès lors que les développements qui précèdent permettent d'infirmer cette prémisse, les arguments de … doivent être rejetés par identité de motifs.

En conclusion, le tribunal estime non seulement que l'expertise menée à l'initiative du FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX présente le caractère contradictoire requis, mais en outre que les informations qui en ressortent apparaissent suffisamment objectives et fiables pour trancher le litige.

Le rapport d'expertise du Docteur … établit, avec le degré de certitude requis, l'existence d'une faute imputable au service des urgences de … en lien causal avec le dommage de …

7.

En conséquence, il y a lieu de faire droit à la demande du FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX et de condamner … à lui payer la somme de … à majorer des intérêts compensatoires puis judiciaires aux taux légaux depuis le 12 octobre 2021 et la somme de … à majorer des intérêts compensatoires puis judiciaires aux taux légaux depuis le 24 juin 2019.

8.

Enfin, il y a lieu de débouter … de son action en garantie à l'encontre du Docteur … et de … dès lors qu'il ressort des développements qui précèdent que l'existence d'une (ou plusieurs) faute(s) dans leur chef n'est pas établie.

…

VIII Décision du tribunal

Le tribunal, statuant contradictoirement sur la base des motifs ci-dessus,

Dit la demande du FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX à l'encontre de … **recevable et fondée**,

En conséquence,

Condamne … à payer au FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX :

- la somme de … à majorer des intérêts moratoires puis judiciaires aux taux légaux depuis le 22 mars 2023 et la somme de … à majorer des intérêts compensatoires puis judiciaires aux taux légaux depuis le 12 octobre 2021 et ;

- la somme de … à majorer des intérêts compensatoires puis judiciaires aux taux légaux depuis le 24 juin 2019.

Condamne … qui succombe, aux dépens du FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX, liquidés à la somme de …

Déboute le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX de sa demande de condamnation au paiement d'intérêts moratoires sur les dépens.

Dit la demande en intervention forcée et garantie de … à l'encontre du docteur … **recevable mais non fondée**,

En conséquence,

Condamne la … qui succombe, aux dépens du Docteur … liquidés à la somme de ….

…

III. Nederlandstalige rechtbank van eerste aanleg van Brussel, 21 november 2025

FMO – BA – Terugvordering schadevergoeding – Verlies van kans

In deze zaak wordt het standpunt van het FMO gevolgd inzake de bewijskracht van de tegensprekelijke expertise en de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverlener. Het deskundigenrapport wordt door de rechter als tegensprekelijk beschouwd omdat alle opmerkingen (afdoende) werden beantwoord. Er is sprake van een fout in de nazorg die in causaal verband staat met de schade, namelijk het overlijden van de patiënt. Er wordt een verlies van kans op overleven van 20 % aanvaard. De terugvordering van de schadevergoeding door het FMO ten aanzien van de verzekeraar van de betrokken zorgverlener is aldus gegrond.

A.R. 2024/2086/A
RIZIV t./… en …

…

II. Feiten

Bij de heer …, geboren op …, wordt in Canada de diagnose gesteld van prostaatkanker (geen uitzaaiingen volgens botscan).

Na overleg op … met dr. …, uroloog in het … te … wordt beslist om de prostaat van de heer … te verwijderen met behulp van de 'Da Vinci Robot'. De ingreep wordt omschreven als ….

Op … ondergaat de heer … de ingreep in het …-ziekenhuis te …. Tijdens de operatie wordt onder meer een forse verkleving van de darm met de buikwand vastgesteld.

Op …, na de operatie, klaagt de heer … rond 23u over abdominale pijn. Dr. …, uroloog van dienst, wordt telefonisch gecontacteerd en hij schrijft pijnmedicatie voor.

Op … rond 10u, tijdens de zaalronde van dr. … klaagt de heer … over toenemende abdominale pijn. Hij heeft koorts (38 °C) en is kortademig. Er worden onder meer de volgende onderzoeken uitgevoerd:

- RX- en CT-thorax (uitsluiting longembool en pneumonie),
- afnemen van hemoculturen.

De laboresultaten tonen een infectueus beeld.

Er wordt (o.m.) een antibioticum toegediend.

In de daaropvolgende uren ontwikkelen zich progressief tachycardie en hypotensie, die persisteren, evenals een septisch beeld.

Om 15u wordt de heer … overgebracht naar de dienst intensieve zorgen wegens toenemende sepsis.

Op … om 01.30u voert dr. … een urgente revisie laparotomie uit wegens een acuut abdomen en sepsis. Er wordt een lek vastgesteld in de dikke darm. Er is sprake van een zogenaamde necrose distaal van de sutuur, die opnieuw wordt overgehecht.

Vervolgens treedt er een fulminante septische shock op, een multiple orgaandysfunctiesyndroom, evenals een ARDS (shocklong).

De heer … overlijdt op …. rond 11u.

… (echtgenote) en … (kinderen) dienen op … een adviesaanvraag in bij het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO) op grond van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (afgekort: Wet Medische Ongevallen).

Het FMO organiseert een tegensprekelijke expertise onder leiding van dr. …, dr. … en dr. ….

Op … bezorgt het college van deskundigen haar voorlopig verslag aan de partijen.

Dr. … geeft, onder meer bij monde van zijn raadsarts dr. … opmerkingen op het voorlopig verslag.

Op … legt het college van deskundigen haar definitief verslag neer.

In zijn voorlopig advies van … overweegt het FMO onder meer dat er sprake is van een kansverlies, dat blijkt dat het kansverlies het gevolg is van een fout begaan door de betrokken zorgverstrekkers, zijnde dr. … en dr. …, en dat het kansverlies dat de heer … heeft geleden, gezien de aansprakelijkheid van dr. … en dr. … niet beschouwd kan worden als een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.

Dr. … geeft op … zijn opmerkingen op het voorlopig advies van het FMO.

Op … deelt het FMO aan dr. … mee dat de geformuleerde opmerkingen niet van aard zijn om enige wijziging aan de eindbeslissing van het Fonds aan te brengen. Als bijlage wordt aan dr. … het definitief advies bezorgd dat overeenstemt met de conclusies genomen in het voorlopig advies van het FMO.

Het FMO gaat, na een regelingsvoorstel, in 2022 over tot vergoeding van … (55.688,08 EUR) en … (telkens 1.507,13 EUR).

Een minnelijke terugvordering van de uitbetaalde bedragen door het FMO ten aanzien van de …, de aansprakelijkheidsverzekeraar van dr. … vindt geen doorgang aangezien de raadsman van … en dr. … op … meedeelt dat de aansprakelijkheid betwist wordt.

Op … gaat het FMO, dat zich gesubrogeerd acht in de rechten van … en … over tot dagvaarding van verweerders.

…

IV. Beoordeling

…

Ten gronde

FMO-expertise

Verweerders bekritiseren de bewijswaarde van de expertise georganiseerd door het FMO en zijn van mening dat met het deskundigenverslag geen rekening kan worden gehouden ‘zolang de bemerkingen van dr. … niet afdoende en gemotiveerd inhoudelijk zijn beantwoord’. Verweerders voeren hierbij een schending van het recht op tegenspraak en de rechten van verdediging aan en verzoeken de rechtbank, alvorens recht te doen, het college van deskundigen uit te nodigen om de bemerkingen van dr. … op het deskundigenverslag inhoudelijk en op gemotiveerde wijze te beantwoorden.

Het FMO heeft een in de zin van artikel 17 van de Wet Medische Ongevallen tegensprekelijke expertise georganiseerd. Artikel 24 van de Wet Medische Ongevallen bepaalt 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) dus volledig vrij beoordelen. Dit is, net zoals het advies van het FMO zelf, niet bindend voor de rechtbank. De rechtbank kan, indien zij dit noodzakelijk acht, zelf ook nog een gerechtsdeskundige aanstellen.

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.

In wezen verwijten verweerders aan het college van deskundigen dat zij de opmerkingen van dr. …, de raadsarts van verweerders, op het voorverslag niet inhoudelijk hebben beantwoord en zich er in hun eindverslag louter toe beperkt hebben te stellen dat de geformuleerde opmerkingen geen wijziging meebrengen aan de besluiten geformuleerd in het voorlopig verslag.

Uit het eindverslag van … blijkt dat het college van deskundigen de opmerkingen van dr. … die blijkbaar door de raadsman van verweerders zijn bezorgd aan het college met een e-mail van …, heeft ontvangen en bestudeerd, doch dat het college van mening is dat deze opmerkingen geen wijziging aanbrengen aan de conclusie van het voorlopig verslag. Hierover is de volgende formele motivering opgenomen in het eindverslag (zie blz. 18):

"Op … maakte Mr. … tegensprekelijk per mail opmerkingen over geformuleerd door Dr. …. Deze opmerkingen brachten geen wijziging mee aan de besluiten geformuleerd in het voorlopig verslag."

In de Wet Medische Ongevallen is niet voorzien dat de deskundigen de opmerkingen van de partijen op het voorverslag punt per punt moeten beantwoorden. Dit is evenmin voorzien in de gemeenrechtelijke procedure. Daarbij merkt de rechtbank voor zover als nodig op dat artikel 978 van het Gerechtelijk Wetboek een dergelijke verplichting destijds voorzag (zie bijv.: Cass. AR C.14.0346.N, 20.03.2015), doch hieraan een einde is gekomen met de wet van 15 mei 2007 tot wijziging van het Gerechtelijk Wetboek betreffende het deskundigenonderzoek en tot herstel van artikel 509*quater* van het Strafwetboek.

Het mag bijgevolg worden aangenomen dat het, ook bij een FMO-expertise, volstaat dat de deskundige in zijn eindverslag toelicht waarom hij bepaalde opmerkingen op het voorverslag niet (punt per punt) beantwoordt.

Uit de motivering van het eindverslag, zoals hierboven geciteerd, blijkt afdoende dat de deskundigen van mening zijn dat de opmerkingen van dr. … al (impliciet) zijn beantwoord in het voorverslag.

Deze motivering is duidelijk en afdoende aangezien, zoals het FMO terecht stelt, de opmerkingen van dr. … betrekking hebben op aspecten die zowel in het voor- als het eindverslag ter sprake komen. Het blijkt met name uit de verslaggeving van het college van deskundigen waarom zij het standpunt van verweerders, zoals verwoord door dr. … niet bijtreden, onder meer wat betreft de 'regelmatige initiatieven' die dr. … zou hebben genomen voor de opvolging van de patiënt (zie de bladzijden 10-12 van het eindverslag), het aspect 'gevoelige abdomen' of 'abdominale pijn' (zie bladzijde 9), de opwerping dat er 'geen tijdverlies' was en rekening moet worden gehouden met bijvoorbeeld het transport van de patiënt (zie bladzijde 13), de moeilijkheid bij het stellen van de diagnose van 'peritonitis op caecum perforatie' en de andere werkhypothesen (zie bladzijde 9), het intra-abdominaal vocht/bloed (zie de bladzijden 9 en 10) evenals de resultaten van de overige onderzoeken en de gegevens opgenomen in het ('post hoc') verslag van dr. ….

De rechtbank stelt voorts voor zover als nodig vast dat het eindverslag duidelijk, overzichtelijk en terdege gemotiveerd is. De rechtbank ziet geen enkele reden om het advies van de FMO-deskundigen niet als een degelijk en objectief medisch-technisch advies te beschouwen.

De rechtbank zal de bewijswaarde van de verslagen van de voorliggende FMO-expertise hoe dan ook concreet beoordelen in het licht van de middelen en stukken die partijen aan haar voorleggen, waaronder de argumenten van verweerders met betrekking tot de door dr. … gemaakte opmerkingen.

In die omstandigheden is er geen reden tot het terzijde schuiven van het verslag van de FMO-expertise en/of het uitnodigen van het college van deskundigen om een aanvullend advies te geven met betrekking tot de opmerkingen van dr. … in zijn brief van ….

…

Beoordeling

In de regel rust op de arts, zowel bij het uitvoeren van een diagnose- en indicatiestelling als bij een behandeling, een inspanningsverbintenis. Er moet in beginsel worden nagegaan of dr. … zich heeft gedragen als een normaal zorgvuldig uroloog, geplaatst in dezelfde omstandigheden.

Het bestaan van schade (of een kansverlies) impliceert daarbij niet het voorhanden zijn van een fout of onzorgvuldigheid. Men moet zich bij de beoordeling hoeden voor een *a posteriori* redenering. Dit laatste betekent dat men zich, zoals verweerders terecht stellen, moet plaatsen op het ogenblik van de feiten om de gedraging van de arts te beoordelen.

Het FMO draagt in beginsel de bewijslast van de aansprakelijkheid van dr. …. Onzekerheid of twijfel die na de bewijsvoering blijft bestaan, moet in principe in aanmerking worden genomen tegen degene die de bewijslast draagt (zie art. 8.4, vierde lid van het B.W.).

Volgens het FMO heeft dr. …. onder meer een fout begaan bij de diagnose- en indicatiestelling. In hoofdzaak verwijt het FMO aan dr. … dat hij na de operatie (wegnemen van de prostaat) niet tijdig de ernst en de urgentie van de situatie van de heer … heeft ingeschat.

In het deskundigenverslag wordt hierover onder meer het volgende overwogen:

“c Verloop van de aandoening

We beschikken alleen over een post hoc opgemaakt verslag van Dr. …, er zijn geen originele medische follow up nota’s voorhanden en blijkbaar ook niet opgesteld. In eerste instantie evolueerde de toestand van patiënt op …, op de eerste postoperatieve dag, gunstig. Tijdens de nacht van … op … ontwikkelde patiënt abdominale pijn die door Dr. … die telefonisch werd gecontacteerd, als beginnende peristaltiek werd ingeschat en waarvoor aan patiënt … en ½ ampul … werd gegeven. Patiënt werd toen niet onderzocht. In de loop van de voormiddag van … wordt patiënt gezien om 10 uur. Er is dan koorts (38,2 °C) en dyspnoe. Er worden hemoculturen genomen en aan het … wordt een hoge dosis … toegevoegd. Een RX-thorax en CT-abdomen tonen geen argumenten voor pneumonie of voor longembolen. De CT toont wel een belangrijke hoeveelheid intra-abdominaal vocht. Rond de middag ontstaan er duidelijk meer problemen met koorts (38,2°C), tachycardie (156/min) en hypotensie (96/68mmHg). Het abdomen is klinisch duidelijk drukpijnlijk gevoelig. Er is toenemende sepsis en om 15u wordt patiënt getransfereerd naar de dienst intensieve zorg. Ook van deze dienst beschikken we alleen over een ontslagnota, niet over een opnamedossier of een klinisch onderzoek. Het is niet duidelijk met welke diagnostische hypothese gewerkt werd. Het is merkwaardig dat van die dag geen bloedgas, bicarbonaat- of lactaatbepaling beschikbaar is. Pas wanneer pus uit de wonde verschijnt wordt in de nacht van … op … om 1u30, een exploratieve laparotomie uitgevoerd waarbij een caecumperforatie wordt vastgesteld. Op dat ogenblik heeft zich echter al multi-orgaanfalen ingesteld waaruit patiënt niet meer kon herstellen.

d Verwikkelingen

d.1 het optreden van een iatrogeen caecumletsel

d.2 Op … om 15u werd patiënt wegens het ontwikkelen van een septisch beeld overgebracht naar intensieve zorg. Er ontwikkelt zich een fulminante septische shock die ook na de heringreep niet meer onder controle kon gebracht worden.

e Nabehandelingen en/of verdere ingrepen

Tot de nacht van … op … kan de toestand nog als normaal worden aanzien. De heer … kloeg van pijn, maar dit is een subjectief en moeilijk interpreteerbaar symptoom postoperatief. Vanaf … wordt de pijn evenwel erger en onrustwekkender terwijl er ook koorts en kortademigheid optrad. Er gebeurde om 11u17 een CT-scan die vrij veel intra-abdominaal vocht toonde dat evenwel mogelijk nog als bloed werd geïnterpreteerd. In de daaropvolgende uren gaat de toestand progressief achteruit met tachycardie en hypotensie. Er ontwikkelt zich een sepsis die de opname op intensieve zorg vereist. Over het verblijf op intensieve zorg beschikken we alleen over een ontslagnota, niet over een opnamedossier of een klinisch onderzoek op dat ogenblik.

De ingestelde behandelingen zijn op zich wel adequaat maar uiteindelijk louter cosmetisch wanneer de septische focus, in dit geval een duidelijk acuut abdomen, niet gecureerd wordt. Het is niet duidelijk met welke diagnostische hypothese men tussen … om 15u en 1u30 de volgende morgen gewerkt heeft. Op basis van het verloop en het klinische beeld lag het vermoeden van peritonitis toch voor de hand. De toestand op intensieve zorg deterioreerde verder en pas op … om 1u30, nadat pus uit de drains loopt, onderging patiënt een laparotomie waarbij een caecumperforatie werd vastgesteld. Patiënt overleed op … aan de gevolgen van een fulminante septische shock met multi-orgaanfalen.

VI. Besluit

(…)

Op de eerste postoperatieve dag doen zich blijkbaar geen grote problemen voor. De pijn die in de eerste postoperatieve nacht vermeld wordt, wordt louter symptomatisch behandeld. Volgens gegevens waarover Prof. … lijkt te beschikken was de pijn erger dan uit het verslag in het dossier kan worden opgemaakt en was ze al sedert de namiddag aanwezig. Er is op dat ogenblik geen klinisch onderzoek gebeurd. Op … in de voormiddag ontstaan de eerste tekens van complicaties en rond de middag is er duidelijk evolutie naar sepsis. Het klinisch onderzoek (duidelijk drukpijnlijk gevoelig abdomen) en de gekende verwikkeling tijdens de ingreep hadden in de eerste plaats een intra-abdominaal probleem moeten doen vermoeden. De CT van het abdomen toonde ook intra-abdominaal vocht. Patiënt had op dat ogenblik best meteen een heringreep gekregen. Men kan niet stellen dat patiënt niet onderzocht of behandeld werd maar zowel in de dienst urologie als in de dienst intensieve zorg is toch een twaalftal uren te lang conservatief behandeld terwijl niet duidelijk is welke alternatieve diagnose men voor ogen had. Pas om 1u30 de volgende ochtend gebeurt de heringreep maar op dat ogenblik is het multi-orgaanfalen al ver gevorderd."

Het deskundigenverslag maakt in eerste orde gewag van het feit dat de deskundigen enkel beschikken over een zogenaamd 'post hoc verslag' opgemaakt door dr. …. Er zouden geen andere (follow-up) nota's zijn opgesteld. Op de bladzijden 5 en 6 behandelt het deskundigenverslag het verslag van dr. …. Het verslag zelf wordt niet voorgelegd door de partijen.

Vervolgens beschrijft het deskundigenverslag ook een 'operatieverslag' (bladzijde 6 onderaan en bladzijde 7 van het deskundigenverslag), evenals een 'verslag' van … over de opname op intensieve zorgen (zie de bladzijden 7-8 van het deskundigenverslag). Het is niet duidelijk of dit gaat over aparte verslagen of de beschrijving ervan is opgenomen in het verslag van dr. … - *wat niet kan worden nagegaan aangezien zelfs dit verslag niet wordt voorgelegd door de partijen.* De partijen geven hierover geen duidelijkheid en leggen op dit punt geen stukken voor.

De deskundigen spreken ook over bepaalde onderzoeken (RX, CT, laboresultaten, …) doch blijkbaar moet worden aangenomen dat zij hiervoor voortgaan op wat dr. … in zijn verslag heeft opgenomen. Enige stukken worden hiervan in elk geval niet voorgelegd.

Voorts stelt de rechtbank vast dat bij de adviesaanvraag sprake is van een verslag van dr. … doch ook dit verslag leggen de partijen niet voor.

Wanneer de rechtbank het voorgaande ter zitting aangeeft en meedeelt dat zij graag volledig is ingelicht en de voorgelegde documenten, niettegenstaande het omvangrijke dossier met stukken van het FMO, aan de karige kant zijn, geven de partijen aan dat de rechtbank kan voortgaan op de documenten die (wel) voorliggen en de uiteenzetting die is opgenomen in de conclusies van de partijen.

Daarbij geven de partijen, en in het bijzonder de raadsman van verweerders, op vraag van de rechtbank aan dat dr. … (mee) instond voor de opvolging en behandeling van de heer … en dit zowel op de dienst waar de heer … zich aanvankelijk na de operatie bevond (tot … omstreeks 15u) als op de dienst intensieve zorgen (vanaf … omstreeks 15u). Het is dus niet zo dat dr. … die blijkbaar de dienst intensieve zorgen leidde en die ook aansprakelijk wordt geacht door het FMO – *doch niet inzake is* -, vanaf 15u de leiding overnam en dr. … niet meer tussenkwam.

Rekening houdend met de informatie die voorhanden is en met wat de partijen (schriftelijk en mondeling) uiteenzetten, stelt de rechtbank vast dat het FMO afdoende aannemelijk maakt dat dr. … zich niet heeft gedragen als een normaal zorgvuldig uroloog, geplaatst in dezelfde omstandigheden.

Zoals de deskundigen aangeven in hun verslag, blijkt uit de voorgelegde gegevens dat er reeds op … in de voormiddag aanwijzingen zijn dat de situatie van de heer … verslechtert. Hij vermeldt toenemende abdominale pijn, heeft een lichte temperatuurstijging (tot 38,2°C) en is 'wat kortademig'. Het is op dat ogenblik, onder meer op basis van de laboresultaten, al duidelijk dat er sprake is van een 'toenemend infectieus beeld' (zie bladzijde 6 van het deskundigenverslag).

Enkele uren later is er, en dit steeds volgens het verslag van dr. … sprake van de ontwikkeling van een 'septisch beeld' met het progressief ontwikkelen en 'persisteren' van tachycardie (hartritmestoornissen) en hypotensie (abnormaal lage bloeddruk). Bij het klinisch onderzoek is er onder meer sprake van een 'duidelijk drukpijnlijk gevoelig abdomen' waarbij om 15u wordt besloten tot een transfer naar de dienst intensieve zorgen (zie bladzijde 6 van het deskundigenverslag).

De reden van opname op de dienst intensieve zorgen wordt beschreven als 'acuut abdomen met septicemie en evolutie naar septische shock' waarbij bij de voorgeschiedenis de operatie wordt vermeld die de heer … op … heeft ondergaan in …. In het verslag van de dienst intensieve zorgen is er op datum van '…' al sprake van onder meer 'multipel orgaan dysfunctie syndroom', 'septische shock' en 'evidentie voor abdominale sepsis' (zie bladzijde 7 van het deskundigenverslag).

Hoewel, zoals de deskundigen aangeven, bij het tijdsverloop ook rekening moet worden gehouden met de aangevraagde onderzoeken en het transport van de patiënt, blijkt uit de voorgelegde gegevens afdoende dat dr. … de toestand van de heer … niet tijdig heeft onderkend en te laat is besloten om een heringreep uit te voeren. De rechtbank sluit zich op dit punt aan bij het advies van de deskundigen die samengevat stellen dat een normaal zorgvuldig uroloog, geplaatst in dezelfde omstandigheden, reeds op … rond de middag een abdominaal probleem had moeten onderkennen – met name de peritonitis op caecumperforatie die zich voordeed bij de heer … - die een heringreep noodzaakte. Het advies verwijst hierbij terecht naar de duidelijke algemene verslechtering van de toestand van de heer … (o.m. *toenemende abdominale last, infectieus beeld, persisterende tachycardie en hypotensie, ontwikkeling van septisch beeld*), het klinisch onderzoek op dat ogenblik (*duidelijk drukpijnlijk gevoelig abdomen*) en de gekende verwikkeling tijdens de (eerste) ingreep.

De discussie tussen de partijen over het intra-abdominaal vocht dat al dan niet op de CT-scan kon worden waargenomen (scan op … om 11.17u) – waarbij dr. … stelt dat dit ook als bloed kon worden geïnterpreteerd – is hierbij niet doorslaggevend. Ook zonder de resultaten van de CT-scan blijkt afdoende dat de (andere) elementen met betrekking tot de toestand van de heer … noopten tot een urgente ingreep op … in de namiddag en niet tot een verderzetting van de conservatieve behandeling. Het blijkt in dat verband duidelijk dat de deskundigen dit in hun advies als een louter bijkomend, en niet doorslaggevend, element beschouwen. Overigens lijkt het verslag van dr. … hiervan zelfs geen melding te maken.

Ook het argument van verweerders dat het deskundigenverslag niet eenduidig zou zijn over het tijdstip waarop de heringreep had moeten plaatsvinden, kan niet worden gevolgd. Vooreerst is het duidelijk dat de heringreep in elk geval te laat heeft plaatsgevonden omdat het multi-orgaanfalen al ver gevorderd was, in alle drie de hypotheses die verweerders voorstaan. Voorts blijkt uit het deskundigenverslag afdoende dat rekening wordt gehouden met mogelijk tijdverlies door onderzoeken of transport van de patiënt. Het deskundigenverslag weerhoudt uiteindelijk een nalaten om in te grijpen gedurende een 'tiental uren' waarbij zij aangeven dat de heringreep bij correcte opvolging om 15u (op …) had moeten worden uitgevoerd (zie o.m. bladzijde 13 van het deskundigenverslag).

Zoals hiervoor reeds uiteengezet, heeft het deskundigenverslag de opmerkingen van dr. … beantwoordt. In tegenstelling tot wat verweerders hierbij lijken voor te houden, is niet vereist dat de deskundigen de door partijen gemaakte opmerkingen punt per punt beantwoorden. Het is voldoende dat blijkt dat zij hiermee rekening hebben gehouden, wat hier het geval is.

Het feit dat dr. … als raadsarts van verweerders geen onzorgvuldig handelen weerhoudt in hoofde van dr. … doet geen afbreuk aan de voorgaande vaststellingen.

Daarbij merkt de rechtbank voor zover als nodig op dat dr. … rekening houdend met de hiervoor gedane vaststellingen, van het verkeerde uitgangspunt vertrekt dat 'regelmatige initiatieven' bij de opvolging volstaan – *er mag immers redelijkerwijze een zorgvuldige inspanning tot correcte diagnose worden verwacht.* Dr. … haalt voorts een heel aantal elementen aan (*atypische flatus, geen vocht bij abdominale drains, echografisch onderzoek dat normaal is, …*) waarvan sommige inderdaad mogelijks op bepaalde (andere) aandoeningen zouden kunnen wijzen, doch dit doet niets af aan de verplichting voor een arts om in de gegeven omstandigheden op zorgvuldige wijze een diagnose te stellen. Met de gegevens die in deze zaak voorliggen, zoals hiervoor vastgesteld, blijkt dat dr. … aan deze verplichting tekort is gekomen, en dit dus niettegenstaande de andere feitelijke elementen die dr. … naar voorschuift.

Het FMO toont dan ook op afdoende wijze aan dat dr. …. een fout heeft begaan bij de opvolging (diagnose) van de heer … op ….

Oorzakelijk verband/schade/kansverlies

Hiervoor is vastgesteld dat dr. … een fout heeft begaan. Naast deze fout moet het FMO echter ook het bestaan van schade aantonen, en het bestaan van een oorzakelijk verband tussen de schade en de fout.

Het FMO is van mening dat er sprake is van een kansverlies, met name het verlies van een kans op een tijdige heringreep en de hieraan gekoppelde kans op herstel zonder overlijden. Het FMO raamt het kansverlies op 20 % en verwijst hiervoor naar het deskundigenverslag.

Volgens verweerders liggen er geen voldoende doorslaggevende elementen voor om te besluiten tot een overlevingskans van 20 %, eerder dan een overlevingskans van 15 % of zelfs lager. Hiertoe verwijzen verweerders in hoofdzaak naar het deskundigenverslag dat stelt dat men hoogstens kan stellen dat *"(…) er kansverlies was op hospitaaloverleving in de grootteorde van 15-20 %"*.

Het verlies van een kans is een afzonderlijke schadepost. Bij een verlies van een kans moet een benadeelde in beginsel geen oorzakelijk verband aantonen tussen de fout en de werkelijke of definitieve schade, maar wel tussen de fout en het verlies van een kans om die schade te vermijden of het voordeel te bekomen. De rechter kan een vergoeding toekennen voor het verlies van een kans op het verwerven van een voordeel of het vermijden van een nadeel indien het verlies van deze kans te wijten is aan een fout. Het verlies van een kans komt voor vergoeding in aanmerking indien tussen de fout en het verlies van deze kans een *conditio sine qua non* verband bestaat en het om een reële kans gaat (vgl. Cass. AR C.15.0286.N, 21.04.2016; Cass. AR C.19.0153.N, C.19.0174.N, 13.01.2022).

Rekening houdend met de concrete omstandigheden staat het vast dat de heer … door de fout van dr. … een overlevingskans heeft verloren. Een correcte diagnose en een daarmee samenhangende snellere heringreep hadden er immers kunnen toe leiden dat de heer … niet zou zijn overleden.

Deze mogelijkheid is de heer … ontnomen door de fout van dr. … en houdt een verlies van een reële kans in.

Bij vergoeding voor het verlies van een kans op het verwerven van een voordeel of het vermijden van een nadeel, komt enkel de economische waarde van de verloren gegane kans voor vergoeding in aanmerking. Deze waarde kan niet bestaan uit het volledige bedrag van het uiteindelijk geleden nadeel of het verloren voordeel (vgl. Cass. AR C.14.0269.N, 15.05.2015). Het FMO kan met andere woorden geen bedragen in schadeloosstelling vorderen gelijk aan de bedragen die zij voor de rechter in het onderliggende geschil hoopte te vermijden of te verkrijgen.

Rekening houdend met het advies van de deskundigen, dat spreekt over een grootteorde van 15 % tot 20 %, raamt de rechtbank het kansverlies op 20 %, zoals ook weerhouden door het FMO.

De vergoedingen die het FMO aan de gezinsleden van de heer … heeft toegekend, worden voor het overige niet op concrete wijze betwist en worden passend geacht door de rechtbank.

De vordering van het FMO is in die mate gegrond.

De kosten van de FMO-expertise, te onderscheiden van de kosten van het geding die hierna worden beoordeeld, zijn, rekening houdend met de voormelde vaststellingen, ook ten laste van verweerders (zie art. 20 van de WMO). Op deze door het FMO vooruitbetaalde kosten kan, in tegenstelling tot wat verweerders voorhouden, intrest worden toegekend zoals gevorderd.

…

VII. Beslissing

De rechtbank,

Rekening houdend met de bepalingen van de wet van 15 juni 1935 op het gebruik der talen in gerechtszaken,

In eerste aanleg, op tegenspraak,

Verklaart de vordering van het FMO ontvankelijk en in de volgende mate gegrond,

Veroordeelt verweerders *in solidum* tot de betaling aan het FMO van 60.209,47 EUR, te vermeerderen met de vergoedende intrest aan de wettelijke intrestvoet vanaf 5 april 2022 tot heden, en met de moratoire intrest aan de wettelijke intrestvoet vanaf heden tot de volledige betaling,

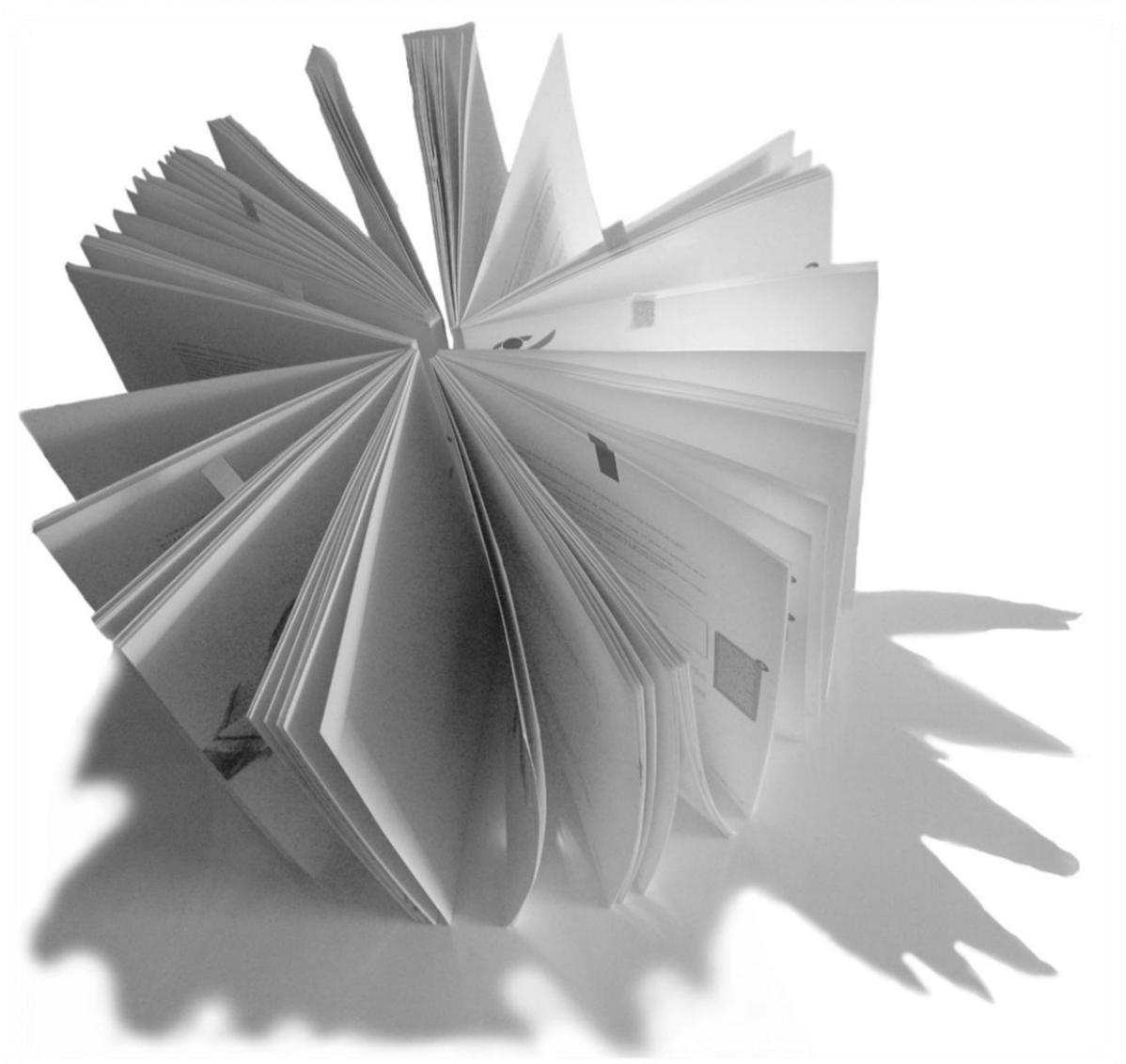
Veroordeelt verweerders *in solidum* tot de betaling aan het FMO van de expertisekosten (FMO) ten bedrage van … (zie art. 20 van de WMO), te vermeerderen met intrest aan de wettelijke intrestvoet:

- vanaf … op een bedrag van … EUR tot de volledige betaling,
- vanaf … op een bedrag van … EUR tot de volledige betaling,
- vanaf … op een bedrag van … EUR tot de volledige betaling,

…

3de Deel

Parlementaire vragen en antwoorden



I. Knelpunten bij de aanpak van langdurig zieken

Tekort aan adviserende artsen – Ondersteuning van het multidisciplinaire team - TRIO-platform – Betrokkenheid van de behandelend arts - Fit note - Versterkte samenwerkingsovereenkomsten

Vraag nr. 341, gesteld op 8 juli 2025, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door mevrouw DE KNOP, volksvertegenwoordigster[1]

Tijdens een overleg met de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen kwamen enkele structurele knelpunten naar voren die de re-integratie van langdurig zieken bemoeilijken. Hierbij stuiten betrokken partijen op praktische en wettelijke uitdagingen.

1. Er is een tekort aan adviserende artsen, waardoor patiënten niet altijd de juiste begeleiding krijgen. Welke maatregelen wilt u nemen om dit tekort aan te pakken?
2. Onzekerheid over wie van de drie betrokken artsen het traject moet voortzetten wanneer een patiënt zich niet actief aanmeldt. Wie draagt de verantwoordelijkheid, en op welke manier wilt u dit duidelijk communiceren naar de artsen, zodat zij hierover goed geïnformeerd zijn?
3. De regelgeving rond arbeidsartsen en adviserend artsen lijkt elkaar tegen te spreken, omdat ze onder verschillende wetgevingen vallen. Welke stappen wilt u zetten om deze discrepantie op te lossen?
4. Van de 550.000 langdurig zieken wordt slechts 20.000 begeleid in een traject naar werk. Hoe wordt bepaald wie hiervoor in aanmerking komt en zijn er plannen om dit aantal uit te breiden?
5. De samenwerking tussen het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, FOREM en de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding lijkt onvoldoende afgestemd. Op welke manier wilt u deze afstemming verbeteren zodat langdurig zieken sneller en efficiënter kunnen worden begeleid richting werk?

Antwoord

Om het tekort aan adviserende artsen aan te pakken heb ik sinds 1 januari 2024 een hervorming doorgevoerd in de uitkeringsverzekering waarbij een ergotherapeut, een kinesitherapeut, een klinisch psycholoog of een verpleegkundige als medewerker van het multidisciplinaire team binnen de verzekeringsinstelling de adviserend arts kan ondersteunen bij de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid en bij de inschatting van het arbeidspotentieel en de eraan gekoppelde categorisering. Tot hun opdrachten behoren ook het toekennen van de verlenging van de toelating die verstrekt is door de adviserend arts om tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid de arbeid te hervatten, en de evaluatie van de behoefte aan andermans hulp met het oog op de toekenning van de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden.

Bovendien werd op 22 september laatstleden een aanpassing aan koninklijk besluit 35 gepubliceerd. De aanpassingen zorgen ervoor dat meer artsen in aanmerking komen om het beroep van adviserend arts uit te voeren. Het is via die aanpassing bijvoorbeeld mogelijk voor de verzekeringsinstellingen (V.I.'s) om een adviserend arts in een deeltijdse functie aan te werven. De pensioengerechtigde leeftijd voor adviserend artsen werd bovendien gelijkgesteld met die voor de werknemers.

1. Bulletin nr. 029, Kamer, gewone zitting 2025-2026, blz. 178.

Er is bij de uitwerking van nieuwe reglementering en nieuwe procedures overleg tussen alle betrokken beleidscellen, administraties en stakeholdersgroepen. Steeds met de bedoeling om zoveel mogelijk afstemming te bekomen. Om de samenwerking en communicatie tussen adviserend artsen, arbeidsartsen en huisartsen te vergemakkelijken en te bevorderen heb ik bijvoorbeeld het TRIO-platform ontwikkeld. Dit is sinds 19 februari 2025 in productie gegaan. Dit veilig digitaal communicatieplatform is bedoeld voor de uitwisseling van medische informatie tussen adviserend artsen, arbeidsartsen en huisartsen in het kader van Terug Naar Werk-trajecten (TNW), maar ook in het kader van de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid. In dit platform kunnen tevens kerngegevens met betrekking tot het beheer van een TNW-traject worden geraadpleegd. Toekomstige regelgevingen voorzien nog een versterking van het overleg en de gegevensuitwisseling tussen de verschillende actoren. Daarbij zal het TRIO-platform een cruciale rol spelen.

De hierboven genoemde hervorming die ik heb doorgevoerd in de uitkeringsverzekering moet er ook voor zorgen dat verzekerden op regelmatige tijdstippen worden opgevolgd door de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team, en dit door de organisatie van fysieke contacten, evenals een regelmatige inschatting van het arbeidspotentieel, namelijk het vermogen voor een arbeidsongeschikt erkende verzekerde om, rekening houdend met de gezondheidstoestand, passend werk te verrichten, en waarbij zowel het huidige arbeidspotentieel als de mogelijkheden voor de toekomst worden meegenomen in de evaluatie. Op grond van deze inschatting van het arbeidspotentieel wordt de verzekerde in een bepaalde categorie geplaatst en worden er al dan niet TNW-acties opgestart.

Naast deze hervorming voorzien ook toekomstige regelgevingen heel wat maatregelen om meer arbeidsongeschikt erkende verzekerden te begeleiden bij hun terugkeer naar werk. Ik wil er daarbij op wijzen dat de trajecten via de arbeidsbemiddelingsdiensten, de 20.000 die u noemt in uw vraag, slechts één van de manieren zijn om een traject naar werk in te vullen. Ook de gedeeltelijke werkhervattingen, de informele en formele re-integratietrajecten binnen de Codex, het traject via de TNW-vouchers en de klassieke herscholingen zijn vormen van TNW-trajecten.

Andere hervorming die de instroom in een traject verder moet bevorderen, is het meer betrekken van de behandelend arts bij het traject. Zo zal de behandelend arts de mogelijkheid van aangepast of ander werk moeten onderzoeken bij het voorschrijven of verlengen van een getuigschrift arbeidsongeschiktheid. In de *fit note* kan de behandelend arts facultatief vermelden wat de zieke werknemer wél nog kan. De behandelend arts kan de inhoud van de *fit note* overleggen met de arbeidsarts die de concrete mogelijkheden van aangepast of ander werk in de betrokken onderneming kan beoordelen.

Daarnaast zal de arbeidsarts de arbeidsongeschikte werknemer zo snel mogelijk moeten informeren over de mogelijkheden bij werkhervatting. Daartoe zal de arbeidsarts de informatie over de arbeidsongeschiktheid moeten ontvangen van de behandelend arts. Tevens zal de arbeidsarts een inschatting moeten maken van het arbeidspotentieel van een werknemer die minstens acht weken arbeidsongeschikt is, en als uit deze inschatting blijkt dat de werknemer arbeidspotentieel heeft, vraagt de werkgever aan de arbeidsarts om een re-integratietraject op te starten, en dit uiterlijk zes maanden na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid van de werknemer.
Bij gedeeltelijke werkhervatting zal een toelating van de behandelend arts of arbeidsarts evenwaardig zijn aan de toelating van de adviserend arts.

De adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team wordt verplicht om elke verzekerde zonder arbeidsovereenkomst en met arbeidspotentieel door te verwijzen naar de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding, FOREM, ACTIRIS of Arbeitsamt der Deutschsprachigen Gemeinschaft waarna de verzekerde zich binnen de 14 dagen verplicht moet inschrijven bij de regionale arbeidsbemiddelingsdienst.

In het kader van de samenwerking met de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten voorzie ik versterkte samenwerkingsovereenkomsten. Deze vernieuwde akkoorden zullen ambitieuze doelstellingen bevatten en inzetten op een groeipad in het actieve bereik en re-integratie naar werk van langdurig zieke werknemers. Er wordt in opgenomen dat de bij de regionale bemiddelingsdiensten ingeschreven arbeidsongeschikt erkende werkzoekenden actief benaderd zullen worden met een concreet aanbod (bijv. een uitnodiging voor een gesprek) uiterlijk één maand na inschrijving. De arbeidsbemiddelingsdienst is bovendien verplicht om elke aangemelde persoon een traject (op maat) aan te bieden.

Al deze maatregelen samen moeten ervoor zorgen dat meer arbeidsongeschikt erkende verzekerden (met arbeidspotentieel) begeleid worden bij hun terugkeer naar werk.

II. Financiering van re-integratie van langdurig zieken

Terug Naar Werk-fonds – Doelgroepen - Begeleiding op maat - Activering op initiatief van de werknemer – Genomen acties

Vraag nr. 345, gesteld op 9 juli 2025, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door mevrouw DE KNOP, volksvertegenwoordigster[1]

De re-integratie van langdurig zieken in de arbeidsmarkt is een belangrijk beleidsthema. Een succesvolle terugkeer naar werk vereist niet alleen passende begeleiding en trajecten, maar ook voldoende financiële middelen om deze processen effectief te ondersteunen.

Momenteel wordt het terug-naar-werkfonds gefinancierd door bedrijven die afscheid nemen van een werknemer, met een bijdrage van 1.800 EUR per persoon. Mutualiteiten geven echter aan dat dit bedrag onvoldoende is om een effectieve re-integratie te waarborgen.

1. Bent u het eens met de inschatting van mutualiteiten dat het beschikbare bedrag ontoereikend is?
2. Welke maatregelen overweegt u om de financiering van het terug-naar-werkfonds te versterken zodat langdurig zieken betere ondersteuning krijgen?
3. Zijn er plannen om aanvullende middelen te voorzien, bijvoorbeeld via verhoogde bijdragen van werkgevers, federale subsidies of andere financiële stimulansen?
4. Hoe wordt gewaarborgd dat deze middelen efficiënt worden ingezet en bijdragen aan een structurele oplossing voor de terugkeer van langdurig zieken naar de arbeidsmarkt?
5. Hoe gaat u het gekende probleem verhelpen van *non-take up* van de premie ter waarde van 1.800 EUR die langdurig zieken kunnen aanvragen voor hun jobbegeleiding?

Antwoord

Het Terug Naar Werk-fonds (TNW-fonds) betreft een financieringssysteem voor het inkopen van gespecialiseerde dienstverlening op maat zoals onder andere loopbaanbegeleiding of gepersonaliseerde coaching. Het gaat hier om coachingstrajecten waarvoor het budget van 1.800 EUR moet volstaan. Indien iemand nood heeft aan een meer intensief traject is het aangewezen om eerder te kiezen voor een traject via de arbeidsbemiddelingsdiensten.

Twee doelgroepen kunnen zich tot het fonds richten:

- Groep A: sociaal verzekerden die arbeidsongeschikt erkend zijn en van wie de arbeidsovereenkomst wegens medische overmacht is beëindigd op initiatief van de werkgever. In dit kader, en sinds 1 april 2024 moeten deze werkgevers een bijdrage van 1.800 EUR betalen aan het TNW-fonds
- Groep B: sinds 1 april 2025, sociaal verzekerden die meer dan één jaar arbeidsongeschikt erkend zijn.

1. Bulletin nr. 029, Kamer, gewone zitting 2025-2026, blz. 181.

Het TNW-fonds wordt beheerd door het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor werknemers van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Op datum van 20 mei 2025 zijn er 100 vouchers toegekend aan sociaal verzekerden zodat ze een begeleiding op maat kunnen volgen. Vijf begeleidingen zijn reeds afgerond en dit komt overeen met een bedrag van 9.000 EUR dat reeds werd uitbetaald. De bevoegde dienst van het RIZIV heeft op dit moment 5.694 notificaties ontvangen van werkgevers en er is op dit moment 9.426.000 EUR beschikbaar.

De activering van dit systeem impliceert een initiatief van de werknemer, als onderdeel van een vrijwillige aanpak.

Op continue wijze neemt de bevoegde dienst van het RIZIV acties om de maatregel bekend te maken, waaronder:

- op de website is er een tool ter beschikking om op eenvoudige wijze erkende dienstverleners terug te vinden die werken in de regio en in de taalrol van de sociaal verzekerde
- gerichte communicatie naar sociaal verzekerden: naar elke verzekerde waarvoor de bevoegde dienst van het RIZIV een notificatie van de werkgever heeft ontvangen, vertrekt een brief met toelichting over het TNW-fonds en hoe men een aanvraag tot voucher kan doen
- op donderdag 22 mei 2025 vond een webinar plaats om de maatregel uitgebreid toe te lichten. Er waren meer dan 350 deelnemers. Personen vanuit verschillende instanties en sectoren namen deel (mutualiteiten, (potentiële) dienstverleners, reeds erkende dienstverleners, werkgevers, enz.) kregen de kans vragen te stellen
- in september 2025 organiseert de bevoegde dienst van het RIZIV met betrekking tot het TNW-fonds een bijkomende specifieke intervisie voor de terug-naar-werk-coördinatoren van de mutualiteiten.

Al deze acties samen moeten tot een versterking van de rol van deze maatregel leiden.

III. Vertragingen en disfuncties bij de uitbetaling van zorgverleners – Hervorming om de efficiëntie van de ziekenfondsen te verbeteren

Derdebetalersregeling – Deadline – Vertraging – Verwijlintrest - Tijdelijke technische en informaticaproblemen

Vraag nr. 407, gesteld op 1 augustus 2025, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door mevrouw RAMLOT, volksvertegenwoordigster[1]

De pers heeft onlangs melding gemaakt van een nieuwe alarmerende situatie: maandenlang werden de inkomsten van een zelfstandig kinesitherapeut voor honderden euro's geblokkeerd omdat het ziekenfonds een administratieve fout gemaakt had, zonder dat de verzekeraar een duidelijke verklaring of een snelle oplossing bood of, erger nog, zijn verantwoordelijkheid nam.

Dit is helaas geen alleenstaand geval. Veel zorgverleners – kinesisten, verpleegkundigen, tandartsen, artsen, apothekers – hebben te kampen met betalingsachterstanden, ondoorzichtige procedures of bureaucratische rompslomp, terwijl ze net eerstelijnszorg bieden en vaak onder druk staan.

Daar komt nog bij dat patiënten moeite hebben om te begrijpen waarom terugbetalingen geweigerd worden, dossiers vertraging oplopen of de antwoorden elkaar tegenspreken. Bij bepaalde ziekenfondsen doen er zich structurele problemen op het vlak van efficiëntie en transparantie voor.

1. Hoe zult u de administratieve efficiëntie en de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen versterken, zodat fouten of vertragingen niet langer ten laste van de zorgverleners komen?
2. Voorziet u in eenvoudige en snelle beroepsmechanismen voor de benadeelde zorgverleners, eventueel met automatische schadevergoeding in geval van fouten of ongerechtvaardigde blokkeringen?
3. Welke garanties kunt u bieden dat de hervormingen van het ziekenfondssysteem daadwerkelijk tot een kwaliteitsvollere dienstverlening voor de zorgverleners en patiënten leiden, in plaats van voor extra administratieve rompslomp te zorgen? De zorgverleners mogen niet langer het slachtoffer zijn van een omslachtig systeem waar ze geen controle over hebben. Hun vertrouwen, en ook het onze, staat hier op het spel.

Antwoord

1. Artikel 4 van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, met betrekking tot de derdebetalersregeling, bevat al regels die bindend zijn voor de verzekeringsinstellingen met betrekking tot de betaling van zorgverleners die de derdebetalersregeling toepassen.

1. Bulletin nr. 031, Kamer, gewone zitting 2025-2026, blz. 146.

Tot deze regels behoren de termijnen die door de verzekeringsinstellingen moeten worden nageleefd. Voor zorgverleners die hun gegevens via elektronische facturatie via het MyCareNet-netwerk aan de verzekeringsinstellingen overmaken, is de betaling voorzien binnen twee weken na ontvangst van de gegevens door de verzekeringsinstellingen. In het geval van papieren facturatie of facturatie op magnetische dragers door de zorgverleners, vindt de betaling plaats binnen twee maanden na het einde van de maand waarin de zorgverlener de factuur aan de verzekeringsinstellingen heeft verzonden.

Het moet echter worden benadrukt dat conventie- of overeenkomstcommissies op hun beurt ook kortere betalingstermijnen kunnen vastleggen voor de betrokken categorie van zorgverleners. Eveneens dient de specificiteit van de apothekers te worden herinnerd, die eerst hun terugbetalingsaanvraag moeten indienen bij het tariferingsbureau waarbij zij zijn aangesloten.

Ten slotte voorziet het eerdergenoemde koninklijk besluit van 18 september 2015, in geval van vertraging door de verzekeringsinstelling, in de betaling van een verwijlintrest tegen het wettelijke tarief op eenvoudig verzoek van de betrokken zorgverlener. Deze verwijlintresten lopen vanaf de eerste dag volgend op het verstrijken van de betalingstermijn. Een formele herinnering van deze regels, per brief aan de verzekeringsinstellingen, wordt als een mogelijke maatregel overwogen.

2. Het koninklijk besluit van 18 september 2015 voorziet reeds in een eenvoudig systeem, namelijk de betaling van vertragingsinteresten op eenvoudig verzoek van de zorgverlener. Dit mechanisme wordt beschreven op de website van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) onder de rubriek “De derdebetalersregeling voor de individuele zorgverlener”. Als toezichthoudende autoriteit zal het RIZIV, in geval van een klacht bij hem, toezien op de vrijgave van de verschuldigde bedragen en, indien nodig, op een snelle betaling van de interesten.

3. De situaties die aanleiding hebben gegeven tot betalingsachterstanden aan zorgverleners vanwege de verzekeringsinstellingen, en waarvan het RIZIV op de hoogte werd gebracht, werden ter plaatse in de verzekeringsinstellingen onderzocht en waren het gevolg van tijdelijke technische en informaticaproblemen, zonder dat daarmee het systeem als zodanig ter discussie werd gesteld.

Daarnaast worden er door de betrokken verzekeringsinstellingen maatregelen genomen zodat de gevolgen van deze interne problemen niet door de zorgverleners gedragen moeten worden tijdens de regularisatiefase van de situatie (mogelijkheid tot het betalen van voorschotten in afwachting van definitieve verrekening).

IV. Beperking werkloosheidsuitkeringen in de tijd – Gevolgen voor de ziekteverzekering

Aanpassing van hun hoedanigheid bij het ziekenfonds - Hoedanigheid van "gerechtigde resident" - Totstandkoming van een beveiligde en geautomatiseerde gegevensstroom via de KSZ tussen de RVA en de verzekeringsinstellingen

Vraag nr. 458, gesteld op 11 september 2025, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door mevrouw FARIH, volksvertegenwoordigster[1]

De invoering van de beperking van de werkloosheidsuitkeringen in de tijd betekent voor langdurig werklozen dat zij na verloop van tijd hun uitkering verliezen, maar daarmee wijzigt ook hun sociaal statuut, met gevolgen voor de koppeling met de ziekteverzekering.

Binnen de ziekteverzekering houdt dit concreet in dat betrokkenen op een andere manier moeten worden ingeschreven om hun recht op terugbetaling van gezondheidszorg te behouden. Het is van belang dat dit op een correcte en vlotte manier gebeurt, zodat niemand zijn recht op gezondheidszorg verliest.

1. Hoe worden de ziekenfondsen en andere bevoegde instellingen geïnformeerd wanneer een persoon zijn recht op werkloosheidsuitkeringen verliest? Is hiervoor een automatische informatiestroom via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid voorzien?

2. Indien dergelijke informatiestromen bestaan: hoe verlopen zij concreet? Welke instellingen ontvangen deze gegevens en op welk moment?

3. Welke maatregelen neemt u om te verzekeren dat betrokkenen zonder onderbreking ingeschreven blijven voor de ziekteverzekering en hun recht op terugbetaling behouden?

4. Hoe worden ziekenfondsen en andere actoren ondersteund om een plotse toevloed aan dossiers correct en tijdig te verwerken? Welke bijkomende ondersteuning acht u hier nog nodig?

5. Voor de OCMW's zijn reeds specifieke maatregelen voorzien. Welke maatregelen of afspraken voorziet u daarnaast om te garanderen dat ook de ziekenfondsen en andere betrokken instanties de overgang van statuut correct kunnen opvangen en de continuïteit van rechten verzekerd blijft?

1. Bulletin nr. 028, Kamer, gewone zitting 2025-2026, blz. 151.

Antwoord

1. Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) onderzoekt samen met de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA), de verzekeringsinstellingen en de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) op welke wijze de datum van beëindiging van de werkloosheidsuitkering zo spoedig mogelijk kan worden meegedeeld aan de ziekenfondsen. Het doel is te komen tot een permanente, structurele en volledig geautomatiseerde gegevensuitwisseling, zodat de ziekenfondsen tijdig op de hoogte worden gebracht en de nodige maatregelen kunnen nemen inzake verzekerbaarheid. Voor de effectieve implementatie van deze informatiestroom is zowel een passend reglementair kader vereist als een machtiging van het Informatieveiligheidscomité van de KSZ. In dit kader werkt het RIZIV momenteel aan de opstelling van een ontwerp van koninklijk besluit.

2. Er wordt voorzien dat de RVA via een beveiligde en geautomatiseerde gegevensstroom de verzekeringsinstellingen zal informeren over de identificatiegegevens van de betrokken werklozen, inclusief de einddatum van hun uitkering. Het gaat om de werklozen die, krachtens de artikelen 63, § 2 en 114, § 1 en § 2/1 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de werkloosheidsreglementering, of krachtens de artikelen 209 en 212 van de programmawet van 18 juli 2025, hun recht op werkloosheids- of inschakelingsuitkeringen verliezen.

De gegevens zullen worden meegedeeld zodra de informatie over het verlies van het recht op uitkeringen beschikbaar is. Deze gegevensstroom verloopt via de KSZ, die instaat voor de coördinatie van de informatie-uitwisseling binnen het socialezekerheidsstelsel.

3. Het recht op geneeskundige verzorging in een bepaald kalenderjaar wordt bepaald op basis van het tweede voorafgaande kalenderjaar (het refertejaar). Zo geldt bijvoorbeeld dat om in 2026 recht te hebben op geneeskundige verzorging, de voorwaarden met betrekking tot hoedanigheid en bijdrageplicht moeten zijn vervuld in 2024. Concreet betekent dit dat een stopzetting van de werkloosheidsuitkering in 2026 pas een impact heeft op het recht op geneeskundige verzorging vanaf 2028.

Om hun recht te behouden, dienen de getroffen werklozen echter hun hoedanigheid bij het ziekenfonds aan te passen. Zij zijn momenteel ingeschreven als “gerechtigde gecontroleerde werkloze”. Bij verlies van hun werkloosheidsuitkering verliezen zij deze hoedanigheid en moeten zij zich regulariseren onder een andere hoedanigheid om hun rechten te behouden. In de meeste gevallen gaat het om de hoedanigheid van “gerechtigde resident”, indien zij niet over een vervangingsinkomen beschikken. Voor deze regularisatie moet de betrokkene zelf stappen ondernemen, onder meer het indienen van een verklaring op erewoord, die nodig is om de eventuele persoonlijke bijdrage als resident te bepalen.

Gezien de omvang van de groep werklozen die de komende jaren hun uitkering zullen verliezen, wordt een tijdelijke administratieve vereenvoudiging voorzien: een ambtshalve hoedanigheidswijziging. De hoedanigheid van gerechtigde gecontroleerde werkloze zal automatisch worden gewijzigd naar gerechtigde resident, uitsluitend voor de werklozen die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming. Aangezien deze groep reglementair geen persoonlijke bijdrage als resident verschuldigd is, is het mogelijk om van hen geen verdere démarche bij hun ziekenfonds te vereisen.

Hiervoor wordt een ontwerp van koninklijk besluit voorbereid dat een aanpassing van de artikelen 252 en 276 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 beoogt.

Voor werklozen zonder verhoogde tegemoetkoming wordt voorgesteld dat de ziekenfondsen hen proactief contacteren om hen tijdig te informeren over:

- de impact van het verlies van hun uitkering op hun verzekerbaarheid, en
- de administratieve stappen die nodig zijn om hun hoedanigheid te wijzigen en hun recht op geneeskundige verzorging te behouden.

4. Zoals aangegeven in punt 3, wordt voorzien in een automatische hoedanigheidswijziging voor de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming. Dit vermindert aanzienlijk de administratieve belasting, aangezien voor deze groep geen manuele dossierbehandeling vereist is. Hierdoor kunnen de ziekenfondsen hun middelen toewijzen aan de behandeling van de dossiers van andere werklozen.

Een noodzakelijke voorwaarde voor deze administratieve vereenvoudiging is de totstandkoming van een adequate en tijdige gegevensuitwisseling tussen de RVA en de verzekeringsinstellingen.

5. Met het oog op zowel de beperking van de administratieve belasting voor de ziekenfondsen en de sociaal verzekerden, als de waarborg van de continuïteit van de rechten, verwijs ik naar de hierboven uiteengezette maatregelen.

Concreet wordt voorzien in een reglementaire mogelijkheid voor de ziekenfondsen om, voor de getroffen werklozen die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming, de hoedanigheid automatisch te wijzigen.

Daarnaast zullen de ziekenfondsen proactief instaan voor informatieverstrekking en begeleiding van de overige werklozen. Zij worden tijdig geïnformeerd over de gevolgen van het verlies van hun werkloosheidsuitkering voor hun verzekerbaarheid, evenals over de administratieve stappen die nodig zijn om hun statuut te regulariseren (bijv. via een verklaring op erewoord inzake gezinsinkomen), zodat de continuïteit van hun recht op terugbetaling van geneeskundige verzorging verzekerd blijft.

Ter ondersteuning van deze maatregelen wordt voorzien in een geautomatiseerde gegevensstroom van de RVA naar de verzekeringsinstellingen, waardoor een tijdige en correcte opvolging kan worden gewaarborgd.

V. Conveniënte doktersattesten

Controle - Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle - Orde der artsen – De adviserend artsen van de verzekeringsinstellingen - Openbaar ministerie – Wetgevingsvoorstellen ter versterking van het toezicht – Gegevensbank - Getuigschrift arbeidsongeschiktheid maximaal voor een periode van drie maanden

Vraag nr. 487, gesteld op 29 september 2025, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door de heer CORNILLIE, volksvertegenwoordiger[1]

Zowel in de sociale diensten van overheidsinstellingen als in privébedrijven maken vele stakeholders zich zorgen over het toenemende aantal zogenaamd 'conveniënte' doktersattesten. Deze doktersbriefjes worden aanzien als attesten die zonder objectiveerbare medische grond afgeleverd worden, louter en alleen uit welwillendheid, wat terecht vragen oproept over hun impact op het systeem.

In de praktijk blijkt dat sommige politiek geëngageerde artsen deze attesten soms zelfs met een politieke bedoeling gebruiken, waardoor de werking van de lokale besturen en uiteindelijk ook van de sociale zekerheid verzwakt wordt.

Los van de individuele gevallen brengen deze praktijken de goede werking van de openbare voorzieningen in het gedrang, of het nu gaat over de toegang tot rechten, de inachtneming van de wettelijke verplichtingen of het verantwoorde gebruik van de middelen van de sociale zekerheid. Ze kunnen ook contraproductieve gevolgen hebben voor de begunstigden zelf, doordat ze een eventuele aangepaste medische, sociale of professionele behandeling vertragen.

1. Beschikt u over gegevens of analyses over de omvang van het fenomeen van de conveniënte doktersattesten in België?
2. Welke controle- of verificatiemechanismen bestaan er vandaag om eventuele misbruiken te voorkomen, met inachtneming van het medisch geheim? Over welke cijfers beschikt u om de situatie te objectiveren?
3. Volstaat het huidige verificatiemechanisme? Komt er een herziening van het systeem of een aanscherping van de controles?
4. Hoe moeten we de 'politiek' getinte conveniënte doktersattesten aanpakken, dit wil zeggen wanneer een belangen- of loyaliteitsconflict met betrekking tot een in de lokale politiek geëngageerde arts de werking van de lokale besturen en uiteindelijk van de sociale zekerheid verzwakt?
5. Bestaat er een gestructureerde samenwerking met de beroepsorden, de ziekenfondsen, de medische controlediensten en de overheidsinstanties om de aflevering van deze attesten een halt toe te roepen?
6. Overweegt u specifieke maatregelen of aanbevelingen ter attentie van de zorgprofessionals om deze praktijk beter te reguleren en elke wanpraktijk te voorkomen?

1. Bulletin nr. 032, Kamer, gewone zitting 2025-2026, blz. 172.

Antwoord

Tot op heden hebben we geen exacte cijfers of diepgaande analyses met betrekking tot de omvang van het fenomeen van de welwillendheidsattesten. Wanneer we dit onderwerp bespreken, moeten we het onderscheid maken tussen een vals “ziektebriefje” (welwillendheidsattest) dat eigenlijk valt onder het artikel 31 van de arbeidsovereenkomstenwet, dat ook het eventuele toezicht door een controlearts regelt zoals bedoeld in de wet van 13 juni 1999 betreffende de controlegeneeskunde, en het getuigschrift arbeidsongeschiktheid voor het bekomen van een uitkering na het verstrijken van de periode gedekt door gewaarborgd loon.

Er zijn vandaag meerdere instanties die kunnen ingrijpen om de controle te waarborgen om mogelijk misbruik te voorkomen. Dat zijn de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), de Orde der artsen, de adviserend artsen van de verzekeringsinstellingen en het openbaar ministerie.

De DGEC heeft vandaag een eerder beperkte rol inzake de controle op de zogenaamde welwillendheidsattesten.

Overeenkomstig artikel 139, vierde lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet) is de DGEC bevoegd om (o.m.) de aangerekende verstrekkingen te evalueren en te controleren. Een raadpleging die aan de ziekteverzekering wordt aangerekend en louter tot doel heeft een ongerechtvaardigd attest voor te schrijven, is uiteraard overbodig indien we kunnen aantonen dat het attest ongerechtvaardigd is en dat die raadpleging uitsluitend daarvoor diende. Het aantonen van dergelijke praktijken is momenteel nagenoeg onmogelijk en bijzonder tijdsintensief. De betrokken partijen zouden verhoord moeten worden en zij hebben er dan belang bij om niet de waarheid te vertellen.

De bevoegdheid van de Orde der artsen staat op zich, en dus los van een eventuele controle van de DGEC. Daarnaast behoort het ook nog altijd tot de opdrachten van de adviserend artsen van de verzekeringsinstellingen om de arbeidsongeschiktheid te controleren.

Wanneer er valse getuigschriften of valse attesten worden opgesteld, is vooral het openbaar ministerie bevoegd om op te treden, parallel met de Orde der artsen.

Voor de welwillendheidsattesten die u omschrijft als “politiek gekleurd” geldt geen andere controle- en sanctieregeling dan voor de andere attesten. Uiteraard gelden dezelfde wettelijke regels.

Het huidige controlemechanisme kan nog worden versterkt en ik kan bevestigen dat er momenteel wetsvoorstellen zijn met het oog op zowel de versterking van het toezicht als de creatie van een kader voor gerichte preventiemaatregelen ten aanzien van de voorschrijvers, om ontsporingen te voorkomen.

Enerzijds gaat het om bepalingen tot aanpassing van de wet betreffende de controle op de arbeidsongeschiktheid met als doel de DGEC wettelijke bevoegdheden te geven. Er is voorlopig niet voorzien in een nauwere samenwerking tussen de Orde der Artsen en de DGEC. Beide instanties mogen hun slagvaardigheid ook niet laten afhangen van de ander, aangezien we zowel kunnen rekenen op een deontologische opvolging als op een bestuursrechtelijke opvolging.

Anderzijds gaat het om de oprichting van een gegevensbank binnen het RIZIV, die vanaf 1 januari 2026 operationeel zal worden, ter versterking van de steun aan de zorgverleners (in een eerste fase de huisartsen) bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. Met die gegevensbank wordt het dus mogelijk de gegevensvergaring over het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid te versterken door huisartsen te verplichten hun attesten (voor arbeidsongeschiktheid van meer dan 14 dagen of bij verlenging) elektronisch naar de adviserend arts van het ziekenfonds te sturen.

Met die nieuwe gegevensbank worden huisartsen bewust gemaakt van hun eigen voorschrijfgedrag met betrekking tot arbeidsongeschiktheid. Dat zal leiden tot kennisopbouw waardoor men over gegevens kan beschikken over het aantal gevallen waarin een huisarts arbeidsongeschiktheid vaststelt, rekening houdend met de omvang van zijn praktijk en zijn patiënteel en met de exacte duur van de arbeidsongeschiktheid, in relatie tot de diagnose of de bij de patiënt vastgestelde aandoening, zoals voorgeschreven door die arts.

Aan de hand van die gegevensverzameling kan men ook weten hoeveel huisartsen een sociaal verzekerde raadpleegt in het kader van de therapeutische relatie die hij met die artsen heeft vanwege zijn arbeidsongeschiktheid, indien die resulteert in het voorschrijven van een periode van arbeidsongeschiktheid.

Tot slot werd in het raam van de toekomstige maatregelen betreffende het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid (zowel door huisartsen als door specialisten) ook beslist dat er per getuigschrift arbeidsongeschiktheid dat men bij het ziekenfonds indient, maximaal voor een periode van drie maanden mag worden voorgeschreven; die periode kan worden verlengd (telkens voor een periode van maximaal drie maanden).

VI. Uitbreiding doelgroep terug-naar-werk-fonds vanaf 1 april 2025

Terug-naar-werk-fonds - Re-integratie van langdurig arbeidsongeschikte werknemers bevorderen – Doelgroepen - Aantal ontvangen notificaties - Termijn behaald - Geen werkgevers gesanctioneerd

Vraag nr. 514, gesteld op 8 oktober 2025, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door mevrouw LANJRI, volksvertegenwoordigster[1]

Sinds 1 april 2024 is het terug-naar-werk-fonds (TNW) van kracht, een initiatief dat tot doel heeft de re-integratie van langdurig arbeidsongeschikte werknemers te bevorderen. Het is een financieringssysteem voor het inkopen van gespecialiseerde dienstverlening op maat zoals onder andere loopbaanbegeleiding of gepersonaliseerde coaching voor wie arbeidsongeschikt erkend is en van wie de arbeidsovereenkomst vanwege medische overmacht is beëindigd op initiatief van de werkgever. Sinds 1 april 2025 werd het fonds ook opengesteld voor werknemers en werkzoekenden die langer dan één jaar arbeidsongeschikt zijn.

1. Hoeveel arbeidsovereenkomsten werden in 2024 en tot nu toe in 2025 beëindigd wegens medische overmacht op initiatief van de werkgever?
2. a) Hoe evalueert u de uitbreiding van het TNW-fonds naar werknemers en werkzoekenden die langer dan één jaar arbeidsongeschikt zijn? Is dit een succesverhaal?

   b) Hoeveel aanvragen zijn er door deze groep al gedaan?

   c) Zijn er al aanvragers van deze groep op de wachtlijst geplaatst moeten worden wegens ontoereikende middelen in het fonds? Zo ja, hoeveel? Hoe lang moesten zij wachten voordat er wel middelen beschikbaar waren?
3. a) Hoeveel werkgevers hebben de bijdrage van 1.800 EUR betaald?

   b) Zijn er al werkgevers gesanctioneerd omdat zij deze verplichtingen niet hebben nageleefd?
4. Hoeveel arbeidsongeschikte werknemers van wie de arbeidsovereenkomst door de werkgever beëindigd is wegens medische overmacht hebben al een aanvraag gedaan voor een tussenkomst van het TNW-fonds? Hoeveel van deze aanvragen werden effectief toegekend?
5. De leidend ambtenaar van de dienst voor uitkeringen moet binnen een termijn van 45 dagen vanaf de dag volgend op de dag van de indiening van de aanvraag een beslissing nemen of bijkomende gegevens opvragen. Wat is de huidige gemiddelde “doorlooptijd” van een aanvraag alvorens er een definitieve goedkeuring of weigering volgt?
6. Hoeveel dienstverleners zijn erkend om mensen via tussenkomst van het fonds te ondersteunen? Hoeveel punten zijn er waar deze ondersteuning/begeleiding gevolgd kan worden?

1. Bulletin nr. 032, Kamer, gewone zitting 2025-2026, blz. 186.

Antwoord

1. Hieronder vindt u het aantal notificaties dat door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) werd ontvangen en die voortvloeien uit een beëindiging van de arbeidsovereenkomst wegens medische overmacht op initiatief van de werkgever:

- 2024 (sinds 01.04.2024): 3.400
- 2025 (tot 13.10.2025): 4.806.

2. a) Een evaluatie is voorzien in het tweede kwartaal van 2026. In het eerste jaar (10.04.2024 – 31.03.2025) ontvingen wij in totaal 132 aanvragen. Sinds 1 april 2025 tot heden ontvingen we 293 aanvragen, dus beduidend meer op een kortere periode.

b) 196 aanvragen werden er ingediend vanuit groep B.

c) Tot op heden zijn de middelen steeds toereikend geweest.

3. a) Tot op heden telt het RIZIV 7.666 betalingen uitgevoerd door werkgevers (het gaat hier om het aantal betalingen en niet om het aantal unieke werkgevers).

b) Tot op heden zijn er geen werkgevers gesanctioneerd.

4. 227 aanvragen werden uitgevoerd door personen die aangaven dat hun arbeidsovereenkomst werd beëindigd wegens medische overmacht op initiatief van de werkgever.

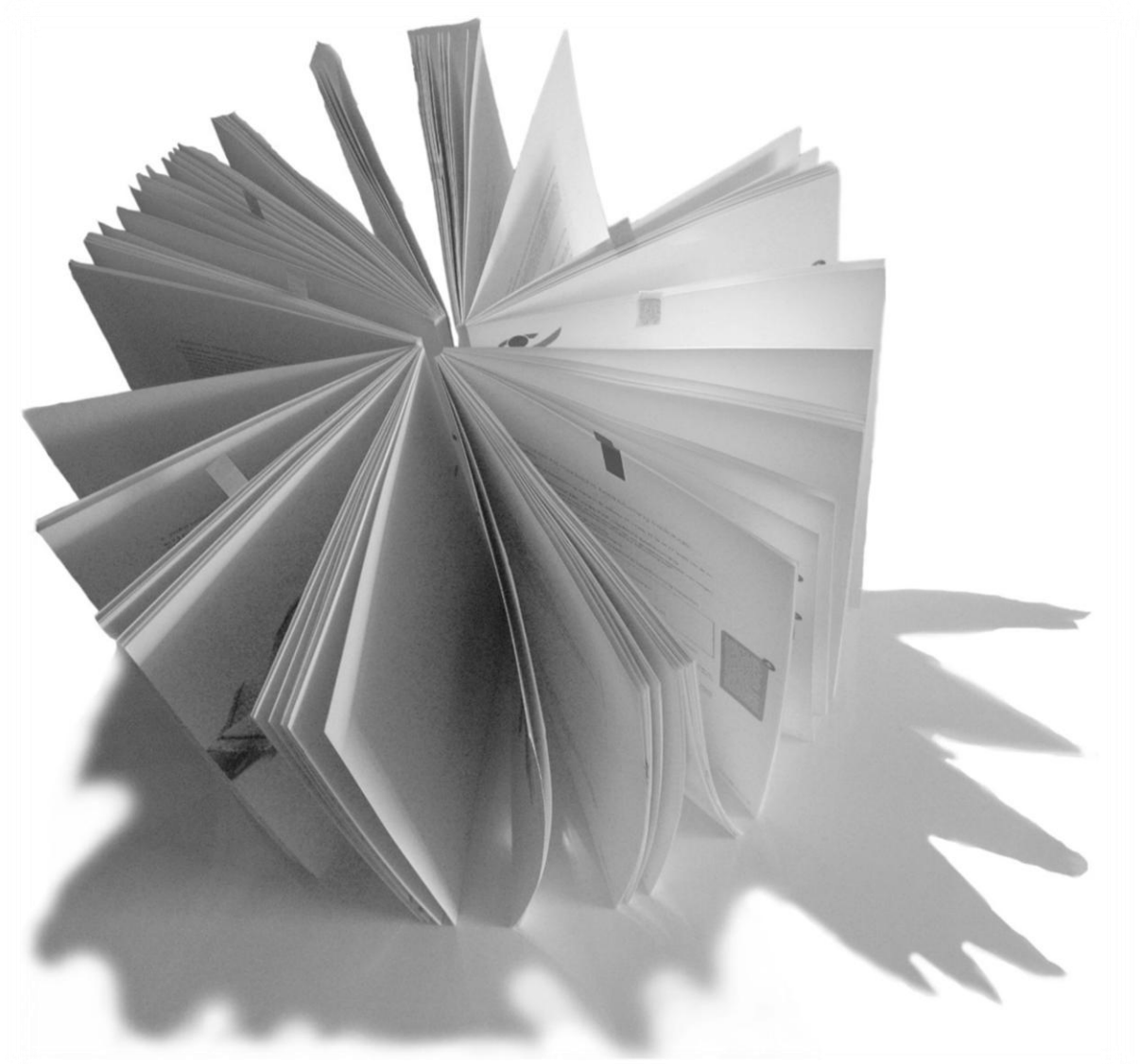
132 van deze aanvragen resulteerden in een voucher, waarvan 39 wel werden goedgekeurd op basis van de voorwaarden voor groep B (d.w.z. dat men zou geweigerd geweest zijn aan de voorwaarden van groep A).

5. Indien we over alle noodzakelijke informatie beschikten, is in de overgrote meerderheid de vooropgestelde termijn behaald.

6. Heden zijn er 38 dienstverleners erkend, die hun aanbod op 782 contactadressen aanbieden.

4de Deel

Basisgegevens



I. 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 2de 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 (brutobedrag) die **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 *privésector*:

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		
1ste trimester 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2de trimester 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3de trimester 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
4de trimester 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
1ste trimester 2016	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
2de trimester 2016	2.372,52*2/3+2.419,97*1/3	2.388,34 EUR
3de trimester 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
4de trimester 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
1ste trimester 2017	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
2de trimester 2017	2.419,97*2/3+2.468,37*1/3	2.436,10 EUR
3de trimester 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
4de trimester 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
1ste trimester 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
2de trimester 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
3de trimester 2018	2.468,37*2/3 + 2.517,74*1/3	2.484,83 EUR
4de trimester 2018	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1ste trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
2de trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
3de trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR

4de trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1ste trimester 2020	2.517,74*2/3 + 2.568,10*1/3	2.534,53 EUR
2de trimester 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3de trimester 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
4de trimester 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
1ste trimester 2021	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
2de trimester 2021	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3de trimester 2021	2.568,10*2/3 + 2.619,46*1/3	2.585,22 EUR
4de trimester 2021	2.619,46*3/3	2.619,46 EUR
1ste trimester 2022	2.671,85*2/3 + 2.725,28*1/3	2.689,66 EUR
2de trimester 2022	2.725,28*1/3 + 2.779,79*2/3	2.761,62 EUR
3de trimester 2022	2.779,79*1/3 + 2.835,39*2/3	2.816,86 EUR
4de trimester 2022	2.835,39*1/3 + 2.892,09*1/3 + 2.949,93*1/3	2.892,47 EUR
1ste trimester 2023	2.949,93*3/3	2.949,93 EUR
2de trimester 2023	2.949,93*3/3	2.949,93 EUR
3de trimester 2023	2.949,93*3/3	2.949,93 EUR
4de trimester 2023	2.949,93*1/3 + 3.008,93*2/3	2.989,26 EUR
1ste trimester 2024	3.008,93*3/3	3.008,93 EUR
2de trimester 2024	3.008,93*1/3 + 3.069,11*2/3	3.049,05 EUR
3de trimester 2024	3.069,11*3/3	3.069,11 EUR
4de trimester 2024	3.069,11*3/3	3.069,11 EUR
1ste trimester 2025	3.069,11*1/3 + 3.130,49*2/3	3.110,03 EUR
2de trimester 2025	**3.130,49*3/3**	**3.130,49 EUR**
3de trimester 2025	**3.130,49*3/3**	**3.130,49 EUR**
4de trimester 2025	**3.130,49*3/3**	**3.130,49 EUR**

Omzendbrief V.I. nr. 2025/300 – 248/97 van 10 december 2025.

II. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming - Gemiddeld inkomensbedrag van het jaar 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.

Gemiddeld inkomensbedrag - Vorige dienstjaar (2025)	
Gerechtigden	**Personen ten laste**
28.054,93 EUR	5.193,74 EUR

Omzendbrief V.I. nr. 2025/301 – 3991/415 van 10 december 2025.

III. Revalidatiesector - Indexatie van de persoonlijke aandelen en van sommige revalidatieforfaits op 1 januari 2026

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

Vanaf 1 januari 2026 bedraagt het in artikel 2, eerste en tweede alinea, van het koninklijk besluit van 29 april 1996 bedoelde persoonlijk aandeel 2,33 EUR per verleende verstrekking.

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

2. Persoonlijke aandelen in geval van verblijf in een revalidatiecentrum

2.1 De dag van opneming

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

a) de rechthebbenden die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming: met 7,32 EUR;

b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging (exclusief de kinderen bedoeld onder a)): met 34,59 EUR;

c) de gerechtigden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde werklozen zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, d.w.z. dat o.m. samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste: met 34,59 EUR;

d) de andere rechthebbenden: met 47,88 EUR.

2.2 Vanaf de tweede dag

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

a) De rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met 7,32 EUR;

b) De kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 7,32 EUR;

c) De andere rechthebbenden: met 20,61 EUR.

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

De tegemoetkoming bedraagt 1,71 EUR/km.

Vervangt omzendbrief V.I. nr. 2025/269 van 25 november 2025.

Omzendbrief V.I. nr. 2025/356 – 370/2478 en 3910/2367 van 19 december 2025.

IV. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming (K.B. 15.01.2014) - Vrijgestelde bedragen van het kadastraal inkomen

Het koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch Staatsblad van 29 januari 2014 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §§1 en 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voorziet in de vrijstelling van de bedragen van het geïndexeerd kadastraal inkomen van de woning waarvoor de gerechtigde aanspraak kan maken op de forfaitaire aftrek van de woning die van toepassing is inzake personenbelasting.

De ingehouden bedragen belopen respectievelijk 743,68 EUR en 123,95 EUR voor de samenwonende echtgenoot en per persoon ten laste. Ze moeten worden geïndexeerd op de manier die is vastgesteld in artikel 518 van het Wetboek van de inkomstenbelasting 1992, namelijk door ze te vermenigvuldigen met de in dat artikel 518 bedoelde coëfficiënt. Vervolgens wordt naar boven of naar beneden afgerond op de dichtstbijzijnde euro, naargelang het cijfer van de centiemen hoger of lager is dan 50.

Coëfficiënt 2,3000 in 2026

Dat geeft voor 2026: 1.710 EUR
285 EUR

Omzendbrief V.I. nr. 2025/361 – 3991/416 van 6 januari 2026.

V. Persoonlijk aandeel van de patiënt in geval van opneming in een ziekenhuis - Bedragen vanaf 1 januari 2026

Aangezien de spilindex eind december 2026 en na publicatie van de voorgaande omzendbrief nog overschreden werd, zullen de bedragen voor 2026 anders zijn dan diegene die reeds gecommuniceerd werden.

Gelieve hieronder de bedragen van de persoonlijke aandelen in de verpleegdagprijs die in toepassing van het koninklijk besluit van 5 maart 1997 en in toepassing van artikel 37*bis*, § 3 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 kunnen worden aangerekend aan de patiënten met ingang van **1 januari 2026** te vinden.

1. De dag van opneming:

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

a) de rechthebbenden die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming: met 7,32 EUR ;

b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging (exclusief de kinderen bedoeld onder a)): met 34,59 EUR ;

c) de gerechtigden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde werklozen zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, d.w.z. dat o.m. samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste: met 34,59 EUR;

d) de andere rechthebbenden: met 47,88 EUR.

2. Vanaf de tweede dag:

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

a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met 7,32 EUR;

b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 7,32 EUR;

c) de andere rechthebbenden: met 20,61 EUR.

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

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

a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met 7,32 EUR;

b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 7,32 EUR;

c) de gerechtigden die hetzij personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij bij gerechtelijke beslissing of notariële akte gehouden zijn alimentatiegeld te betalen, alsook voor de personen te hunnen laste: met 7,32 EUR;

d) de andere rechthebbenden: met 20,61 EUR.

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

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

a) de gerechtigde met personen ten laste, de gerechtigde op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en gelijkgestelde werklozen) met personen ten laste en diegenen die gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte, alsook voor hun personen ten laste: met 7,32 EUR;

b) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en de daarmee gelijkgestelde werklozen) die geen personen ten laste hebben in de verzekering van geneeskundige verzorging, of die niet gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte: met 20,61 EUR;

c) de andere rechthebbenden: met 34,34 EUR.

Vervangt omzendbrief nr. 2025/276 van 27 november 2025.

Omzendbrief V.I. nr. 2025/363 – 170/1190, 175/609 en 176/550 van 6 januari 2026.

VI. Maximumfactuur - Dienstjaar 2026

I. Vaststelling van de referentiebedragen van het inkomen voor het dienstjaar 2026

a) berekening van het gecorrigeerd indexcijfer

Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2025:	135,30
----------=	---------- = 1,0247
Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2024:	132,04

b) inkomensgrenzen voor het dienstjaar 2026

van	0,00	tot	13.402,43
van	13.402,44	tot	23.977,39
van	23.977,40	tot	36.860,74
van	36.860,75	tot	49.744,15
van	49.744,16	tot	62.090,73
vanaf	62.090,74		

II. Vaststelling van de remgeldplafonds voor het dienstjaar 2026

Algemeen

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
Dienstjaar 2026	270,60	548,55	792,35	1.219,00	1.706,60	2.194,20

Vermindering maximumfactuur chronisch zieken.

Dienstjaar 2024	114,87
Dienstjaar 2025	117,17
Dienstjaar 2026	121,90

III. Voorwaarden voor toekenning maximumfactuur chronisch zieken dienstjaar 2026

Totaal van de persoonlijke aandelen voor verstrekkingen die tijdens het tweede voorafgaande kalenderjaar en tijdens het onmiddellijk voorafgaande kalenderjaar zijn verricht:

Dienstjaar 2025	527,27
Dienstjaar 2024	516,92

Omzendbrief V.I. nr. 2025/380 – 3998/73 van 13 januari 2026.

VII. Totaal aantal arbeidsdagen voor het jaar 2026

In artikel 290 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 is bepaald dat het bedrag van de aanvullende bijdrage wordt verkregen door het bedrag dat voortvloeit uit de toepassing van littera A van artikel 290, afgerond tot het naasthogere honderdtal, te vermenigvuldigen met de som van de hoegrootheid van de verschuldigde bijdragen voor de sector geneeskundige verzorging en desgevallend voor de sector uitkeringen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

In *littera* A van artikel 290 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 staat namelijk dat voor elk van de hierna opgesomde tijdvakken uit het refertejaar, zoals die in voorkomend geval zijn vermeld op de respectievelijke bijdragebescheiden, het bedrag wordt bekomen door het jaarloon vastgesteld in artikel 286 te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller wordt gevormd door het aantal werkdagen van het tijdvak en waarvan de noemer 240 bedraagt. Dit bedrag wordt dus gebruikt in de berekening waarvan sprake in de eerste paragraaf van deze omzendbrief.

In deze omzendbrief wordt dus het aantal werkdagen vermeld voor 2026 die in aanmerking moeten worden genomen bij de berekening van de aanvullende bijdrage voor datzelfde jaar.

Het aantal werkdagen voor 2026 voor het **5-dagenregime**, opgesplitst per trimester, bedraagt voor het

- 1ste trimester = 64 dagen
- 2de trimester = 65 dagen
- 3de trimester = 66 dagen
- 4de trimester = 66 dagen
- **Totaal** **= 261 dagen**

Het aantal werkdagen voor 2026 voor het **6-dagenregime**, opgesplitst per trimester, bedraagt voor het

- 1ste trimester = 77 dagen
- 2de trimester = 78 dagen
- 3de trimester = 79 dagen
- 4de trimester = 79 dagen
- **Totaal** **= 313 dagen**

Omzendbrief V.I. nr. 2025/285 – 271/81 van 4 december 2025.

VIII. Minimumwaarde van de bijdragebescheiden voor het jaar 2026 - Berekening van de aanvullende bijdrage

In toepassing van artikel 286 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 de minimumwaarde die de bijdragebescheiden moeten bereiken vastgesteld rekening houdend met het gemiddeld minimum maandinkomen dat wordt gewaarborgd door de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 43 die is afgesloten in de Nationale Arbeidsraad en algemeen bindend verklaard bij koninklijk besluit van 29 juli 1988.

Voor de werknemer van 21 jaar en ouder is de minimumwaarde die de bijdragebescheiden moeten bereiken gelijk aan viermaal het bedrag van het voornoemde gemiddeld minimum maandinkomen.

Voor de werknemers jonger dan 21 jaar bedraagt dit minimumloon drie vierden van het bedrag dat in aanmerking moet worden genomen voor de leeftijdsgroep boven 21 jaar.

De minimumwaarde die de gerechtigde dient te bewijzen, is deze die geldt voor de leeftijdscategorie waartoe hij behoort bij het begin van het kalenderjaar of deze waaraan hij beantwoordt op het ogenblik van zijn inschrijving, of op het ogenblik van zijn herinschrijving in de situatie van de vervulling van de Wachttijd voor het recht op geneeskundige verstrekkingen zoals beschreven in artikel 130 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Rekening houdend met het feit dat het gewaarborgd minimum maandinkomen, zoals vastgelegd in de Nationale Arbeidsraad, werd aangepast aan het indexcijfer op 1 februari 2025, en sedertdien 2.111,89 EUR bedraagt, moeten de minimumwaarden van de bijdragebescheiden voor het kalenderjaar 2026 als volgt worden vastgesteld:

- 21 jaar en ouder: 2.111,89 EUR x 4 = 8.447,56 EUR
- Minder dan 21 jaar: 8.447,56 EUR x 3/4 = 6.335,67 EUR

De bezoldigingen die in aanmerking mogen worden genomen zijn deze die voorkomen op de bijdragebescheiden. Zij mogen niet met 8 % verhoogd worden omdat zodoende, voor de periode van jaarlijkse vakantie een dubbele loonaanrekening plaatsvindt. Inderdaad, wanneer het loon met 8 % wordt verhoogd (om de niet-betaling van bijdragen op het vakantiegeld te compenseren) en anderzijds een forfaitair loon wordt berekend voor de wettelijke vakantiedagen, dan wordt voor deze dagen tweemaal loon in rekening gebracht.
Om dit te vermijden moet de berekening van de aanvullende bijdrage gebeuren op basis van het loon op de bijdragebon (aan 100 %) en door een forfaitair loon te berekenen voor de gelijkgestelde dagen.

De aanvullende bijdrage wordt als volgt berekend:

A. van het minimumjaarloon wordt de bezoldiging die voorkomt op de bijdragebonnen afgetrokken;

B. vervolgens, voor de tijdvakken beschreven in artikel 290, A, 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, wordt het bedrag in mindering gebracht dat wordt bekomen door het minimum jaarloon te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gevormd wordt door het aantal werkdagen van het tijdvak en waarvan de noemer 240 bedraagt;

C. het bedrag van de aanvullende bijdrage wordt berekend door het bekomen bedrag, afgerond tot de naasthogere euro te vermenigvuldigen met het percentage van de verschuldigde bijdragen voor de sector geneeskundige verzorging en desgevallend voor de sector uitkeringen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. **Wanneer dit bedrag lager ligt dan 10,00 EUR, dan hoeft geen aanvullende bijdrage te worden gevorderd**.

De integratie van de mijnwerkers en de gelijkgestelden in het algemeen stelsel van de sociale zekerheid – geregeld bij de programmawet van 24 december 2002, titel II, hoofdstuk 8, artikel 149-167 (B.S. van 31.12.2002, pag. 58716–58717) heeft voor gevolg dat ook voor deze werknemers aanvullende bijdragen verschuldigd kunnen zijn.

Hierna gaat een tabel met de op 1 januari 2017 geldende percentages van de socialezekerheidsbijdragen voor de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

We merken hierbij op, dat voor het statutair overheidspersoneel enkel het percentage voor de sector geneeskundige verzorging wordt weergegeven, aangezien deze niet onderworpen zijn aan de sector uitkeringen.

Categorieën	Totale bijdrage	Aandeel van de werknemer	Aandeel van de werkgever
Arbeiders en bedienden	10,85 %	6,15 %	4,70 %
Mijnwerkers	8,85 %	5,15 %	3,70 %
Overheidsdiensten	7,35 %	3,80 %	3,55 %

Artikel 286, 3de alinea, van het voormelde koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt ook dat voor de minder-validen die in beschutte werkplaatsen zijn tewerkgesteld de in aanmerking te nemen jaarlijkse lonen zijn vastgesteld op 80.400 BEF of 1.993,06 EUR (voor de personen van 21 jaar en ouder), 64.800 BEF of 1.606,37 EUR (voor de 19- en 20-jarigen, 48.000 BEF of 1.189,90 EUR (voor de 17- en 18-jarigen) en 40.800 BEF of 1.011,42 EUR (voor de min 17-jarigen).
Dit zijn forfaitaire bedragen, welke niet gekoppeld zijn aan het indexcijfer.

In bijlage[1] gaan de tabellen die een overzicht geven van de berekening van de aanvullende bijdragen voor de loonverschillen vanaf 0,01 EUR.

Omzendbrief V.I. nr. 2025/294 – 271/82 van 9 december 2025.

1. Niet hier gepubliceerd.

Redactiecomité

Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Nuray Özdemir
Mevr. Marleen Stevens
Mevr. Liesbeth Verbruggen
Mevr. Céline Faufeder
De h. Paul-André Briffeuil
Mevr. Charlotte Lefebre
De h. Tom Candaele
Mevr. Caroline Lekane

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponible en français