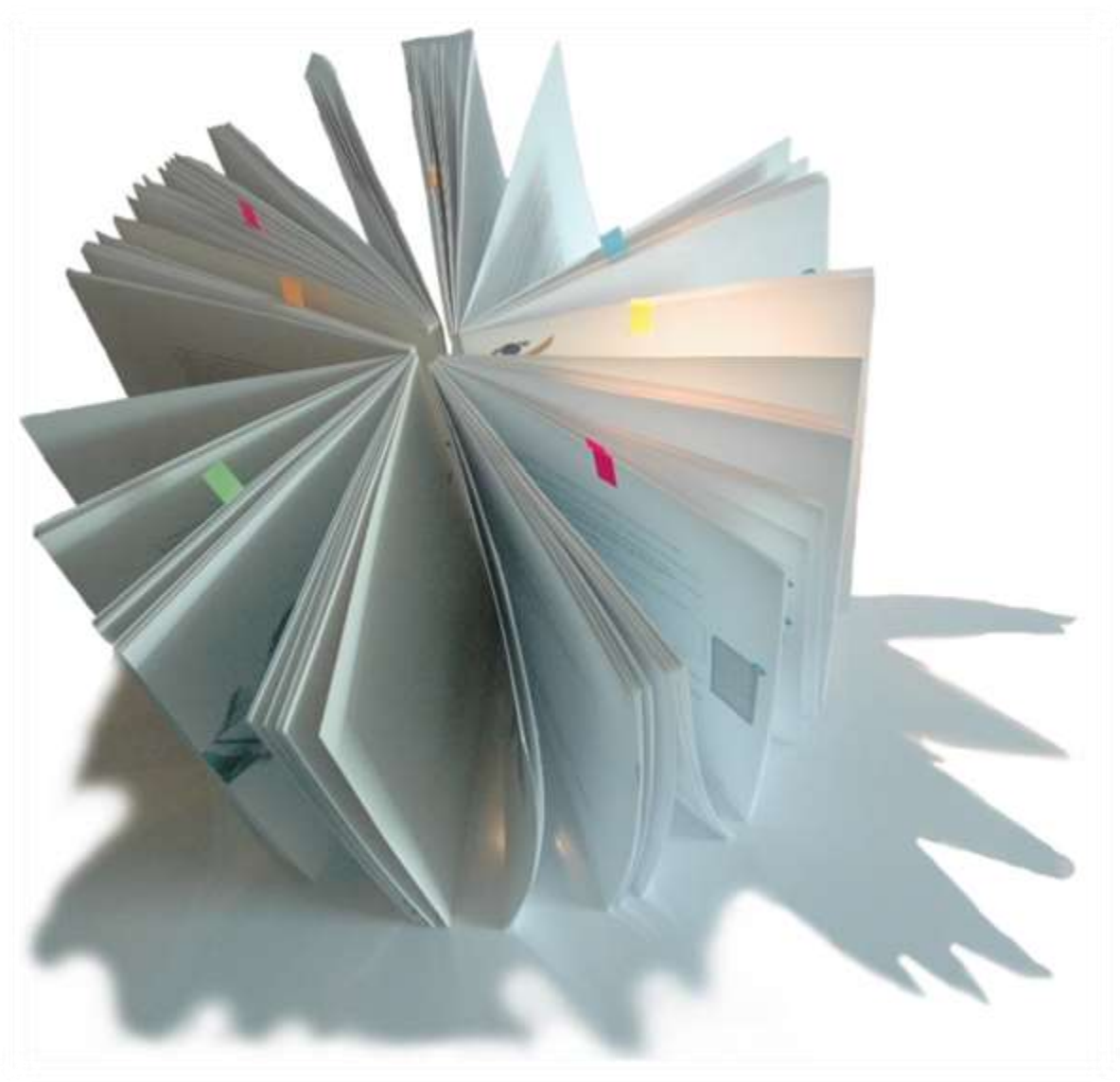
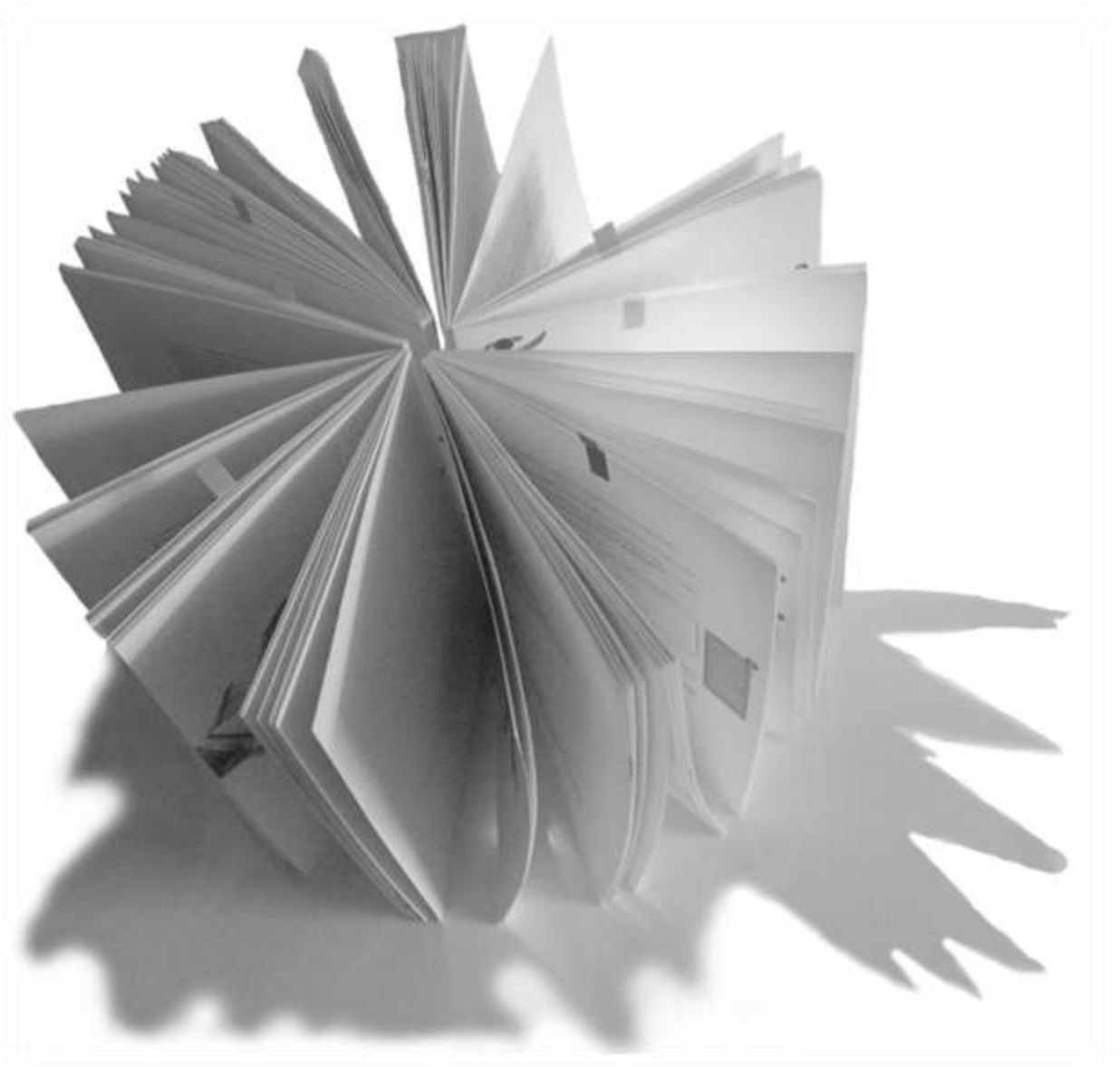




Bulletin d'information 2026/1

1^{re} Partie

Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités



4^e trimestre 2025

1. Loi		
Moniteur belge	Date	Titre
30.12.2025 – Édition 1	18.12.2025	Loi portant des dispositions diverses

Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes :

- le principe de la norme de croissance est maintenu (art. 40, § 1^{er}, al.5) :
 - à partir de 2026, le montant de l'objectif budgétaire annuel global correspond au montant de l'objectif budgétaire annuel global de l'année précédente, majoré d'une norme de croissance réelle de 2 pourcent, ainsi que du montant qui correspond au surcoût dans l'année budgétaire de l'indexation des salaires, des interventions de l'assurance, des tarifs et des prix tels que prévus par ou en vertu de la loi coordonnée ;
 - en 2028, le montant de l'objectif budgétaire annuel global correspond au montant de l'objectif budgétaire annuel global de l'année précédente, majoré d'une norme de croissance réelle de 2,6 pourcent, ainsi que du montant qui correspond au surcoût dans l'année budgétaire de l'indexation des salaires, des interventions de l'assurance, des tarifs et des prix tels que prévus par ou en vertu de la loi coordonnée ;
 - en 2029, le montant de l'objectif budgétaire annuel global correspond au montant de l'objectif budgétaire annuel global de l'année précédente, majoré d'une norme de croissance réelle de 3 pourcent, ainsi que du montant qui correspond au surcoût dans l'année budgétaire de l'indexation des salaires, des interventions de l'assurance, des tarifs et des prix tels que prévus par ou en vertu de la loi coordonnée.
- une contribution économique de 1,48 % à charge de l'industrie pharmaceutique est introduite (art. 191, al. 1^{er}, 35°)
- les exclusions relatives aux médicaments orphelins, aux spécialités pharmaceutiques de la catégorie de remboursement Cx et aux spécialités pharmaceutiques sur base des dérivés du sang stable sont d'application pour la contribution économique (art. 191, al. 1^{er}, 15°, al. 6)
- outre les exclusions prévues à l'article 191, alinéa 1^{er}, 15°, alinéa 4, les spécialités pharmaceutiques dont le code ATC et la voie d'administration sont mentionnées sur la liste européenne des médicaments critiques, telle qu'établie par l'Agence européenne des médicaments sont également exclues
- les recettes provenant des contributions économiques sont affectées à la branche des soins de santé, et plus spécifiquement au budget médicaments (art. 192, al.4, 1°, j).

Moniteur belge	Date	Titre
30.12.2025 – Édition 1	19.12.2025	Loi portant des dispositions diverses en matière de soins de santé

Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes :

- dans le cadre de l'accès précoce et l'accès rapide aux médicaments, la loi apporte des corrections techniques et clarifie les obligations et compétences existantes ainsi que le cadre pour le partage des données (modifications des art. 9ter ; art. 31ter, § 1^{er}, al. 2 ; art. 31sexies ; art. 31septies et art. 31octies)
- formalise légalement l'utilisation de différents moyens digitaux pour les organes institués au sein de l'INAMI afin de pérenniser et optimiser leur continuité et leur bon fonctionnement (nouvel art. 13/4)
- intègre à partir de 2026 majoritairement une partie (à savoir la "partie État") du Budget des Moyens Financiers des hôpitaux, dans le volet objectif annuel global du budget des soins de santé (art. 40, § 1^{er}, al. 5)
- garantit une continuité des soins et de la prise en charge de nouveaux patients après le 31 décembre 2025 en prolongeant les honoraires pour la préparation et l'administration des vaccins COVID-19 et la grippe et en reportant la fin de vigueur du remboursement du trajet COVID long au 31 décembre 2026 (modifications de l'art. 65, § 3, de la loi du 13.06.2021 portant des mesures de gestion de la pandémie COVID-19 et d'autres mesures urgentes dans le domaine des soins de santé).

Moniteur belge	Date	Titre
30.12.2025 – Édition 1	19.12.2025	Loi exécutant une politique renforcée de retour au travail en cas d'incapacité de travail.

Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes :

- responsabilisation renforcée des titulaires reconnus incapables de travailler en fonction de leur potentiel de travail
- responsabilisation renforcée des organismes assureurs :
 - la suppression des périodes couvertes par une présomption d'incapacité de travail qui peuvent s'appliquer dans le cadre du "Trajet Retour Au Travail", afin de permettre, si nécessaire, une évaluation plus rapide de l'incapacité de travail par le médecin-conseil ou par le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire. La loi supprime ainsi la délégation confiée au Roi visant à déterminer pendant quelle période du "Trajet Retour Au Travail" il est présumé que le titulaire atteint le degré requis d'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1^{er} de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (assurance indemnités des travailleurs salariés), ou que l'état d'incapacité de travail dans l'assurance indemnités des travailleurs indépendants est réputé maintenu ;
 - une adaptation du mode de répartition du montant des frais d'administration qui est attribué chaque année aux cinq unions nationales.

- collecte de connaissances sur la base des données des certificats d'incapacité de travail envoyés électroniquement :
 - la création d'une base de données GAOCIT au sein de l'INAMI contenant des données sur les certificats d'incapacité de travail envoyés électroniquement pour tous les assurés sociaux qui sont (potentiellement) titulaires d'indemnités à charge de l'assurance indemnités des travailleurs salariés ou de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants.
 - l'obligation pour le médecin généraliste d'utiliser le circuit électronique (Mult-eMediatt) lorsqu'un certificat d'incapacité de travail destiné au médecin-conseil est établi en cas d'incapacité de travail dont la durée dépasse quatorze jours ou en cas de prolongation d'une incapacité de travail déjà reconnue ;
 - la durée maximale prescrite de l'incapacité de travail sur le certificat destiné au médecin-conseil est de trois mois.
 - cotisation de solidarité relative à l'incapacité de travail primaire due par les employeurs : Afin d'encourager les employeurs qui ne sont pas des PME (moins de 50 travailleurs) à investir davantage dans la réintégration de leurs travailleurs malades de longue durée âgés de 18 à 54 ans, ils contribuent à hauteur de 30 % des indemnités à charge de l'assurance indemnités des travailleurs salariés dues pendant les deux premiers mois d'incapacité de travail primaire qui suivent les 30 premiers jours de ladite incapacité de travail primaire. Cette cotisation n'est toutefois pas due pour certains emplois (par ex., travail occasionnel ou flexi-job) et lors de la reprise d'une activité autorisée représentant au moins 21 % d'une occupation à temps plein
- Compte tenu de cette nouvelle cotisation de solidarité, la cotisation de responsabilisation précitée dans le cadre de l'invalidité est supprimée
- suppression du complément d'indemnité.

Moniteur belge	Date	Titre
30.12.2025 – Édition 1	19.12.2025	Loi portant des dispositions budgétaires diverses urgentes en matière de soins de santé

Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes :

- le Programme d'accès rapide qui a été créé au sein du Service des soins de santé est financé par un prélèvement sur les ressources visées à l'article 191 (modifications des art. 16, § 1^{er} et 31^{quater}, § 2)
- le pourcentage pris en charge par l'assurance santé passera à 78 % à partir du 1^{er} janvier 2026 pour les produits de contraste ainsi que les médicaments remboursables, chimiques et biologiques délivrés par une officine hospitalière, ayant subi le remboursement de référence (art. 71^{ter})
- la cotisation de base de 6,73 % est reconduite en 2026 (art. 191, al. 1^{er}, 15° *novies*)
- la contribution contributive de 1 % est maintenue (art. 191, al. 1^{er}, 15° *duodecies*)

- la contribution orpheline est reconduite (art. 191, al. 1^{er}, 15^e *terdecies*)
- la contribution compensatoire est maintenue (art. 191, al. 1^{er}, 31^e)
- la catégorie de remboursement des médicaments inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et des anticholestérolémiants à base de statines et/ou d'ezetimibe (seuls ou en association) est modifiée à partir du 1^{er} janvier 2026 (annexe II de l'A.R. du 01.02.2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques)
- le ticket modérateur minimum par conditionnement pour une spécialité pharmaceutique remboursable délivrée en officine ouverte au public sera de 1 EUR pour un patient préférentiel et de 2 EUR pour un patient ordinaire quelle que soit la catégorie de remboursement à partir du 1^{er} janvier 2026 (art. 2, § 1^{er}, A, de l'A.R. du 07.05.1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités)
- les interventions personnelles pour l'admission en hôpital psychiatrique sont désormais incluses sans limitation dans le compteur du maximum à facturer et les interventions personnelles qui dépassent le plafond de tickets modérateurs sont également remboursées sans restriction (art. 37*sexies*, al. 7 et art. 37*septies*, al. 1^{er})
- inclusion de l'intervention personnelle pour les médicaments des catégories de remboursement Cs et Cx dans le maximum à facturer s'applique à partir du maximum à facturer de l'année 2026 (art. 37*sexies*, al. 7 et art. 37*septies*, al. 1^{er})
- quant aux frais d'administrations des organismes assureurs :
 - la partie des dépenses payées indûment qui ne peuvent pas être récupérées en application de l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social à moins que l'organisme assureur établisse que l'erreur est imputable à une autre institution de sécurité sociale est considérée comme frais d'administration (art. 194) ;
 - le montant résultant de l'application de la formule dite des paramètres légaux est réduit (art. 195, § 1^{er}, 2^o, al. 3) ;
 - le montant qui est attribué chaque année depuis 2008 aux cinq unions nationales en raison de l'intégration des petits risques dans le secteur des soins de santé ne sera plus octroyé à partir de 2026 (art. 195, § 1^{er}, 2^o, al. 5) ;
 - la partie variable des frais d'administration augmentera progressivement. À partir de l'année 2026 et jusqu'en 2029 inclus, les organismes assureurs seront tenus responsables de leurs frais d'administration en fonction des actions qu'ils entreprennent chaque année pour maîtriser les dépenses dans le secteur des soins de santé à hauteur de 25 millions d'EUR par an, et en particulier des économies qu'ils réalisent par rapport à l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance maladie et aux objectifs budgétaires annuels partiels des Commissions de conventions et d'accords visées à l'article 40 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
 - le résultat du compte des frais d'administration n'est pas incorporé aux résultats des comptes ayant trait à l'octroi des prestations qui concernent également l'octroi d'une prime de reprise du travail (art. 195, § 5).

2. Arrêtés royaux modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
09.10.2025 – Édition 1	28.09.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 en ce qui concerne la prime de reprise du travail

Résumé des modifications

Cet arrêté royal ancre structurellement la mesure relative à l'octroi de la prime de reprise du travail. Ceci signifie que la date de fin initialement prévue (= la reprise du travail autorisé devait avoir commencé au plus tard le 31.03.2025 et les trois mois de travail autorisé devaient être effectués avant le 01.10.2025) est supprimée et que la mesure est dorénavant à durée indéterminée.

Il est également stipulé que la demande d'octroi de la prime de reprise du travail puisse exclusivement être introduite, à partir du 1^{er} janvier 2026, par voie électronique par l'employeur. À partir du 1^{er} janvier 2026, il ne sera donc plus possible pour l'employeur d'introduire une demande papier.

3. Arrêtés royaux modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge	Date	Titre
15.10.2025	02.10.2025	Arrêté royal modifiant l'article 7 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Le nouveau § 20 de l'article 7 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités détermine les conditions auxquelles les kinésithérapeutes doivent répondre pour pouvoir porter en compte les prestations visées aux rubriques I et II du 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° et les prestations visées au 7°.

Moniteur belge	Date	Titre
28.11.2025	24.11.2025	Arrêté royal modifiant l'article 25, §§ 1 ^{er} et 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes dans l'article 25 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- au paragraphe 1^{er}, la prestation 596083 et les règles d'application sont insérées après la prestation 599082 et les règles d'application qui la suivent
- au paragraphe 2, a), 4°, le numéro d'ordre "596083" est inséré entre le numéro d'ordre "599082" et le numéro d'ordre "599104".

4. Autres arrêtés royaux		
Moniteur belge	Date	Titre
15.10.2025	09.10.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 22 janvier 2002 fixant le montant des jetons de présence et indemnités à attribuer aux présidents, vice-présidents, membres et secrétaires de certains conseils, comités, commissions et collèges de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

Résumé des modifications

Les membres de la Commission pour les objectifs de soins de santé, visés à l'article 18/1, alinéa 2, 7° et 9°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ainsi que le président de cette Commission visé à l'article 190*bis* de la même loi coordonnée, perçoivent une indemnité fixée comme suit :

- par journée de séance, un jeton de présence de 7,44 EUR
- pour chaque heure de prestation intellectuelle effectuée à la demande de la Commission en tant que contribution à la remise des travaux de la Commission visés à l'article 18/2, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, un montant de 25 EUR, avec un maximum de 250 EUR par travail.

Moniteur belge	Date	Titre
30.10.2025	16.10.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 2018 portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 2, § 1^{er}, 1°, les mots "27, 28 § 8," sont remplacés par les mots "27/1, 28/1, 29/1,"
- les annexes 1^{re} et 2 sont remplacées.

Moniteur belge	Date	Titre
03.11.2025	16.10.2025	Arrêté royal accordant une intervention financière aux kinésithérapeutes conventionnés et en fixant les conditions et les modalités

Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les conditions et les modalités pratiques du versement de la prime aux kinésithérapeutes conventionnés.

Les conditions sont les suivantes :

- avoir adhéré à la convention au plus tard le premier jour suivant la fin de la période de notification de la convention M/25 et le rester pendant toute la durée restante de 2025, ou obtenir un numéro INAMI dans le courant de 2025 et être ensuite conventionné pour le reste de 2025
- respecter un seuil d'activité qui est formulé comme un montant minimum de remboursements de prestations à la charge de l'assurance obligatoire, sur base de l'article 7 de la nomenclature des soins de santé. Ce seuil d'activité s'élève à 20 % de la médiane du montant total des remboursements durant l'année 2024
- enregistrer un numéro de compte dans l'application Internet de l'INAMI prévue à cet effet au plus tard le 31 mai 2026.

Les modalités de versement sont les suivantes :

- la prime sera payée, sans demande préalable, sur le numéro de compte que le kinésithérapeute enregistrera dans l'application Internet de l'INAMI prévue à cet effet
- si le numéro de compte a déjà été enregistré au plus tard le 30 novembre 2025, le paiement pourra éventuellement être effectué déjà en janvier 2026, à condition que les conditions de prime soient remplies et que l'INAMI dispose des informations nécessaires pour le déterminer.

Moniteur belge	Date	Titre
20.11.2025	30.10.2025	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux sages-femmes pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux en 2025

Résumé des modifications

Le montant pour l'année de la prime 2025 s'élève à 800 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
01.12.2025	20.11.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5°, a), 19°, 20° et 20° <i>bis</i> , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Lorsque l'avis de l'Autorité de protection des données est requis en vertu de l'article 23, § 1^{er}, de la loi du 3 décembre 2017, le délai de 60 jours pour certaines procédures est suspendu. Cette suspension commence à la date d'envoi de la demande et se termine 25 jours après que l'autorité a reçu cette demande.

Moniteur belge	Date	Titre
03.12.2025	27.11.2025	Arrêté royal fixant le budget global en 2025 des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et l'impact des éléments du budget annuel qui n'ont pas ou pas entièrement produit leurs effets

Résumé des modifications

Le budget global des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques visées dans l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, b), c) et e), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, s'élève à 6.484.040 milliers d'EUR pour l'année 2025.

Moniteur belge	Date	Titre
18.12.2025	06.11.2025	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux praticiens de l'art dentaire et candidats praticiens de l'art dentaire pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux en 2025

Résumé des modifications

L'intervention pour l'année de la prime s'élève à 800 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
22.12.2025	30.10.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 22 janvier 2002 fixant le montant des jetons de présence et indemnités à attribuer aux présidents, vice-présidents, membres et secrétaires de certains conseils, comités, commissions et collèges de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 17 est remplacé
- les articles 18, 19 et 20 sont abrogés
- un article 21*bis* est ajouté
- l'article 22 est complété par un alinéa
- sont abrogés :
 - l'arrêté royal du 7 octobre 2009 fixant le montant des jetons de présence à attribuer aux présidents, membres et greffiers des chambres de première instance et des chambres de recours visées à l'article 144, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
 - l'arrêté royal du 18 juin 2014 fixant les indemnités et jetons de présence du président, du vice-président et des membres du Comité de gestion du service "Fonds des Accidents médicaux".

Moniteur belge	Date	Titre
31.12.2025 – Édition 1	19.12.2025	Arrêté royal déterminant le montant des frais d'administration attribués aux unions nationales pour l'année 2026 en vue de la préparation et de la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail" dans le cadre de l'assurance indemnités en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

Le montant des frais d'administration attribués aux unions nationales en vue de la préparation et de la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail" est fixé à 872.000 EUR pour l'année 2026.

5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
08.10.2025 – Édition 2	26.09.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "D. Urologie et néphrologie" de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

Conformément à la loi du 20 novembre 2022, portant des modifications relatives aux prestations de santé en matière de dispositifs médicaux et d'implants, les conditions de remboursement reprenant un traitement de données (avis médecin-conseil, un avis collège, un compteur, un registre ou encore la phrase générique de conservation des données) doivent être adaptées d'ici le 31 août 2026 et ce, en respect du règlement de protection des données.

Pour mettre en conformité les conditions de remboursements avec la réglementation sur la protection des données, un point "traitement de données" a été ajouté ainsi qu'une révision de l'utilité des notifications au médecin-conseil.

Les conditions de remboursement du chapitre D. UROLOGIE, à savoir les conditions de remboursement : D-§01, D-§02, D-§03, D-§04, D-§05, D-§06, D-§09 ont été adaptées en ce sens.

Moniteur belge	Date	Titre
15.10.2025	02.10.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5° a), 19°, 20° et 20° <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- dans la partie I, titre 1, chapitre II, section 1, tableau intitulé "pompes diffuseurs portables" de la liste jointe comme annexe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5° a), 19°, 20° et 20° *bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, une pompe est ajoutée
- dans la Partie I, Titre 1, Chapitre II, section 2 de la liste jointe comme annexe au même arrêté, modifiée en dernier lieu par l'arrêté ministériel du 4 juillet 2025, des dénominations sont remplacées

- dans la Partie I, Titre 2, Chapitre I, § 160100 et § 160200 de la liste jointe comme annexe au même arrêté, une disposition est insérée.

Moniteur belge	Date	Titre
15.10.2025	08.10.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5° a), 19°, 20° et 20° <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- dans la partie I, titre 1, chapitre II, section 5 de la liste jointe comme annexe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5° a), 19°, 20° et 20° *bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, des sondes sont ajoutées
- dans la Partie II, Titre 2, Chapitre I : Nutrition entérale par sonde à domicile, de la liste jointe comme annexe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021, les modifications suivantes sont apportées :
 - à l'article 2, le quatrième alinéa du texte en français est complété comme suit : "en protéines et en énergie" ;
 - l'article 2 est complété par deux alinéas ;
 - à l'article 4, § 2, 2°, un alinéa est inséré entre l'alinéa 1^{er} et l'alinéa 2 ;
 - à l'article 4, § 6, les mots "article 2" sont remplacés par les mots "article 4, § 2".
- dans la Partie III, Titre 3 de la liste annexée au même arrêté, le document C31) est remplacé
- dans la Partie II, Titre 2, Chapitre II : Nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés, de la liste jointe comme annexe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021, les modifications suivantes sont apportées:
 - l'article 3 est complété par un alinéa ;
 - à l'article 5, § 1^{er}, dernier alinéa, "0,62 EUR" est remplacé par "un montant forfaitaire".
- dans la Partie III, Titre 3 de la liste annexée du même arrêté, le document C41) est remplacé
- disposition transitoire : Toutes les demandes d'intervention accordées par le médecin-conseil avant l'entrée en vigueur du présent arrêté ministériel restent valables durant leur période de validité.

Moniteur belge	Date	Titre
05.12.2025	19.11.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5° a), 19°, 20° et 20° <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel ajoute des produits :

- dans la partie I, titre 1, chapitre II, section 5, de la liste jointe comme annexe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5° a), 19°, 20° et 20*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
- dans la partie I, titre 1, chapitre III, section 1, de la liste jointe comme annexe au même arrêté
- dans la partie I, titre 2, chapitre I, § 10000, de la liste jointe comme annexe au même arrêté.

Moniteur belge	Date	Titre
05.12.2025	19.11.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5° a), 19°, 20° et 20° <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- dans la partie II, titre 1, chapitre II, de la liste jointe comme annexe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5° a), 19°, 20° et 20*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les mots "27, § 5 et 29, § 9" sont remplacés par les mots "27/1, H.5., 29/1, A.5. et B.5. et 28/1, A.16., B.5. et C.2.2."
- dans la partie II, titre 1, chapitre II, de la liste jointe comme annexe au même arrêté, dans la version néerlandaise de la liste relative au "moulage", les mots "ortopedische" et "schoeinen" sont respectivement remplacés par les mots "orthopedische" et "schoenen" .

Moniteur belge	Date	Titre
05.12.2025	20.11.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 5° a), 19°, 20° et 20° <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- dans le tableau de la partie I, titre 1, chapitre III, section 2, de la liste jointe comme annexe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5° a), 19°, 20° et 20° *bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, un produit est ajouté
- une ligne est insérée :
 - Dans la partie I, titre 2, chapitre I, § 80100 et § 80200, de la liste jointe comme annexe au même arrêté ;
 - Dans la partie I, titre 2, chapitre I, § 90000 de la liste jointe comme annexe au même arrêté ;
 - Dans la partie I, titre 2, chapitre I, § 110000, de la liste jointe comme annexe au même arrêté ;
 - Dans la partie I, titre 2, chapitre I, § 120000, de la liste jointe comme annexe au même arrêté ;
 - Dans la partie I, titre 2, chapitre I, § 130000, de la liste jointe comme annexe au même arrêté ;
- dans la partie I, titre 3, chapitre IV, § 17 B, alinéa 1^{er}, premier tiret, de la liste jointe comme annexe au même arrêté, les mots suivants : " - Tuberculose, à l'exception des cas isolés de virage du test spécifique d'intradermoréaction ;" sont remplacés par les mots : "Le traitement d'une tuberculose active et d'une infection tuberculeuse, également appelée infection tuberculeuse latente ;".

Moniteur belge	Date	Titre
16.10.2025	09.10.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la Liste, jointe comme annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- au point "L.2.3 Prothèse de remplacement du cortex osseux", la prestation 167694-167705 et ses modalités de remboursement sont abrogées
- le point "L.13. Reconstruction de larges défauts osseux" est ajouté
- au point "L.2.2.2.1.3 Prothèse à charnière", le libellé et les modalités de remboursement de la prestation 166073-166084 sont remplacés
- au point "L.2.2.2.2.4 Composant tibial de prothèse à charnière modulaire", les modifications suivantes sont apportées :
 - le libellé et les modalités de remboursement des prestations 166655-166666 et 166670-166681 sont remplacés ;
- au point "L.2.4 Prothèses articulaires sur mesure", le libellé de la prestation 167716-167720 est remplacé
- à la condition de remboursement L- § 09, dans l'intitulé "Prestations liées : ", les prestations 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 et 186476-186480 sont ajoutées
- la condition de remboursement L- § 17 est remplacée
- les modifications suivantes sont apportées à la condition de remboursement L- § 18 :
 - dans le texte néerlandais, au premier alinéa, les mots "op maat" sont remplacés par les mots "naar maat" ;
 - le point "3.1. Définition" est remplacé ;
 - le point "4.1. Première implantation" est remplacé ;
- les modifications suivantes sont apportées à la condition de remboursement L- § 26 :
 - au point "5.2 Autres règles", il est inséré un alinéa entre le quatrième et le cinquième alinéa ;
 - le point "7. Divers" ancien, devenant le point 8, est remplacé.

L'arrêté ministériel ajoute Aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, une nouvelle liste nominative 400 associée aux prestations 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 et 186395-186406 et une nouvelle liste nominative 401 associée aux prestations 186233-186244, 186255-186266, 186270-186281, 186292-186303 et 186410-186421.

Moniteur belge	Date	Titre
21.10.2025	13.10.2025	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications :

- à l'annexe I
- au chapitre I à l'annexe I, une spécialité est insérée
- à l'annexe II, le point IX.10 est modifié, rédigé comme suit : "Immunosuppresseurs C5 de longue durée d'action. : Fa-21."

Moniteur belge	Date	Titre
30.10.2025	20.10.2025	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
20.11.2025	14.11.2025	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications :

- à l'annexe I

- à l'annexe II, sont apportées les modifications suivantes :
 - le point VII.7.18. est inséré, rédigé comme suit : "les infections chroniques dues au virus de l'hépatite C ou hépatite E.: Fb-19." ;
 - le point IX.13. est inséré, rédigé comme suit : "Immunosuppresseurs utilisés pour le traitement de la glomérulopathie à dépôts de C3. : Fa-31." ;
 - le point XXIII.31. est inséré, rédigé comme suit : "Médicaments destinés à traiter les patients atteints d'obésité hypothalamique rare d'origine génétique.: A-166.".
- à l'annexe IV, des codes ATC sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
28.11.2025	26.11.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
05.12.2025	26.11.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - <i>Erratum</i>

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel remplace l'inscription de spécialités à l'annexe I de l'arrêté royal du 1^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

Moniteur belge	Date	Titre
05.12.2025	26.11.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel remplace l'inscription de spécialités à l'annexe I de l'arrêté royal du 1^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

Moniteur belge	Date	Titre
19.12.2025 - Édition 1	11.12.2025	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent les modifications suivantes :

- au chapitre IV de l'annexe I, les paragraphes 7350100 (SOVALDI), 7350200 (SOVALDI), 7790100 (HARVONI) et 7790200 (HARVONI) sont supprimés
- au chapitre I de l'annexe I, des spécialités sont insérées.

Moniteur belge	Date	Titre
07.11.2025	20.10.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la Liste, jointe comme annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- au point "F.1.9. Fermeture du canal artériel, du foramen ovale, du defect du septum auriculaire ou du septum ventriculaire et des autres malformations congénitales ou non-congénitales", les modifications suivantes sont apportées :
 - le libellé de la prestation 159456-159460 est remplacé ;
 - la prestation 186690-186701 et ses modalités de remboursement sont ajoutées ;
- la condition de remboursement F- § 14 est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
21.11.2025	19.11.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au point "3.2. Critères" de la condition de remboursement F- § 09 au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la Liste, jointe comme annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- le point "3.2.1." est remplacé
- le point "3.2.2." ancien, devenant le point "3.2.3.", est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
10.11.2025	20.10.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "B. Neurochirurgie" de la Liste, jointe comme annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- au point "B.2.7. Neurostimulateurs des ganglions de la racine dorsale et accessoires en cas de Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) des membres inférieurs", les modifications suivantes sont apportées :
 - les prestations 174532-174543 ; 174554-174565 ; 174576-174580 ; 174591-174602 ; 174613-174624 ; 174635-174646 et 174650-174661 et leurs modalités de remboursement sont remplacées ;
- la condition de remboursement B- § 13 est remplacée.

L'arrêté ministériel apporte la modification suivante aux listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- la liste nominative "Neurostimulateurs non-rechargeables pour la stimulation des ganglions de la racine dorsale" est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
14.11.2025 – Édition 1	06.11.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes à la condition de remboursement B- § 15 au chapitre "B. Neurochirurgie" de la Liste, jointe comme annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- l'ancien point "4.5 Dérogation à la procédure" devient le nouveau point "4.4 Dérogation à la procédure"
- l'ancien point "4.4 Suivi du traitement après implantation" devient le nouveau point "4.5. Suivi du traitement après implantation"
- dans le texte néerlandais, au nouveau point "4.5. Opvolging van de behandeling na implantatie", les mots "De rechthebbende die een neurostimulator krijgt" sont remplacés par les mots "De rechthebbende die een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor een neurostimulator krijgt"
- le point "5.2 Autres règles" est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
10.11.2025	30.10.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "I. Pneumologie et système respiratoire" de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs
12.12.2025	30.10.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "I. Pneumologie et système respiratoire" de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs. - <i>Erratum</i>

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "I. Pneumologie et système respiratoire" de la Liste, jointe comme annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- au point "I.1.2 Divers", le libellé de la prestation 162551-162562 est remplacé
- les modalités de remboursement de la prestation 180773-180784 sont remplacés
- la condition de remboursement I- § 01 est abrogée
- la condition de remboursement I- § 02 est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
27.11.2025	19.11.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes à la Liste, jointe comme annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- au chapitre "A. Ophtalmologie", au point "A.3.1 Intervention sur cristallin", les modifications suivantes sont apportées :
 - les modalités de remboursement des prestations 150135-150146 ; 150172-150183 ;150194-150205 et 150216-150220 sont remplacées ;

- au chapitre "J. Chirurgie plastique et reconstructive", au point "J.1.1 Reconstruction de la glande mammaire", les modifications suivantes sont apportées :
 - les prestations 162610-162621, 162632-162643, 162654-162665, 162676-162680, 162691-162702 et 162713-162724 et leurs modalités de remboursement sont abrogées ;
 - la prestation 186712-186723 Implant ou expenseur tissulaire pour reconstruction mammaire, y compris les accessoires et ses modalités de remboursement sont ajoutées ;
 - les modifications suivantes sont apportées à la condition de remboursement J- § 02 :
 - à l'intitulé "Prestation(s) liée(s) :", les modifications suivantes sont apportées :
 - les prestations 162610-162621 ; 162632-162643 ; 162654-162665 ; 162676-162680 ; 162691-162702 et 162713-162724 sont abrogées ;
 - la prestation 186712-186723 est ajoutée ;
 - le premier alinéa du point "2. Critères concernant le bénéficiaire" est remplacé ;
 - le point "4.1. Première implantation" est remplacé ;
 - le point "4.2. Remplacement" est remplacé ;
 - le point " 5.2. Autres règles" est remplacé .
- au chapitre "L. Orthopédie et traumatologie", le point "L.2.2.2 Genou" est remplacé.

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes aux listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs ;

- la liste nominative "Prothèses de genou" est remplacée ;
- la liste nominative "Lentilles toriques" est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
01.12.2025	19.11.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la Liste, jointe comme annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- au point "C.1.1.6. Implant cochléaire en cas de surdité unilatérale", la prestation 187036-187040 et ses modalités de remboursement sont ajoutées
- au point "C.1.1.1. Implant cochléaire en cas de perte auditive bilatérale sévère", la prestation 187051-187062 et ses modalités de remboursement sont ajoutées
- des modifications sont apportées à la condition de remboursement C- § 01.

6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
09.10.2025 – Édition 1	28.04.2025	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs concernant la procédure de demande, le formulaire D-Form-II-01 auquel il est fait référence au chapitre "D. Urologie et néphrologie" de la liste, est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
16.10.2025	19.05.2025	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs concernant la procédure de demande, les formulaires L-Form-I-05 et L-Form-I-06 auxquels il est fait référence au chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste, sont modifiés.

Le formulaire L-Form-II-04 auquel il est fait référence au même chapitre de la liste, est ajouté.

Moniteur belge	Date	Titre
10.11.2025	19.05.2025	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs concernant la procédure de demande, le formulaire I-Form-II-01 auquel il est fait référence au chapitre "I. Pneumologie et système respiratoire" de la liste, est modifié. Les formulaires I-Form-I-01, I-Form-I-02 et I-Form-I-03 auxquels il est fait référence au même chapitre, sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
10.11.2025	06.10.2025	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs concernant la procédure de demande, les formulaires B-Form-II-05 et B-Form-I-17 auxquels il est fait référence au chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste, sont modifiés. Les formulaires B-Form-I-18 et B-Form-I-19 auxquels il est fait référence au même chapitre de la liste, sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
24.11.2025	03.11.2025	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, le formulaire F-Form-I-17 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
01.12.2025	06.10.2025	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs concernant la procédure de demande pour un implant cochléaire, les formulaires C-Form-I-06, C-Form-I-12 et C-Form-I-16 auxquels il est fait référence au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste, sont modifiés

Moniteur belge	Date	Titre
01.12.2025	03.11.2025	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs concernant la procédure de demande pour un stent valvulaire percutané implantable en position aortique pour un bénéficiaire avec un EuroSCORE <4 %, le formulaire F-Form-I-22 auquel il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
23.12.2025	15.12.2025	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'annexe 55 du règlement est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
30.12.2025- Édition 1	19.11.2025	Règlement modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1 ^{er} , 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne la déclaration de l'incapacité de travail

Résumé des modifications

Via ce règlement, le règlement du 16 avril 1997 est adapté afin de tenir compte de l'obligation, pour le médecin généraliste, d'utiliser le circuit électronique (Mult-eMediatt) lorsqu'un certificat d'incapacité de travail destiné au médecin-conseil est établi en cas d'incapacité de travail dont la durée dépasse quatorze jours ou en cas de prolongation d'une incapacité de travail déjà reconnue.

7. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

02.10.2025

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 36 de la nomenclature

La règle interprétative 08 suivante est ajoutée :

Question

Que faut-il entendre par "le bénéficiaire qui est rééduqué dans un établissement ayant conclu avec l'INAMI ou avec les entités fédérées une convention couvrant notamment le traitement par un logopède" au § 3, 5° de l'article 36 ?

Réponse

Par "le bénéficiaire qui est rééduqué dans un établissement ayant conclu avec l'INAMI ou avec les entités fédérées une convention couvrant notamment le traitement par un logopède", on entend le bénéficiaire qui suit effectivement un traitement de rééducation dans un établissement ayant conclu une convention avec l'INAMI ou avec les entités fédérées et dans lequel une fonction de logopède est prévue au sein de l'équipe du centre de rééducation. On entend également par là le bénéficiaire pour lequel un bilan multidisciplinaire, effectué dans l'établissement susmentionné a démontré qu'un traitement multidisciplinaire est indiqué, et ce à partir du moment où les conclusions du bilan multidisciplinaire ont été communiquées.

La règle interprétative 08 produit son effet le 1^{er} mai 2023.

Moniteur belge

13.10.2025

Règles interprétatives relatives à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 49

Question

Comment doit être effectuée la stimulation d'essai prévue dans la condition de remboursement B- § 01?

Réponse

La manière dont la stimulation d'essai doit être effectuée n'est pas spécifiée dans la condition de remboursement B- § 01. La durée de la stimulation d'essai est bien définie comme étant d'au moins 5 jours. Les résultats de cette stimulation doivent être communiqués au médecin-conseil.

Si la stimulation d'essai est réalisée à l'aide d'une pompe implantée et que les critères mentionnés au point 4.1.2 sont remplis, la prestation 150990-151001 peut être attestée. Les prestations 150710-150721, 150776-150780, 150953-150964 et 150975-150986 ne peuvent pas être attestées en cas de stimulation d'essai négative, quelle que soit la manière d'exécution de la stimulation d'essai.

La règle interprétative 49 produit ses effets le 1^{er} juillet 2014.

Moniteur belge

29.12.2025

Abrogation de la règle d'interprétative pour le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de d'obinutuzumab (GazyvaroR) en association avec glofitamab (ColumviR)

La règle interprétative est abrogée.

Cette abrogation entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

8. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
26.11.2025	26.09.2025	Convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs

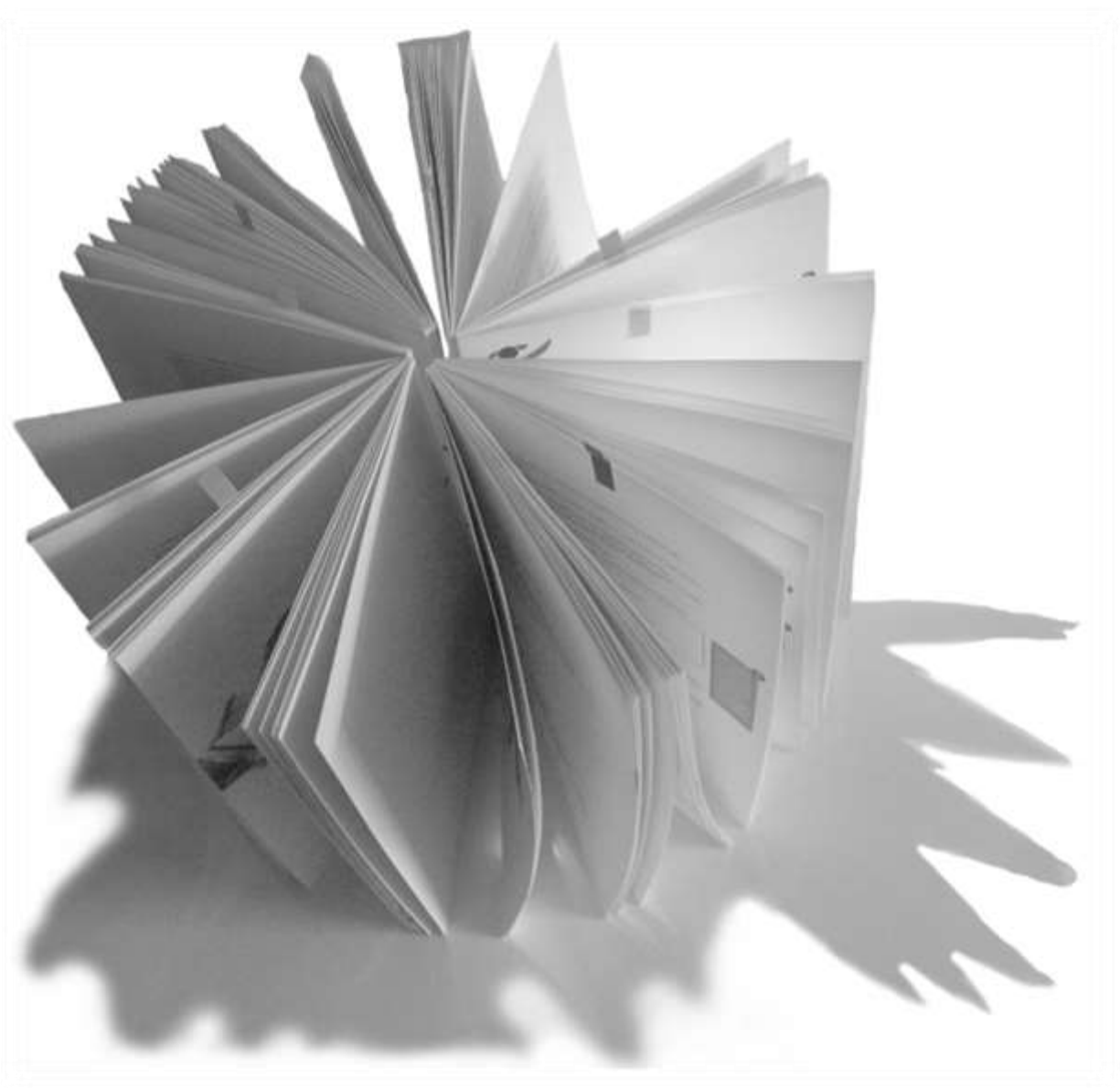
Résumé des modifications

L'avenant ajoute un point 18 à la convention nationale U/2014 entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs comme suit :

"18. Pour les prestations relatives à la reconstructions de larges défauts osseux inscrites au titre "L.13. Reconstruction de larges défauts osseux", le plafond est calculé par prothèse pour l'ensemble des implants qu'ils soient sur mesure ou non (à l'exception des éventuelles prestations ciment)."

2^e Partie

Jurisprudence



I. Tribunal de première instance du Limbourg, division Tongres, 10 octobre 2025

FAM – Complication prévisible – Non indemnisable – Rapport d'expertise
contradictoire

Le jugement confirme que la survenance du préjudice constitue un risque inhérent à l'intervention pratiquée. Ne pas pratiquer l'intervention n'était pas une option. Dans ce dossier, il est question d'une complication prévisible, ainsi que de facteurs augmentant le risque. Il n'y a aucune raison d'organiser une nouvelle expertise judiciaire. L'expertise a été réalisée dans le cadre d'une procédure contradictoire par des experts indépendants et compétents. Le préjudice n'est pas indemnisable, il ne s'agit pas d'un préjudice anormal, il ne s'agit pas d'un AMSR.

R.G. 24/1057/A
... c./INAMI

...

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 trombolysie 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, meer bepaald 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, 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 cerebrummediagebied 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 hierdoor door eiseres geleden werd en wordt, 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 hoofdte 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:

- o 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

- o 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
- o 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:

- o een complicatie die niet redelijkerwijze te voorzien was (voorzienbaarheids criterium)
- o 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 was, 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 embolus 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 embolus 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 verweester, 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 expertisезitting 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 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. Tribunal de première instance de Liège, division Liège, 4 novembre 2025

FAM – RC – Demande de remboursement des indemnités pour préjudice grave

Le jugement confirme la responsabilité de l'hôpital et du chirurgien concerné et reconnaît au patient une perte de chance de 90 %. Le recouvrement de l'indemnisation par le FAM auprès de l'assureur du dispensateur de soins concerné est donc fondé.

R.G. 23/3154/A

FAM – INAMI c./...

...

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. [...] le 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'aurais 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, § 1^{er} 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 2021¹, 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.consiliomanuque.be/> (06.10.2021) ; J.L.M.B. 2022, liv. 31, 1356 et <https://ilmbi.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.

[...]

Indiscutablement 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 spécialiste 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 fracturaire [...]]"

- 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 pseudarthrose², 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 déplacée³, 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. Tribunal de première instance néerlandophone de Bruxelles, 21 novembre 2025

FAM – RC – Demande de remboursement des dommages-intérêts – Perte de chance

Dans ce dossier, l'avis du FAM, tant en ce qui concerne la force probante du rapport d'expertise contradictoire que la responsabilité du prestataire de soins concerné, est suivi. Le rapport d'expertise est considéré par le juge comme contradictoire, car il a été répondu (de manière satisfaisante) à toutes les remarques. Il est question d'une faute dans les post-soins qui présente un lien de causalité avec le préjudice, à savoir le décès du patient. Une perte de chance de survie de 20 % est acceptée. Le recouvrement de l'indemnisation par le FAM auprès de l'assureur du dispensateur de soins concerné est donc fondé.

R.G. 2024/2086/A

INAMI c./ ... et ...

...

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 suture, 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 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 gehouden worden 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, geplaast 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 ... 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 quinolone wordt een hoge dosis Negaban 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-organafalen.

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 twaalf uur 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-organafalen 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.

Voorst 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 caecum perforatie 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-organfalen al ver gevorderd was, in alle drie de hypothesen 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 voorschuipt.

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,

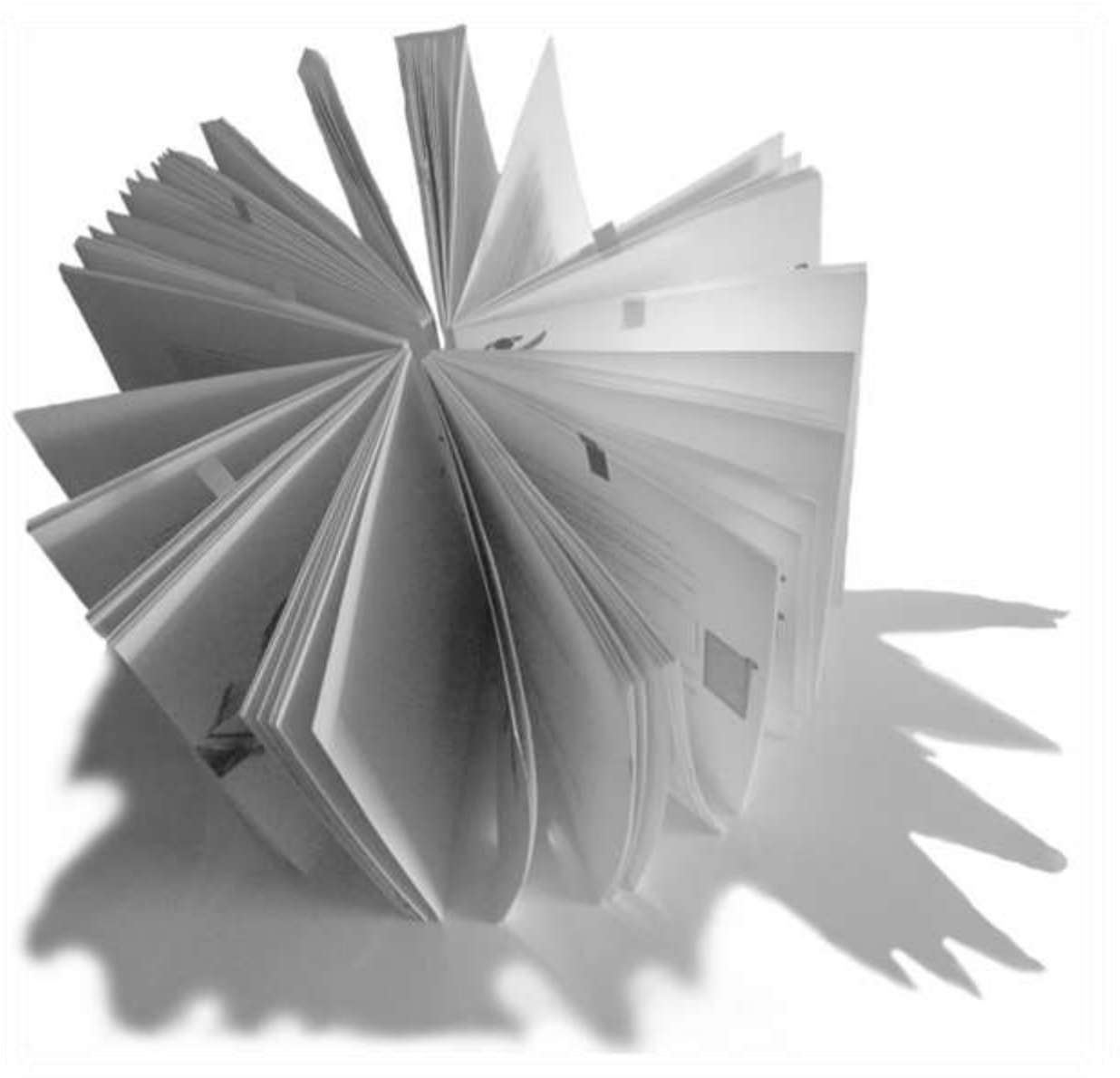
Veroordeelt verweerders in solidum tot de betaling aan het FMO van 60.209,47 EUR, te vermeerderen met de vergoedende intrest aan de wettelijke intrestvoet vanaf 5 april 2022 tot heden, en met de moratoire intrest aan de wettelijke intrestvoet vanaf heden tot de volledige betaling,

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 20 april 2017 op een bedrag van ... EUR tot de volledige betaling
- vanaf 20 juli 2017 op een bedrag van ... EUR tot de volledige betaling
- vanaf 31 maart 2017 op een bedrag van ... EUR tot de volledige betaling

...

3^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



I. Les obstacles à l'accompagnement des malades de longue durée

Pénurie de médecins-conseils – Soutien de l'équipe multidisciplinaire - Plateforme TRIO - Impliquer le médecin traitant – Fit note - Accords de coopération renforcés

Question n° 341 posée le 8 juillet 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante DE KNOP¹

Lors d'une concertation avec l'Union nationale des Mutualités libres, plusieurs obstacles structurels à la réinsertion des malades de longue durée ont été soulevés. Les parties concernées se heurtent à des défis pratiques et légaux.

1. En raison de la pénurie de médecins-conseils, les patients ne reçoivent pas toujours l'accompagnement adéquat. Quelles mesures comptez-vous prendre pour remédier à cette pénurie ?
2. Il existe une incertitude quant à savoir lequel des trois médecins concernés doit poursuivre l'accompagnement lorsqu'un patient ne se présente pas activement. Qui endosse la responsabilité et de quelle manière comptez-vous communiquer clairement avec les médecins, de sorte qu'ils soient bien informés à ce sujet ?
3. La réglementation relative aux médecins du travail et celle relative aux médecins-conseils semblent se contredire parce qu'elles relèvent de différentes législations. Quelles mesures comptez-vous prendre pour remédier à cette discordance ?
4. À peine 20.000 des 550.000 malades de longue durée sont accompagnés vers un retour au travail. Comment détermine-t-on qui est admissible à un tel accompagnement et est-il prévu d'augmenter ce nombre ?
5. La coopération entre l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, le FOREM et le Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB) ne semble pas suffisamment harmonisée. De quelle manière souhaitez-vous améliorer cette harmonisation, de sorte que les malades de longue durée puissent être accompagnés plus rapidement et plus efficacement vers une reprise du travail ?

Réponse

Afin de remédier à la pénurie de médecins-conseils, j'ai mis en oeuvre, depuis le 1^{er} janvier 2024, une réforme de l'assurance indemnités. Celle-ci permet à un ergothérapeute, un kinésithérapeute, un psychologue clinicien ou un infirmier, en tant que membre de l'équipe multidisciplinaire au sein de l'organisme assureur, de soutenir le médecin-conseil dans l'évaluation de l'incapacité de travail ainsi que dans l'estimation du potentiel de travail et la catégorisation y liée. Ces collaborateurs sont également chargés d'accorder la prolongation de l'autorisation délivrée par le médecin-conseil pour la reprise du travail pendant la période d'incapacité, ainsi que d'évaluer le besoin d'aide d'un tiers en vue de l'octroi de l'allocation forfaitaire pour assistance d'un tiers.

1. Bulletin n° 029, Chambre, session ordinaire 2025-2026, p. 178.

De plus, une modification de l'arrêté royal 35 a été publiée le 22 septembre dernier. Les adaptations permettent à un plus grand nombre de médecins d'exercer la profession de médecin-conseil. Grâce à cette modification, les organismes assureurs (O.A.) peuvent par exemple recruter un médecin-conseil à temps partiel. Par ailleurs, l'âge de la retraite pour les médecins-conseils a été aligné sur celui des salariés.

Lors de l'élaboration de nouvelles réglementations et procédures, toutes les cellules stratégiques, les administrations et les groupes de parties prenantes concernés se concertent. L'objectif est toujours d'obtenir la meilleure coordination possible. Pour faciliter et renforcer la collaboration et la communication entre les médecins-conseils, les médecins du travail et les médecins traitants, j'ai par exemple développé la plateforme TRIO. Celle-ci est opérationnelle depuis le 19 février 2025. Cette plateforme numérique sécurisée est destinée à l'échange d'informations médicales entre ces trois acteurs dans le cadre des trajets de retour au travail (ReAT), mais aussi dans le cadre de l'évaluation de l'incapacité de travail. La plateforme permet également de consulter les données clés relatives à la gestion d'un trajet ReAT. Des réglementations futures prévoient encore un renforcement de la concertation et de l'échange de données entre les différents acteurs, dans lequel la plateforme TRIO jouera un rôle central.

La réforme précitée que j'ai effectuée dans l'assurance indemnités vise également à garantir un suivi régulier des assurés par le médecin-conseil ou un membre de l'équipe multidisciplinaire, par l'organisation de contacts physiques et une évaluation régulière du potentiel de travail, c'est-à-dire la capacité d'un assuré reconnu en incapacité à exercer un travail adapté, compte tenu de son état de santé. Cette évaluation prend en compte tant le potentiel actuel que les possibilités futures, et permet de classer l'assuré dans une catégorie déterminée, ce qui conditionne le lancement éventuel d'actions de retour au travail.

Outre cette réforme, des réglementations futures prévoient de nombreuses mesures pour accompagner davantage d'assurés reconnus en incapacité dans leur retour au travail. Je tiens à souligner que les trajets proposés par les services de l'emploi, les 20.000 que vous mentionnez dans votre question, ne sont qu'une des façons de réaliser un trajet vers l'emploi. Les reprises partielles du travail, les trajets de réintégration informels et formels dans le cadre du Code du bien-être au travail, le trajet via les chèques ReAT et les formations de reconversion classiques sont également des formes de trajets ReAT.

Une autre réforme visant à favoriser davantage l'adhésion à un trajet consiste à impliquer davantage le médecin traitant dans le processus. Ainsi, le médecin traitant devra examiner la possibilité d'un travail adapté ou différent lors de la prescription ou de la prolongation d'un certificat d'incapacité. Dans la *fit note*, il pourra indiquer, de manière facultative, ce que le travailleur en incapacité est encore capable de faire. Le médecin traitant peut discuter du contenu de cette note avec le médecin du travail, qui évaluera les possibilités concrètes de travail adapté ou différent dans l'entreprise concernée.

Par ailleurs, le médecin du travail devra informer le plus rapidement possible le travailleur en incapacité des possibilités de reprise du travail. Pour ce faire, il devra recevoir les informations sur l'incapacité de la part du médecin traitant. Le médecin du travail devra également évaluer le potentiel de travail d'un travailleur en incapacité depuis au moins huit semaines. Si ce potentiel existe, l'employeur demandera au médecin du travail de démarrer un trajet de réintégration, au plus tard six mois après le début de l'incapacité.

En cas de reprise partielle du travail, une autorisation du médecin traitant ou du médecin du travail sera équivalente à celle du médecin-conseil.

Le médecin-conseil ou le membre de l'équipe multidisciplinaire est tenu d'orienter tout assuré sans contrat de travail et disposant d'un potentiel de travail vers le Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding, le FOREM, ACTIRIS ou l'Arbeitsamt der Deutschsprachigen Gemeinschaft. L'assuré devra alors obligatoirement s'inscrire auprès du service régional de l'emploi dans un délai de 14 jours.

Dans le cadre de la collaboration avec les services régionaux de l'emploi, je prévois des accords de coopération renforcés. Ces nouveaux accords contiendront des objectifs ambitieux et miseront sur une trajectoire de croissance pour ce qui est d'atteindre activement et de réintégrer les travailleurs en incapacité de longue durée. Ils stipuleront que les demandeurs d'emploi reconnus en incapacité, inscrits auprès des services régionaux, seront activement contactés avec une offre concrète (p. ex. une invitation à un entretien) au plus tard un mois après leur inscription. Le service de l'emploi devra en outre proposer à chaque personne inscrite un trajet personnalisé.

L'ensemble de ces mesures vise à accompagner davantage d'assurés reconnus en incapacité (avec un potentiel de travail) lors de leur retour au travail.

II. Financement de la réintégration des malades de longue durée

Fonds Retour au travail - Groupes cibles - Accompagnement personnalisé - Activation sur initiative du travailleur – Actions prises

Question n° 345 posée le 9 juillet 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante DE KNOP¹

La réintégration des malades de longue durée sur le marché du travail constitue un thème politique important. Un retour réussi au travail nécessite non seulement un accompagnement et des trajets adéquats, mais également des moyens financiers suffisants pour soutenir efficacement ces processus.

Le Fonds Retour Au Travail est actuellement financé par les entreprises qui se séparent d'un travailleur, par le versement d'une contribution de 1.800 EUR par personne. Les mutualités indiquent toutefois que ce montant est insuffisant pour garantir une réintégration efficace.

1. Partagez-vous l'analyse des mutualités selon laquelle le montant disponible est insuffisant ?
2. Quelles mesures envisagez-vous de prendre pour renforcer le financement du Fonds Retour Au Travail afin que les malades de longue durée bénéficient d'un accompagnement plus efficace ?
3. Prévoit-on des moyens complémentaires, par exemple par le biais de contributions accrues des employeurs, de subventions fédérales ou d'autres incitants financiers ?
4. Comment est-il garanti que ces moyens sont utilisés efficacement et contribuent à une solution structurelle permettant le retour des malades de longue durée sur le marché du travail ?
5. Comment allez-vous remédier au problème connu du *non-recours* à la prime d'une valeur de 1.800 EUR à laquelle les malades de longue durée peuvent prétendre dans le cadre de leur accompagnement professionnel?

Réponse

Le fonds Retour au travail (fonds ReAT) est un système de financement destiné à l'achat de services spécialisés personnalisés tels que l'accompagnement de carrière ou le coaching individualisé. Il s'agit ici de parcours de coaching pour lesquels le budget de 1.800 EUR doit suffire. Si une personne a besoin d'un parcours plus intensif, il est préférable d'opter pour un parcours via les services de placement.

Deux groupes cibles peuvent faire appel à ce fonds :

- Groupe A: les assurés sociaux reconnus en incapacité de travail dont le contrat de travail a été rompu pour force majeure médicale à l'initiative de l'employeur. Dans ce cadre, et depuis le 1^{er} avril 2024, ces employeurs doivent verser une contribution de 1.800 EUR au fonds ReAT
- Groupe B: depuis le 1^{er} avril 2025, les assurés sociaux reconnus en incapacité de travail depuis plus d'un an ;

1. Bulletin n° 029, Chambre, session ordinaire 2025-2026, p. 181.

Le fonds ReAT est géré par le Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs salariés de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

À la date du 20 mai 2025, 100 *vouchers* ont été octroyés à des assurés sociaux afin qu'ils puissent bénéficier d'un accompagnement personnalisé. Cinq accompagnements ont déjà été finalisés, ce qui représente un montant de 9.000 EUR déjà versé. Le service compétent de l'INAMI a reçu 5.694 notifications d'employeurs et 9.426.000 EUR sont actuellement disponibles.

L'activation de ce système nécessite une initiative du travailleur, dans le cadre d'une démarche volontaire.

Le service compétent de l'INAMI mène des actions en continu pour faire connaître cette mesure, dont voici plusieurs exemples :

- un outil est disponible sur le site web pour trouver facilement les prestataires agréés qui travaillent dans la région et dans le rôle linguistique de l'assuré social
- une communication ciblée vers les assurés sociaux :
chaque assuré pour lequel l'INAMI a reçu une notification de l'employeur reçoit un courrier explicatif sur le fonds ReAT et la procédure pour demander un *voucher*
- le jeudi 22 mai 2025, un webinaire a été organisé pour présenter en détail la mesure. Plus de 350 participants issus de divers secteurs et institutions (mutualités, prestataires potentiels, prestataires déjà agréés, employeurs, etc.) ont pu poser leurs questions
- en septembre 2025, le service compétent de l'INAMI organise une intervention spécifique à l'attention des coordinateurs retour au travail des mutualités au sujet du fonds ReAT.

Toutes ces actions visent à renforcer le rôle de cette mesure.

III. Retards et dysfonctionnements dans le paiement des prestataires - Réforme pour des mutualités plus efficaces

Système du tiers-payant – Délais à respecter – Retard - Paiement d'un intérêt de retard - Problèmes techniques et informatiques temporaires

Question n° 407 posée le 1^{er} août 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante RAMLOT¹

La presse s'est récemment fait l'écho d'un nouveau cas alarmant : un kinésithérapeute indépendant a vu plusieurs centaines d'euros de revenus bloqués pendant des mois à cause d'une erreur administrative de la mutualité, sans information claire, sans solution rapide et surtout, sans prise de responsabilité du côté de l'assureur.

Ce témoignage n'est malheureusement pas isolé. Les prestataires de soins - kinés, infirmiers, dentistes, médecins, pharmaciens - sont nombreux à subir des retards de paiement, des procédures opaques ou des rigidités bureaucratiques, alors même qu'ils sont en première ligne, souvent sous pression.

À cela s'ajoutent des patients qui peinent à comprendre les refus de remboursement, les dossiers en souffrance ou les réponses contradictoires. Il y a un problème structurel d'efficacité et de transparence dans certaines mutualités.

1. Comment comptez-vous renforcer l'efficacité administrative et la responsabilisation des organismes assureurs, afin que les erreurs ou retards ne soient plus supportés par les prestataires ?
2. Prévoyez-vous des mécanismes de recours simples et rapides pour les prestataires lésés, avec éventuellement un dédommagement automatique en cas de faute ou de blocage injustifié ?
3. Quelles garanties pouvez-vous apporter pour que les réformes du système mutualiste renforcent réellement la qualité de service pour les soignants et les patients, plutôt que d'apporter une surcharge administrative supplémentaire ? Les prestataires de soins ne peuvent pas continuer à être pénalisés pour les lourdeurs d'un système qu'ils ne contrôlent pas. Il en va de leur confiance, et de la nôtre.

Réponse

1. L'article 4 de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers-payant prévoit déjà des règles qui s'imposent aux organismes assureurs en matière de paiement des dispensateurs de soins qui ont recours au système du tiers-payant.

1. Bulletin n° 031, Chambre, session ordinaire 2025-2026, p. 146.

Parmi ces règles figurent les délais qui doivent être respectés par les organismes assureurs. Ainsi, pour les dispensateurs de soins qui transfèrent les données aux organismes assureurs en utilisant la facturation électronique via le réseau MyCareNet, le paiement est prévu dans les deux semaines à compter de la réception des données par l'organisme assureur. En cas de facturation papier et sur support magnétique par les dispensateurs de soins, le paiement intervient dans les deux mois suivant la fin du mois au cours duquel le dispensateur de soins a envoyé la facture à l'organisme assureur.

Il faut toutefois rappeler que les commissions de convention ou d'accord peuvent également fixer, de leur côté, des délais de paiement plus courts pour la catégorie de dispensateurs de soins concernée. Il convient également de rappeler la spécificité des pharmaciens qui doivent quant à eux d'abord transmettre leur demande de remboursement à l'office de tarification auprès duquel ils sont affiliés.

Enfin, l'arrêté royal du 18 septembre 2015 précité prévoit, en cas de retard de la part de l'organisme assureur, le paiement d'un intérêt de retard au taux légal sur simple demande de la part du dispensateur de soins concerné. Ces intérêts de retard courent à partir du premier jour suivant l'expiration du délai de paiement. Un rappel formel de ces règles aux organismes assureurs, par courrier, est une mesure envisagée.

2. L'arrêté royal du 18 septembre 2015 prévoit déjà un système simple, à savoir le paiement d'un intérêt de retard sur simple demande du dispensateur de soins. Ce mécanisme est décrit sur le site internet de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) sous la rubrique "Le régime du tiers payant pour le dispensateur de soins individuel". En tant qu'autorité de contrôle, l'INAMI veillera, en cas de plainte auprès de lui, à ce que les sommes dues soient débloquées et, le cas échéant, à ce que les intérêts soient rapidement payés.

3. Les situations ayant entraîné des retards de paiement des prestataires de santé par les organismes assureurs, et dont l'INAMI a été informé, ont été examinées sur place, au sein des organismes assureurs concernés. Il s'est avéré qu'elles résultaient de problèmes techniques et informatiques temporaires, sans que le système en tant que tel ne soit remis en question.

Par ailleurs, les organismes assureurs concernés ont pris des mesures afin que les conséquences de ces problèmes internes ne soient pas supportées par les prestataires de soins durant la phase de régularisation de la situation (possibilité de verser des avances en attendant le règlement définitif).

IV. Limitation des allocations de chômage dans le temps.

- Conséquences pour l'assurance maladie

Adaptation de leur qualité auprès de la mutualité - Qualité de "titulaire résident" - Mise en place d'un flux de données sécurisé et automatisé via la BCSS entre l'ONEM et les organismes assureurs

Question n° 458 posée le 11 septembre 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante FARIH¹

L'introduction de la limitation des allocations de chômage dans le temps signifie pour les chômeurs de longue durée qu'ils perdront leurs allocations après un certain temps, mais cette disposition modifie également leur statut social et a des répercussions sur leur affiliation à l'assurance maladie.

Dans le cadre de l'assurance maladie, cela implique concrètement que les personnes concernées devront être inscrites d'une autre manière pour conserver leur droit au remboursement de leurs soins de santé. Il est important que ce processus se déroule correctement et rapidement, afin que personne ne perde son droit aux soins de santé.

1. Comment les mutualités et les autres institutions compétentes seront-elles informées lorsqu'une personne perd son droit aux allocations de chômage ? Un flux automatique d'informations transitant par la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale est-il prévu à cette fin ?
2. Si de tels flux d'informations existent, comment se déroulent-ils concrètement ? Quelles institutions reçoivent ces données et à quel moment ?
3. Quelles mesures prenez-vous pour garantir que les personnes concernées resteront affiliées à l'assurance maladie de manière ininterrompue et conserveront leur droit au remboursement ?
4. Comment les mutualités et les autres acteurs seront-ils soutenus afin de gérer correctement et en temps voulu un afflux soudain de dossiers ? Quel soutien supplémentaire jugez-vous encore nécessaire à cet égard ?
5. Des mesures spécifiques ont déjà été prévues pour les CPAS. Quelles mesures ou conventions prévoyez-vous en outre pour garantir que les mutualités et autres instances concernées puissent, elles aussi, gérer correctement le changement de statut, et pour assurer la continuité des droits ?

1. Bulletin n° 028, Chambre, session ordinaire 2025-2026, p. 151.

Réponse

1. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) examine avec l'Office National de l'Emploi (ONEM), les organismes assureurs et la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) de quelle manière la date de cessation des allocations de chômage peut être communiquée aux mutualités le plus rapidement possible. L'objectif est d'arriver à un échange de données permanent, structuré et complètement automatisé, afin que les mutualités soient informées en temps utile et puissent prendre les mesures nécessaires en matière d'assurabilité. Pour l'implémentation effective de ce flux d'informations, un cadre réglementaire ainsi qu'une autorisation du Comité de sécurité de l'information de la BCSS sont nécessaires. Dans ce cadre, l'INAMI travaille actuellement à l'élaboration d'un projet d'arrêté royal.

2. Il est prévu que l'ONEM informera, par le biais d'un flux de données sécurisé et automatisé, les organismes assureurs des données d'identification des chômeurs concernés, y compris la date de fin de leurs allocations. Il s'agit des chômeurs qui, en vertu des articles 63, § 2 et 114, § 1^{er} et § 2/1 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, ou en vertu des articles 209 et 212 de la loi-programme du 18 juillet 2025, perdent leur droit aux allocations de chômage ou d'insertion.

Les données seront communiquées dès que l'information sur la perte du droit aux allocations sera disponible. Ce flux de données s'effectuera via la BCSS, qui est responsable de la coordination de l'échange d'informations au sein du système de sécurité sociale.

3. Le droit aux soins de santé au cours d'une année civile donnée est déterminé sur la base de la seconde année civile qui précède (l'année de référence). Par exemple pour avoir droit aux soins de santé en 2026, les conditions relatives à la qualité et à l'obligation de cotisation doivent être remplies en 2024. Concrètement, cela signifie qu'une cessation de l'allocation de chômage en 2026 n'aura un impact sur le droit aux soins de santé qu'à partir de 2028.

Cependant, pour conserver leur droit, les chômeurs concernés doivent adapter leur qualité auprès de la mutualité. Ils sont actuellement inscrits comme "titulaires chômeurs contrôlés". En cas de perte de leur allocation de chômage, ils perdent cette qualité et doivent se régulariser sous une autre qualité pour conserver leurs droits. Dans la plupart des cas, il s'agit de la qualité de "titulaire résident", s'ils ne disposent pas d'un revenu professionnel ou d'un autre revenu de remplacement. Pour cette régularisation, la personne concernée doit entreprendre elle-même des démarches, notamment introduire une déclaration sur l'honneur nécessaire pour déterminer l'éventuelle cotisation personnelle en tant que résident.

Compte tenu de l'ampleur du groupe de chômeurs qui perdront leur allocation au cours des prochaines années, une simplification administrative temporaire est prévue : une modification d'office de la qualité. La qualité de titulaire chômeur contrôlé sera automatiquement modifiée en qualité de titulaire résident, uniquement pour les chômeurs ayant droit à l'intervention majorée. Étant donné que ce groupe est réglementairement dispensé de payer une cotisation personnelle en tant que résident, il est possible de ne pas leur demander de démarche supplémentaire auprès de leur mutualité.

Un projet d'arrêté royal qui prévoit une adaptation des articles 252 et 276 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 est en préparation.

Pour les chômeurs sans intervention majorée, il est proposé que les mutualités les contactent de manière proactive pour les informer à temps sur :

- l'impact de la perte de leur allocation sur leur assurabilité, et
- les démarches administratives nécessaires pour modifier leur qualité et conserver leur droit aux soins de santé.

4. Comme indiqué au point 3, un changement automatique de qualité est prévu pour les bénéficiaires de l'intervention majorée. Cela réduira considérablement la charge administrative, le traitement manuel des dossiers n'étant pas requis pour ce groupe. Les mutualités pourront ainsi allouer leurs moyens au traitement des dossiers d'autres chômeurs.

Une condition nécessaire à cette simplification administrative est la mise en place d'un échange de données adéquat et rapide entre l'ONEM et les organismes assureurs.

5. Je renvoie aux mesures décrites ci-dessus aussi bien pour la limitation de la charge administrative des mutualités et des assurés sociaux, que la garantie de la continuité des droits.

Concrètement, une possibilité réglementaire est prévue pour les mutualités visant à modifier automatiquement la qualité des chômeurs concernés ayant droit à l'intervention majorée.

Par ailleurs, les mutualités fourniront proactivement des informations et un soutien aux autres chômeurs. Ils seront informés en temps utile des conséquences de la perte de leurs allocations de chômage sur leur assurabilité, ainsi que des démarches administratives nécessaires à la régularisation de leur statut (p. ex. via une déclaration sur l'honneur relative aux revenus du ménage), afin de garantir la continuité de leur droit au remboursement des soins de santé.

Pour soutenir ces mesures, un flux de données automatisé est prévu de l'ONEM vers les organismes assureurs, garantissant un suivi rapide et correct.

V. Les certificats médicaux dits de complaisance

Contrôle - Service d'évaluation et de contrôle médicaux - Ordre des médecins - Médecins-conseils des organismes assureurs - Ministère public - Propositions de loi visant à renforcer le contrôle - Banque de données - Durée maximale de prescription d'incapacité de travail par certificat de trois mois

Question n° 487 posée le 29 septembre 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Monsieur le Représentant CORNILLIE¹

De nombreux acteurs de terrain, tant dans les services sociaux des institutions publiques que dans les entreprises privées, s'inquiètent de la récurrence croissante de certificats médicaux dits "de complaisance". Ceux-ci sont perçus comme étant délivrés sans fondement médical objectivable, par pure complaisance, ce qui suscite des interrogations légitimes sur leur impact systémique.

Sur le terrain, il appert que certains médecins engagés politiquement l'utiliseraient parfois même avec une intention politique, déforçant les pouvoirs locaux, et *in fine*, la sécurité sociale.

Au-delà des cas individuels, ces pratiques compromettent le bon fonctionnement des dispositifs publics, qu'il s'agisse de l'accès aux droits, du respect des obligations légales, ou du bon usage des ressources de la sécurité sociale. Elles peuvent également avoir des effets contre-productifs pour les bénéficiaires eux-mêmes, en retardant une éventuelle prise en charge adaptée, qu'elle soit médicale, sociale ou professionnelle.

1. Disposez-vous de données ou d'analyses concernant l'ampleur du phénomène des certificats médicaux de complaisance au niveau de la Belgique ?
2. Quels mécanismes de contrôle ou de vérification sont aujourd'hui en place pour prévenir les éventuels abus, tout en respectant le secret médical ? De quels chiffres disposez-vous pour objectiver la situation ?
3. Le mécanisme actuel de vérifications est-il suffisant ? Une révision du système ou un renforcement des vérifications est-il prévu ?
4. Comment appréhender les certificats de complaisance à tendance "politique", c'est-à-dire lorsqu'un conflit d'intérêt/loyauté d'un médecin engagé en politique locale déforce les pouvoirs locaux et finalement la sécurité sociale ?
5. Existe-t-il une collaboration structurée entre les ordres professionnels, les mutualités, les services de contrôle médical et les autorités publiques pour freiner la délivrance de ces certificats ?
6. Envisagez-vous des mesures spécifiques ou des recommandations à l'attention des professionnels de santé afin de mieux encadrer cette pratique et d'éviter toute dérive ?

1. Bulletin n° 032, Chambre, session ordinaire 2025-2026, p. 172.

Réponse

À ce jour, nous ne disposons pas de chiffres ou d'analyses précis concernant l'ampleur du phénomène des certificats de complaisance. Lorsque l'on aborde cette problématique, il convient de faire la distinction entre un faux "certificat médical" (certificat de complaisance) qui est effectivement réglementé par l'article 31 de la loi relative aux contrats de travail, qui régit également l'éventuelle surveillance par un médecin contrôleur visée par la loi du 13 juin 1999 relative à la médecine de contrôle, et le certificat d'incapacité de travail pour l'obtention d'une indemnité après l'expiration de la période couverte par le salaire garanti.

Il existe aujourd'hui plusieurs instances qui peuvent intervenir afin d'assurer un contrôle pour prévenir les éventuels abus. Il s'agit du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), de l'Ordre des médecins, des médecins-conseils des organismes assureurs et du ministère public.

À l'heure actuelle, le rôle du SECM est plutôt limité en ce qui concerne le contrôle des certificats dits de complaisance.

En vertu de l'article 139, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI), le SECM est habilité à évaluer et à contrôler, entre autres, les prestations attestées. La consultation attestée à l'assurance maladie dans le seul et unique but de rédiger une attestation indue est évidemment superflue si nous pouvons prouver que l'attestation est indue et que cette consultation n'a servi qu'à cela. C'est actuellement presque impossible et très chronophage. Les parties concernées devraient être auditionnées, et elles auraient alors intérêt à ne pas dire la vérité.

L'Ordre des médecins est compétent de manière autonome, indépendamment d'un contrôle éventuel par le SECM. Par ailleurs, le contrôle de l'incapacité de travail fait toujours partie des missions des médecins-conseils des organismes assureurs.

Lorsque de faux certificats ou de fausses attestations sont rédigés, c'est avant tout au ministère public qu'il incombe d'agir à cet effet, parallèlement à l'Ordre des médecins.

Concernant les certificats de complaisance que vous qualifiez de "à tendance politique", ils ne sont pas soumis à un régime de contrôle et de sanction différent de celui qui existe pour les autres certificats. Les mêmes règles légales trouvent évidemment à s'appliquer.

Le mécanisme actuel de contrôle peut encore être renforcé et je peux vous confirmer qu'il existe actuellement des propositions de loi visant à renforcer celui-ci mais aussi à créer un cadre qui permettra des actions de prévention spécifiques vis-à-vis des prescripteurs afin d'éviter des dérives.

Il s'agit, d'une part, de dispositions visant à adapter la loi relative au contrôle de l'incapacité de travail afin de doter le SECM de compétences légales. Une collaboration plus étroite entre l'Ordre des médecins et le SECM n'est pas prévue actuellement. Les deux instances ne doivent pas non plus subordonner leur efficacité l'une à l'autre, étant donné que nous pouvons compter à la fois sur un suivi déontologique et un suivi administratif.

D'autre part, il s'agit de la création d'une banque de données au sein de l'INAMI qui sera mise en place à partir du 1^{er} janvier 2026 dans le cadre d'un renforcement de l'accompagnement des prestataires de soins (dans un premier temps, des médecins généralistes) au moment de la prescription de l'incapacité de travail. Cette banque de données permettra ainsi de pouvoir renforcer la collecte de données en matière de prescription d'incapacité de travail en rendant obligatoire la transmission par les médecins généralistes de ces certificats par voie électronique (pour les incapacités de travail supérieures à 14 jours ou prolongation) vers le médecin-conseil de la mutualité.

Grâce à cette nouvelle banque de données, les médecins généralistes seront ainsi sensibilisés à leur propre comportement prescripteur en matière d'incapacité de travail. Le renforcement des connaissances ainsi acquises permettra en effet de pouvoir disposer de données sur le nombre de cas dans lesquels un médecin généraliste constate une incapacité de travail, en tenant compte de la taille et de la population de patients de son cabinet et de la durée exacte de l'incapacité de travail, en rapport avec le diagnostic ou l'affection constatée chez le patient, tel que prescrit par ce médecin.

Cette collecte de données permettra également d'identifier le nombre de médecins généralistes consultés par un assuré social dans le cadre de la relation thérapeutique qu'il entretient avec ces médecins en raison de son incapacité de travail, si celle-ci donne lieu à la prescription d'une période d'incapacité de travail.

Enfin, dans le cadre des mesures à venir en ce qui concerne la prescription de l'incapacité de travail (tant par les médecins généralistes que les médecins spécialistes), il est également prévu que la durée maximale de prescription d'incapacité de travail par certificat introduit auprès de la mutualité soit limitée à une durée de trois mois prolongeable (à chaque fois, pour une durée maximale de trois mois).

VI. Élargissement du groupe cible du Fonds Retour Au Travail à partir du 1^{er} avril 2025

Fonds Retour Au Travail – Promouvoir la réintégration des travailleurs salariés – Groupes cibles - Nombre de notifications réceptionnées - Délai respecté - Aucun employeur sanctionné

Question n° 514 posée le 8 octobre 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante LANJRI¹

Depuis le 1^{er} avril 2024, le Fonds Retour Au Travail (ReAT) est en vigueur, une initiative visant à promouvoir la réintégration des travailleurs salariés en incapacité de travail de longue durée. Il s'agit d'un système de financement pour l'obtention de services spécialisés et personnalisés, tels qu'un accompagnement de carrière ou un coaching personnalisé, pour les personnes qui sont reconnues en incapacité de travail et dont le contrat de travail a pris fin pour cause de force majeure médicale, à l'initiative de l'employeur. Depuis le 1^{er} avril 2025, le fonds est également ouvert aux travailleurs salariés et aux chômeurs reconnus en incapacité de travail depuis plus d'un an.

1. Combien de contrats de travail ont pris fin en 2024 et jusqu'à présent en 2025 pour cause de force majeure médicale, à l'initiative de l'employeur ?
2. a) Comment évaluez-vous l'extension du Fonds ReAT aux travailleurs salariés et aux chômeurs reconnus en incapacité de travail depuis plus d'un an ? S'agit-il d'une réussite ?
b) Combien de demandes ont déjà été introduites par ce groupe ?
c) Des demandeurs issus de ce groupe ont-ils déjà dû être placés sur la liste d'attente en raison de l'insuffisance des moyens du fonds ? Dans l'affirmative, combien ? Combien de temps ont-ils dû attendre avant que des moyens soient disponibles ?
3. a) Combien d'employeurs ont payé la contribution de 1.800 EUR ?
b) Des employeurs ont-ils déjà été sanctionnés pour ne pas avoir respecté ces obligations ?
4. Combien de travailleurs salariés en incapacité de travail dont le contrat de travail a été résilié par l'employeur pour cause de force majeure médicale ont déjà introduit une demande d'intervention du Fonds ReAT ? Combien de ces demandes ont été effectivement acceptées ?
5. Le fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités doit, dans un délai de 45 jours à partir du lendemain du jour de l'introduction de la demande, prendre une décision ou demander des informations supplémentaires. Quel est actuellement le "délai moyen de traitement" d'une demande avant que celle-ci fasse l'objet d'une approbation définitive ou d'un refus définitif ?
6. Combien de prestataires de services sont agréés pour soutenir des personnes par l'intermédiaire du fonds ? Combien de points existe-t-il où ce soutien/cet accompagnement peut être suivi ?

1. Bulletin n° 032, Chambre, session ordinaire 2025-2026, p. 186.

Réponse

1. Ci-dessous vous trouverez le nombre de notifications réceptionnées par l'Institut national d'assurance maladieinvalidité (INAMI) et qui découlent d'une fin de contrat de travail pour cause de force majeure médicale à l'initiative de l'employeur:

- 2024 (depuis le 01.04.2024): 3.400 notifications
- 2025 (jusqu'au 13.10. 2025): 4.806 notifications.

2. a) Une évaluation est prévue au deuxième trimestre de 2026. Durant la première année (du 10.04.2024 au 31.03.2025), 132 demandes ont été reçues. Depuis le 1^{er} avril 2025 jusqu'à aujourd'hui, 293 demandes ont été reçues, soit une augmentation significative sur une période plus courte.

b) 196 demandes ont été introduites par le groupe B.

c) Jusqu'à présent, les moyens ont toujours été suffisants.

3. a) À ce jour, l'INAMI comptabilise 7.666 paiements effectués par des employeurs (il s'agit ici du nombre de paiements et non du nombre d'employeurs uniques).

b) Aucun employeur n'a été sanctionné jusqu'à présent.

4. 227 demandes ont été introduites par des personnes indiquant que leur contrat de travail avait été résilié pour cause de force majeure médicale à l'initiative de l'employeur.

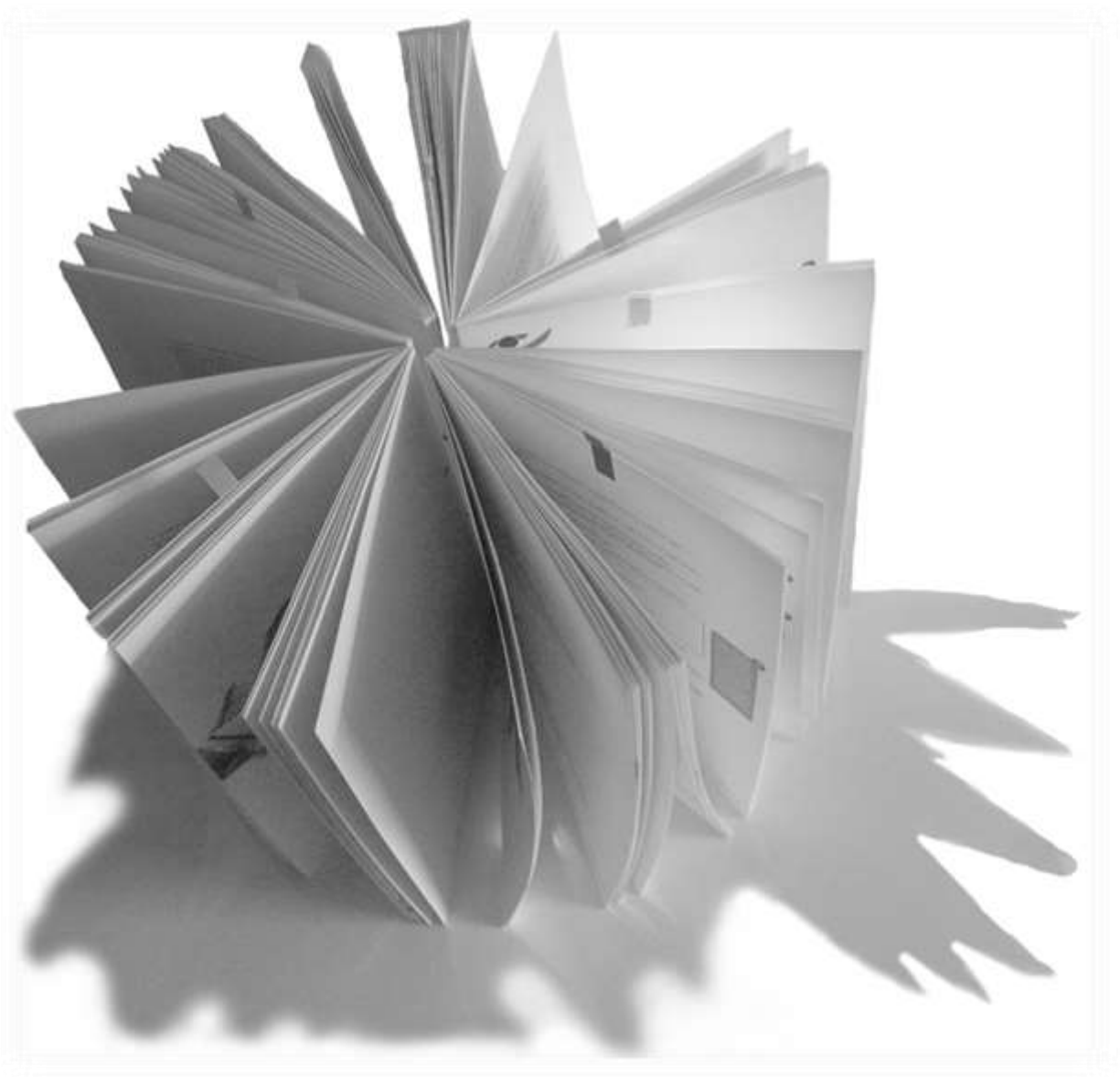
132 de ces demandes ont abouti à l'octroi d'un voucher, dont 39 ont été approuvées sur base des conditions du groupe B (ce qui signifie qu'elles auraient été refusées selon les conditions du groupe A).

5. Lorsque toutes les informations nécessaires sont disponibles, le délai prévu est majoritairement respecté.

6. Actuellement, 38 prestataires de services sont agréés, et leur offre est disponible sur 782 points de contact.

4^e Partie

Données de base



I. Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus

En vertu de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 en exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (art. 124, § 1^{er}, 1^o al. 1, modifié par l'art. 2 de l'A.R. du 29.12.1997 (M.B. 31.12.1997 éd.2)), ne peut plus être considérée comme personne à charge (au sens de l'art. 32) de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, la personne qui dispose d'un revenu, pension, rente, allocation ou indemnité, pour autant que le montant global brut soit **SUPÉRIEUR** à un montant par trimestre.

Le montant par trimestre civil est calculé au départ du montant de 1.762,82 EUR à l'indice-pivot 103,14 (base 1996). Il est adapté aux fluctuations de l'indice des prix comme prévu dans la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Cela donne pour le *secteur public* comme pour le *secteur privé* :

1^{er} juillet 2015 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 15 = 2.372,52 EUR

1^{er} juin 2016 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 16 = 2.419,97 EUR

1^{er} juin 2017 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 17 = 2.468,37 EUR

1^{er} septembre 2018 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 18 = 2.517,74 EUR

1^{er} mars 2020 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 19 = 2.568,10 EUR

1^{er} septembre 2021 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 20 = 2.619,46 EUR

1^{er} janvier 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 21 = 2.671,85 EUR

1^{er} mars 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 22 = 2.725,28 EUR

1^{er} mai 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 23 = 2.779,79 EUR

1^{er} août 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 24 = 2.835,39 EUR

1^{er} novembre 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 25 = 2.892,09 EUR

1^{er} décembre 2022 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 26 = 2.949,93 EUR

1^{er} novembre 2023 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 27 = 3.008,93 EUR

1^{er} mai 2024 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 28 = 3.069,11 EUR

1^{er} février 2025 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 29 = 3.130,49 EUR

Valeurs par trimestre		
1 ^{er} trimestre 2015	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00 EUR
2 ^e trimestre 2015	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00 EUR
3 ^e trimestre 2015	$2.372,52 \times 3/3$	2.372,52 EUR
4 ^e trimestre 2015	$2.372,52 \times 3/3$	2.372,52 EUR
1 ^{er} trimestre 2016	$2.372,52 \times 3/3$	2.372,52 EUR
2 ^e trimestre 2016	$2.372,52 \times 2/3 + 2.419,97 \times 1/3$	2.388,34 EUR
3 ^e trimestre 2016	$2.419,97 \times 3/3$	2.419,97 EUR
4 ^e trimestre 2016	$2.419,97 \times 3/3$	2.419,97 EUR
1 ^{er} trimestre 2017	$2.419,97 \times 3/3$	2.419,97 EUR
2 ^e trimestre 2017	$2.419,97 \times 2/3 + 2.468,37 \times 1/3$	2.436,10 EUR
3 ^e trimestre 2017	$2.468,37 \times 3/3$	2.468,37 EUR
4 ^e trimestre 2017	$2.468,37 \times 3/3$	2.468,37 EUR
1 ^{er} trimestre 2018	$2.468,37 \times 3/3$	2.468,37 EUR
2 ^e trimestre 2018	$2.468,37 \times 3/3$	2.468,37 EUR
3 ^e trimestre 2018	$2.468,37 \times 2/3 + 2.517,74 \times 1/3$	2.484,83 EUR
4 ^e trimestre 2018	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
1 ^{er} trimestre 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
2 ^e trimestre 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
3 ^e trimestre 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR

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



Circulaire O.A. n° 2025/300 – 248/97 du 10 décembre 2025.

II. Intervention majorée - Moyenne des plafonds de revenus pour l'année 2025

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2025.

Suite à la publication de l'arrêté royal du 15 mars 2022 (M.B. du 13.04.2022), modifiant l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 17.749,24 EUR et 3.285,87 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004 = 100). Ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

Moyenne des plafonds des revenus - Exercice antérieur (2024)	
Titulaires	Personnes à charge
28.054,93 EUR	5.193,74 EUR



Circulaire O.A. n° 2025/301 - 3991/415 du 10 décembre 2025.

III. Secteur de la rééducation fonctionnelle : indexation des interventions personnelles et de quelques forfaits de rééducation au 1^{er} janvier 2026

1. Arrêté royal du 29 avril 1996 portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

À partir du 1^{er} janvier 2026, l'intervention personnelle visée dans l'article 2, premier et deuxième alinéa, de l'arrêté royal du 29 avril 1996 s'élève à 2,33 EUR par prestation effectuée.

L'intervention personnelle visée dans l'article 2, troisième alinéa (en vigueur à partir du 01.08.2006) de 0,25 EUR par prestation dispensée pour les bénéficiaires de la ventilation assistée par pression positive continue par voie nasale (nCPAP) durant le sommeil reste *inchangée*.

2. Interventions personnelles en cas de séjour dans un centre de rééducation

2.1 Le jour d'admission

Le jour de l'admission dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite pour :

- a) Les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance : de 7,32 EUR ;
- b) Les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé (à l'exclusion des enfants visés sous a)) : de 34,59 EUR ;
- c) Les titulaires qui sont, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé, en chômage contrôlé et qui ont depuis douze mois au moins la qualité de chômeur complet (possédant la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, c'est-à-dire à l'exclusion entre autre des cohabitants) y compris les personnes à charge : de 34,59 EUR ;
- d) Les autres bénéficiaires : de 47,88 EUR.

2.2 A partir du deuxième jour

À partir du deuxième jour dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite pour :

- a) Les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de 7,32 EUR ;
- b) Les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 7,32 EUR ;
- c) Les autres bénéficiaires : de 20,61 EUR.

3. Intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les frais de transport des bénéficiaires qui suivent une rééducation dans des centres de rééducation fonctionnelle déterminés ou des centres spécialisés (A.M. du 14.12.1995) – Transport des bénéficiaires qui ne peuvent se déplacer que dans une chaise roulante et pour lesquels le transport est organisé par une firme de taxi ou par le centre même (codes 771971 – 771982)

L'intervention s'élève à 1,71 EUR/km.

Remplace la circulaire 2025/269 du 25 novembre 2025.



Circulaire O.A. n° 2025/356 - 370/2478 – 3910/2367 du 19 décembre 2025.

IV. Intervention majorée de l'assurance (A.R. 15.01.2014) - Montants immunisés du revenu cadastral

L'arrêté royal du 15 janvier 2014 - Moniteur belge du 29 janvier 2014 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1^{er} et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit l'immunisation des montants du revenu cadastral indexé de la maison d'habitation pour laquelle le titulaire peut prétendre à l'abattement forfaitaire de la maison d'habitation applicable en matière d'impôt des personnes physiques.

Les montants retenus s'élèvent respectivement à 743,68 EUR et 123,95 EUR pour le conjoint cohabitant et par personne à charge, ils doivent être indexés de la manière prévue à l'article 518 du code de l'impôt sur les revenus 1992 en les multipliant par le coefficient visé audit article 518. Un arrondi à l'EUR supérieur ou inférieur selon que le chiffre des centimes atteint ou non cinquante est ensuite réalisé.

Coefficient 2,3000 en 2026

Le montant pour 2026 est calculé sur base des instructions de la mécanographie du cadastre ; au départ du montant en EUR multiplication par le coefficient prévu et arrondissement normal à l'EUR.

Cela donne pour 2026 : 1.710 EUR
 285 EUR



Circulaire O.A. n° 2025/361 - 3991/416 du 6 janvier 2026.

V. Intervention personnelle du patient en cas d'hospitalisation : montants à partir du 1^{er} janvier 2026

À la suite du dépassement de l'index pivot survenu fin décembre 2025, vous trouverez ci-dessous les montants adaptés qui peuvent être portés en compte aux patients à partir du **1^{er} janvier 2026** et ce en application de l'arrêté royal du 5 mars 1997 et en application de l'article 37bis, § 3 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

1. Le jour d'admission :

Le jour de l'admission dans un hôpital général ou psychiatrique ou dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance : de 7,32 EUR ;
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé (à l'exclusion des enfants visés sous a)) : de 34,59 EUR ;
- c) pour les titulaires qui sont, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé, en chômage contrôlé et qui ont depuis douze mois la qualité de chômeur complet (possédant la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, c'est-à-dire à l'exclusion entre autres des cohabitants) y compris les personnes à charge : de 34,59 EUR ;
- d) pour les autres bénéficiaires : de 47,88 EUR.

2. À partir du deuxième jour :

À partir du deuxième jour de séjour dans un hôpital général ou psychiatrique ou dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge): de 7,32 EUR ;
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 7,32 EUR ;
- c) pour les autres bénéficiaires : de 20,61 EUR.

3. À partir du 91^e jour de séjour (à l'exclusion des centres de rééducation fonctionnelle ou professionnelle) :

À partir du 91^e jour de séjour, l'intervention de l'assurance est réduite pour les séjours dans un hôpital général ou dans un hôpital psychiatrique :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de 7,32 EUR ;
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 7,32 EUR ;
- c) pour les titulaires qui ont des personnes à charge au regard de l'assurance soins de santé ou qui sont tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de 7,32 EUR ;
- d) pour les autres bénéficiaires : de 20,61 EUR.

4. Lorsque l'admission dans un hôpital psychiatrique excède une durée de cinq ans

Dès que l'admission dans un hôpital psychiatrique dépasse une durée de cinq ans, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les titulaires ayant des personnes à charge, les titulaires de l'intervention majorée (et chômeurs y assimilés) avec des personnes à charge, les personnes qui sont tenues de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de 7,32 EUR ;
- b) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs y assimilés qui n'ont pas de personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé ou qui ne sont pas tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié : de 20,61 EUR ;
- c) pour les autres bénéficiaires : de 34,34 EUR.

Remplace la circulaire O.A. n° 2025/276 du 27 novembre 2025.



Circulaire O.A. n° 2025/363 – 170/1190, 175/609 et 176/550 du 6 janvier 2026.

VI. Maximum à facturer - Exercice 2026

I. Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2026

a) Calcul de l'indice corrigé

Moyenne des indices des prix 2025 :	135,30		
-----	=	-----	= 1,0247
Moyenne des indices des prix 2024 :	132,04		

b) Plafonds de revenus pour l'exercice 2026

de	0,00	à	13.402,43
de	13.402,44	à	23.977,39
de	23.977,40	à	36.860,74
de	36.860,75	à	49.744,15
de	49.744,16	à	62.090,73
dès	62.090,74		

II. Fixation des plafonds tickets modérateurs pour l'exercice 2026

Général

Exercice 2024	254,99	516,92	746,66	1.148,70	1.608,18	2.067,66
Exercice 2025	260,10	527,27	761,61	1.171,70	1.640,38	2.109,06
Exercice 2026	270,60	548,55	792,35	1.219,00	1.706,60	2.194,20

Réduction application maximum à facturer pour malades chroniques

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

III. Conditions d'octroi maximum à facturer malades chroniques exercice 2026

Total des interventions personnelles pour les prestations effectuées au cours de la deuxième année civile et au cours de l'année civile précédant l'année en cours :

Exercice 2025	527,27
Exercice 2024	516,92



Circulaire O.A. n° 2025/380 – 3998/73 du 13 janvier 2026

VII. Le nombre total de jours de travail pour l'année 2026

L'article 290 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que le montant du complément de cotisation se calcule en multipliant le montant résultant de l'application du *littera* A de l'article 290 arrondi à la centaine supérieure, par la somme des taux de cotisation dus pour le secteur des soins de santé et le cas échéant, le secteur indemnités de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le *littera* A de l'article 290 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 indique en effet que, pour chacune des périodes de l'année de référence y énumérées, ou telles qu'elles sont le cas échéant mentionnées sur les bons de cotisation respectifs, le montant obtenu en multipliant la rémunération annuelle fixée à l'article 286 par une fraction dont le numérateur est constitué par le nombre de jours ouvrables de la période et dont le dénominateur est 240. Ce montant est alors employé dans le calcul rappelé au premier paragraphe de cette circulaire.

La présente circulaire informe dès lors sur le nombre de jours ouvrables pour l'année 2026 à prendre en compte dans le calcul du complément de cotisation de cette même année.

Répartis par trimestre, le nombre de jours de travail pour 2026 en **régime 5 jours** sont :

- 1^{er} trimestre = 64 jours
- 2^e trimestre = 65 jours
- 3^e trimestre = 66 jours
- 4^e trimestre = 66 jours
- **Total** = **261 jours**

Répartis par trimestre, le nombre de jours de travail pour 2026 en **régime 6 jours** sont :

- 1^{er} trimestre = 77 jours
- 2^e trimestre = 78 jours
- 3^e trimestre = 79 jours
- 4^e trimestre = 79 jours
- **Total** = **313 jours**



Circulaire O.A. n° 2025/285 – 271/81 du 4 décembre 2025.

VIII. Valeur minimale des documents de cotisation pour l'année 2026 – Calcul du complément de cotisation

En application de l'article 286 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la valeur minimale que les documents de cotisation doivent atteindre est fixée en fonction du revenu mensuel minimum moyen garanti par la convention collective de travail n° 43 conclue au sein du Conseil national du travail et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 29 juillet 1988.

Pour le travailleur âgé de 21 ans et plus, la valeur minimale que les documents de cotisation doivent atteindre est égale à quatre fois le montant du revenu mensuel minimum moyen précité.

Pour les travailleurs de moins de 21 ans, ce salaire minimum atteint 3/4 du salaire pris en considération pour les travailleurs de 21 ans et plus.

La valeur minimale que le titulaire doit prouver est celle liée à la catégorie d'âge à laquelle il appartient au début de l'année civile, ou celle à laquelle il appartient au moment de son inscription, ou au moment de sa réinscription en situation d'accomplissement du délai d'attente pour le droit aux soins de santé tel que décrit à l'article 130 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Compte tenu du fait que le revenu mensuel minimum garanti, tel que fixé au sein du Conseil national du travail, a été adapté à l'indice au 1^{er} février 2025, et s'élève depuis cette date à 2.111,89 EUR, il convient de fixer comme suit les valeurs minimales des documents de cotisation pour l'année civile 2026 :

- 21 ans et plus : $2.111,89 \text{ EUR} \times 4 = 8.447,56 \text{ EUR}$
- moins de 21 ans : $8.447,56 \text{ EUR} \times 3/4 = 6.335,67 \text{ EUR}$

Les rémunérations qui peuvent être prises en considération sont celles qui figurent sur les documents de cotisation. Elles ne peuvent pas être majorées de 8 %, parce qu'alors une double imputation du salaire aurait lieu pour la période des vacances annuelles. En effet, lorsque le salaire est majoré de 8 % (pour compenser le non-paiement de cotisations sur le pécule de vacances) et qu'un salaire forfaitaire est calculé pour les jours de vacances légales, le salaire est porté en compte deux fois pour ces jours.

Afin d'éviter cela, le calcul du complément de cotisation doit se faire sur la base du salaire figurant sur le bon de cotisation (à 100 %) et en calculant un salaire forfaitaire pour les jours assimilés.

Le complément de cotisation se calcule comme suit :

- A. de la rémunération annuelle minimum, il y a lieu de déduire la rémunération indiquée sur les bons de cotisation ;
- B. ensuite, pour les périodes énumérées à l'article 290, A, 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, on déduit le montant que l'on obtient en multipliant la rémunération annuelle minimum par une fraction dont le numérateur est constitué par le nombre de jours ouvrables de la période et dont le dénominateur est 240 ;

C. le montant du complément de cotisation est calculé en multipliant le montant obtenu, arrondi à l'euro supérieur, par le taux des cotisations dues pour le secteur des soins de santé et, le cas échéant, pour le secteur des indemnités de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Si ce montant est inférieur à 10,00 EUR, il n'y a pas lieu de réclamer de complément de cotisation.

L'intégration des mineurs et assimilés dans le régime général de la sécurité sociale, prévue par la loi programme du 24 décembre 2002, titre II, chapitre 8, articles 149-167 (M.B. du 31.12.2002, pp. 58716 et 58717), a pour conséquence que des compléments de cotisation peuvent aussi être réclamés pour ces travailleurs.

Ci-dessous, vous trouverez un tableau comprenant les taux des cotisations de sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2017 destinées à l'assurance soins de santé et indemnités.

Nous signalons que pour le personnel statutaire du secteur public, uniquement le pourcentage pour l'assurance soins de santé est mentionné, puisque le personnel statutaire n'est pas soumis à l'assurance indemnités

Catégories	Cotisation globale	Quote-part de l'employeur	Quote-part du travailleur
Ouvriers et employés	10,85 %	6,15 %	4,70 %
Mineurs	8,85 %	5,15 %	3,70 %
Services Publics	7,35 %	3,80 %	3,55 %

L'article 286, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996 stipule également que pour les personnes handicapées mis au travail dans les ateliers protégés, les rémunérations annuelles à prendre en considération sont fixées à 80.400 FB ou 1.993,06 EUR (pour les personnes de 21 ans et plus), 64.800 FB ou 1.606,37 EUR (pour les 19 et 20 ans), 48.000 FB ou 1.189,90 EUR (pour les 17 et 18 ans) et 40.800 FB ou 1.011,42 EUR (pour les moins de 17 ans).

Ce sont des montants forfaitaires qui ne sont pas indexés.

En annexe¹, sont joints les tableaux qui donnent un aperçu du calcul des compléments de cotisation afférents aux différences de rémunération à partir de 0,01 EUR.



Circulaire O.A. n° 2025/294 – 271/82 du 9 décembre 2025.

1. Pas publiée ici.

Comité de rédaction

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

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726