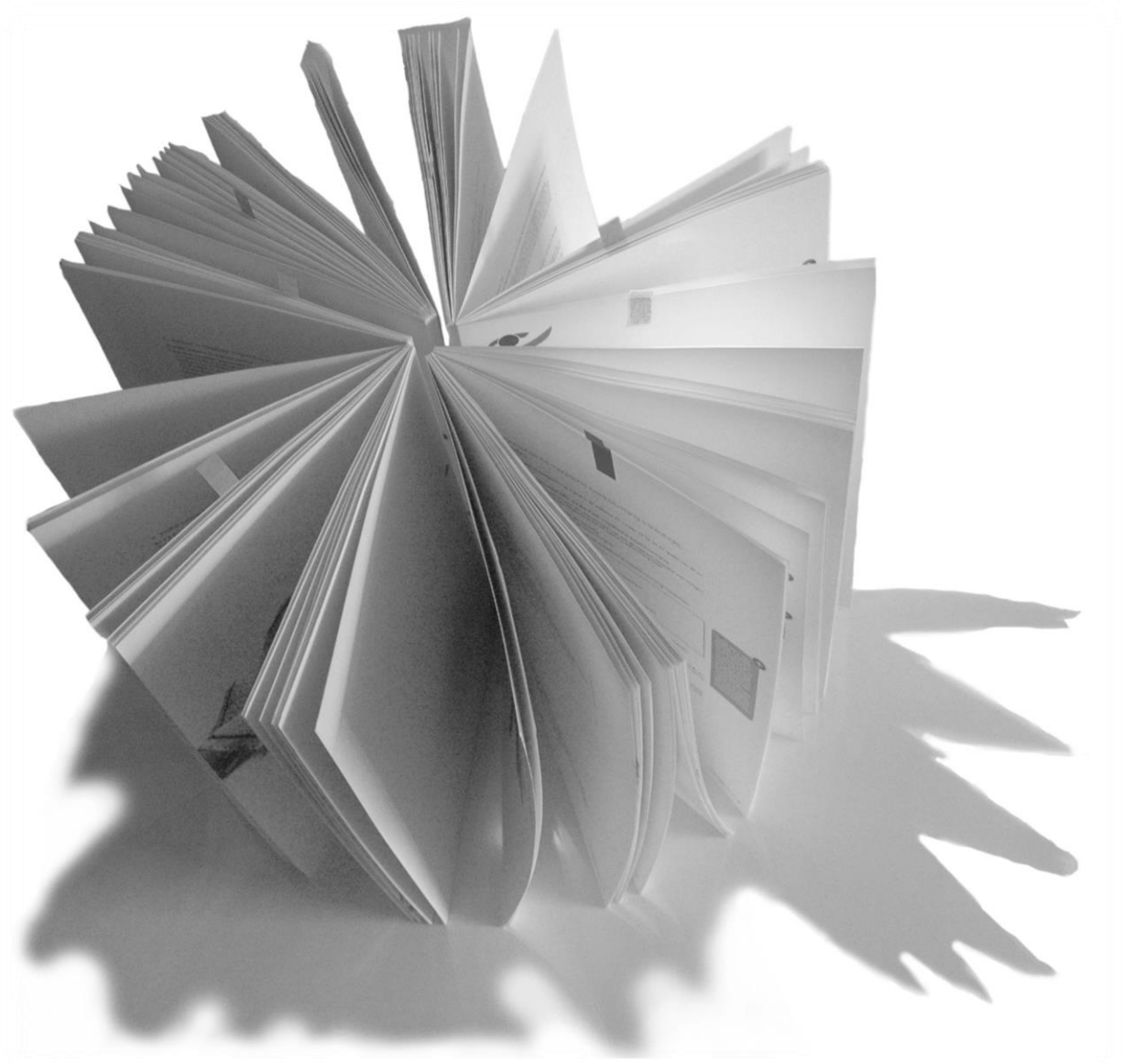


1^{ste} Deel

Evolutie van de wetgeving



3^{de} trimester 2025

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.07.2025	04.07.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 7 van het koninklijk besluit van 12 februari 2009 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit bepaalt dat voor de gerechtigde wiens arbeidsongeschiktheid gedurende de periode vanaf 1 september 2024 tot en met 31 augustus 2029 de duur van vijftien jaar bereikt, de invaliditeitsuitkering niet zal worden verhoogd op 1 september van het betrokken jaar (in afwijking van de normale herwaarderingscoëfficiënt = 2%).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.07.2025	04.07.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit bepaalt dat voor de gerechtigde wiens arbeidsongeschiktheid gedurende de periode vanaf 1 januari 2025 tot en met 31 december 2029 de duur van vijf jaar bereikt, de invaliditeitsuitkering niet zal worden verhoogd op 1 september van het betrokken jaar (in afwijking van de normale herwaarderingscoëfficiënt = 2%).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.09.2025	29.08.2025	Koninklijk besluit tot uitvoering van het artikel 196 ^{ter} van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling van de criteria van berekening en de procedure van de globale financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen van toepassing vanaf het boekjaar 2015

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit geeft uitvoering aan artikel 196^{ter} van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, teneinde de praktische uitvoeringsmodaliteiten voor de globale financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen vast te leggen.

Dankzij dit nieuwe systeem van financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen kan een inhaalbeweging op gang komen zodat het RIZIV de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen voor 2015 tot op heden definitief kan afsluiten, wat tot nu toe niet mogelijk was via de berekening van de individuele normatieve sleutel.

In de komende jaren zal de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen ook onmiddellijk en definitief kunnen worden afgesloten bij de afsluiting van de rekeningen van het betreffende boekjaar. Bij deze versnelde afsluiting in vergelijking met het huidige systeem van individuele financiële verantwoordelijkheid worden de vastgestelde termijnen voor de afsluiting van de rekeningen in acht genomen.

De basisprincipes op het vlak van financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen blijven ongewijzigd. Het totale bedrag hiervan blijft ongewijzigd. Het verschil ligt in de verdeling tussen de verzekeringsinstellingen (verdeelsleutel voor het collectieve resultaat in plaats van een toewijzing van individuele resultaten).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.09.2025 - Editie 2	08.09.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37 <i>bis</i> , § 1, E., van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 37*bis*, § 1, E., 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt het rangnummer "474272" geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.09.2025	18.09.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 6 van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt het eerste lid van artikel 6 van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling, aangevuld als volgt:

"h) de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekking 107251 in het kader van het uitvoeren van een euthanasie, zoals bedoeld in artikel 3, § 1, A., I., van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen."

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.08.2025 - Editie 2	28.07.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, § 3bis, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 25, § 3bis, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt het coëfficiëntgetal dat de betreffende waarde van de verstrekking 590833 aangeeft, vervangen door "4".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.09.2025	29.08.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 1 en 11, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de Nederlandse tekst:
 - => het woord "geneesheer" wordt telkens vervangen door het woord "arts";
 - => het woord "geneesheer-verstrekker" wordt telkens vervangen door het woord "arts-verstrekker";
 - => het woord "geneesheerverstrekker" wordt telkens vervangen door het woord "arts-verstrekker";
 - => het woord "ziekenhuisgeneesheer" wordt vervangen door het woord "ziekenhuisarts";
 - => het woord "geneesheer-stagemeester" wordt vervangen door het woord "arts-stagemeester";
 - => het woord "geneesheer-specialist" wordt telkens vervangen door het woord "arts-specialist";
 - => het woord "geneesheer, specialist" wordt vervangen door het woord "arts-specialist";
 - => de woorden "geneesheer-specialist" worden vervangen door het woord "arts-specialist";
 - => het woord "geneesheren" wordt telkens vervangen door het woord "artsen";
 - => het woord "geneesheren-ziekenfondsen" wordt vervangen door het woord "artsen-ziekenfondsen";
 - => het woord "geneesheren-specialisten" wordt vervangen door het woord "artsen-specialisten".
- in de bepaling onder § 4bis, II, A, c) worden de woorden "(met uitzondering van de verstrekkingen 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 en 350416-350420)" ingevoegd tussen de woorden "artikel 11" en de woorden ", de heelkundige verstrekkingen".

Met het koninklijk besluit worden in artikel 11, § 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- o in de Franse tekst wordt in de omschrijvingen van de verstrekkingen 350372-350383, 350453-350464 en 350475-350486 het woord "consultation" telkens vervangen door het woord "concertation"
- o de 15de toepassingsregel na de verstrekking 350254-350265 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.09.2025	29.08.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, c), II, 1., A., van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
17.11.2025	29.08.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, c), II, 1., A., van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. - Corrigendum

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 14, c), II, 1., A., van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- o na de eerste toepassingsregel volgend op de omschrijving van de verstrekking 251613-251624 wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd: "De verstrekking 251613-251624 dekt de vergoeding voor de arts die de ingreep uitvoert, alsook de eventuele lipostructuur en liposuctie."
- o na de eerste toepassingsregel volgend op de omschrijving van de verstrekking 251635-251646 wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd: "De verstrekking 251635-251646 dekt de vergoeding voor de arts die de ingreep uitvoert, alsook de eventuele lipostructuur en liposuctie."

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.09.2025	08.09.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 31 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- o in II. VERGOEDINGSVOORWAARDEN, wordt het 2e lid onder 2.5. Forfaitaire verzekeringstegemoetkoming voor een deel van gemaakte materiële kosten, vervangen
- o in IV. AANVRAAGDOCUMENTEN, wordt 4.3. COSI-vragenlijst vervangen
- o in V. HERNIEUWINGSTERMIJNEN, wordt 5.2. Uitzonderingen vervangen

- o in VI. MINIMUMKARAKTERISTIEKEN VAN DE VERGOEDBARE HOORTOESTELLEN, wordt vervangen
- o in VIII. AANVRAAGPROCEDURE VOOR DE LIJST VAN AANGENOMEN PRODUCTEN, 5e lid, worden de bepalingen onder 6 en 8 vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.09.2025	08.09.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- o paragraaf 2 wordt vervangen
- o in § 4, 5° worden de woorden "vermeld op het voorschrift" opgeheven
- o in § 8, 3° wordt de zin "- andere huidletsels die volgens de voorschrijvend arts een uitvoerige eenvoudige wondzorg rechtvaardigen." vervangen als volgt: "- andere huidaandoeningen die een behandeling met een specifieke huidzalf of ander geneeskrachtig product vereisen."
- o in § 8bis, 2de lid, wordt het woord "voorschrijvende" vervangen door het woord "behandelend"
- o in § 9, 3de lid, b), wordt het woord "voorschrijver" vervangen door het woord "behandelend arts"
- o in § 12, 4°, 1ste lid, worden de woorden "vermeld op het voorschrift" opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.09.2025 - Editie 2	08.09.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 20 en 25 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 20 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- o in de Nederlandse tekst:
 - => het woord "geneesheer-specialist" wordt telkens vervangen door het woord "arts-specialist";
 - => het woord "geneesheer" wordt telkens vervangen door het woord "arts".
- o in paragraaf 1, d):
 - => wordt in de omschrijving van de verstrekking 474250-474261 het woord "Maagkatheterisatie" vervangen door de woorden "Plaatsen van een maagsonde";
 - => wordt de verstrekking 474272-474283 opgeheven.
- o in paragraaf 2, A., wordt in de bepaling onder 7., een tweede lid toegevoegd, luidend als volgt: "De arts-specialist in de neurologie, houder van de bijzondere beroepstitel in de pediatrie neurologie, kan eveneens de verstrekkingen 474250-474261 en 474294-474305 van rubriek d), kindergeneeskunde, aanrekenen."

Met het koninklijk besluit worden in de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de rangnummers "474272-474283," opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.09.2025	18.09.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 3, § 1, A., l., van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt de verstrekking 107251-107262 ingevoerd waarin wordt voorzien in een honorarium voor de arts die een euthanasie uitvoert.

3. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.07.2025	02.06.2025	Koninklijk besluit tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de tandheeskundigen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers in 2024

Samenvatting van de wijzigingen

De tegemoetkoming voor de premie 2024 bedraagt 800 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.07.2025	02.07.2025	Koninklijk besluit tot vaststelling van de bedragen van de administratiekosten die voor het jaar 2025 aan de verzekeringsinstellingen worden toegekend

Samenvatting van de wijzigingen

De bedragen van de aan de verzekeringsinstellingen toegekende administratiekosten voor het jaar 2025 worden vastgesteld op:

- 1 375 165 000 EUR voor de vijf landsbonden
- 24 396 000 EUR voor de Kas voor geneeskundige verzorging van HR Rail.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.07.2025	18.06.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van de bedragen van het koninklijk besluit van 29 januari 2024 tot vaststelling van de bedragen voor de alternatieve financiering van de bijkomende geldmiddelen toegekend voor de financiering van de geneeskundige verzorging door het stelsel van het globaal beheer van de werknemers en door het stelsel van het globaal beheer van de zelfstandigen voor het jaar 2024

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het jaar 2024 belopen de bedragen voor de alternatieve financiering van de bijkomende geldmiddelen toegekend voor de financiering van de geneeskundige verzorging, 6.674.792 duizend EUR voor het RSZ-globaal beheer en 656.311 duizend EUR voor het Fonds voor het financieel evenwicht in het sociaal statuut van de zelfstandigen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.07.2025	18.06.2025	Koninklijk besluit tot vaststelling van de bedragen voor de alternatieve financiering van de bijkomende geldmiddelen toegekend voor de financiering van de geneeskundige verzorging door het stelsel van het globaal beheer van de werknemers en door het stelsel van het globaal beheer van de zelfstandigen voor het jaar 2025

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het jaar 2025 belopen de bedragen voor de alternatieve financiering van de bijkomende geldmiddelen toegekend voor de financiering van de geneeskundige verzorging, 7.327.884 duizend EUR voor het RSZ-globaal beheer en 723.955 duizend EUR voor het Fonds voor het financieel evenwicht in het sociaal statuut van de zelfstandigen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.07.2025	02.07.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 maart 2010 tot vaststelling van de honoraria voor de aflevering van een vergoedbare farmaceutische specialiteit in een voor het publiek opengestelde apotheek

Samenvatting van de wijzigingen

Specifieke honoraria worden toegekend voor de afbouw van benzodiazepines voor zover de voorwaarden vastgesteld in bijlage I worden voldaan.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.07.2025	04.07.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 1 wordt aangevuld met de bepalingen onder 31° en 32°
- er wordt een artikel 13/1 ingevoegd
- in artikel 14 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in de bepaling onder 7° worden de woorden "in geval het een specialiteit betreft waarvoor geen gezamenlijke klinische evaluatie is geïnitieerd," ingevoegd tussen de woorden "7°" en de woorden "een verantwoording van het voorstel";
 - => het artikel wordt aangevuld met de bepaling onder 8°.
- er wordt een artikel 22/1 ingevoegd
- in artikel 23 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in de bepaling onder 6° worden de woorden "in geval het een specialiteit betreft waarvoor geen gezamenlijke klinische evaluatie is geïnitieerd," ingevoegd tussen de woorden "6°" en de woorden "een verantwoording van het voorstel";
 - => het artikel wordt aangevuld met de bepaling onder 7°.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.07.2025	18.07.2025	Koninklijk besluit houdende goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Commissie belast met het onderhandelen over en het sluiten van de nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

Het huishoudelijk reglement van de Commissie belast met het onderhandelen over en het sluiten van de nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen wordt goedgekeurd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.07.2025	18.07.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 november 2023 tot vaststelling vanaf het kalenderjaar 2023 van de tegemoetkoming voor diverse maatregelen die voorzien zijn met betrekking tot de federale gezondheidssectoren

Samenvatting van de wijzigingen

Het RIZIV verleent een financiële tegemoetkoming voor de maatregelen die zijn opgenomen in de sociale akkoorden die betrekking hebben op de federale gezondheidssectoren. Het betaalt de tegemoetkomingen enerzijds aan het Fonds Sociale Maribel voor gezondheidsinrichtingen en -diensten en anderzijds aan het Fonds Sociale Maribel van de Overheidssector, zoals vastgelegd in het koninklijk besluit van 16 november 2023.

Het koninklijk besluit stelt deze nieuwe bepalingen vast voor het jaar 2025 en vanaf 2026.

De bedragen voor 2025 zijn de geïndexeerde bedragen van 2024 waarop de groeinorm (2,5%) is toegepast voor de loonmaatregelen. Het betreft een aanpassing van de begrotingsrubriek en een actualisering van de bedragen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.07.2025	18.07.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 juni 2017 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers

Samenvatting van de wijzigingen

Onder voorbehoud van de vermelde voorwaarden is het bedrag van de tegemoetkoming voor 2024 identiek aan de vastgestelde bedragen voor 2019.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.08.2025	18.07.2025	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de kinesitherapeuten

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het jaar 2025 wordt het basisbedrag vastgesteld op 125.924,10 EUR per representatieve beroepsorganisatie en het aanvullende bedrag wordt vastgesteld op 37,24 EUR.

Voor het jaar 2026 worden de bedragen aangepast aan de index van de consumptieprijzen die van kracht is op 1 maart van het betrokken jaar.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.08.2025	18.07.2025	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de vroedvrouwen

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het jaar 2025 wordt het basisbedrag vastgesteld op 87.566,61 EUR per representatieve beroepsorganisatie en wordt het aanvullende bedrag vastgesteld volgens de formule vermeld in § 1, 2°.

Voor het jaar 2026 worden de bedragen aangepast aan de index van de consumptieprijzen die van kracht is op 1 maart van het betrokken jaar.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.08.2025	18.07.2025	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de apothekers

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het jaar 2025 wordt het basisbedrag vastgesteld op 119.196,27 EUR per representatieve beroepsorganisatie en wordt het aanvullende bedrag vastgesteld volgens de formule vermeld in § 1, 2°.

Voor het jaar 2026 worden de bedragen aangepast aan de index van de consumptieprijzen die van kracht is op 1 maart van het betrokken jaar.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.08.2025	18.07.2025	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de orthopedisch technologen

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het jaar 2025 wordt het basisbedrag vastgesteld op 220.958,94 EUR per representatieve beroepsorganisatie en wordt het aanvullende bedrag vastgesteld volgens de formule vermeld in § 1, 2°.

Voor 2026 worden de bedragen aangepast aan de index van de consumptieprijzen die op 1 maart van het betrokken jaar van toepassing is.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.08.2025	18.07.2025	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de logopedisten

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het jaar 2025 wordt het basisbedrag vastgesteld op 131.349,91 EUR per representatieve beroepsorganisatie en wordt het aanvullende bedrag vastgesteld volgens de formule vermeld in § 1, 2°.

Voor 2026 worden de bedragen bedoeld in § 2 aangepast aan de index van de consumptieprijzen die van kracht is op 1 maart van het betrokken jaar.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.09.2025	08.09.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 februari 2007 tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de artsen

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het jaar 2025 wordt het basisbedrag vastgesteld op 146.816,26 EUR en het aanvullende bedrag vastgesteld op 56,30 EUR per geldige uitgebrachte stem.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.09.2025	29.08.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 35 van 20 juli 1967 houdende het statuut en het barema van de adviserend geneesheren die tot taak hebben bij de verzekeringsinstellingen in te staan voor de geneeskundige controle op de primaire arbeidsongeschiktheid en op de gezondheidsverstrekkingen overeenkomstig de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Het doel van het koninklijk besluit is om bepaalde aanpassingen door te voeren die een groter aantal artsen in staat moeten stellen om de functie van adviserend arts uit te oefenen en de functie aantrekkelijker te maken.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.09.2025	08.09.2025	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de Algemene unie der verpleegkundigen van België

Samenvatting van de wijzigingen

Een jaarlijkse financiële tegemoetkoming van 482.000 EUR wordt voor een periode van twee jaar toegekend aan de Algemene unie der verpleegkundigen van België.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.09.2025 - Editie 2	21.09.2025	Koninklijk besluit betreffende de overeenkomst tussen het Verzekeringscomité en het ziekenhuis in het kader van de Zorgcentra na Seksueel Geweld

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit wordt bepaald hoe een ziekenhuis zich kandidaat kan stellen om een ZSG op te richten en worden de voorwaarden en verplichtingen vastgelegd van de overeenkomst die zal worden gesloten met het Verzekeringscomité.

De overeenkomst heeft tot doel om voor slachtoffers van seksueel geweld de volledige kosten te dekken van de gezondheidszorg die op een ZSG-afdeling van het ziekenhuis op ambulante wijze aan hen wordt verstrekt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.09.2025	18.09.2025	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 10 van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt artikel 10 van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, aangevuld met een lid, luidende:

"Voor de verstrekking 107251-107262, bedoeld in artikel 3, § 1, A., I., van de bijlage bij voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984, is geen enkele rechthebbende een persoonlijk aandeel verschuldigd."

4. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.07.2025	02.07.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 5 van het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden middelen ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.07.2025	04.07.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 2, van de lijst die als bijlage is gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden benamingen vervangen
- in § 10000 in Deel I, Titel 2, Hoofdstuk I van de lijst die als bijlage is gevoegd worden bepalingen ingevoegd
- in § 30100 in Deel I, Titel 2, Hoofdstuk I van de lijst die als bijlage is gevoegd bij hetzelfde besluit worden de volgende bepalingen ingevoegd, worden de volgende wijzigingen aangebracht
- in het Deel I, Titel 3 van de lijst die als bijlage is gevoegd bij hetzelfde besluit, worden de woorden "FSA" telkens vervangen door de woorden "Magis Pharma".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.08.2025	11.08.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 5, tabel met als opschrift "Sondes met geïntegreerd glijmiddel" van de lijst die als bijlage is gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals tot op heden gewijzigd, worden sondes ingevoegd
- in het deel I, titel 1, hoofdstuk III, afdeling 2 van de lijst die als bijlage is gevoegd bij hetzelfde besluit, worden producten geschrapt
- in het Deel I, Titel 2, Hoofdstuk I, § 10000, van de lijst die als bijlage is gevoegd bij hetzelfde besluit, wordt een bepaling ingevoegd
- in het Deel I, Titel 2, Hoofdstuk I, § 130000, van de lijst die als bijlage is gevoegd bij hetzelfde besluit, wordt een bepaling ingevoegd
- in het Deel I, Titel 2, Hoofdstuk I, § 30100, van de lijst die als bijlage is gevoegd bij hetzelfde besluit, wordt een bepaling ingevoegd
- in het Deel I, Titel 2, Hoofdstuk I, wordt § 30100, van de lijst die als bijlage is gevoegd bij hetzelfde besluit, vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.09.2025	29.08.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit wordt een nieuwe afdeling ingevoegd in deel I, titel 1, hoofdstuk II, van de lijst die als bijlage is gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.09.2025	04.09.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in deel II, titel 2, hoofdstuk III, van de lijst gevoegd als bijlage bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de paragrafen 1 en 2 geschrapt
- in Deel III, Titel 3 van de lijst gevoegd bij hetzelfde besluit wordt het formulier C51) Kennisgeving voor een tegemoetkoming voor dieetvoeding (voeding), geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.07.2025	14.05.2025	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht:

- in bijlage I
- in hoofdstuk IV van de bijlage I wordt de paragraaf 9560000 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.07.2025	15.05.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit wordt in hoofdstuk VIII van de bijlage I van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten een specialiteit ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.07.2025	14.07.2025	7 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht:

- in bijlage I
- in de bijlage I wordt de inschrijving van specialiteiten vervangen
- in bijlage II worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => het punt XXIII.30. wordt toegevoegd, luidende: "De anti-TNF geneesmiddelen bestemd voor de behandeling van een ernstige hemato-oncologische aandoening of een ernstige immuunziekte. : B-389";
 - => het punt VII.4.5. wordt toegevoegd, luidende: "Avermectines. : B-390".
- in hoofdstuk I van de bijlage I worden enkele specialiteiten geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.08.2025 - Editie 1	12.08.2025	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht:

- in bijlage I
- in de punten A.2. en D.2. van bijlage V worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => 7,42 wordt vervangen door 7,18;
 - => 4,452 wordt vervangen door 4,308;
 - => 2,45 wordt vervangen door 2,37.
- in bijlage II worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => het punt VII.1.35 wordt toegevoegd, luidende: "Clofazimine voor de behandeling van een infectie met een niet-tuberculeuze mycobacterie: B-391";
 - => het punt VII.1.36 wordt toegevoegd, luidende: "Combinatie van een carbapenem met een dehydropeptidaseremmer voor de behandeling van een infectie met een niet-tuberculeuze mycobacterie: B-392.";
 - => het punt VII.9.1 wordt als volgt gewijzigd en geformuleerd: "Vaccins, alleen of onderling geassocieerd, tegen kinkhoest, difterie, tyfuskoorts, Haemophilus influenzae type b, hepatitis B, bof, pneumokokken, rabies, mazelen, rubeola, tetanus, waterpokken en influenza vaccins. : B-201.".
- in bijlage IV worden de opgestelde ATC-codes toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.08.2025	26.08.2025	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.09.2025	01.09.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht:

- in bijlage I
- in bijlage II worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => het punt II.23 wordt toegevoegd, luidende: "Anti-TNF- en interleukineremmers voor de behandeling van inflammatoire darmziekten. : Fb-18.";
 - => het punt VII.9.6 wordt toegevoegd, luidende: "Vaccins tegen het respiratoir syncytieel virus (RSV). : B-393."
 - => het punt XVI.15. wordt toegevoegd, luidende: "Topische geneesmiddelen voor de behandeling van vitiligo.: Fb-17".
- in bijlage IV worden de ATC-codes toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.09.2025	15.09.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.09.2025	24.09.2025	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
08.10.2025 – Editie 2	24.09.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten. - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht:

- in bijlage I
- in bijlage II worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => het punt I.15.5 wordt toegevoegd, luidende: “Farmacologische behandeling van volwassen cardiomyopathiepatiënten met wild type of erfelijke transthyretineamyloïdose (ATTR-CM): Fa-30.”.
- in bijlage IV worden de ATC-codes toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.09.2025	25.09.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
08.10.2025 - Editie 2	25.09.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten. - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.07.2025	16.07.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.08.2025	12.08.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.09.2025	01.09.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- het punt "1. Algemene bepalingen" wordt aangevuld met het punt 1.5
- in het hoofdstuk "C. Oto-rhino-laryngologie", in de vergoedingsvoorwaarde C-§ 08, wordt het punt "5.1. Cumul- en non-cumulregels" vervangen
- in het hoofdstuk "D. Urologie en nefrologie", in de vergoedingsvoorwaarde D-§ 07, wordt het punt "5.1. Cumul- en non-cumulregels" vervangen
- in het hoofdstuk "E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel", in de vergoedingsvoorwaarde E-§ 08, wordt het punt "5.1. Cumul- en non-cumulregels" vervangen
- in het hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie", in de vergoedingsvoorwaarde F-§ 18, wordt het punt "5.1. Cumul- en non-cumulregels" vervangen
- in het hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde", in de vergoedingsvoorwaarde G-§ 08, wordt het punt "5.1. Cumul- en non-cumulregels" vervangen
- in het hoofdstuk "H. Gynaecologie", in de vergoedingsvoorwaarde H-§ 03, wordt het punt "5.1. Cumul- en non-cumulregels" vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.09.2025	03.09.2025	Ministerieel besluit tot wijziging van het hoofdstuk "H. Gynaecologie" van de lijst die als bijlage 1 gaat bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- het punt "H.2 Baarmoeder" wordt met de verstrekking 186491-186502 en zijn vergoedingsmodaliteiten aangevuld
- de vergoedingsvoorwaarde H- § 07 die gaat bij de voornoemde verstrekking, wordt ingevoegd.

5. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.07.2025	23.06.2025	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Bijlage 5b wordt vervangen.

6. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

08.07.2025

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Interpretatieregel 1 wordt met ingang vanaf 1 juli 2025 geschrapt.

Belgisch Staatsblad

24.07.2025

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 37 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

INTERPRETATIEREGEL 01

Vraag

Dient de fysieke raadpleging, die moet hebben plaatsgevonden in het lopende kalenderjaar of in ten minste een van de twee kalenderjaren voorafgaand aan de raadpleging op afstand, en die geldt als voorwaarde voor het aantonen van een bestaande behandelrelatie, daadwerkelijk aangerekend of gefactureerd te zijn aan het ziekenfonds?

Antwoord

Het antwoord is affirmatief: de raadpleging moet daadwerkelijk worden aangerekend of gefactureerd aan het ziekenfonds.

Deze beslissing heeft uitwerking met ingang van 1 augustus 2022.

Belgisch Staatsblad

24.09.2025

Interpretatieregel betreffende de verstrekkingen van artikel 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Interpretatieregel nr. 2: Verduidelijking betreffende de mogelijkheid tot het attesteren van een verstrekking als zijnde verleend door een zorgkundige

Vraag

De verstrekking 'Vorbereitung en toediening van medicatie bij chronische psychiatrische patiënten' (nomenclatuurnummers 425736, 425751 en 425073) worden geattesteerd als zijnde verleend door een zorgkundige en worden terugbetaald vanuit de ziekteverzekering indien elk onderdeel van de verstrekking werd uitgevoerd door een daartoe bevoegde zorgverlener?

Antwoord

De verstrekking 'Vorbereitung en toediening van medicatie bij chronische psychiatrische patiënten' (nomenclatuurnummers 425736, 425751 en 425073) omvat verschillende handelingen welke sommige (vorbereitung) niet tot de bevoegdheid van een zorgkundige behoren en andere (toediening) wel. Indien uit het verpleegkundig dossier blijkt dat elk onderdeel van de verstrekking werd verleend door bevoegde zorgverleners dan kan die verstrekking worden terugbetaald vanuit de ziekteverzekering, ook indien die verstrekking wordt geattesteerd als zijnde verleend door een zorgkundige.

In die context is een systematische weigering van terugbetaling van die verstrekking indien geattesteerd als zijnde verleend door een zorgkundige onterecht.

Bovenvermelde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 28 maart 2019.

Belgisch Staatsblad

26.09.2025 - Editie 2

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 3 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

INTERPRETATIEREGEL 01

Vraag

Mag de verstrekking 474250-474261 door een arts worden aangerekend voor het voeden van een vroeggeboren kind bij middel van een sonde?

Antwoord

Nee, het toedienen van voeding, vocht of medicatie via sonde mag niet door de verstrekking 474250-474261 worden aangerekend. Het is een verpleegkundige akte.

Het plaatsen van een maagsonde bij een kind jonger dan 7 jaar is daarentegen wel een technische verstrekking uitgevoerd door een arts.

Belgisch Staatsblad

26.09.2025 - Editie 2

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 20, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

INTERPRETATIEREGEL 05

Vraag

Mag de verstrekking 474250-474261 door een arts worden aangerekend voor het voeden van een vroeggeboren kind bij middel van een sonde?

Antwoord

Nee, het toedienen van voeding, vocht of medicatie via sonde mag niet door de verstrekking 474250-474261 worden aangerekend. Het is een verpleegkundige akte.

Het plaatsen van een maagsonde bij een kind jonger dan 7 jaar is daarentegen wel een technische verstrekking uitgevoerd door een arts.

Deze beslissing heeft uitwerking met ingang van 13 maart 2002.

7. Adviezen en protocol

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.07.2025	27.06.2025	Nationale overeenkomst TO/2025 tussen de orthopedisch technologen en de verzekeringsinstellingen. - Ministerraad van 27 juni 2025. - Notificatie punt 20

Samenvatting van de wijzigingen

Met de nieuwe nationale overeenkomst tussen de orthopedisch technologen en de verzekeringsinstellingen wordt gevolg gegeven aan de nieuwe nomenclatuur die werd gepubliceerd. Deze nationale overeenkomst is opgesteld op basis van de huidige teksten van de nationale overeenkomsten bandagisten-VI en orthopedisten-VI, waarvan sommige bepalingen zijn bijgewerkt:

- artikel 1 definieert het doel van de overeenkomst
- artikel 2 verwijst naar de nieuwe nomenclatuurartikelen 27/1, 28/1 en 29/1
- artikel 3 definieert de toetredingsvoorwaarden voor orthopedisch technologen. Er is een specifieke paragraaf voor apothekers en ziekenhuisapothekers toegevoegd (kleine bandagisterie)
- artikel 4 stelt de waarde van de nieuwe sleutelletter O vast op 1,033400 EUR op 1 juli 2025. Het standaard indexeringsmechanisme op basis van de evolutie van de gezondheidsindex is van toepassing
- in artikel 5 worden de verbintenissen van de geconventioneerde verstrekkers gedefinieerd
- artikel 6 omschrijft de verbintenissen van de verzekeringsinstellingen
- artikel 7 gaat specifiek over maatwerkverstrekkingen
- artikel 8 heeft betrekking op de verplaatsingskosten die boven 25 km aan de rechthebbenden mogen worden aangerekend
- artikel 9 gaat over de begrotingsdoelstelling van de sector en de corrigerende maatregelen die moeten worden genomen als deze wordt overschreden
- artikel 10 gaat over de bevoegdheid van de Overeenkomstencommissie met betrekking tot geschillen en interpretaties van de overeenkomst en/of de nomenclatuur
- artikel 11 gaat over de mogelijkheid om werkgroepen op te richten
- artikel 12 bepaalt de datum van inwerkingtreding en de geldigheidsduur van de overeenkomst.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.07.2025	21.03.2025	Zevende Wijzigingsclausule bij de Overeenkomst van 1 januari 2022 tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen.

Samenvatting van de wijzigingen

De wijzigingsclausule omvat vier aanpassingen:

- de bestending van het afbouwprogramma benzodiazepines en aanverwante producten

Het doel van deze wijziging is om het structureel kader te bepalen voor de terugbetaling van de verstrekking "Afbouw benzodiazepines". Met deze verstrekking kan de patiënt zijn/haar dagelijkse dosis benzodiazepine of van een aanverwant product geleidelijk verminderen. Het ontwerp van koninklijk besluit regelt de toekenning van een honorarium voor deze verstrekking. Beide teksten treden op 1 januari 2025 in werking.

- de aanpassing van de doelgroep van de huisapotheker (verandering van de naam van het voortraject diabetes)

Het “Opstarttraject” voor patiënten met diabetes type 2 vervangt sinds 1 januari 2024 het “Voortraject”.

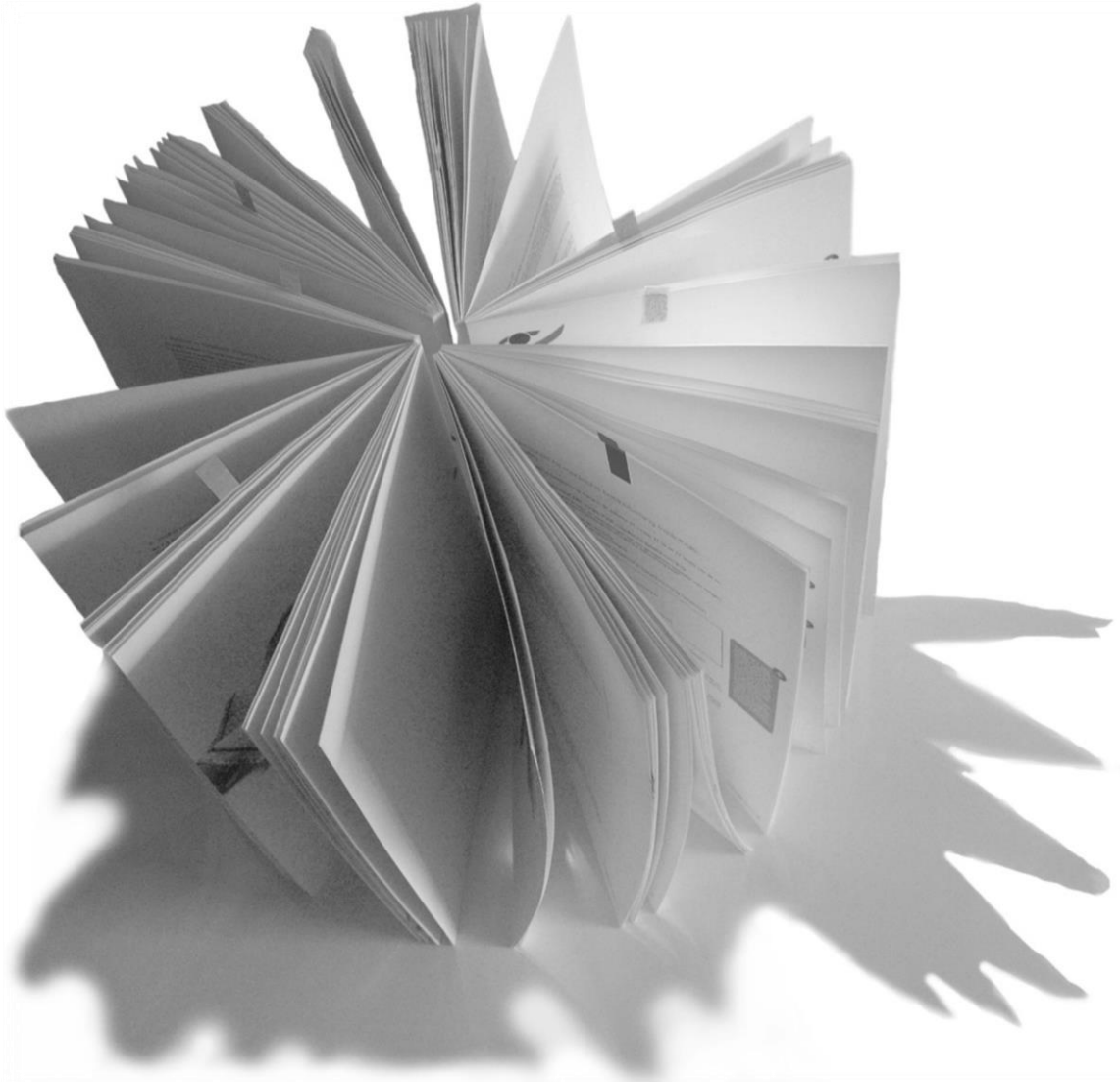
- de aanpassing van de keuze van de geneesmiddelen voor GGG astma

Goed Gebruik van Geneesmiddelen (GGG) is een gepersonaliseerde begeleiding of opvolging door de huisapotheker in overleg met de patiënt en de behandelende arts. Sinds de implementatie van het astma-GGG zijn er nieuwe specialiteiten op de markt gekomen die inhalatiecorticosteroiden bevatten. Deze worden in een nieuwe ATC-klasse van geneesmiddelen ondergebracht.

- de vermelding van een termijn tussen het informatiegesprek en het opvolgingsgesprek voor het GGG COPD

In tegenstelling tot het GGG Astma vermeldt het GGG COPD namelijk geen termijn.

2de Deel Rechtspraak



I. Cour d'appel de Mons, 10 avril 2025

FMO – Niet vergoedbaar – Geen gevolg van zorgverstrekking

Le juge d'appel suit la décision du juge de première instance et confirme que la demande du patient est non fondée faute de preuves. Il n'est pas démontré qu'un lien existe entre le dommage allégué et la prestation de soins. Il n'y a pas non plus lieu de donner suite à la demande d'expertise. Il n'est donc pas question de dommage indemnisable, le recours est déclaré non fondé.

R.G. : 2024/R.G./54

... c./FAM

...

I. Faits pertinents – Antécédents

1. Le litige qui oppose les parties a pour objet l'indemnisation des dommages dont se plaint ... et qui résulteraient de soins de santé qu'elle a reçus.

Les faits pertinents peuvent être résumés comme suit :

- ... expose avoir fait l'objet de diverses prestations de soins de santé entre 2011 et 2021, dont notamment :
 - une intervention chirurgicale en 2011 (retrait d'une pierre au rein droit)
 - des séances de lithotritie à l'hôpital ..., puis à l'hôpital de ...
 - une intervention chirurgicale en 2019 (retrait de pierres à la vésicule)
- elle affirme avoir "attrapé plusieurs staphylocoques ainsi que d'autres bactéries lors de ses séjours à l'hôpital"
- elle affirme également que "lorsqu'elle se présentait à l'hôpital et qu'un traitement lui était administré, il n'était jamais tenu compte des différentes bactéries dont elle était affectée", que "chaque pathologie a été traitée séparément (infection urinaire, gastro entérite, diarrhée chronique, douleurs,...)", qu'à "aucun moment, il n'a été tenu compte du caractère résistant des germes dont elle était affectée et qui auraient nécessité une prise en charge globale" et qu'en conséquence, elle est désormais "sujette à de multiples infections et que les bactéries résistent aux antibiotiques qui lui sont administrés"
- le 25 janvier 2021, elle adressa au Fonds des accidents médicaux (ci-après : le FAM) une demande d'avis sur la responsabilité éventuelle d'un prestataire de soins dans le dommage subi, ainsi que sur la gravité de celui-ci (art. 12 de la loi du 31.03.2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé)
- dans un avis du 22 décembre 2021, le FAM considéra que "le dommage allégué n'a pas de lien établi avec une prestation de soins de santé" de sorte que "le Fonds n'est pas compétent pour procéder à une éventuelle indemnisation".

2. Par une lettre recommandée remise à la poste le 21 mars 2022, et parvenue au greffe du tribunal le lendemain, ... assigna le FAM à comparaître devant le tribunal de première instance du Hainaut, division de Mons.

La demande, telle que libellée au dispositif de ses dernières conclusions de première instance, avait pour objet de :

"Dire la demande de la concluant recevable et fondé ;

Partant y faisant droit,

Condamner la défenderesse à payer à la concluante le montant provisionnel forfaitaire de 5.000 EUR ;

À titre subsidiaire et avant dire droit, désigner un médecin expert et lui confier la mission :

- identifier les prestations de soins de santé qui ont causé un dommage à la concluante
- déterminer si le dommage de la concluante présente une certaine gravité au sens de la Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation de dommages résultant de soins de santé.

En tout état de cause désigner un médecin expert aux fins de déterminer le préjudice de la concluante :

- respectant les règles du Code judiciaire, après avoir pris connaissance des dossiers des parties, s'entourant de tous renseignements utiles et recourant à tous avis, consultations, examens médicaux, spécialisés nécessaires
- examiner la concluante
- décrire les blessures encourues, les lésions causées et les traitements qu'elle a endurés
- déterminer le taux et la durée des incapacités temporaires, appréciés en fonction de son emploi habituel et de sa capacité économique générale
- dire si les blessures sont consolidées, dans l'affirmative fixer la date de consolidation
- déterminer s'il subsiste une incapacité permanente et déterminer le taux des incapacités permanentes économique, personnelle et ménagère
- donner son avis sur l'intensité et la durée des souffrances subies et à subir par la concluante en vue de la détermination par le Tribunal d'un dommage moral éventuel
- donner son avis sur l'éventuel préjudice esthétique de la concluante et, plus généralement, sur tout dommage généralement quelconque (préjudice d'agrément, etc.)
- répondre aux faits directoires des parties, de leur conseil ou éventuel conseiller médical
- adresser ses préliminaires contenant avis provisoire aux parties, à leur conseil et éventuel conseiller médical puis formuler ses observations, constatations et conclusions dans un rapport motivé détaillé qu'il affirmera sous serment conformément à l'article 979 du Code judiciaire et qu'il déposera au greffe de céans dans les trois mois du jour où la mission lui aura été notifiée.

Réserver à statuer sur le surplus ;"

3. Par son jugement du 7 novembre 2023, le tribunal statua comme suit :

"Reçoit la demande de Madame

La dit non fondée et l'en déboute.

Délaisse à Madame ... ses propres frais et dépens et la condamne à payer au FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX , service spécial de l'INAMI, une indemnité de procédure de 975,00 EUR.

Condamne Madame ... à payer l'État belge (SPF FINANCES) la somme de 165.00 EUR à titre de droits de greffe en application de l'article 269, § 1^{er}, alinéa 2, 1°, du Code des droits d'enregistrement, d'hypothèque et de greffe".

4. ... releva appel de ce jugement, non signifié, au moyen d'une requête parvenue au greffe de la cour le 20 décembre 2023.

...

IV. Fondement de l'appel

8. Suivant l'article 4 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, "le Fonds indemnise la victime ou ses ayants droit conformément au droit commun :

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

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

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

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

9. ... ne précise pas sur quel alinéa de la disposition précitée elle fonde son action.

Elle fait certes état d'une "prestation de soins inadaptée" et de "soins mal conduits", mais sans désigner de prestataire, ni préciser la date de la prestation incriminée.

Elle ne produit aucun rapport émanant d'un homme de l'art, ni aucune autre pièce probante, de nature à rendre vraisemblable la responsabilité d'un quelconque prestataire de soins déterminé.

En tant qu'elle est basée sur les numéros 2°, 3° ou 4° de la disposition précitée, l'action est par conséquent manifestement non fondée.

- 10.... écrit toutefois qu'il "appartient au FAM de prendre en compte les situations où un dommage résulte d'un accident médical sans responsabilité, définie à l'article 2, 7° de la loi".

Il convient par conséquent d'examiner si l'action pourrait être fondée sur l'article 4, 1° de la loi précitée du 31 mars 2010.

A. L'existence d'un accident médical sans responsabilité

- 11.L'"accident médical sans responsabilité" est défini par l'article 2, 7° de la loi du 31 mars 2010 comme "un accident lié à une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient, et qui entraîne pour le patient un dommage anormal".

12. Il a déjà été souligné que ... n'identifiait aucune prestation de soins de santé précise, à l'origine de l'accident dont elle se déclare victime.

Sous le titre "la démonstration d'un dommage résultant d'une prestation de soins de santé" (conclusions additionnelles de synthèse, p. 7), elle se plaint de "l'absence de coordination entre les différents intervenants médicaux", ainsi que de l'absence de "proposition d'administration [d'un traitement] par intraveineuse", ou encore "du fait que parfois les antibiotiques étaient mal adaptés ou prescrits sans qu'aucun antibiogramme ne soit effectué".

Elle écrit également que "les complications actuelles sont apparues immédiatement après l'administration d'un traitement antibiotique inapproprié et l'absence de coordination entre les prestataires de soins" (p. 8).

Il n'est toutefois pas possible de relier ces affirmations, vagues et imprécises, à une ou plusieurs prestations de soins de santé déterminées.

13. Il incombe également à ... d'établir que le dommage qu'elle invoque ne résulte pas de son état de santé.

À cet égard, elle soutient qu'elle a développé une résistance bactérienne due à une mauvaise utilisation des antibiotiques, conséquence directe des prestations de soins reçues.

Elle n'identifie toutefois pas les prestations de soins de santé qui auraient causé cette résistance bactérienne.

Elle ne produit aucun rapport médical, ni aucune autre pièce probante, rendant vraisemblable le fait que la résistance bactérienne qu'elle invoque serait la conséquence d'une ou plusieurs prestations de soins de santé, plutôt que la résultante de son état de santé.

14. Enfin, à supposer que le dommage dont elle se prévaut soit la conséquence d'une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins et qui ne résulte pas de son état, ... devrait encore établir le caractère anormal de ce dommage.

Au sens de la disposition précitée, le dommage est anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible, étant précisé que l'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic ne constituent pas un accident médical sans responsabilité.

... affirme que "la résistance bactérienne et les infections urinaires récurrentes constituent des conséquences inhabituelles et imprévisibles d'une prestation de soins conforme à l'état actuel de la science".

Elle ne produit toutefois aucune pièce à l'appui de cette affirmation.

Or, le FAM fait valoir, à juste titre, que :

"il n'est pas établi qu'il existait une technique de traitement alternative plus pointue qui aurait permis d'éviter tant la survenance des infections urinaires répétées que leur résistance aux antibiotiques subséquentement développée.

Madame ... n'avance d'ailleurs à cet effet, aucun argument permettant d'apprécier, au regard de l'état actuel de la science, le caractère anormal du dommage qu'elle allègue".

B. La gravité du dommage subi

15. À titre surabondant, il convient de rappeler que pour pouvoir bénéficier de l'intervention du FAM, le dommage causé par un accident médical sans responsabilité, doit répondre à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5 de la loi du 31 mars 2010, qui dispose que :

"Le dommage est suffisamment grave lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

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

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

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

4° le patient est décédé".

... ne précise pas sur quel alinéa elle se fonde pour établir la gravité de son dommage.

Elle ne démontre pas subir une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %, ni une incapacité temporaire de travail répondant aux conditions de l'article 5, 2° de la loi du 31 mars 2010.

Elle écrit seulement que "le dommage est grave au sens de l'article 5 de la loi, dans la mesure où il a entraîné :

- des troubles graves dans les conditions d'existence de Madame ..., notamment une perte significative de qualité de vie
- des dépenses importantes liées à la prise en charge médicale consécutive".

Elle n'établit toutefois pas que les infections urinaires auxquelles elle est sujette, ni la résistance bactérienne dont elle se prévaut, occasionnent des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence.

Aucune pièce justificative n'est produite à cet égard.

16. En conclusion, c'est à bon droit que tant le FAM que le jugement entrepris ont considéré que ... restait en défaut d'établir que les conditions énoncées par les articles 2, 7°, 4, 1° et 5 de la loi du 31 mars 2010 étaient rencontrées dans son chef.

L'appel formé par ... doit par conséquent être déclaré non fondé et le jugement entrepris confirmé.

Il n'y a pas davantage lieu de faire droit à la demande d'expertise, formulée à titre subsidiaire, en l'absence d'indice sérieux de nature à rendre vraisemblable la réunion des conditions d'indemnisation rappelées ci-avant.

17. Par application des articles 1017 et suivants du Code judiciaire, il convient de condamner... aux frais et dépens de l'appel, liquidés au profit du FAM à la somme de 1.883,72 EUR (indemnité de procédure d'appel de base pour une demande non évaluable en argent).

PAR CES MOTIFS ;

La cour, statuant contradictoirement, dans les limites de sa saisine ;

Vu l'article 24 de la loi du 15 juin 1935, relative à l'emploi des langues en matière judiciaire ;

Déclare l'appel recevable, mais non fondé.

En conséquence :

Confirme le jugement entrepris.

...

II. Nederlandstalige rechtbank van eerste aanleg van Brussel, 9 oktober 2025

FMO – Niet vergoedbaar – Voorzienbare complicatie – Onder de ernstdrempel

De rechter in eerste aanleg volgt het standpunt van het FMO. De aanvrager is het niet eens met het advies van het FMO, dat concludeert dat er geen sprake is van een aansprakelijkheid van de zorgverlener, noch van een abnormale schade en aldus een MOZA. De rechter benadrukt het belang van de bewijslast en de correcte toepassing van de dubbele toets. Volgens de rechtbank was de schade niet te vermijden en kan de onvoorzienbaarheid ervan niet worden beperkt tot de appreciatie van een bepaald risicopercentage; het betreft hier een voorzienbare complicatie. Bovendien worden er geen concrete elementen aangebracht die aantonen dat de schade disproportioneel is ten aanzien van de opgetreden complicatie. De vorderingen van de aanvrager worden daarom integraal ongegrond verklaard.

R.N. 2024/243/A

... t./RIZIV en ...

...

II. FEITEN EN SITUERING GESCHIL

2.1.

Het geschil heeft betrekking op een medisch schadegeval bij eisende partij, ..., in de nasleep van een heelkundige ingreep.

Tweede verwerende partij, dr. ... heeft de ingreep uitgevoerd en nadien nog geneeskundige zorgen verstrekt, doch betwist elke aansprakelijkheid en weigert diengevolgens over te gaan tot vergoeding van de schade.

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

Met haar vordering in deze procedure beoogt ... de verwerende partijen alsnog te doen veroordelen tot betaling van een schadevergoeding.

De feiten kunnen worden samengevat als volgt.

2.2.

Op ..., na wekenlange klachten van een onstabiel gevoel, ging ... op dat ogenblik 29 jaar oud, op consultatie bij dr. ..., arts-specialist in de neurologie bij het ... te Medische beeldvorming toonde een Arnold-Chiari malformatie type 1, door het FMO omschreven als een aandoening die meestal tijdens de zwangerschap ontstaat, waarbij de schedel van het kind niet genoeg plaats heeft voor de hersenen en een deel van de kleine hersenen uit de schedel is gezakt in de richting van de nek.

Op ... werd ... gezien door dr. ..., arts-specialist in de neurochirurgie bij het ... te ... die een heelkundige decompressie voorstelde, door het FMO omschreven als een behandeling waarbij bot of weke delen worden verwijderd om de spinale zenuwen te ontlasten.

Op ... onderging ... de heelkundige ingreep benoemd als een decompressie ter hoogte van de craniocervicale overgang met partiële cerebellaire tonsillectomie en een plastie van het foramen magnum, uitgevoerd door dr.

Op ... werd ... uit het ziekenhuis ontslagen.

Wegens wondproblemen en een subcutane zwelling ter hoogte van de nek, consulteerde ... haar huisarts meerdere malen vanaf ... en vervolgens dr. ... vanaf

In conclusies hekelt ... het gegeven dat dr. ... van deze afspraken geen verslagen bijhield.

Op ... werd een controle MRI uitgevoerd, die vochtcollectie ter hoogte van de operatieregio aantoonde, alsook een slank supratentorieel ventrikelsysteem, door het FMO omschreven als onderling verbonden holtes in de hersenen, en een normaal vierde ventrikel.

Op ... werd vervolgens door (o.m.) dr. ... een ventriculoperitoneale (VP) shunt geplaatst, die vloeistof afvoert van de hersenventrikels naar de buik.

In conclusies benadrukt ... dat zij op ... haar huisarts consulteerde wegens nek- en hoofdpijn, dat zij op ... door dr. ... werd gezien, en dat zij vanaf ... een verdoofd gevoel ervoer in haar zitvlak en billen. In conclusies betwist ... evenwel dat hij ... op ... heeft gezien.

Op ... werd ... door haar huisarts naar de spoeddienst verwezen omwille van een heroptreden van de wondproblematiek. Er werd lokale zorg toegebracht en antibiotica toegediend.

In conclusies benadrukt ... dat zij op ... opnieuw door haar huisarts naar de spoeddienst werd verwezen wegens de klachten van het verdoofd gevoel in haar zitvlak en billen, dat zij op ... door dr. ... werd gezien, en dat deze laatste de betreffende klachten toeschreef aan constipatie of hyperventilatie en haar doorverwees naar abdominale heekunde.

Op ... werd ... opnieuw gezien door neuroloog dr. ... omwille van de gevoelsstoornissen ter hoogte van de onderste ledematen, waarop een nieuwe MRI-scan werd ingepland, ter uitsluiting van een syrinx, door het FMO omschreven als een holte, meestal gevuld met vocht, in het ruggenmerg.

Op ... werd ... opnieuw opgenomen in de spoeddienst wegens de wondproblematiek. Een nieuwe MRI wees op vochtdensiteit *anterior* van het merg en de ontwikkeling van een syrinx, door dr. ... omschreven als een kleine buisvormige holte te vergelijken met een cyste in het ruggenmerg, gevuld met vocht, waardoor druk op het ruggenmerg ontstaat en die een verklaring vormt voor het neurologisch verloop vanaf

Op ... gebeurde een drainage van een abces epiduraal.

Op ... werd ... overgebracht naar het ... te ..., dienst neurochirurgie.

In conclusies benadrukt ... dat het aanvragen van advies bij het ... geschiedde na heftig aandringen van haar moeder.

In de eerste dagen na overbrenging naar ... werd nazicht uitgevoerd van de geïmplanteerde VP-derivatie en voor het overige een afwachtende houding aangenomen.

Op ... werd ... overgebracht naar de revalidatiedienst met aanhoudende neurologische klachten en neuropathische pijnen, waarna zij op ... het ziekenhuis heeft verlaten.

Van ... tot en met ... werd ... opnieuw aangenomen in ..., dienst neurochirurgie, omwille van recidiverende klachten. Een aanpassing van de shunt-klep werd doorgevoerd.

Vervolgens revalideerde zij verder in een revalidatiecentrum.

Van ... tot ... werd ... opnieuw opgenomen in ... wegens klachten van hoofdpijn, evenwichtsstoornissen, spraakmoeilijkheden, een gevoel van verlamming van de aangezichtsspieren, een toenemende ganginstabiliteit, vermoedelijk omwille van shunt-dysfunctie. Op ... werd de VP-shunt verwijderd en op ... werd een nieuwe VP-shunt geplaatst, die nadien nog werd gereviseerd.

... geeft aan dat bij deze laatste opname een infectie van meningo-encefalitis werd vastgesteld.

Op ... werd ... opnieuw overgebracht naar het revalidatiecentrum.

Op ... vond een nieuwe dringende transfer plaats naar ... wegens progressief ontstaan van hoofdpijn, spraakmoeilijkheden en een rechterhemibeeld. Op ... werd de peritoneale katheter verwijderd en vervangen door een atriale katheter (VA-shunt).

... benadrukt in conclusies dat haar gezondheidstoestand sedert de plaatsing van de atriale katheter plots wat opklaart.

Vervolgens werd ... opnieuw overgebracht naar het revalidatiecentrum.

In de weken en maanden nadien blijkt er een gunstige evolutie, doch in ... werd ... nog opgenomen wegens een shunt-dysfunctie en er zijn blijvende klachten van dubbelzicht, een slapend gevoel ter hoogte van de billen en pijnklachten. Tevens werd in ... een gastric bypass uitgevoerd.

2.3.

Uit het verslag van kinesist dr. ... van ... blijkt dat ... problemen heeft met de proprioceptie en coördinatie van de ledematen. Ze stapt met hulpmiddelen (twee krukken), zonder dewelke het risico op vallen groot is. Verder heeft ze ook een verminderde coördinatie en zijn dubbeltaken moeilijk, wat de kans op evenwichtsverlies vergroot. Ook heeft ze een verminderd zicht. Indien haar ogen worden afgedekt, valt zij naar achter. De kracht in het linkerbeen is met 40% afgenomen ten opzichte van rechts. Ook heeft zij thoracale klachten die musculair zijn.

... geeft in conclusies aan dat zij voor langere afstanden is aangewezen op een elektrische rolstoel en dat al deze problemen tot op heden aanwezig zijn en haar dagelijks leven bepalen.

... was primair arbeidsongeschikt vanaf Deze arbeidsongeschiktheid werd verlengd tot aan de pensioenleeftijd op

2.4.

Waar ... van mening is schade te hebben geleden als gevolg van gezondheidszorg, na de heelkundige ingreep op ... en de navolgende ingrepen en verwickelingen, diende zij bij brief van ... bij het FMO een aanvraag om advies in overeenkomstig artikel 12 WMO.

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

Het voorlopig verslag en het definitief verslag van de FMO-deskundigen werden opgesteld op respectievelijk ... en

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

2.5.

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

...

2. Gegrondheid van de vordering lastens dr. ...: het bestaan van een medisch ongeval met aansprakelijkheid

4.2.

Ten gronde voert ... in de eerste plaats aan dat haar schade, zijnde instabiliteit, nystagmus, de noodzaak om gebruik van hulpmiddelen bij het stappen, een gedaalde kracht bij voornamelijk haar rechterbeen, en sensibele stoornissen, te wijten is aan fouten en tekortkomingen van dr. ... in verband met de door hem op ... uitgevoerde ingreep wegens Arnold-Chiari malformatie type 1.

Zo was volgens ... de preoperatieve oppuntstelling ondermaats, inzoverre preoperatief geen beeldvorming werd genomen van de cervicale wervelzuil. Aldus kon niet worden opgemerkt of zich reeds een syrinx voordeed in het ruggenmerg en van welke grootte, hoewel de afwijking ter hoogte van het cervicale ruggenmerg integraal deel uitmaakt van de Chiari-problematiek. Bovendien zou de medische beeldvorming van bedenkelijke kwaliteit zijn geweest. ... geeft aan dat het om preoperatieve tekortkomingen gaan, die hebben bijgedragen tot de ontoereikendheid van de postoperatieve opvolging.

Verder meent ... dat ook de postoperatieve opvolging door dr. ... gebrekkig was. Zij stelt dat de klachten die zij had na de ingreep van ... niet ernstig werden genomen door ..., dat uiteindelijk door een andere arts, dr. ... pas op ... een nieuwe MRI werd ingepland ter uitsluiting van een syrinx, en dat de diagnose van de infectie door een meningo-encefalitisbacterie pas eind ... werd gemaakt. ... verwijt dr. ... de gebrekkige postoperatieve opvolging van de complicaties en de te late diagnose van de infectie.

... meent dat deze tekortkomingen haar schade hebben veroorzaakt en dat dr. ... dienvolgens aansprakelijk is.

Het standpunt van ... kan niet worden bijgetreden, gelet op hetgeen volgt.

4.3.

... moet als eisende partij bewijzen dat dr. ... een buitencontractuele fout of onzorgvuldigheid, dan wel een contractuele wanprestatie heeft begaan in oorzakelijk verband met de schade waarvan zij vergoeding vraagt.

Aangezien het daarbij gaat om rechtsfeiten, kan zij aan de op haar rustende bewijslast voldoen door alle bewijsmiddelen van recht.

De fout of onzorgvuldigheid waarvoor een schadeverwekker op buitencontractuele grondslag aansprakelijk kan zijn, bestaat in een gedraging die, ofwel, een schending inhoudt van een specifieke rechtsnorm, waarbij de betrokkene verplicht is iets niet te doen of iets op een bepaalde manier wel te doen, ofwel een schending inhoudt van de algemene zorgvuldigheidsnorm. Een schending van de algemene zorgvuldigheidsnorm komt neer op een verkeerd optreden dat moet worden beoordeeld naar de maatstaf van de normaal, vooruitziende en zorgvuldige persoon, geplaatst in dezelfde omstandigheden. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de concrete, objectieve omstandigheden waarin de schadeverwekker zich bevond en dus, in geval van medische aansprakelijkheid, ook met zijn eventuele specialisatie. Ter beoordeling van een eventuele schending van de algemene zorgvuldigheidsnorm dient aldus de vergelijking te worden gemaakt met het gedrag dat een arts met dezelfde specialiteit, geplaatst in dezelfde tijd en ruimte, zou hebben gesteld.

De contractuele wanprestatie dekt dezelfde lading, maar dan beoordeeld in het raam van de contractuele bedingen die de contractspartijen tot wet strekken.

De graad van zorgvuldigheid die de arts aan de dag moet leggen, moet verder worden beoordeeld in het licht van de vraag of op de arts de verplichting rust om een bepaald resultaat te bereiken, dan wel enkel om een bepaalde inspanning te leveren of bepaalde middelen aan te wenden om een bepaald resultaat te bereiken zonder belofte dat hij daar ook in zal slagen. In de regel rust op de arts enkel een inspanningsverbintenis. Zo belooft de chirurg inderdaad niet dat het resultaat van de behandeling de genezing van de patiënt zal zijn. Hij verbindt er zich enkel toe als een nauwgezette en gewetensvolle chirurg de middelen die de huidige medische wetenschap hem ter beschikking stelt, te zullen aanwenden om het verhoopte of gewenste resultaat (de genezing of de verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt) te realiseren. Daaruit volgt dat de aansprakelijkheid van een chirurg slechts betrokken is in geval van bewijs, te leveren door het slachtoffer, van een specifiek gebrek aan voorzorg van die chirurg.

4.4.

In hun verslag komen de FMO-deskundigen tot het besluit dat door dr. ... geen medische fout werd begaan:

“De indicatie om de Arnold-Chiari malformatie bij mevrouw ... heelkundig te behandelen werd terecht gesteld.

Wat betreft informed consent: patiënte erkent dat de ingreep besproken werd en dat ze geïnformeerd heeft toegestemd.

De ingreep zelf en de nabehandelingen gebeurden zoals een normaal 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” (p. 14 eindverslag).

Meer in het bijzonder worden de door ... aangeklaagde fouten door de FMO-deskundigen weerlegd als volgt:

- wat de preoperatieve fout betreft, aangaande de vermeende, onvoldoende medische beeldvorming:

“De beeldvorming is eerder summier. Prof. Verlooy merkt op dat MRI preoperatief geen cervicale zuil toonde wat inderdaad correct is. Prof. Herregodts stelt hier tegenover dat de nystagmus en gevoel van instabiliteit bij neurologisch onderzoek en de belangrijke tonsillaire cerebellaire herniatie de beslissing tot de ingreep rechtvaardigde waarop prof. Verlooy antwoordt dat niet beelden maar patiënten behandeld worden en dat volgens hem niet zorgvuldig is gehandeld.

Retrograad bekeken was de ingreep niet dringend maar er waren wel klachten, neurologische symptomen en de beeldvorming van ernstige inklemming. De Arnold-Chiari I opereren was dus wel geïndiceerd in

Dr. ... stelt dat de aanwezigheid of afwezigheid van een syrinx cervicaal geassocieerd met de schedelbasisafwijking Arnold-Chiari geen verschil uitmaakt voor wat betreft de toegepaste neurochirurgische behandeling. Er wordt steeds een verbreding van het foramen magnum en plastie van de dura, al dan niet met tonsillaire cerebellaire decompressie uitgevoerd” (p. 13 eindverslag).

En, in antwoord op het bevinden van de raadsarts van ... aangaande het voorlopig besluit van de FMO-deskundigen:

“Zoals uitgebreid besproken werd tijdens de expertisезitting kan inderdaad kritiek gegeven worden op de kwaliteit van de beeldvorming (MRI hersenen waarop de fossa posterior en ingeklemde tonsillen van het cerebellum limiet gevisualiseerd zijn) en het minimaal neurologisch nazicht (er werd preoperatief geen MRI full spine uitgevoerd om mogelijke begeleidende cyste/afwijkingen in het ruggenmerg – syrinx – op te sporen).

Feit is echter dat mevrouw ... preoperatief een duidelijke nystagmus en evenwichtsproblemen/instabiliteit had en de MRI hersenen een duidelijke tonsillaire inklemming vertoonde ter hoogte van het foramen magnum. Door de combinatie van de klinische symptomen van hersenstamlijden en het MRI-beeld was voldaan aan de voorwaarden tot heelkundige behandeling middels verbredingsplastie van de fossa posterior/foramen magnum.

Het gegeven of er al dan niet begeleidende afwijkingen zouden geweest zijn in het spinaal kanaal is enkel een theoretische beschouwing. Zelfs in de hypothese dat er spinale afwijkingen – syrinx – zou geweest zijn, blijft de eerste behandeling steeds een verbredingsplastie van de fossa posterior/foramen magnum en daarna postoperatieve opvolging middels beeldvorming van de spinale afwijkingen” (p. 28 eindverslag).

- o wat de postoperatieve fout betreft, aangaande de vermeend gebrekkige opvolging:

“Prof. Verlooy stelt dat de uitvalsverschijnselen erger zijn dan wat normaal kan verwacht worden waarop prof. Herregodts stelt dat de uitval gelinkt is aan de complicatie van de opgetreden meningo-encefalitis. Deze was klinisch niet zo duidelijk (lage CRP bij bloedonderzoek, pas gediagnosticeerd na kweek van CSV). Mogelijks heeft de inname van Dalacin het klinisch beeld onderdrukt (‘gedecapiteerd’ beeld van bacteriële meningo-encefalitis)” (p. 13-14 eindverslag).

En, met betrekking tot het voorzienbaar karakter van de complicaties en het disproportioneel karakter van de daaruit volgende schade:

“De oorzaak van de schade bij mevrouw ... is de durale bres die na de verbredingsplastie van de fossa posterior voor de Arnold-Chiari I malformatie is opgetreden. Door deze durale bres is in een tweede tijd een infectie opgetreden van het hersenvocht met een meningo-encefalitis tot gevolg.

(...)

Het optreden postoperatief van een bacteriële meningo-encefalitis is een ernstige complicatie met hoge mortaliteit (10-20% bij volwassenen), ondanks adequate antibiotherapie in hospitaalmiddelen. Zoals hierboven beschreven zijn er veel verwickelingen, zoals ook het geval is bij mevrouw ...” (p. 15 eindverslag).

4.5.

... werpt geen formele of procedurele argumenten op tegen het verloop van het deskundigenonderzoek en de wijze van totstandkoming van het deskundigenverslag. Zo betwist zij niet het tegensprekelijk karakter van het onderzoek, de eerbiediging van de rechten van verdediging of de onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de aangestelde deskundigen.

Weliswaar is het juist, zoals ... stelt, dat de deskundigenonderzoeken georganiseerd door het FMO niet bindend zijn en niet *ipso facto* dezelfde waarde hebben als een gerechtelijk deskundigenonderzoek. De wet bepaalt dit niet. De voorbereidende werken van de Wet Medische Ongevallen vermelden trouwens dat het deskundigenonderzoek slechts dezelfde waarde heeft als een gerechtelijk deskundigenonderzoek, indien het FMO een onafhankelijke deskundige aanstelt, die bevoegd is in de materie waaronder de schade thuishoort, en het waakt over het goede verloop van het deskundigenonderzoek en het tegensprekelijk karakter daarvan (MvT, *Parl. St. Kamer*, 2009-2010, 52, nr. 2240/1, p. 59). Enkel in dat geval kan de rechtbank haar oordeel erop steunen zonder beroep te doen op eventuele andere bewijselementen.

Luidens artikel 24 WMO is ook het advies van het FMO niet bindend. Indien de aanvrager, de betrokken zorgverlener of zijn verzekeraar zich niet kan vinden in het advies van het FMO betreffende de al dan niet uitkering van een vergoeding, is er verhaal mogelijk bij de bodemrechter die volle rechtsmacht heeft, de bewijswaarde van de voorafgaandelijk door het FMO georganiseerde expertise(s) volledig vrij kan beoordelen, en, indien hij dit noodzakelijk acht, zelf ook nog een gerechtsdeskundige kan aanstellen.

De rechtbank herinnert er verder aan dat de besluiten van een gerechtelijk deskundigenonderzoek evenmin bindend zijn voor de rechter. Krachtens artikel 962, vierde lid, Gerechtelijk Wetboek is de rechter niet verplicht het advies van de deskundigen te volgen, indien het strijdig is met zijn overtuiging.

De vrije bewijswaarde van het deskundigenonderzoek neemt evenwel niet weg dat aan het verslag van de deskundige, in geval van eerbiediging van de procedurele waarborgen voor de partijen bij de uitvoering van het deskundigenonderzoek, in beginsel een groot gezag op technisch gebied toekomt, omdat de deskundige precies om zijn technische kennis werd aangesteld.

4.6.

... formuleert wel inhoudelijke kritiek tegen het besluit van de deskundigen over de voorliggende medisch-technische kwesties, doch deze kritiek kan niet overtuigen.

Wat in de eerste plaats de vermeende preoperatieve tekortkomingen betreft, betwist ... immers niet het besluit van de deskundigen dat de ingreep van ... hoe dan ook geïndiceerd was, ongeacht het bestaan van de syrx in het ruggenmerg, zodat de voorafgaandelijke vaststelling ervan niet onontbeerlijk was om de ingreep uit te voeren zoals ze is uitgevoerd. ... beweert weliswaar dat deze gebrekkige beeldvorming een adequate postoperatieve opvolging belet of bemoeilijkt heeft, doch voor de voorbereiding en de uitvoering van de ingreep als dusdanig heeft dit geen impact gehad.

Het is overigens niet duidelijk hoe het gebrek aan kennis van het bestaan van de syrx de verdere opvolging na de ingreep volgens ... precies heeft bemoeilijkt. Immers, van zodra de syrx aan de hand van nieuwe beeldvorming na de ingreep, meer bepaald op ..., werd ontdekt, werd beslist een afwachtende houding aan te nemen, ook door de artsen bij ... waarnaar ... in ... werd overgebracht, terwijl zij aan de artsen bij ... klaarblijkelijk geen fouten aanwrijft. Er is op geen enkel ogenblik een behandeling opgestart in verband met de syrx. Pas in ... werd de oorspronkelijk geplaatste VP-shunt vervangen en pas in ... werd de nieuw geplaatste VP-shunt vervangen door een ventriculoatriale-shunt. Het is bijgevolg in het geheel niet duidelijk hoe een eerdere ontdekking van de syrx de verwikkelingen of het verloop van de schade zou kunnen hebben doen vermijden of beperken.

Al het voorgaande wordt door de door ... voorgelegde richtlijnen, die, zoals dr. ... terecht aangeeft, dateren van na de ingreep op ... en slechts een zwakke aanbeveling inhouden van een volledige medische beeldvorming, niet weerlegd, nu deze aanbeveling de indicatiestelling tot het uitvoeren van de ingreep en de latere plaatsing van de shunt niet in vraag stelt en deze aanbeveling ook geen afbreuk doet aan de vaststelling dat nooit enig gevolg werd gegeven aan de latere vaststelling van het bestaan van de syrx.

Dat het gebrek aan medische beeldvorming een preoperatieve fout uitmaakte en dat deze fout mee heeft geleid tot een gebrekkige postoperatieve opvolging, wordt derhalve niet aangetoond.

Wat vervolgens de postoperatieve opvolging betreft, is het evenmin duidelijk welke tekortkomingen dr. ... precies worden verweten, of anders gesteld, wat dr. ... volgens ... precies had moeten doen om tegemoet te komen aan de maatstaf van de normaal vooruitziende arts-specialist, geplaatst in dezelfde omstandigheden.

Na de ingreep van ... en de vaststelling op ... van vochtcollectie ter hoogte van de operatieregio, werd op ... door dr. ... een VP-shunt geplaatst. De indicatiestelling om deze shunt te plaatsen en de eigenlijke plaatsing ervan, worden door ... niet bekritiseerd. De rechtbank stelt verder vast dat om en bij de anderhalve maand is verstreken tussen de ingreep van ... en de plaatsing van de VP-shunt. De rechtbank ziet geen reden om aan te nemen dat dit een abnormaal lange periode is en dat dr. ... sneller had moeten ingrijpen, mede gelet op het gegeven dat de klachten van verhoogde druk eerst nog moeten optreden en moeten worden vastgesteld.

Verder verwijt ... een te late diagnose van de infectie die heeft geleid tot meningo-encefalitis, doch zij erkent dat eind ... antibiotica werd toegediend. In hun verslag stellen de deskundigen in dit verband dat op de beeldvorming van ... wel een collectie te zien was maar dat er geen infectieuze klachten waren en het bloedonderzoek geen aanwijzingen toonde voor een ontsteking/infectie, dat de infectie zich heeft uitgebreid tot de hersenen en aanleiding heeft gegeven tot een meningo-encefalitis "*die eerst klinisch niet manifest was*", en dat de inname van het antibacterieel middel Dalacin eind ... het klinisch beeld mogelijk heeft onderdrukt (p. 13-14 eindverslag).

... voert aan dat zij nochtans reeds op ... klachten van nekstijfheid ondervond die symptomatisch zijn voor de betreffende infectie en dat zij vervolgens door dr. ... werd gezien op ..., ... en Weliswaar hekelt ... terecht het gegeven dat dr. ... geen verslagen kan voorleggen van zijn consultaties, doch de consultatie bij dr. ... op ... wordt door dr. ... betwist en ... kan, ondanks de talrijke consultaties bij de huisarts, geen andere stukken neerleggen die wijzen op klachten van nekstijfheid.

De rechtbank ziet derhalve ook hier geen reden om aan te nemen dat dr. ... een fout heeft begaan door de diagnose van de infectie te missen of te laat vast te stellen.

Ook een gebrek in de postoperatieve opvolging in hoofd van dr. ... wordt derhalve niet aangetoond.

4.7.

Het bestaan van een fout in oorzakelijk verband met de schade bij de preoperatieve of postoperatieve zorg, wordt niet aangetoond.

Gelet op de procedurele waarborgen van het voorliggend FMO-deskundigenonderzoek, ziet de rechtbank ook geen reden om een nieuw, gerechtelijk deskundigenonderzoek te bevelen.

Waar ... geen andere fout aan dr. ... aanwrijft, zoals een fout in de diagnose of indicatiestelling of een peroperatieve fout in de eigenlijke uitvoering van de ingreep van ..., is haar vordering lastens hem ongegrond.

3. Gegrondheid van de vordering lastens het FMO: het bestaan van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid

4.8.

In ondergeschikte orde stelt ... een vordering in lastens het FMO op grond van artikel 4, 1°, WMO, krachtens hetwelk het FMO gehouden is tot vergoeding van het slachtoffer of diens rechthebbenden "*wanneer de schade is veroorzaakt door een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst*".

Tussen deze partijen bestaat betwisting over de vraag of aan alle voorwaarden van een vergoedbaar medisch ongeval zonder aansprakelijkheid is voldaan.

4.9.

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

“een ongeval dat verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg dat geen aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, dat niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt en dat voor de patiënt abnormale schade met zich meebrengt. De schade is abnormaal wanneer ze zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie. Het therapeutisch falen en een verkeerde diagnose zonder fout zijn geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid”.

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

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

De bewijslast dat alle voorwaarden zijn vervuld, ligt bij de eisende partij.

Het weze hier reeds opgemerkt dat, anders dan het FMO lijkt voor te houden, het gegeven dat ... in hoofdorde een vordering instelt lastens dr. ... gesteund op diens aansprakelijkheid of dat zij in haar gedinginleidende dagvaarding haar vordering uit de aansprakelijkheid van dr. ... ook richtte tot het FMO, zodat het volgens het FMO *“meer dan duidelijk (is) dat deze (ondergeschikte) vordering jegens het Fonds voornamelijk dient als een laatste redmiddel om een vergoeding te trachten bekomen”* (conclusies p. 17), niet betekent dat zij hoe dan ook faalt in haar bewijslast dat alle voorwaarden van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid zijn vervuld. Het gegeven dat de schadelijder de aansprakelijkheid van de tussenkomenende zorgverlener inroept, sluit immers niet uit dat het schadegeval niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt en dat het schadegeval voor de patiënt abnormale schade voortbrengt. Van zodra vaststaat dat het schadegeval niet het gevolg is van de aansprakelijkheid van de zorgverlener, kan de schadelijder, zonder zichzelf tegen te spreken, nog steeds trachten aan te tonen dat alle voorwaarden van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid zijn vervuld.

In het voorliggend geval wordt niet betwist dat de eerste en de derde toepassingsvoorwaarden zijn vervuld.

Waar de vordering van ... lastens het FMO in ondergeschikte orde wordt ingesteld en de rechtbank oordeelt dat het schadegeval niet het gevolg is van de aansprakelijkheid van dr. ... is ook de tweede voorwaarde vervuld.

Wat de kwalificatie van het schadegeval als een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid betreft, gaat de discussie tussen partijen derhalve uitsluitend over de vraag of de schade *“abnormaal”* is in de zin van deze wetsbepaling.

4.10.

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

“De schade is abnormaal wanneer ze zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie.”

Uit deze omschrijving van het abnormaal karakter van de schade, gelezen in samenhang met de parlementaire werkzaamheden (MvT, *Parl. St. Kamer*, 2009-2010, 52, nr. 2240/1, p. 24 e.v.), kan worden besloten dat de schade als abnormaal moet worden beschouwd, wanneer de schade:

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

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

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

Daarbij dient nog te worden benadrukt dat bij het onvoorzienbaarheids criterium, de abnormaliteit van de schade niet kan beperkt worden tot de appreciatie van een bepaald risicopercentage dat een bepaalde complicatie zich bij een bepaalde zorgverstrekking zou kunnen voordoen. Het abnormale karakter moet immers niet beoordeeld worden in de verhouding zorgverstrekking-complicatie, maar in de verhouding zorgverstrekking-schade. De complicatie vormt daarin de tussenschakel, maar vormt voor het onderzoek naar de abnormaliteit een onlosmakelijk geheel, in die zin dat als de abnormaliteit van het schadeverwekkende incident, de complicatie, vaststaat, dat ook zo is voor de concrete schade die dat incident heeft veroorzaakt. De abnormaliteit van de complicatie heeft dus noodzakelijkerwijze de abnormaliteit van de eruit voortvloeiende schade tot gevolg. Er dient in dat geval dan ook niet te worden nagegaan of de effectief opgetreden schade afwijkend, abnormaal of onvoorzienbaar was ten opzichte van de schade die normaal gezien voorkomt bij een dergelijke complicatie. Er anders over oordelen zou het begrip abnormale schade grotendeels uithollen nu kan aangenomen worden dat in zeer vele gevallen er geen abnormaliteit zal zijn in de loutere verhouding complicatie-schade. Indien de complicatie op zichzelf beschouwd echter wel voorzienbaar of “normaal” was, dient daarentegen wel nog te worden nagegaan of de concrete schade die eruit voortvloeide, voorzienbaar was, hetgeen niet het geval is indien de schade groter was dan deze die gebruikelijk is bij het zich voordoen van de complicatie en niet te wijten is aan de toestand van de patiënt (proportionaliteits criterium). Indien de complicatie dus voorzienbaar was, doch de schade die uit de complicatie voortvloeide disproportioneel en dus niet voorzienbaar was, is ook voldaan aan het onvoorzienbaarheids criterium. Samengevat: als vastgesteld wordt dat de complicatie niet voorzienbaar of abnormaal was, stopt de oefening en is het onvoorzienbaarheids criterium ingevuld, ongeacht de vraag of de daaruit voortvloeiende schade voorzienbaar of normaal is ten aanzien van de complicatie; in het tegengestelde geval dat de complicatie op zichzelf wel voorzienbaar was, moet nog bijkomend nagegaan worden of er al dan niet een abnormaliteit, dit wil zeggen disproportionaliteit, schuilt in de schade op zich.

4.11.

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

Op de vraag om advies te geven “over het vermijdbare karakter van de schade door te preciseren of in casu alternatieve behandelingsmethoden konden worden toegepast” met een vergelijkbare succesratio en die de patiënt niet zouden hebben blootgesteld aan een identiek risico op dezelfde complicatie of een complicatie met een vergelijkbare of grotere ernst, antwoorden de FMO-deskundigen in hun eindverslag als volgt (p. 16):

“Een Arnold-Chiari type I malformatie is een aangeboren afwijking in de vorm van de cranio-cervicale overgang met een mechanische compressie van het cerebellum en de hersenstam tot gevolg. Enige afdoende behandeling is neurochirurgische decompressie door verbreding van het foramen magnum. Er zijn geen afdoende alternatieve behandelingen.”

Zoals terecht door het FMO opgeworpen, brengt ... geen argumenten aan tegen dat besluit van de FMO-deskundigen inzake de vermijdbaarheid van de schade en spitst ze haar betoog in conclusies uitsluitend toe op de vraag of het onvoorzienbaarheids criterium is vervuld.

4.12.

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

Wat in de eerste plaats het voorzienbaar karakter van de complicatie betreft, antwoorden de FMO-deskundigen in hun eindverslag als volgt op de vraag om te “oordelen of de opgetreden schade in voorkomend geval het gevolg is van een voorzienbare complicatie die inherent is aan de toegepaste behandeling” en aan te geven “hoe vaak deze complicatie optreedt, met medische literatuur ter staving en rekening houdende met de gezondheidstoestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie” (p. 15):

“De opgetreden schade is het gevolg van voorzienbare complicaties die inherent zijn aan de toegepaste behandeling:

De oorzaak van de schade bij mevrouw ... is de durale bres die na de verbredingsplasie van de fossa posterior voor de Arnold-Chiari I malformatie is opgetreden. Door deze durale bres is in een tweede tijd een infectie opgetreden van het hersenvocht met een meningo-encefalitis tot gevolg.

Op basis van literatuurgegevens (bijlage 1 – publicatie – Passias et al. *Complication rate following Chiari malformation surgical management for Arnold-Chiari type I based on surgical variables: a national perspective. J. Craniovert. Junct. and Spine (2020) 11:169-172* en bijlage 2 – publicatie – Atchley et al. *Incidence and management of postoperative pseudomeningocele and cerebrospinal fluid leak after Chiari malformation type I decompression. Neurosurg Focus (2023) Vol. 54, March.*) bedraagt de kans op verwikkelingen bij een ingreep ter hoogte van het foramen magnum met verbredingsplastie 8-18%. Van deze complicaties zijn 30,5% gerelateerd aan een CSV-probleem. Van deze CSV-gerelateerde complicaties dient in 18,6% de operatiewonde gereviseerd te worden en bij 14% van de patiënten een derivatie geplaatst te worden.”

Samen met haar raadsarts werpt ... op dat de opeenvolging van complicaties en de overeenkomstige vermenigvuldiging van voormelde percentages ertoe leiden dat sprake is van een incidentiegraad van slechts 3,9% voor een lekkage van hersenvocht ($((8\%+18\%)/2 \times 30,5\% = 3,9\%)$) en van een incidentiegraad van slechts 0,546% voor de plaatsing van een derivatie zoals onder de vorm van een shunt ($3,9\% \times 14\% = 0,546\%$), hetgeen dermate lage percentages zijn dat volgens haar wel degelijk sprake is van een onvoorzienbare complicatie.

Terecht brengt het FMO hier evenwel tegen in dat de door de deskundigen aangehaalde percentages met deze berekening verkeerd worden toegepast. De deskundigen lijken in hun verslag inderdaad op ongelukkige wijze aan te geven dat de betreffende percentages steeds moeten worden toegepast op de voormelde subcategorie (“*van deze complicaties...*”), doch uit de literatuur waar de deskundigen naar verwijzen en die het FMO citeert in zijn conclusies (p. 25-26) blijkt dat de betreffende percentages steeds moeten worden toegepast op het totaal van de onderzochte patiënten die een ingreep zoals de ingreep bij ... hebben ondergaan. Van alle 59 patiënten die dergelijke ingreep hebben ondergaan en die door de betreffende studie werden onderzocht, blijken er 18 patiënten (of 30,5%) te kampen te hebben gehad met complicaties gerelateerd aan hersenvocht, waarvan er 11 patiënten (of 18,6% van alle patiënten) nood hadden aan een interventie en waarvan er 3 patiënten (of 5,1% van alle patiënten) nood hadden aan een permanente derivatie.

Op voormelde berekening van de raadsarts van ... antwoorden ook de deskundigen met de stelling dat de ernstige complicaties die zij ontwikkeld heeft volgens de literatuurgegevens “*goed gekend en vrij frequent*” zijn (verslag p. 29).

Besluitend kan worden gesteld dat uit deze studie, die als dusdanig door ... niet wordt betwist, blijkt dat 5,1% van de patiënten die een ingreep zoals de ingreep bij ... hebben ondergaan, een derivatie of shunt dient geplaatst te worden als gevolg van een complicatie gerelateerd aan hersenvocht. De noodzaak tot plaatsing van een shunt kan op zich dan ook niet als een onvoorzienbare complicatie worden beschouwd.

Bij dit alles stelt de rechtbank wel vast dat de deskundigen op de vlakte blijven, en bijvoorbeeld geen literatuurverwijzingen opnemen, aangaande de precieze rol en de incidentiegraad van de bacteriële infectie, die naar hun bewoordingen “in een tweede tijd” is opgetreden en klaarblijkelijk los moet worden gezien van de noodzaak tot plaatsing van een shunt. Uit de hierboven geciteerde passage van hun verslag (p. 15) blijkt evenwel duidelijk dat zij deze infectie mee in rekening hebben genomen om alsnog te besluiten tot een voorzienbare complicatie. ... en haar raadsarts beperken er zich evenzeer toe te stellen dat bij voormelde incidentiegraden nog geen rekening wordt gehouden met de incidentie van de meningo-encefalitis, doch deze enkele stelling kan niet volstaan als bewijs dat een dergelijke bacteriële infectie op zichzelf een onvoorzienbare complicatie uitmaakt, in weerwil van het besluit van de deskundigen.

Het bewijs van een onvoorzienbare complicatie wordt niet geleverd.

Nu vaststaat dat de complicatie, bestaande uit een lekkage van hersenvocht met een infectie van het hersenvocht en een meningo-encefalitis tot gevolg, niet onvoorzienbaar was, stelt zich nog de vraag of de uiteindelijk opgelopen schade van ... disproportioneel is ten opzichte van deze complicatie.

In dit verband antwoorden de FMO-deskundigen in hun verslag als volgt op de vraag om advies te geven “over het disproportionele karakter van de schade door aan te geven of de schadelijke gevolgen al dan niet disproportioneel zijn ten opzichte van de gevolgen die normaal mogen worden verwacht bij dergelijke complicaties” (p. 15):

“Het optreden postoperatief van een bacteriële meningo-encefalitis is een ernstige complicatie met hoge mortaliteit (10-20% bij volwassenen), ondanks adequate antibiotische therapie in hospitaalmiddelen. Zoals hierboven beschreven zijn er veel verwickelingen, zoals ook het geval is bij mevrouw

Eenmaal de complicaties opgetreden zijn is de blijvende schade niet disproportioneel ten opzichte van de gevolgen die normaal mogen worden verwacht bij dergelijke complicaties”.

Verder wijzen de deskundigen nog “op de hoge mortaliteit van 50% bij het optreden van meningo-encefalitis als postoperatieve complicatie” (p. 27 verslag).

... stelt weliswaar in conclusies dat de opeenstapeling van complicaties heeft geleid tot disproportionele schade, doch zij voert geen concrete argumenten aan die voormeld besluit van de deskundigen weerlegt en die haar standpunt ondersteunen. Het gegeven dat de schade ernstig is, al dan niet in de zin van artikel 5 WMO, volstaat niet om aan te nemen dat de schade ook disproportioneel is ten opzichte van de opgetreden complicatie.

Ook hier ziet de rechtbank dan ook geen reden om af te wijken van het advies van de deskundigen.

Het bestaan van abnormale schade en dus van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid in de zin van artikel 2, 7°, WMO wordt niet aangetoond.

4.13.

De rechtbank besluit dat ook de vordering van ... lastens het FMO gesteund op een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid ongegrond is.

...

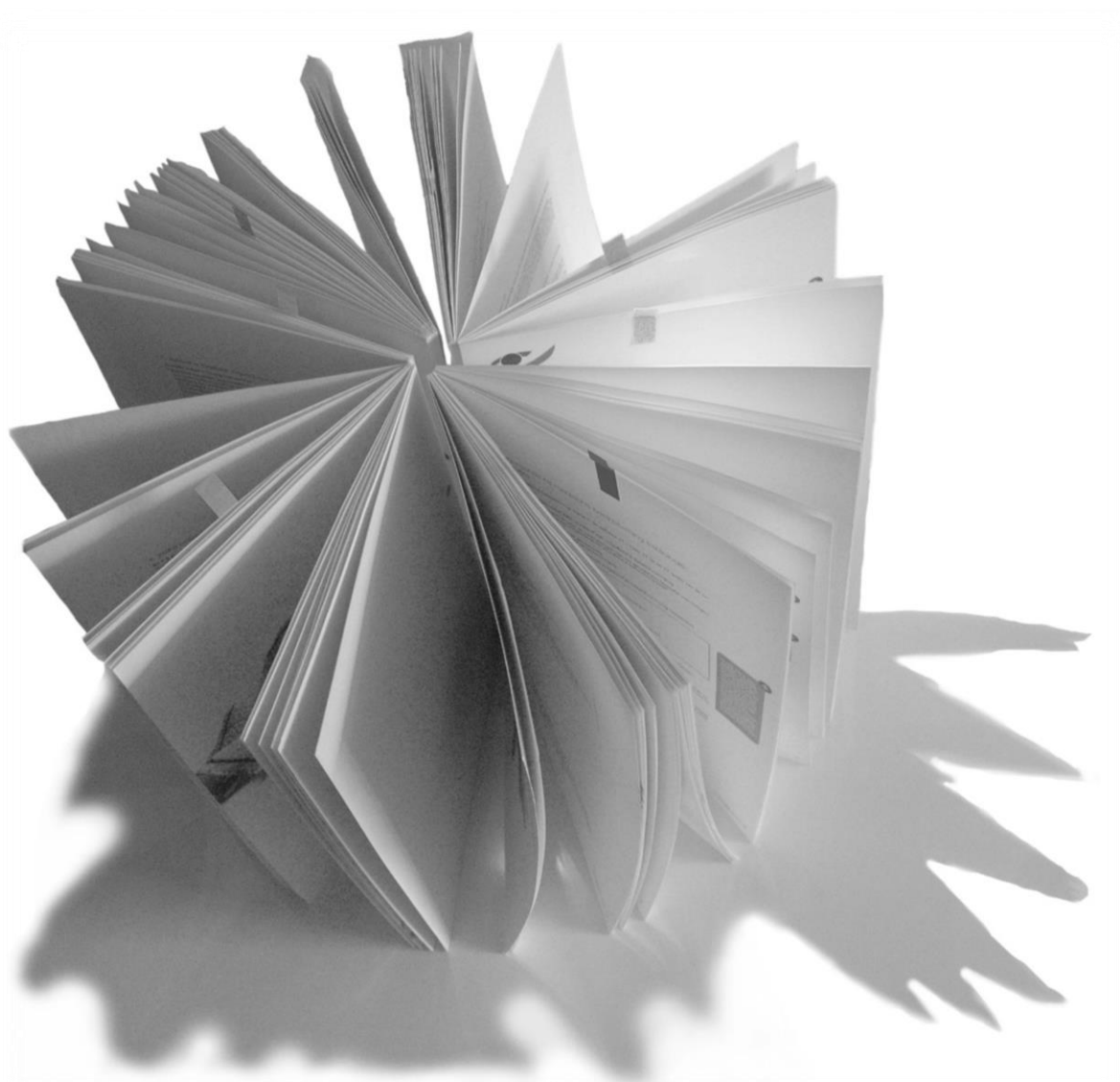
**OM DEZE REDENEN
DE RECHTBANK**

Spreekt recht in eerste aanleg en op tegenspraak,

Verklaart de vorderingen van ... lastens dr. ... en lastens het FMO ontvankelijk doch ongegrond,

...

3^{de} Deel Parlementaire vragen en antwoorden



I. Het aantal langdurig zieken

Langdurige ziekte – Gemiddelde duur – Aantal zieken dat een arbeidscontract heeft

Vraag nr. 243, gesteld op 26 mei 2025 aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door mevrouw DE KNOP, volksvertegenwoordigster¹

Wij hebben uw beleidsnota gelezen en steunen uw streven om het aantal langdurig zieken te verminderen. Echter, vinden we in de nota geen cijfers over de gemiddelde duur van langdurige ziekte, noch over het aantal langdurig zieken dat nog een actief arbeidscontract heeft.

Deze gegevens lijken ons essentieel voor het formuleren van een effectief beleid rond langdurige ziekte.

1. Beschikt u over cijfers over de gemiddelde duur van langdurige ziekte? Zo ja, welke zijn deze cijfers?
2. Hoeveel mensen die langdurig ziek zijn, hebben nog een arbeidscontract?

Antwoord

Hieronder vindt u het antwoord op uw vragen voor het dienstjaar 2023. Voor het dienstjaar 2023 zijn de definitieve statistieken voor het aantal langdurig arbeidsongeschikten op dit moment nog niet beschikbaar. De cijfers voor het dienstjaar 2023 betreffen hier dus voorlopige statistieken.

1. U kan in onderstaande tabel het aantal uittredens uit invaliditeit vinden, opgesplitst naar duurtijd in invaliditeit, dit zowel voor de regeling werknemers als die van de zelfstandigen. Het eerste jaar arbeidsongeschiktheid, de periode van primaire arbeidsongeschiktheid, is hierin niet opgenomen.

Om de duur van een periode van invaliditeit te kunnen bepalen, dient de periode afgesloten te zijn. Voor de berekening van de duur van invaliditeit wordt er bijgevolg enkel gebruik gemaakt van de gevallen waarbij de periode van ongeschiktheid werd stopgezet. Het gaat hier dus om het aantal gerechtigden waarbij de medische erkenning in invaliditeit beëindigd werd in de loop van het jaar 2023.

Aantal uittredens uit invaliditeit naar duur in invaliditeit en regime – 2023:

Duur invaliditeit	Werknemers	Zelfstandigen	Totaal
< 1 jaar	18.967	1.203	20.170
>= 1 jaar en < 2 jaar	8.166	591	8.757
>= 2 jaar en < 3 jaar	4.918	434	5.352
>= 3 jaar en < 4 jaar	3.648	375	4.023
>= 4 jaar en < 5 jaar	2.929	257	3.186
>= 5 jaar en < 10 jaar	9.650	924	10.574
>= 10 jaar	11.822	739	12.561
Totaal	60.100	4.523	64.623

1. Bulletin nr. 023, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 102.

2. Momenteel beschikt het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) niet over een middel dat het mogelijk maakt om aan te geven hoeveel mensen die langdurig ziek zijn nog een actief arbeidscontract hebben. Het RIZIV werkt momenteel aan een wettelijke basis die het in de toekomst mogelijk zal maken om na te gaan hoeveel mensen die langdurig ziek zijn nog een actief arbeidscontract hebben. In afwachting van deze gegevensverrijking kan worden meegegeven dat er op datum van 31 december 2023 78.752 langdurig zieken waren die op dat ogenblik in het stelsel van de werknemers een toelating van de adviserend arts hadden voor een toegelaten werkhervatting. Dit komt overeen met 15,95 % van het totaal aantal mensen die langdurig ziek waren op 31 december 2023. Deze 78.752 personen zijn dus deeltijds actief op de arbeidsmarkt in het kader van het re-integratiebeleid.

II. Mondgezondheid van personen met een handicap

Personen met bijzondere noden – Bijkomend honorarium – Actieplan “mondgezondheid”

Vraag nr. 250, gesteld op 28 mei 2025, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door mevrouw GIJBELS, volksvertegenwoordigster¹

In het kader van Wereldgezondheidsdag, die op 7 april 2025 plaatsvond, wil ik graag de aandacht vestigen op een belangrijke kwestie die vaak over het hoofd wordt gezien: de mondgezondheid van personen met een handicap. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft herhaaldelijk benadrukt dat personen met een handicap een verhoogd risico lopen op gezondheidsproblemen, waaronder slechte mondgezondheid. In België heeft deze groep vaak onvoldoende toegang tot gespecialiseerde mondzorg, wat hun algehele gezondheid en levenskwaliteit negatief beïnvloedt.

Personen met een handicap hebben vaak specifieke zorgbehoeften die niet altijd voldoende worden onderkend binnen de algemene mondzorg. Het is van belang dat er niet alleen een bredere toegang tot mondzorg wordt gecreëerd, maar ook dat er specifieke zorgstrategieën worden ontwikkeld die tegemoetkomen aan de unieke behoeften van deze kwetsbare groep. Een op maat gemaakte benadering, waarbij preventie en behandeling effectief worden gecombineerd is essentieel om te waarborgen dat deze personen gelijke toegang tot zorg krijgen en daarmee hun gezondheid en levenskwaliteit kunnen verbeteren.

1. Heeft de regering reeds concrete initiatieven genomen om de mondgezondheid van personen met een handicap te verbeteren? Indien dit nog niet het geval is, bent u van plan om initiatieven te nemen? Zo ja, wat lijkt volgens u aangewezen?
2. Welke rol ziet u weggelegd voor mondhygiënist in de zorg voor personen met een beperking? Bent u bereid om binnen de hervorming van de nomenclatuur ervoor te zorgen dat mondhygiënist over een breder scala aan mogelijk uit te voeren behandelingen beschikken?
3. Welke stappen worden ondernomen om samenwerking tussen tandheelkundigen, mondhygiënist, en andere zorgprofessionals (zoals artsen en ergotherapeuten) te bevorderen, zodat de zorg voor personen met een handicap beter geïntegreerd wordt en er meer gepersonaliseerde zorg mogelijk is?
4. Hoe tracht de regering de bewustwording over de link tussen mondgezondheid en de algemene gezondheid te vergroten? Zal preventieve mondzorg hier dan bij geïntegreerd worden?

1. Bulletin nr. 019, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 186.

Antwoord

In antwoord op punten 1 en 2, kan ik meedelen dat de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen (NCTZ) zich al jaren bezig houdt met deze problematiek. De definitie die gebruikt wordt binnen de NCTZ is ruimer dan het begrip handicap en verwijst naar “personen met bijzondere noden”. Dit concept werd gedefinieerd naar aanleiding van het proefproject “Mondzorg voor personen met bijzondere noden” dat plaatsvond in 2009-2010 en de “Haalbaarheidsstudie mondzorg voor personen met bijzondere noden” van 2014. Naar aanleiding van het proefproject en de haalbaarheidsstudie werd in 2015 een bijkomend honorarium ingevoerd voor bepaalde zorg uitgevoerd bij personen met bijzondere noden.

Personen met bijzondere noden worden gedefinieerd als personen met een fysieke, zintuiglijke en/of mentale beperking alsook de kwetsbare ouderen. De zorgverlener kan een bijkomend honorarium attesteren voor bepaalde zorgen waarvan de uitvoering meer tijd vraagt wegens een handicap of blijvende functionele beperking van fysieke of mentale aard bij de patiënt. Het invoeren van één van deze tegemoetkomingsvoorwaarden behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverlener en het gebruik ervan moet gemotiveerd worden in het dossier van de patiënt.

Momenteel bedraagt dit bijkomend honorarium 29,50 EUR (na een herwaardering op 01.01.2024) en er is geen persoonlijk aandeel. Dit bijkomend honorarium wordt beperkt tot twee per dag per patiënt. Bovenop het honorarium kan per patiënt per dag dus maximaal twee keer 29,50 EUR aangerekend worden ongeacht het aantal zittingen of nomenclatuurcodes. De zorgverlener kan dit bijkomend honorarium attesteren voor een lijst van tandheelkundige zorg waaronder bepaalde conserverende zorgen en extracties en sinds juli 2024 ook voor bepaalde preventieve acties.

De mondhygiënist die al toegang hebben tot de nomenclatuurcodes voor tandsteenreiniging en profylactische reiniging bij lichamelijk of geestelijk gehandicapten hebben ook toegang tot de codes bijkomend honorarium voor personen met bijzondere noden.

Toevoeging bij punt 2 vanwege FOD

De erkenning van een nieuw paramedisch beroep (sinds 2018), namelijk mondhygiënist, is een belangrijke stap voor de mondgezondheid met als doel de toegang tot kwalitatieve preventieve mondzorg te verbeteren.

Het mondonderzoek is een zelfstandige handeling voor deze professionals, evenals de professionele reiniging (waaronder het verwijderen van tandplak) van het natuurlijke gebit en van vervangende en regulerende tandheelkundige hulpmiddelen met behulp van specifieke instrumenten en materialen (anders dan die bedoeld voor dagelijkse mondhygiëne). De mondhygiënist kan deze essentiële preventieve handelingen dus onder eigen verantwoordelijkheid uitvoeren. Deze professional is ook bevoegd om patiënten te onderwijzen en hen alle belangrijke preventieve adviezen te geven. Mondhygiënist zijn onder andere opgeleid in mondzorg voor specifieke doelgroepen.

In antwoord op punten 3 en 4, kan ik meedelen dat sinds de zesde Staatshervorming bepaalde bevoegdheden gedeeld zijn met de gefedereerde entiteiten. Dat is in het bijzonder het geval voor de mondgezondheidspreventie. De gefedereerde entiteiten zijn verantwoordelijk voor de collectieve mondgezondheids promotie en -preventie terwijl het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) werkt rond preventieve zorg. De regering is zich ten volle bewust van het belang van de mondgezondheid als onderdeel van de algemene gezondheid. Ik steun het *Global oral health action plan 2023-2030* voor de mondgezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie en de Verklaring van Bangkok, die het belang benadruken van doeltreffend beleid om de mondgezondheid van de bevolking te verbeteren: *no health without oral health*.

Om tegen 2030 de mondgezondheid van de Belgische bevolking te verbeteren, zal het RIZIV met mijn steun een actieplan “mondgezondheid” ontwikkelen en we gaan de gefedereerde entiteiten uitnodigen om deel te nemen aan dit actieplan om de coördinatie en efficiëntie van het beleid inzake mondgezondheid te verbeteren. Het doel van het plan is om gemeenschappelijke acties op te zetten om de doelstellingen inzake gezondheidszorg tegen 2030 te bereiken. Er zal bijzondere aandacht worden besteed aan een betere samenwerking tussen de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij de mondgezondheid.

III. Het uitvoeren van vrijwilligerswerk als arbeidsongeschikte persoon

Aantal arbeidsongeschikte personen die vrijwilligerswerk uitvoeren, met een opdeling per jaar, per ziektebeeld en per gewest

Vraag nr. 267, gesteld op 5 juni 2025, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met armoedebestrijding, door mevrouw DEMESMAEKER, volksvertegenwoordigster¹

Een arbeidsongeschikte werknemer mag vrijwilligerswerk verrichten dat verenigbaar is met zijn gezondheidstoestand, zonder zijn arbeidsongeschiktheid te beëindigen. Het is de adviserend arts van zijn ziekenfonds die moet vaststellen dat het vrijwilligerswerk met zijn algemene gezondheidstoestand verenigbaar is.

Om vrijwilligerswerk te verrichten hoeft de arbeidsongeschikte echter geen toestemming te vragen. De adviserend arts van zijn ziekenfonds moet wel vaststellen dat het vrijwilligerswerk met zijn algemene gezondheidstoestand verenigbaar is.

Vrijwilligerswerk kan zeker bij psychische ziekten (burn-out, depressie, enz.) helpen om het genezingsproces te ondersteunen.

Graag had ik van u geweten, voor de laatste drie jaar per jaar:

1. Graag, voor de laatste drie jaar, het aantal arbeidsongeschikte personen die vrijwilligerswerk uitvoeren, met een opdeling per jaar, per ziektebeeld en per gewest.
2. Graag het aantal arbeidsongeschikte personen die de maximaal toegelaten vergoeding voor vrijwilligerswerk overschrijden met dezelfde opdeling.

Antwoord

1. De onderstaande gegevens hebben betrekking op de periode 2020-2023. De statistieken voor het dienstjaar 2024 zijn op dit moment nog niet beschikbaar.

De onderstaande tabellen 1 tot en met 3 geven het aantal gerechtigden weer die een vrijwilligersactiviteit zijn aangevangen en waarvoor de adviserend arts heeft vastgesteld dat deze activiteit verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand van de gerechtigde. Het betreft globale cijfers voor loontrekkenden en zelfstandigen samengeteld.

Er dient hierbij wel gewezen te worden op het feit dat onderstaande gegevens slechts een partieel beeld kunnen geven van het aantal gerechtigden dat een vrijwilligersactiviteit is aangevangen tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid. Voor het uitoefenen van vrijwilligerswerk is het immers niet vereist dat de arbeidsongeschikte gerechtigden een toestemming van de adviserende arts bekomen alvorens de activiteit te hernemen. Als gevolg hiervan is het mogelijk dat bepaalde gerechtigden die een activiteit als vrijwilliger hebben hervat, niet in de onderstaande statistieken zijn opgenomen.

1. Bulletin nr. 023, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 114.

In de onderstaande tabellen 1 en 2 wordt het aantal gerechtigden die een toegelaten activiteit als vrijwilliger zijn aangevangen respectievelijk tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid en tijdens de periode van invaliditeit, opgesplitst naar gewest. Het gewest wordt bepaald op basis van het adres van de gerechtigde. De rubriek "Buitenland" geeft aan dat het adres van de gerechtigde zich in het buitenland bevindt.

Aantal gerechtigden die een toegelaten activiteit als vrijwilliger zijn aangevangen tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid – per gewest – periode 2020-2023:

Gewest	2020	2021	2022	2023
Brussel	43	65	58	94
Vlaanderen	834	1.199	1.473	1.709
Wallonië	152	222	270	333
Buitenland	9	19	27	22
Totaal	1.038	1.505	1.828	2.158

Aantal gerechtigden die een toegelaten activiteit als vrijwilliger zijn aangevangen tijdens de periode van invaliditeit – per gewest – periode 2020-2023:

Gewest	2020	2021	2022	2023
Brussel	147	264	345	337
Vlaanderen	3.602	5.117	5.746	6.456
Wallonië	633	884	1.083	1.246
Buitenland	41	78	92	94
Totaal	4.423	6.343	7.266	8.133

In de onderstaande tabel 3 wordt het aantal gerechtigden die een toegelaten activiteit als vrijwilliger zijn aangevangen, opgesplitst naar de zes voornaamste ziektegroepen. De overige ziektegroepen worden gegroepeerd in een categorie 'andere'. Deze cijfers hebben enkel betrekking op de gerechtigden in de periode van invaliditeit. Een opsplitsing naar ziektebeeld (pathologie) is niet mogelijk voor de periode van primaire arbeidsongeschiktheid.

Aantal gerechtigden die een toegelaten activiteit als vrijwilliger zijn aangevangen tijdens de periode van invaliditeit – naar de zes voornaamste ziektegroepen – periode 2020-2023:

	2020	2021	2022	2023
Gezwellen	162	288	296	320
Psychische stoornissen	2.530	3.576	4.016	4.449
Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	243	335	421	417
Ziekten van het hart vaatstelsel	117	146	189	219
Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	968	1.335	1.623	1.908
Ongevallletsels en vergiftigingen	103	186	188	223
Andere	300	477	533	597
Totaal	4.423	6.343	7.266	8.133

2. Voor wat betreft het aantal arbeidsongeschikte gerechtigden die de maximaal toegelaten vergoeding voor vrijwilligerswerk overschrijden, beschikken we niet over de nodige informatie om een antwoord op uw vraag te voorzien.

IV. De combinatie van arbeidsongeschiktheid met een politiek mandaat

Politiek mandaat – Werkzaamheid – Toelating – Cumulatie uitkeringen en inkomsten

Vraag nr. 269, gesteld op 5 juni 2025, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door mevrouw DEMESMAEKER¹

Niet iedereen in dit land is voltijds politicus, sommige mensen voeren een politiek mandaat uit naast hun beroep als werknemer, zelfstandige of ambtenaar.

1. Kan iemand die arbeidsongeschikt is:
 - zijn mandaat als gemeenteraadslid verderzetten?
 - zijn functie als lid van het college van burgemeester of schepenen verder uitvoeren?
2. Welke regels gelden hierrond en wie controleert hierop?
3. Voor de afgelopen drie jaar en per gewest: hoeveel langdurig arbeidsongeschikten oefenden een politiek mandaat uit, hoeveel als gemeenteraadslid, hoeveel als burgemeester, hoeveel als schepenen?

Antwoord

1. Om in de uitkeringsverzekering voor werknemers arbeidsongeschikt te kunnen worden erkend, is het onder andere vereist dat de betrokken sociaal verzekerde elke werkzaamheid stopzet (vgl. de voorwaarden opgenomen in art. 100, §1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994). Deze notie “werkzaamheid” kent op basis van de rechtspraak een zeer ruime invulling. Zo stelde het Hof van Cassatie in een arrest van 18 mei 1992 dat onder arbeid wordt verstaan, elke werkzaamheid met productief karakter die wordt verricht in het maatschappelijk verkeer, ook als zij niet tegen loon als vriendendienst wordt verricht.

a) Het uitoefenen van een politiek mandaat vormt dus ook een werkzaamheid die moet worden stopgezet om arbeidsongeschikt te kunnen worden erkend.

b) Tijdens de periode van erkende arbeidsongeschiktheid is het evenwel mogelijk om een werkzaamheid (zoals het verrichten van een politiek mandaat) met de toelating van de adviserend arts van de verzekeringsinstelling uit te oefenen.

2. Om tijdens de periode van erkende arbeidsongeschiktheid de uitoefening van het politiek mandaat te hervatten, dient de betrokken sociaal verzekerde uiterlijk de laatste werkdag voorafgaandelijk aan de werkhervatting deze werkhervatting aan het ziekenfonds mee te delen en de toelating voor deze werkhervatting aan de adviserend arts te vragen.

De adviserend arts kan slechts de toelating verstrekken als de betrokken sociaal verzekerde een vermindering van het vermogen van ten minste 50 % op medisch vlak behoudt en de werkzaamheid verenigbaar is met de aandoening van de betrokken sociaal verzekerde.

1. Bulletin nr. 024, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 199.

Zowel de verzekeringsinstelling als de Dienst voor administratieve controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering beschikken over de bevoegdheid om de nodige controles te verrichten.

3. In het kader van een toegelaten activiteit tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid kan een gerechtigde zijn uitkeringen, zonder vermindering, cumuleren met de inkomsten uit:

- een mandaat van gemeenteraadslid
- een mandaat van lid van de raad van een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn, met uitsluiting van het mandaat van voorzitter van die raad
- een functie van rechter in sociale zaken, van rechter in handelszaken of van raadsheer in sociale zaken.

Deze gerechtigden vallen niet onder het toepassingsgebied van artikel 230 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, dat de cumulatierегeling van inkomsten uit een toegelaten activiteit met de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen verduidelijkt.

In de onderstaande tabel wordt voor deze categorie het aantal langdurig arbeidsongeschikte gerechtigden met een lopende toelating op 31 december aangegeven, voor de periode 2020-2022 en voor loontrekkenden en zelfstandigen samengeteld. De cijfers worden verder opgesplitst naar gewest. Het gewest wordt bepaald op basis van de woonplaats van de gerechtigde.

Aantal invalide gerechtigden met een lopende toelating op 31 december – 2020-2022 – naar gewest – Gerechtigden die niet onder het toepassingsgebied van artikel 230 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 vallen:

Aantal gerechtigden	2020	2021	2022
Brussel	12	14	12
Vlaanderen	127	76	82
Wallonië	73	53	64
Totaal	212	143	158

In totaal zijn er 158 langdurig arbeidsongeschikte gerechtigden die een lopende toelating bezitten op 31 december 2022 voor het uitoefenen van een activiteit die niet onder het toepassingsgebied van artikel 230 valt. Het is echter niet mogelijk om in dit totaal het aantal gerechtigden te identificeren die een toegelaten activiteit als gemeenteraadslid uitoefenen.

Een gerechtigde die tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid een deeltijdse activiteit als schepen of burgemeester wenst uit te oefenen, dient hiervoor een toelating aan te vragen bij de adviserend arts als bezoldigd loontrekkende of bezoldigd zelfstandige. We beschikken echter niet over de nodige informatie om de gerechtigden die een dergelijke activiteit uitoefenen apart te identificeren.

V. Door de Christelijke Mutualiteit vastgestelde ongelijkheid op het vlak van gezondheid en invaliditeit

Verminderen van gezondheidsongelijkheden – Preventie – Re-integratie – Toegankelijkheid van de zorg – Versterking van de eerstelijnszorg

Vraag nr. 313, gesteld op 25 juni 2025, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door mevrouw THÉMONT, volksvertegenwoordigster¹

De Christelijke Mutualiteit komt in een studie waarvan de resultaten in *Le Soir* gepubliceerd werden tot een harde vaststelling: in België worden in 2022 het mortaliteitsrisico en het risico om in de invaliditeit terecht te komen nog sterk bepaald door de plaats waar men woont en bijgevolg van de levensstandaard.

De cijfers laten aan duidelijkheid niets te wensen over: in de armste wijken ligt de mortaliteit twee keer hoger dan in de rijkste (1,4 % tegen 0,7 %). Het invaliditeitspercentage ligt er tweeënhalf keer hoger (16 % tegen 6 %). Sinds 2009 is het aantal arbeidsongeschikten met 43 % gestegen, en zelfs nog meer in bepaalde inkomenscategorieën.

De voornaamste oorzaken van invaliditeit zijn momenteel niet kanker of zeldzame ziektes, maar musculoskeletale aandoeningen en geestesstoornissen, die rechtstreeks verband houden met de werkomstandigheden.

Deze gegevens wijzen op een collectief ehec bij het wegwerken van de gezondheids- en sociale kloof. Ze doen ook vragen rijzen met betrekking tot de efficiëntie van het preventiebeleid, van de toegang tot zorg en van de ondersteuning van werknemers die met moeilijkheden kampen.

1. Welke becijferde doelstellingen wil de regering nastreven om de mortaliteitskloof tussen de armste en de rijkste wijken te dichten? Op welke termijn zal dat gebeuren?
2. Zult u een nationale preventiecampagne lanceren die gericht is op de volkswijken en gecombineerd wordt met een versterking van de eerstelijnszorg en de wijkgezondheidscentra? Welke financiering zal er daarvoor benut worden?

Antwoord

1. Het verminderen van gezondheidsongelijkheden, en in het bijzonder van de kloof in sterfte tussen de armste en de rijkste wijken, is een transversale prioriteit van ons gezondheidsbeleid. In plaats van ons te beperken tot één enkele cijfermatige doelstelling, hebben wij ervoor gekozen een samenhangende en geïntegreerde strategie te voeren, opgebouwd rond drie complementaire pijlers:

1° Voorkomen dat mensen ziek worden.

Preventie staat centraal in ons beleid, zowel wat betreft de algemene gezondheid als de preventie van gezondheidsproblemen op het werk. De campagnes worden opgezet door de betrokken stakeholders, met ondersteuning van de overheid. Het gaat bijvoorbeeld om acties rond het terugdringen van roken en overmatig alcoholgebruik, de bevordering van gezonde voeding en lichaamsbeweging, en de preventie van musculoskeletale aandoeningen en mentale gezondheidsproblemen die verband houden met arbeidsomstandigheden.

1. Bulletin nr. 024, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 212.

In dit kader versterken wij ook de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn, in het bijzonder via de versterkte rol van eerstelijnspsychologen.

2° Voorkomen dat mensen die ziek worden, gedwongen worden om de arbeidsmarkt te verlaten.

Preventie op de werkvloer valt hoofdzakelijk onder bevoegdheid van mijn collega, minister Clarinval. Er is echter een nauwe samenwerking tussen onze respectieve beleidscellen om de samenhang van de acties te verzekeren en initiatieven inzake gezondheid op het werk te versterken die werknemers in staat stellen aan het werk te blijven, ook wanneer zij met gezondheidsproblemen geconfronteerd worden.

3° Zorgen dat mensen die toch hun beroepsactiviteit hebben moeten onderbreken, zo snel mogelijk opnieuw aan het werk kunnen.

Wij versterken de rol van de terug-naar-werkcoördinatoren en investeren in een persoonlijke begeleiding om een re-integratie mogelijk te maken die aangepast is aan de mogelijkheden van ieder individu. In dit kader worden meerdere prioriteiten uit het regeerakkoord uitgevoerd:

- de uitrol van het *TRIO*-platform, dat de communicatie tussen de verschillende betrokken artsen moet versterken
- een grotere betrokkenheid van de behandelende sector, om de continuïteit van zorg en begeleiding te verbeteren
- een stelselmatig versterkte samenwerking met de gewestelijke arbeidsbemiddelingsdiensten, om meer bruggen te slaan tussen het gezondheidssysteem en de arbeidsmarkt
- en ten slotte een bijzondere nadruk op gedeeltelijke werkhervattingen, die een essentieel instrument vormen om een geleidelijke en duurzame re-integratie mogelijk te maken.

Wij werken daarbij steeds vanuit de overtuiging dat werk bijdraagt aan het herstel van mensen met gezondheidsproblemen. Mensen die werken en gezondheidsproblemen hebben, voelen zich doorgaans beter dan mensen met gelijkaardige problemen die niet werken. Want werk is veel meer dan geld verdienen: het geeft betekenis, structuur en een plaats in de samenleving.

Onze cijfermatige doelstelling is om de kloof in gezonde levensverwachting tussen sociaaleconomische groepen geleidelijk te verkleinen, conform de gezondheidsindicatoren die op federaal en gemeenschapsniveau worden opgevolgd. Een eerste tussentijdse evaluatie is gepland tegen 2028, met de ambitie om tegen 2030 een duidelijke trend naar verkleining van de kloof vast te stellen, in overeenstemming met de Europese doelstellingen inzake de vermindering van gezondheidsongelijkheden.

2. Sinds dit jaar is er een Commissie voor het vaststellen van gezondheidszorgdoelstellingen opgericht. Deze Commissie heeft in mei haar eerste rapport voorgelegd aan de Algemene Raad van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, die op basis daarvan de prioriteiten voor de legislatuur heeft vastgesteld. Tot deze prioriteiten behoren de toegankelijkheid van de zorg, preventie en versterking van de eerstelijnszorg. De Commissie voor het vaststellen van gezondheidszorgdoelstellingen moet nu haar werk voortzetten en voor elk van deze prioriteiten SMART-doelstellingen (specifiek; meetbaar; haalbaar; relevant; tijdgebonden) vaststellen. Hiervoor zijn expertengroepen opgericht. Een verslag wordt verwacht in de eerste helft van 2026.

VI. Pleegouderverlof

Aantal gevallen pleegouderverlof, weer opgesplitst naar de duur van het verlof, naar geslacht – Regime van loontrekkenden – Regime van zelfstandigen

Vraag nr. 316, gesteld op 25 juni 2025, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door mevrouw LANJRI, volksvertegenwoordigster¹

Pleegouders kunnen pleegouderverlof nemen en dit bedraagt nu zes weken per pleegouder (uitzondering voor kinderen met een handicap en bij gelijktijdige opvang van meerdere minderjarige kinderen) en dit zal nog worden opgetrokken met vijf weken extra (voor beide ouders samen) vanaf januari 2027. In maart 2025 vroeg ik u naar het aantal gevallen pleegouderverlof. In uw antwoord deelde u mij enkel de gevallen mee waarvan de periode van pleegouderverlof begonnen is in de loop van het dienstjaar 2022 (vraag nr. 126 van 21.03.2025, *Vragen en Antwoorden*, Kamer, 2024-2025, nr. 12).

Ik heb nu dezelfde vraag maar met betrekking tot de gevallen waarvan de periode van pleegouderverlof begonnen is in de loop van het dienstjaar 2023. Ik weet dat u in uw vorige antwoord opmerkte dat u nog geen data had van de verloven die op het einde van 2023 begonnen zijn en beëindigd zijn in de loop van 2024. Maar zou u minstens al de voorlopige cijfers willen geven over het aantal mensen dat pleegouderverlof opnam in 2023?

Kunt u voor 2023 het aantal gevallen van pleegouderverlof geven, opgesplitst naar de duur van het verlof en naar geslacht voor het regime van loontrekkenden en zelfstandigen?

Antwoord

De tabellen 1 en 2 hieronder geven het aantal gevallen pleegouderverlof weer, opgesplitst naar de duur van het verlof, naar geslacht voor het regime van loontrekkenden en voor het regime van zelfstandigen.

Voor de situaties waarin het pleegouderverlof zich over de jaren 2023 en 2024 afspeelt, wordt het totaal aantal dagen van dit verlof meegerekend in het jaar waarin de opname van het pleegouderschap van het kind plaatsgevonden heeft, zijnde 2023.

1. Aantal gevallen pleegouderverlof, opgesplitst naar de duur van het verlof en naar geslacht voor het regime van loontrekkenden:

2023	Aantal weken pleegouderverlof														Totaal
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<i>Mannen</i>	1	6	6	11	8	37	10	10	23		2			1	115
<i>Vrouwen</i>	1	5	5	4	12	37	7	16	56	1	6			2	152
TOTAAL	2	11	11	15	20	74	17	26	79	1	8	0	0	3	267

1. Bulletin nr. 023, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 139.

2. Aantal gevallen pleegouderverlof, opgesplitst naar de duur van het verlof en naar geslacht voor het regime van zelfstandigen:

2023	Aantal weken pleegouderverlof											Totaal
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
<i>Mannen</i>		1	2	2	2	4		1	1			13
<i>Vrouwen</i>	1	1		3	2	3	2		3		1	16
TOTAAL	1	2	2	5	4	7	2	1	4	0	1	29

Om u te helpen bij een correcte interpretatie van de tabellen zou ik nog de volgende verduidelijkingen betreffende het pleegouderverlof willen aanbrengen:

- de basisduur van een pleegouderverlof bedraagt maximaal zes weken per gerechtigde
- drie bijkomende weken werden toegekend vanaf 1 januari 2023 in het kader van de progressieve versterking van het pleegouderverlof. Indien er twee pleegouders zijn voor hetzelfde kind, dan kunnen deze drie bijkomende weken verdeeld worden tussen de twee ouders. In dit geval bedraagt de maximale duur voor de twee ouders samen 15 weken (6+6+3). Dit pleegouderverlof is opnieuw versterkt geweest met een bijkomende week op 1 januari 2025, maar deze versterking betreft enkel de gevallen waarvan het verlof ten vroegste begonnen is op deze datum. Het effect van deze maatregel is dus nog niet zichtbaar voor de verloven die begonnen zijn in 2023
- het verlof kan verdubbeld worden indien het kind gehandicapt is
- het verlof kan verlengd worden met twee weken per ouder indien het een pleegouderschap betreft van meerdere kinderen tegelijkertijd
- de bovenstaande tabellen hernemen enkel de gevallen waarvan de periode van pleegouderverlof begonnen is in de loop van het dienstjaar 2023. Er is rekening gehouden met de dagen die uitgekeerd geweest zijn in 2023 en 2024 voor de verloven die begonnen zijn op het einde van 2023 en beëindigd geweest zijn begin 2024.

VII. Beroepsprocedures tegen beslissingen van de adviserend arts

Aantal beroepen ingesteld – Aantal gewezen vonnissen – Advies van de adviserend arts gevolgd of niet – Duur van een dossier voor de arbeidsrechtbank

Vraag nr. 340, gesteld op 8 juli 2025, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door mevrouw DE KNOP, volksvertegenwoordigster¹

De adviserend arts van het ziekenfonds speelt een centrale rol in de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Wanneer een werknemer het niet eens is met diens beslissing, kan hij beroep aantekenen bij de arbeidsrechtbank.

1. Hoeveel keer werd in 2022, 2023 en 2024 beroep aangetekend bij de arbeidsrechtbank door een werknemer tegen een beslissing van de adviserend arts?
2. Hoe vaak volgde de arbeidsrechtbank het oordeel van de adviserend arts?
3. Hoe vaak werd het advies van de adviserend arts niet gevolgd?
4. Wat is de gemiddelde duur tussen het indienen van het beroep en de uitspraak van de rechtbank?

Antwoord

1. De onderstaande tabel geeft het aantal beroepen weer dat per jaar tegen een beslissing van de adviserend arts is ingesteld.

2022	2023	2024	Totaal
3474	3963	4885	12322

2. en 3. De onderstaande tabel vermeldt het aantal uitspraken over de beroepen die in 2022, 2023 en 2024 zijn ingesteld, het aantal gevallen waarin de arbeidsrechtbank de beslissing van de adviserend arts heeft gevolgd en het aantal gevallen waarin de beslissing van de raadgevend arts niet is gevolgd. Zoals u kunt zien, verschilt het aantal gewezen vonnissen van het aantal ingediende beroepen dat in antwoord op punt 1 is vermeld. Dit komt doordat een groot aantal procedures nog steeds aanhangig is bij de arbeidsrechtbank.

Aantal gewezen vonnissen	Beslissing van de raadgevend arts bevestigd	Beslissing van de raadgevend arts niet gevolgd	Gedeeltelijk gegrond beroep	Verwijzing naar de algemene rol – beroep zonder voorwerp - intrekking
6506	4494	1627	61	414

1. Bulletin nr. 023, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 163.

4. De duur van een dossier voor de arbeidsrechtbank, tussen het instellen van een beroep door de verzekerde en de uitspraak van het vonnis, hangt af van tal van factoren, waaronder met name:

- de termijn tussen de indiening van het beroep en de eerste zittingsdatum, die sterk varieert naargelang het gerechtelijk arrondissement
- de aanstelling van een medisch deskundige, waardoor de procedure met enkele maanden wordt verlengd
- in gevallen waarin het medisch onderzoek ongunstig is voor de verzekerde en de beslissing van de raadgevend arts bevestigt, kan het voorkomen dat de verzekerde het dossier niet wil activeren. Het dossier kan dan een aantal jaren op de algemene rol blijven staan voordat het wordt geschraapt.

Afhankelijk van deze factoren, die van dossier tot dossier verschillen, kan de behandelingstermijn dus variëren van enkele maanden tot meerdere jaren.

Wat betreft de gemiddelde duur tussen het indienen van een beroep en de uitspraak van de rechtbank, is het onmogelijk om u hierover te informeren, aangezien niet alle verzekeringsinstellingen deze gegevens in hun statistieken opnemen of beschikken over een IT-toepassing waarmee ze deze duur kunnen bepalen.

De gemiddelde duur van een “gewone” zaak (met uitzondering van de bovengenoemde bijzondere gevallen) wordt door de verzekeringsinstellingen echter geschat op 12 tot 13 maanden.

VIII. De Fit Notes

Verantwoordelijkheid van de artsen – Geschiktheidsattest – Inschatting van het arbeidspotentieel - Optie

Vraag nr. 344, gesteld op 9 juli 2025, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door mevrouw DE KNOP, volksvertegenwoordigster¹

Wij waarderen uw inzet om het aantal langdurig zieken in ons land terug te dringen. In uw beleidsnota wordt aangegeven dat *fit notes* een verplichting zullen worden, terwijl de Onafhankelijke Ziekenfondsen dit interpreteren als een mogelijkheid voor huisartsen, zonder dat er een verplichting bestaat.

Deze interpretatieverschillen zorgen voor onduidelijkheid over de uitvoering en implementatie van *fit notes* in de praktijk.

1. Kunt u expliciet bevestigen of *fit notes* een verplichting worden voor huisartsen, en zo ja, op welke manier dit zal worden opgelegd?
2. Indien *fit notes* inderdaad verplicht worden, welke maatregelen zult u nemen om ervoor te zorgen dat alle betrokken partijen, waaronder huisartsen en ziekenfondsen, deze verplichting correct interpreteren en naleven?
3. In welke mate ziet u de *fit notes* als een stok achter de deur om de uitkering van de langdurig zieke stop te zetten? Als men volgens de arts fit genoeg is om bepaalde taken te doen binnen een job kan deze vorm van gedeeltelijke werkhervatting toch moeilijk geweigerd worden door de langdurig zieke?

Antwoord

Naar aanleiding van uw vraag wil ik verduidelijken dat de behandelend arts over de mogelijkheid zal beschikken om via het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid aan te geven wat de arbeidsongeschikte werknemer nog wel kan doen tijdens de arbeidsongeschiktheid. Het betreft dus een optie (geen verplichting) voor de behandelend arts die hiervoor immers over de vereiste informatie moet beschikken (hetgeen niet noodzakelijk steeds het geval is en, in voorkomend geval, kan deze behandelend arts hieromtrent in contact treden met de preventieadviseur-arbeidsarts).

Dit blijkt overigens ook uit mijn beleidsnota en ik herneem hierna de desbetreffende passage in het kader van de “verantwoordelijkheid van de artsen”: “In de eerste fase van de arbeidsongeschiktheid wordt die rol [van de behandelend artsen] versterkt. De behandelend arts zal bij het opstellen of verlengen van een geneeskundig getuigschrift of een getuigschrift van arbeidsongeschiktheid de mogelijkheid van aangepast of ander werk onderzoeken. In bepaalde gevallen zal het medisch attest worden omgevormd tot een geschiktheidsattest (*fit note*), waarin de arts optioneel kan aangeven wat de zieke werknemer nog wel kan doen tijdens de ziekteperiode.”

1. Bulletin nr. 024, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 216.

Bij de inschatting van het arbeidspotentieel van de arbeidsongeschikt erkende verzekerde door de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team van het ziekenfonds die op regelmatige tijdstippen tijdens de periode van erkende arbeidsongeschiktheid dient te gebeuren, zal deze door de behandelend arts meegedeelde informatie in aanmerking worden genomen.

Indien er wordt geoordeeld dat de verzekerde voldoende arbeidspotentieel heeft, gebeurt er een doorverwijzing met het oog op de opstart van een "Terug Naar Werk-traject". Zoals u weet, worden enerzijds de bestaande responsabiliserende maatregelen van toepassing op de arbeidsongeschikt erkende werknemers versterkt en worden anderzijds ook nieuwe responsabiliserende maatregelen ingevoerd, die, al naargelang van het geval, een verhoogde inhouding op het bedrag van de uitkering of een stopzetting van de toekenning van de uitkering inhouden wanneer de verzekerde de opgelegde verplichting zonder geldige rechtvaardiging niet naleeft.

IX. Instroom werklozen in de ziekte-uitkering

Erkenning van de arbeidsongeschiktheid – Wettelijke voorwaarden – Weerslag van de pathologie op het verdienvermogen – Datamining – Specifieke responsabiliserende maatregelen

Vraag nr. 354, gesteld op 14 juli 2025, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, door mevrouw DEMESMAEKER, volksvertegenwoordigster⁹

Terwijl de werkloosheidsuitkering beperkt wordt in de tijd, is dit niet het geval voor de ziekte-uitkering. De ziekte-uitkering is bovendien, in regel, financieel voordeliger dan het leefloon. Het risico bestaat dus dat een groep werklozen op oneigenlijke wijze zal proberen om naar de ziekte-uitkering door te stromen. Zeker als je weet dat periodes van gecontroleerde werkloosheid meetellen als gewerkte dagen voor de toekenning van het recht op de uitkering, en dat de arbeidsongeschiktheidsuitkering berekend wordt op basis van het laatste brutodagloon waar ook de werkloosheidsuitkering op gebaseerd is.

1. Welke maatregelen zult u nemen om te vermijden dat werklozen op een overmatige en/of oneigenlijke manier doorstromen naar de ziekte-uitkering?
2. Zullen er richtlijnen worden rondgestuurd naar de ziekenfondsen en de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GRI) wat betreft de erkenning van de arbeidsongeschiktheid en de invaliditeit van werklozen?
3. Is het mogelijk voor werklozen om op basis van een burn-out door te stromen naar de ziekte-uitkering?
4. Zult u werk maken van een actieve monitoring van de doorstroom van werklozen naar de ziekte-uitkering? Zo ja, welke cijfers zullen gemonitord worden? In 2021 lukte het collega Valerie Van Peel niet om een antwoord te krijgen op de vraag hoeveel ziekte-uitkeringen door de ziekenfondsen geweigerd worden aan werklozen die de uitkering aanvragen. Beschikt het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering ondertussen wel over deze cijfers?
5. Lijkt het u wenselijk en haalbaar om dagen van gecontroleerde werkloosheid niet langer te laten meerekenen als gewerkte dagen voor het recht op de ziekte-uitkering?
6. Zullen de terug-naar-werk-trajecten speciale aandacht besteden aan de personen die vanuit de werkloosheid instromen in de ziekte-uitkering? Zo ja, op welke manier?

9. Bulletin nr. 024, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 220.

Antwoord

Om aanspraak te kunnen maken op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen moet de verzekerde arbeidsongeschikt worden erkend en deze erkenning is slechts mogelijk als de vereiste wettelijke voorwaarden zijn vervuld (o.a. een vermindering van het verdienvermogen tot een derde of minder dan een derde in vergelijking met wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen in de beroepen die de betrokkene zou kunnen verrichten op basis van de genoten beroepsopleiding (“referentieberoepen”). Deze erkenning van de arbeidsongeschiktheid vloeit op zich niet voort uit louter de aanwezigheid van een bepaalde pathologie, maar uit de weerslag van deze pathologie op het verdienvermogen van de verzekerde. De verschillende te vervullen voorwaarden van arbeidsongeschiktheid zijn omschreven in artikel 100, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 en zijn van toepassing zowel op de verzekerden verbonden door een arbeidsovereenkomst als op de verzekerden die niet verbonden zijn door een arbeidsovereenkomst.

Er wordt voorzien in de oprichting van een databank die vanaf 1 januari 2026 de verschillende verstuurd elektronische getuigschriften van arbeidsongeschiktheid (in eerste instantie de getuigschriften verzonden naar de verzekeringsinstellingen) zal bewaren. Op basis van deze databank zal het mogelijk zijn om datamining te doen. Deze datamining zal betrekking hebben op alle elektronische getuigschriften van arbeidsongeschiktheid, dus ook de getuigschriften van verzekerden die niet verbonden zijn door een arbeidsovereenkomst.

In uitvoering van het regeerakkoord worden voorts specifieke responsabiliserende maatregelen voor de verzekerden zonder arbeidsovereenkomst in het kader van de Terug Naar Werk-trajecten voorzien. Op voorwaarde van de aanwezigheid van een voldoende arbeidspotentieel moet de betrokkene:

- zich binnen veertien dagen na de doorverwijzing inschrijven bij de bevoegde dienst of instelling van de gewesten en de gemeenschappen die deelneemt aan de socioprofessionele re-integratie met het oog op een begeleiding door deze dienst of instelling
- een gevolg geven aan de uitnodiging van de begeleider van de bevoegde dienst of instelling van de gewesten en de gemeenschappen die deelneemt aan de socioprofessionele re-integratie of van een partner van de voormelde dienst of instelling voor een contactmoment in het kader van zijn re-integratie.

Er wordt voortdurend gewerkt aan een meer uitgebreide gegevensverzameling door mijn administratie en de verzekeringsinstellingen. De huidige beschikbare cijfers laten niet toe een precies antwoord te formuleren op de vraag hoeveel uitkeringen door de ziekenfondsen geweigerd worden aan werklozen die de uitkering aanvragen.

In onderstaande tabel vindt u gegevens over het aantal verzekerden die gedurende de periode 2019-2023 arbeidsongeschikt zijn erkend met een opsplitsing tussen het aantal “actieven” en het aantal “werklozen”.

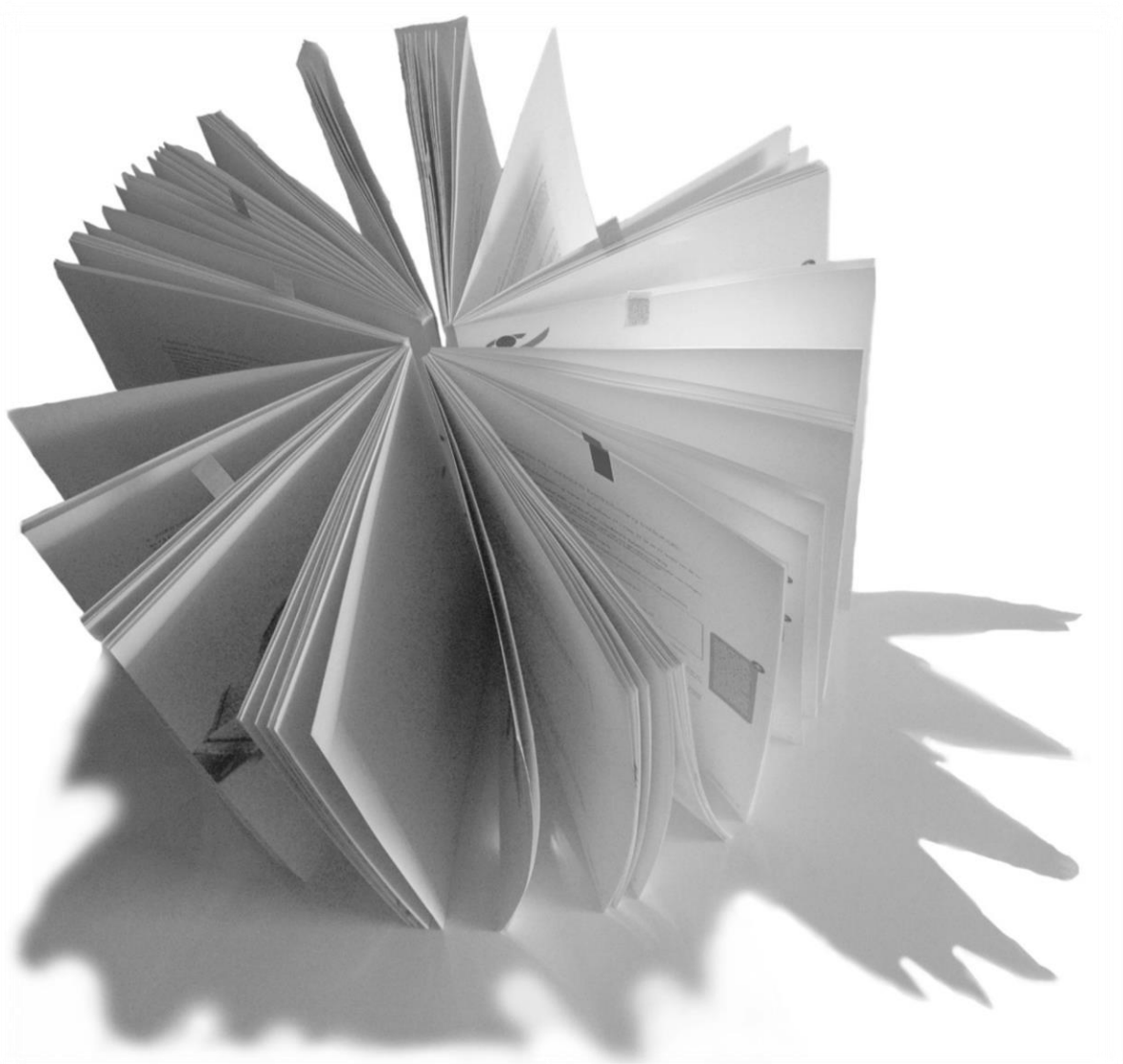
Intredes PAO	2019	2020	2021	2022	2023
Actief	394.581	404.578	411.772	410.636	410.912
Werkloos	64.057	42.589	42.724	43.417	40.835
Totaal	458.638	447.167	454.496	454.053	451.747

Intredes PAO	2019	2020	2021	2022	2023
Actief	86 %	90 %	91 %	90 %	91 %
Werkloos	14 %	10 %	9 %	10 %	9 %
Totaal	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Ten slotte ben ik geen voorstander van de piste om de dagen van gecontroleerde werkloosheid niet langer als met arbeidsdagen gelijkgestelde dagen in aanmerking te nemen voor het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Dit zou immers betekenen dat het recht voor een hele grote groep van werklozen wordt ontnomen om, bij arbeidsongeschiktheid, nog een beroep te doen op de toekenning van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ten laste van de uitkeringsverzekering (sector van de sociale zekerheid). Er is reeds een zeer ingrijpende hervorming van de werkloosheidsverzekering voorzien die het recht op werkloosheidsuitkeringen inperkt en de groep van gerechtigden op uitkeringen op grond van de toekenning van werkloosheidsuitkeringen (de “gecontroleerde werkloze gerechtigden” binnen de uitkeringsverzekering) sterk zal doen dalen. Het is niet opportuun om tijdens de in de tijd beperkte periode van vergoede werkloosheid deze verzekerden ook hun recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te ontnemen. Niemand kiest ervoor om ernstig ziek te worden.

4^{de} Deel

Richtlijnen



De toekenning van een werkhervattingspremie door de uitkeringsverzekering

I. Inleiding

Artikel 110/1 van de gecoördineerde wet

¹ voorziet in de toekenning van een werkhervattingspremie van 1.000 EUR aan de werkgever bij wie een gerechtigde die zich in het tijdvak van invaliditeit bevindt, een activiteit met toelating van de adviserend arts hervat.² Dit bedrag wordt verhoogd naar 1.725 EUR op voorwaarde dat zowel de periode gedekt door de toestemming van de adviserend arts als de werkhervatting bij de werkgever op grond van deze toestemming ten vroegste aanvatten op 1 januari 2024.³

De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad⁴, de voorwaarden waaronder deze werkhervattingspremie wordt toegekend. De toekenningsvoorwaarden van de werkhervattingspremie ten laste van de uitkeringsverzekering worden bepaald onder titel III van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, in de artikelen 245*duodecies* tot 245*quaterdecies* (die het hoofdstuk VI vormen).

De verzekeringsinstelling die bevoegd is om deze premie te betalen, is deze waarbij de gerechtigde is aangesloten of ingeschreven aan het einde van de voor het verkrijgen van de premie te rechtvaardigen periode van toegestane werk en die is vastgesteld op drie maanden.⁵

De werkgever kan slechts één enkele premie krijgen voor dezelfde werknemer.⁶

Deze maatregel is ook van toepassing op een gerechtigde die als invalide is erkend in het kader van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen. Artikel 38/1 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 bepaalt:

- de toekenning van een werkhervattingspremie aan de werkgever bij wie een in het kader van het stelsel van de zelfstandigen invalide erkende gerechtigde met de toelating van de adviserend arts het werk hervat (art. 23 of art. 23*bis* van het K.B. van 20.07.1971), onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor werkgevers bij wie een in het kader van het stelsel van werknemers invalide erkende gerechtigde het werk hervat (eerste lid)
- de weigering van de toekenning van die laatste werkhervattingspremie indien de werkgever ook voor eenzelfde gerechtigde een recht op een werkhervattingspremie opent naar aanleiding van eenzelfde toegelaten werk dat wordt verricht met de toelating van de adviserend arts in het kader van het stelsel van de werknemers (tweede lid).

1. Art. 110/1 van de Gec. W. werd ingevoegd bij de programmawet van 26.12.2022 (B.S., 30.12.2022) in het kader van de uitvoering van de beslissingen genomen tijdens het begrotingsconclaaf (begrotingsnotificaties 2023 - 2024).

2. Deze maatregel geldt zowel voor werknemers die al met de werkgever bij het begin van de arbeidsongeschiktheid verbonden zijn door een arbeidsovereenkomst als voor nieuwe werknemers die daarna in dienst worden genomen.

3. Art. 171 en 172 van de programmawet van 22.12.2023 (B.S., 29.12.2023).

4. Het K.B. van 17.07.2023 (B.S., 31.07.2023).

5. Art. 245*duodecies*, § 1, 4°, en art. 245*quaterdecies*, § 2, van het K.B. van 03.07.1996.

6. Art. 245*terdecies* van het K.B. van 03.07.1996.


Bij koninklijk besluit van 28 september 2025 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 wat betreft de werkhervattingspremie, is beslist de maatregel structureel te verankeren. Dit betekent dat de voordien voorziene einddatum (de toegestane werkhervatting moest uiterlijk op 31.03.2025 zijn aangevat en de drie maanden toegestane arbeid moesten vóór 01.10.2025 zijn verricht) wordt opgeheven en de maatregel voortaan van onbepaalde duur is. Tevens wordt bepaald dat de aanvraag tot toekenning van de werkhervattingspremie door de werkgever vanaf 1 januari 2026 enkel via het elektronische circuit kan worden ingediend.

II. Algemene voorwaarden

2.1. [Begin van de periode gedekt door de toelating verstrekt door de adviserend arts en van de toegelaten activiteit](#)


Zowel de periode gedekt door de toelating van de adviserend arts als de werkhervatting bij deze werkgever op grond van deze toelating vatten aan tijdens het tijdvak van invaliditeit vanaf 1 april 2023.

In dit kader moet er worden opgemerkt dat de datum van de beslissing van de adviserend arts niet determinerend is en dus in voorkomend geval vóór de aanvang van de periode van invaliditeit (en vóór 01.04.2023) kan liggen.

 *Voorbeeld:* een werknemer is arbeidsongeschikt erkend vanaf 1 april 2022. Hij verzendt op 1 maart 2023 de aanvraag tot toelating naar de adviserend arts om met ingang van 3 april 2023 een activiteit als loontrekkende tijdens het tijdvak van arbeidsongeschiktheid te hervatten. Op 28 maart 2023 verleent de adviserend arts de toelating aan de verzekerde om vanaf 3 april 2023 het werk te hervatten. Op 3 april 2023 verricht de betrokkene de eerste dag van werkhervatting.

⇒ Het gegeven dat de adviserend arts zijn beslissing heeft genomen vóór de aanvang van de periode van invaliditeit (én vóór 01.04.2023), doet geen afbreuk aan de mogelijkheid om een recht op de werkhervattingspremie te openen.

Als de werknemer de desbetreffende activiteit al met de toelating van de adviserend arts tijdens de periode van primaire ongeschiktheid heeft uitgeoefend en deze activiteit definitief heeft stopgezet tijdens de periode van primaire ongeschiktheid (of zelfs tijdens de periode van invaliditeit), opent de werkgever ook een recht op de werkhervattingspremie als deze verzekerde diezelfde activiteit opnieuw tijdens het tijdvak van invaliditeit op basis van een nieuwe toelating van de adviserend arts hervat vanaf 1 april 2023.

 *Voorbeeld:* een werknemer is arbeidsongeschikt erkend vanaf 1 april 2022. Met ingang van 1 september 2022 oefent hij een werkzaamheid met de toelating van de adviserend arts bij de werkgever X uit. Wegens een verergering van de gezondheidstoestand zet hij die werkzaamheid vanaf 1 december 2022 stop. Vanaf 15 mei 2023 hervat hij diezelfde werkzaamheid bij werkgever X met de toelating van de adviserend arts. Deze werkgever X opent een recht op de werkhervattingspremie (ten vroegste) op 15 augustus 2023.

In het kader van de verificatie van de voorwaarde dat zowel de periode gedekt door de toelating van de adviserend arts als de werkhervatting bij de werkgever op grond van deze toelating tijdens het tijdvak van invaliditeit moeten aanvatten, wordt bepaald dat indien de toegelaten arbeid evenwel wordt voorafgegaan door een periode van niet toegelaten arbeid (bedoeld in art. 101 van de Gec. W. van 14.07.1994) bij dezelfde werkgever, de begindatum van de werkhervatting bij deze werkgever tijdens de periode van erkende arbeidsongeschiktheid in aanmerking wordt genomen om na te gaan of deze voorwaarde is vervuld.

Zonder deze aanpassing zou de voormelde voorwaarde in het volgende voorbeeld vervuld zijn, hoewel de werkhervatting bij deze werkgever feitelijk al tijdens de primaire ongeschiktheid is aangevat (intrede in invaliditeit op 15.12.2025):

- niet toegelaten arbeid: vanaf 1 november 2025 tot en met 31 december 2025
- toegelaten arbeid: vanaf 1 januari 2026 tot en met 30 juni 2026.

2.2. Tewerkstellingen die een recht op de werkhervattingspremie openen en de noodzakelijke duur van de betrokken tewerkstelling

De werknemer verricht de toegestane arbeid gedurende **ten minste drie maanden** op basis van:


- een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde duur
- een arbeidsovereenkomst voor bepaalde duur die bij de aanvang van de toegestane arbeid een verwachte duur heeft van ten minste drie maanden, berekend van datum tot datum
- een overeenkomst in het kader van een alternerende opleiding ('leerling') die bij de aanvang van de toegelaten arbeid een verwachte duur heeft van ten minste drie maanden, berekend van datum tot datum
- een tijdelijke aanstelling voor bepaalde duur in een onderwijsinstelling van de Gemeenschappen, provincies, instellingen ondergeschikt aan de provincies, gemeenten, samenwerkingsverbanden van gemeenten en instellingen van openbaar nut die bij aanvang van de toegelaten arbeid een verwachte duur heeft van ten minste drie maanden, berekend van datum tot datum
- een tijdelijke aanstelling voor onbepaalde duur in een onderwijsinstelling van de Gemeenschappen, provincies, instellingen ondergeschikt aan de provincies, gemeenten, samenwerkingsverbanden van gemeenten en instellingen van openbaar nut
- een statutaire benoeming
- een stage met het oog op een statutaire benoeming in de openbare sector.

⇒ *Eventuele gelijkstelling met toegelaten werk:*

De uren waarin de gerechtigde geen arbeid verricht en waarvoor de werkgever loon, het vakantiegeld of de aanvulling of het voorschot overeenkomstig de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12bis of nr. 13bis betaalt, evenals de uren wettelijke vakantie en de uren vakantie krachtens algemeen verbindend verklaarde collectieve arbeidsovereenkomst die zijn opgenomen door de gerechtigde en die worden betaald krachtens de regeling van de jaarlijkse vakantie van de werknemers, worden gelijkgesteld met uren van effectief verrichte toegelaten arbeid.

In de ZIMA 002 in aanmerking te nemen prestatiecodes :

Code	Benaming
1	alle arbeidstijdgegevens gedekt door loon met RSZ-bijdragen, met uitzondering van de wettelijke en bijkomende vakantie van arbeiders
2	wettelijke vakantie voor arbeiders
3	bijkomende vakantie voor arbeiders
4	afwezigheid eerste dag wegens slecht weer bouwbedrijf (onvolledig loon)
5	betaald educatief verlof of Vlaams Opleidingsverlof
10	gewaarborgd loon tweede week; feestdagen en vervangingsdagen tijdens periode van tijdelijke werkloosheid; functie van rechter sociale zaken
11	arbeidsongeschiktheid met aanvulling of voorschot overeenkomstig de CAO 12bis/13bis
12	vakantie krachtens algemeen verbindend verklaarde CAO of inhaalrust
14	aanvullende vakantiedagen bij activiteitsaanvang of -hervatting
16	overgedragen vakantiedagen opgenomen binnen de 12 maanden (vanaf 01.01.2025)
17	overgedragen vakantiedagen opgenomen tijdens de periode van de 13e tot de 24e maand (vanaf 01.01.2026)
20	onbezoldigde dagen inhaalrust in het raam van maatregelen tot vermindering van de arbeidstijd met verhoogd uurloon
41	dagen van bezoldigde volledige afwezigheid in de stand non-activiteit
42	dagen van volledige terbeschikkingstelling met wachtwedde en met behoud van het recht op weddenverhoging
80	niet te recupereren overuren die vrijgesteld zijn van sociale zekerheidsbijdragen
101	vaardagen van zeevarenden in de koopvaardijsector, de baggerwerken of de maritieme sleepdiensten en van zeevarenden die werkzaamheden voor installatie en onderhoud op zee uitvoeren (vanaf 01.01.2018)
102	verlofdagen van zeevarenden in de koopvaardijsector, de baggerwerken of de maritieme sleepdiensten en van zeevarenden die werkzaamheden voor installatie en onderhoud op zee uitvoeren (vanaf 01.01.2018)

 **Opmerking:** de periode die wordt gedekt door de uitgestelde bezoldiging die in de onderwijssector wordt toegekend, kan niet in aanmerking worden genomen bij het voldoen aan de voorwaarde die bepaalt dat de duur van de toegelaten activiteit ten minste drie maanden is.

⇒ *Mogelijke verlenging van de periode van drie maanden:*

Indien de gerechtigde tijdens de voormelde periode van drie maanden één of meerdere kalendermaanden geen enkel uur toegelaten werk heeft verricht, wordt deze periode van drie maanden verlengd met het aantal maanden dat overeenstemt met het aantal kalendermaanden waarin geen enkel uur toegelaten werk is verricht.

⇒ *Onderbreking(en) tijdens de periode gedekt door de toestemming van de adviserend arts:*

Er kan rekening worden gehouden met verschillende periodes van door de adviserend arts toegelaten tewerkstelling om de minimale duur van drie maanden toegelaten werk aan te tonen. Het feit dat het in voorkomend geval zelfs gaat om een herval in invaliditeit (met dus een periode van toegelaten activiteit tijdens de 'eerste' periode van arbeidsongeschiktheid en een periode van toegelaten werk gedurende de 'tweede' periode van arbeidsongeschiktheid (na het herval)), doet hieraan geen afbreuk. Het is uiteraard wel noodzakelijk dat ook voor de 'eerste' periode van toegelaten werk alle vereiste reglementaire voorwaarden vervuld zijn (zo moeten bijvoorbeeld de begindatum van deze eerste periode gedekt door de toelating en de eerste dag van deze werkhervatting in het kader van deze (eerste) toelating zich in het tijdvak van invaliditeit bevinden).

➤ *Voorbeeld:* een werknemer verricht vanaf 1 juni 2025 tijdens een periode van invaliditeit een werkzaamheid bij een werkgever X met de toelating van de adviserend arts. Vanaf 1 augustus 2025 zet hij de werkzaamheid wegens een verergering van de gezondheidstoestand stop (= beëindiging van de toelating van de adviserend arts). Op 1 december 2025 is zijn gezondheidstoestand voldoende hersteld en oefent hij opnieuw deze werkzaamheid bij de werkgever X met de toelating van de adviserend arts uit. Op 1 januari 2026 opent de werkgever X een recht op de werkhervattingspremie.

⇒ *Beoogd en uitgesloten werk:*

✓ Beoogd werk:

- een bezoldigde arbeid die valt onder de Belgische sociale zekerheid voor werknemers (RSZ-wet van 27.06.1969 - onderworpen aan minstens één sector (dus ook een statutaire tewerkstelling))
- een gelijkaardige activiteit die onderworpen is aan de socialezekerheidswetgeving van een vreemd land waarmee België verbonden is door een internationaal of supranationaal instrument inzake coördinatie van sociale zekerheid
- een gelijkaardige activiteit in dienst van een internationale of supranationale organisatie.

X Uitgesloten werk:

- een tewerkstelling verricht buiten het normale arbeidscircuit in een onderneming die valt onder paritair comité 327 voor beschutte werkplaatsen, sociale werkplaatsen en maatwerkbedrijven
- een flexi-job
- gelegenhedswerk (bedoeld in art. 8bis of 31ter van het K.B. van 28.11.1969 tot uitvoering van de wet van 27.06.1969 tot herziening van de besluitwet van 28.12.1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders of art. 2/4 van de wet van 27.06.1969 tot herziening van de besluitwet van 28.12.1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders)
- een tewerkstelling die al lopende is bij het begin van de periode van arbeidsongeschiktheid en waarvoor de toepassing van de RSZ-wet van 27 juni 1969 beperkt is tot de sector van de geneeskundige verzorging voor wat betreft de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering
- een tewerkstelling als vrijwillig brandweerman, vrijwillig ambulancier of vrijwilliger van de civiele bescherming.

III. Procedure

3.1. Aanvraag

De werkgever stuurt een elektronische aanvraag naar de verzekeringsinstelling (**ten vroegste** na het einde van de (eerste) drie maanden van aangepast werk).

Als het niet mogelijk is om een dergelijke aanvraag elektronisch in te dienen, moet de werkgever een papieren formulier (model als bijlage 1) gebruiken om de ondertekende aanvraag te versturen. **Vanaf 1 januari 2026 is het evenwel niet langer mogelijk voor de werkgever om een papieren formulier in te dienen.**

Op straffe van verval moet de aanvraag worden ingediend uiterlijk twee jaar na het einde van de kalendermaand waarin de derde maand van toegelaten werk is verricht.

3.2. Verificatie en beslissing

De verzekeringsinstelling waarbij de werknemer is aangesloten op het einde van de voormelde periode van drie maanden toegestane werk, onderzoekt de door de werkgever ingediende aanvraag en brengt hem haar beslissing ter kennis (model als bijlage 2 of 3).

Daartoe gaat de verzekeringsinstelling na of aan de voorwaarden is voldaan op basis van de informatie die de werkgever haar rechtstreeks of via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid bezorgt.

⇒ *Beroep(stermijn) bij de arbeidsrechtbank (zie bijlage 3)*

A. PERIODE VAN DRIE MAANDEN⁷ ALS DE WERKGEVER EEN "SOCIAAL VERZEKERDE" (EEN NATUURLIJK PERSOON) IS⁸:

*"De Arbeidsrechtbank neemt kennis van geschillen betreffende de rechten en verplichtingen van de personen (en hun rechtverkrijgenden) die, buiten een arbeidsovereenkomst of een leerovereenkomst, het voordeel genieten van de wetten en verordeningen bedoeld onder 1° (o.a., de socialezekerheidswetgeving)."*⁹.

B. PERIODE VAN ÉÉN MAAND ALS DE WERKGEVER GEEN "SOCIAAL VERZEKERDE" (RECHTSPERSOON) IS¹⁰:

*"Zonder afbreuk te doen aan de bepalingen van artikel 52, § 3, behoren de betwistingen in verband met de rechten en plichten voortvloeiend uit de wetgeving en reglementering betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tot de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank. De bestreden administratieve rechtshandelingen moeten, op straffe van verval, binnen een maand na de kennisgeving ervan aan de bevoegde arbeidsrechtbank voorgelegd worden."*¹¹

7. Art. 23 van de wet van 11.04.1995 tot invoering van het "Handvest" van de sociaal verzekerde.

8. Sociaal verzekerden in de zin van art. 2, eerste lid, 7°, van de wet van 11.04.1995 tot invoering van het "Handvest" van de sociaal verzekerde: "de natuurlijke personen die recht hebben op sociale prestaties, er aanspraak op maken of er aanspraak op kunnen maken, hun wettelijke vertegenwoordigers en hun gemachtigden" en vermeldingen bedoeld in art. 14 van dezelfde wet.

9. Art. 580, 3°, van het Ger. W. waarnaar art. 628, eerste lid, 14°, van het Ger. W. verwijst (wat de territoriale bevoegdheid betreft).

10. Verzekerden in de zin van art. 2, eerste lid, 7°, van de wet van 11.04.1995 tot invoering van het "Handvest" van de sociaal verzekerde: "de natuurlijke personen die recht hebben op sociale prestaties, er aanspraak op maken of er aanspraak op kunnen maken, hun wettelijke vertegenwoordigers en hun gemachtigden".

11. Art. 167, eerste en tweede lid, van de Gec. W. van 14.07.1994.

IV. Betaling

De verzekeringsinstelling betaalt de premie aan de werkgever na te hebben nagegaan dat alle voorwaarden zijn vervuld.

De verzekeringsinstelling gaat over tot deze betaling uiterlijk op het einde van de tweede kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin de werkgever de aanvraag heeft ingediend.

Als de werkgever echter slechts een volledige aanvraag indient na de kalendermaand waarin het einde van de voormelde periode van drie maanden van toegelaten arbeid zich bevindt, verricht de verzekeringsinstelling de betaling uiterlijk de laatste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de kalendermaand waarin de werkgever de voormelde volledige aanvraag heeft ingediend.

V. Fiscale fiche

Met betrekking tot het opstellen van de fiscale fiches, evenals de eventuele rectificaties ingevolge een terugvordering van de werkhervattingspremie die aan een werkgever is toegekend, heeft de Federale Overheidsdienst Financiën verduidelijkt:

Als en voor zover deze werkhervattingspremie inderdaad een belastbaar beroepsinkomen kan uitmaken bij de ontvanger, moet zij vermeld worden op een fiche 281.50.

Meer info over deze fiche, inclusief de gevallen waarin er geen fiche 281.50 moet opgesteld worden, kan u vinden in het Bericht aan de schuldenaars 281.50



(<https://www.minfin.fgov.be/myminfin-web/pages/public/fisconet/compare/9dd2009b-df17-4f77-ba9e-b17035b407ca/030a8595-3eea-4b9e-9a50-b15b14ae5ff7/030a8595-3eea-4b9e-9a50-b15b14ae5ff7>).

Bij een terugvordering van een premie in hetzelfde belastbaar tijdperk als dat waarin de premie werd toegekend, mag de terugvordering rechtstreeks worden aangerekend op de bedragen die ten onrechte werden toegekend, zodat alleen het positief verschil vermeld moet worden op de fiche 281.50.

Indien er alsnog wordt voorzien in wetgeving die deze premie vrijstelt van inkomstenbelasting, moet de premie vermeld worden op een fiche 281.93 in de categorie 'toelagen, subsidies, leningen, premies, enz.'.

Van toepassing vanaf 1 november 2025.

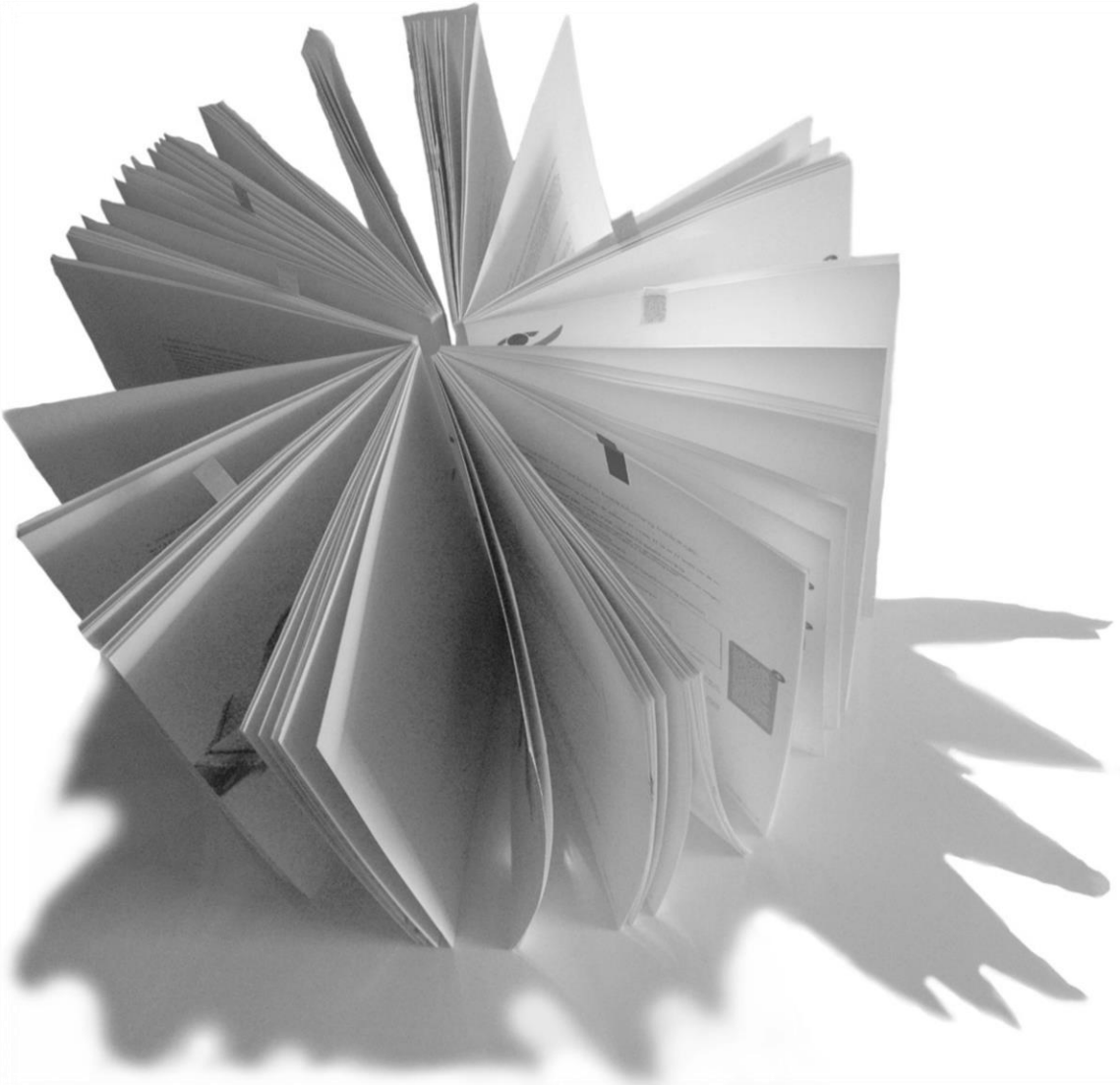
Vervangt omzendbrief V.I. nr. 2023/231 van 28 augustus 2023.



! Omzendbrief V.I. nr. 2025/253 – 442/5 van 31 oktober 2025.

5^{de} Deel

Basisgegevens



I. Door sommige gerechtigden te betalen bijdrage

Van toepassing vanaf 1 januari 2026.

Met ingang van 1 januari 2026 worden de bedragen van de persoonlijke bijdragen die sommige gerechtigden moeten betalen, aangepast aan de hoegroetheid van het indexcijfer der consumptieprijzen van 31 oktober 2025, namelijk 135,44 (basis 2013 = 100).

In de bijgevoegde tabellen kunt u kennis nemen van die nieuwe bedragen; zoals U kunt vaststellen, wordt in elke tabel verwezen naar de reglementaire teksten.

1. Bijdrage voor voortgezette verzekering

Artikelen 247 en 250 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

a) Bijdrage per werkdag:

- | | |
|---------------------|----------|
| ○ 21 jaar en ouder: | 2,27 EUR |
| ○ 18 tot 21 jaar: | 1,72 EUR |
| ○ 14 tot 18 jaar: | 1,14 EUR |

b) Bijdrage per volledige kalendermaand (dagbijdrage x 25):

- | | |
|---------------------|-----------|
| ○ 21 jaar en ouder: | 56,75 EUR |
| ○ 18 tot 21 jaar: | 43,00 EUR |
| ○ 14 tot 18 jaar: | 28,50 EUR |

Toepassingsdatum: 1 januari 2026

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100

2. Bijdrage van de studenten

Artikel 133 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Per kwartaal: 78,93 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2026

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100

3. Bijdrage van de personen die zijn ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen

Artikel 134 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, gewijzigd door het koninklijk besluit van 3 september 2000 (B.S. van 29.09.2000) tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. (gerechtigde bedoeld in art. 32, 1ste alinea, 15° van de gecoördineerde wet)

Per kwartaal:

Normaal: 931,12 EUR

Als inkomen < het grensbedrag van de jaarinkomens voorzien in artikel 134, 3° alinea van het koninklijk besluit van 3 juli 1996: 465,55 EUR

Als inkomen < het bedrag dat is vastgesteld om de verhoogde tegemoetkoming te genieten: 78,93 EUR

Als inkomen < het jaarbedrag van het bestaansminimum: 0,00 EUR

Als men recht heeft op een voordeel bedoeld in artikel 37, § 19, al. 1, 1°, 2° of 3° van de gecoördineerde wet: 0,00 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2026

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100

4. Bijdrage van de leden van de kloostergemeenschappen

Artikel 136*bis* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Per kwartaal:

a) Gerechtigde, jonger dan 65 jaar: 119,24 EUR

b) Gerechtigde, ouder dan 65 jaar: 34,09 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2026

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100


5. Bijdrage gewezen personeel van de openbare sector in Afrika

Artikel 135 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Per kwartaal: 53,70 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2026

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100

 Omzendbrief V.I. nr. 2025/255 – 270/102, 273/103, 274/104, 276/153, 2790/106, 2791/102, 2792/101 en 83/530 van 6 november 2025.

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

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

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

Berekening indexcijfer op 1 januari 2026


2024	gezondheidsindex	gemiddelde
maart	131,75	
april	130,85	
mei	131,42	
juni	131,92	131,49 (A)

2025	gezondheidsindex	gemiddelde
maart	135,91	
april	134,77	
mei	134,54	
juni	135,04	135,07 (B)

$$\frac{(B) = 135,07}{(A) = 131,49} \quad \mathbf{2,72 \%}$$

Berekening bedrag op 1 januari 2026

Basisbedrag	25,00 EUR	
Bedrag op	In EUR	
1 januari 2011	25,35	1,40 %
1 januari 2012	26,11	2,99 %
1 januari 2013	26,83	2,76 %
1 januari 2014	27,20	1,39 %
1 januari 2015	27,34	0,53 %
1 januari 2016	27,51	0,62 %
1 januari 2017	28,20	2,51 %
1 januari 2018	28,67	1,68 %
1 januari 2019	29,09	1,45 %
1 januari 2020	29,66	1,95 %
1 januari 2021	29,96	1,01 %
1 januari 2022	30,20	0,79 %
1 januari 2023	32,66	8,14 %
1 januari 2024	34,64	6,05 %
1 januari 2025	35,80	3,34 %
1 januari 2026	36,77	2,72 %

 Omzendbrief V.I. nr. 2025/257 – 65/36 van 12 november 2025.

III. Revalidatiesector: indexatie van de persoonlijke aandelen en van sommige revalidatieforfaits op 1 januari 2026

Van toepassing vanaf 1 januari 2026.

Op 20 oktober 2025 keurde de Algemene Raad van het RIZIV de gezondheidszorgbegroting voor 2026 goed. Deze begroting voorziet een gezondheidsindex van 2,72 % voor de verzekering voor geneeskundige verzorging.

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

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

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

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

2.1. De dag van opneming.

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

- a) De **rechthebbenden** die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming: met 7,18 EUR;
- b) De **kinderen** die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging (exclusief de kinderen bedoeld onder a)): met 34,45 EUR;
- c) De **gerechtigden** die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde werklozen zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, d.w.z. dat ondermeer samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste: met 34,45 EUR;
- d) De andere rechthebbenden: met 47,47 EUR.


2.2. Vanaf de tweede dag

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

- a) De **rechthebbenden** op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met 7,18 EUR;
- b) De **kinderen** die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 7,18 EUR;
- c) De **andere** rechthebbenden: met 20,20 EUR.

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

De tegemoetkoming bedraagt 1,68 EUR/km.

 Omzendbrief V.I. 2025/269 – 370/2471 en 3910/2321 van 25 november 2025.

IV. Persoonlijk aandeel van de patiënt in geval van opname in een ziekenhuis: bedragen vanaf 1 januari 2026

Van toepassing vanaf 1 januari 2026.

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

1. De dag van opname:

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

- a) de rechthebbenden die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming: met 7,18 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging (exclusief de kinderen bedoeld onder a)): met 34,45 EUR;
- c) de gerechtigden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde werklozen zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, d.w.z. dat o.m. samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste: met 34,45 EUR;
- d) de andere rechthebbenden: met 47,47 EUR.

2. Vanaf de tweede dag:

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

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met 7,18 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 7,18 EUR;
- c) de andere rechthebbenden: met 20,20 EUR.

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

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

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met 7,18 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 7,18 EUR;
- c) de gerechtigden die hetzij personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij bij gerechtelijke beslissing of notariële akte gehouden zijn alimentatiegeld te betalen, alsook voor de personen te hunnen laste: met 7,18 EUR;
- d) de andere rechthebbenden: met 20,20 EUR.

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

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

- a) de gerechtigde met personen ten laste, de gerechtigde op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en gelijkgestelde werklozen) met personen ten laste en diegenen die gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte, alsook voor hun personen ten laste: met 7,18 EUR;
- b) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en de daarmee gelijkgestelde werklozen) die geen personen ten laste hebben in de verzekering van geneeskundige verzorging, of die niet gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte: met 20,20 EUR;
- c) de andere rechthebbenden: met 33,67 EUR.



Omzendbrief V.I. 2025/276 – 170/1181, 175/606 en 176/547 van 27 november 2025.

Redactiecomité

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

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponible en français