

De gezondheidszorg

Of wat je moet weten over je sociale bescherming

Inhoud

Waarover gaat het?	2
Heb ik recht op deze verzekering?.....	3
Hoe word je terugbetaald?.....	5
Verhoogde tegemoetkoming? (OMNIO-statuu)	6
Uitkeringen bij ziekte en moederschapsverlof.....	7

Waarover gaat het?

De sector van de "**gezondheidszorg en uitkeringen**" is een van de luiken van de Belgische sociale zekerheid (naast bijvoorbeeld de werkloosheid).

Dankzij de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen heb je recht op de terugbetaling van heel wat medische prestaties en uitkeringen in geval van arbeidsongeschiktheid of moederschapsverlof.

De verzekering voor geneeskundige verzorging omvat...

- Het raadplegen van een **huisarts** of een **specialist**
- Een raadpleging bij een verstrekker **van paramedische handelingen** (tandarts, fysiotherapeut, logopedist, psycholoog, enz.)
- Het aankopen van **medicatie** op voorschrift
- Verzorging en opname in een **ziekenhuis** of rusthuis
- ...

Deze medische handelingen zijn bij Koninklijk Besluit op een lijst geplaatst die door het [RIZIV](#) (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) beheerd en constant bijgewerkt wordt.

De medische handelingen die in deze **nomenclatuur** worden vermeld geven recht op een terugbetaling. In tegenstelling tot andere verrichtingen waarvoor een bijkomende verzekering nodig is om vergoed te worden (bv. voor een raadpleging bij een psycholoog).

Maar de zorgen die een arts verstrekt, worden enkel volgens het wettelijk tarief vergoed als de arts **geconventioneerd** is. Niet geconventioneerde artsen, mogen de patiënt meer dan het normale tarief aanrekenen en zeker als de patiënt in het ziekenhuis opgenomen wordt. Informeer je dus eerst bij het ziekenfonds voor je bij een arts op consultatie gaat.

De verzekering uitkeringen

Deze verzekering verstrekt een vervangingsinkomen tijdens een ziekteverlof van meer dan één maand. Ook het moederschapsverlof en vaderschapsverlof worden door deze verzekering gedekt.

Heb ik recht op deze verzekering?

Om recht te hebben op de verzekering gezondheidszorg en uitkeringen moet je **verschillende voorwaarden** tegelijkertijd vervullen:

1. Je moet aangesloten zijn bij een ziekenfonds.
2. Je moet de wachttijd doorlopen hebben.
3. Je moet een minimaal bedrag aan RSZ-bijdragen betaald hebben.

1. Je moet aangesloten zijn bij een ziekenfonds

Het lidmaatschap van een ziekenfonds is geen wettelijke verplichting. Maar het is wel belangrijk om **lid te worden**. Het is immers alleen door lid te worden dat je recht hebt op de terugbetaling van zorgverstrekkingen in geval van ziekte of een ziekenhuisopname. Dat geldt ook voor de uitkeringen in geval van arbeidsongeschiktheid of moederschapsverlof/vaderschapsverlof.

Voor sommige mensen is het niet noodzakelijk om lid te worden van een ziekenfonds omdat ze "**ten laste**" zijn van een persoon die zelf titularis (=rechthebbende) is bij een ziekenfonds. Het is daarom een goed idee om te bepalen wie zich als titularis moet inschrijven en wie "ten laste" kan zijn.

Inschrijving als titularis

Het is belangrijk om in de volgende gevallen persoonlijk lid te worden van een ziekenfonds:

- o **Je bent werknemer:**
alle werknemers (arbeiders en bedienden), ongeacht hun leeftijd
- o **Je bent werkloze:**
alle werkloze personen die ingeschreven zijn als werkzoekende
- o **Je bent student** en meer 25 jaar oud (behalve bepaalde uitzonderingen)
- o **Je bent een expat**
- o **Je bent zelfstandige**
- o **Je bent ingeschreven in het Rijksregister**
Dit is een categorie voor mensen die geen ander statuut hebben of met zeer lage inkomens. Je moet in België verblijven en bewijzen dat je ingeschreven bent in het Rijksregister van natuurlijke personen.
- o Maar ook: grensarbeiders, invaliden, onthaalouders, mensen met een handicap, gepensioneerden, weduwnaars en weduwes, wezen, Niet-Begeleide Minderjarigen (NBM).

Personen ten laste

Sommige mensen zonder inkomen of met zeer lage inkomens kunnen bij het ziekenfonds ingeschreven worden als "ten laste" van een titularis. Deze personen genieten van dezelfde bescherming als de titularis. Het betreft:

- o **de echtgeno(o)t(e)**
zonder eigen inkomen of met een inkomen van minder dan 2.325,99 € per kwartaal (*bedrag geïndexeerd op 1 januari 2013*). Deze moet wel dezelfde woonplaats hebben als de titularis.
Opgelet: een getrouwde echtgenoot, maar gescheiden van tafel en bed, blijft altijd ten laste als hij/zij de voogdij over een kind heeft.
- o **de samenwonende** (= maakt deel uit van het gezin, te bewijzen met een attest van 'gezinssamenstelling')

zonder eigen inkomen of met een inkomen van minder dan 2.325,99 € per kwartaal. Samenwonende personen van minder dan 25 jaar die samenwonen met een persoon (behalve zijn ouders) kunnen ten laste van de titularis ingeschreven worden indien de titularis geen familielid tot de 3^{de} graad is.

- o **een kind**
van minder dan 25 jaar zonder eigen inkomen of met een inkomen dat een bepaald plafond niet overschrijdt.
- o **ouders en grootouders**
zonder eigen inkomen of met een inkomen van minder dan 2.325,99 € per kwartaal. Deze moeten wel dezelfde woonplaats hebben als de titularis.

Bij welk ziekenfonds moet ik mij aansluiten?

Je kan vrij kiezen bij welke mutualiteit je wilt aansluiten en het staat vrij om dit later te wijzigen.

Er zijn vijf federaties van ziekenfondsen met een groot aantal kantoren op het Belgische grondgebied:

- o Landsbond der Christelijke Mutualiteiten
- o Landsbond van Liberale Mutualiteiten
- o Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
- o Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen
- o Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
- o Het is ook mogelijk om zich in te schrijven bij Hulpkas voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering (HZIV).

2. De wachttijd

Normaal heb je recht op de verzekering gezondheidszorg en uitkeringen van zodra je ingeschreven bent bij een ziekenfonds.

Maar in sommige uitzonderlijke gevallen moet je eerst een wachttijd van zes maanden doorlopen. Deze maatregel geldt voor mensen die tijdens een eerdere inschrijving hun bijdragen niet betaald hebben.

Pas na afloop van deze wachttijd hebben ze weer recht op de verzekering.

3. Je moet een minimaal bedrag aan RSZ-bijdragen betaald hebben

In sommige gevallen heeft de werknemer niet voldoende gewerkt en dus niet voldoende bijdragen betaald (over een periode van een jaar) om recht te hebben op terugbetalingen van de verzekering gezondheidszorg of op eventuele uitkeringen.

Om recht te hebben op deze verzekering moet je voldoende verdienen en daarop sociale zekerheidsbijdragen betalen. Als je sociale bijdragen onder het **minimumbedrag** uitkomen **moet je een toeslag betalen**. Het exacte bedrag wordt door het ziekenfonds meegedeeld.

Je rechten in verband met de verzekering gezondheidszorg en uitkeringen voor het jaar 2014 worden berekend op basis van je sociale bijdragen tijdens 2013. Je moet dan minstens **6007,28 € bruto verdiend hebben**. (als dat niet het geval is, zal je een toeslag moeten betalen).

Werklozen moeten voor 2013 minstens **240 gecontroleerde dagen werkloosheid** kunnen aantonen om in 2014 recht te hebben op de verzekering gezondheidszorg en uitkeringen.

Hoe word je terugbetaald?

Er bestaan **drie terugbetalingssystemen**: het remgeld, de derde betaler en de maximumfactuur.

Het remgeld of eigen aandeel

Dit is het meest voorkomende systeem.

De patiënt betaalt de volledige prijs, van bijvoorbeeld een raadpleging, en met het door de zorgverlener verstrekte attest kan hij bij zijn ziekenfonds vragen om de sociale zekerheid een deel te laten terugbetalen.

Het deel dat je zelf moet betalen heet het remgeld.

De derde-betalersregel

De patiënt betaalt voor geneeskundige prestaties enkel het remgeld: het deel dat hij sowieso moet betalen. De zorgverstrekker fungeert als derde betaler en wordt rechtstreeks vergoed door het RIZIV.

Dit systeem wordt gebruikt door de **apothekers** en de **ziekenhuizen**.

De maximumfactuur

Dit systeem is een aanvulling op de twee andere systemen. Het dient om de kosten van de patiënt en diens gezin te beperken. Van zodra de remgelden een jaarlijks maximumbedrag overschrijden, worden de gezondheidszorgen voor de leden van het huishouden volledig terugbetaald.

Opgelet, bepaalde uitgaven worden niet volledig terugbetaald. Zoals de toeslagen van niet-geconventioneerde artsen.

Er bestaan verschillende systemen voor de maximumfactuur:

De sociale maximumfactuur

Dit wordt toegekend aan de begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorgen (zie verder: OMNIO-statuut).

Als de totale remgelden **450 €** bereiken, treedt de MAF in actie.

De maximumfactuur op basis van de inkomsten

Dit kan in principe aan alle gezinnen worden toegekend. Het jaarlijkse maximumbedrag voor het remgeld is afhankelijk van het belastbaar jaarlijks netto-inkomen van het gezin: hoe hoger de inkomsten, hoe hoger het jaarlijkse plafond (van **450 € tot 1800 €**).

Jonger dan 19 jaar?

Kinderen van minder dan 19 jaar hebben recht op een betere bescherming. Het jaarlijkse maximumbedrag voor remgeld bedraagt **altijd 650 €**, ongeacht het gezinsinkomen.

Maar als het plafond voor het gezin om een andere reden 450 € bedraagt (vb.: MAF op basis van de inkomsten), zal natuurlijk de 450 € van toepassing zijn (met inbegrip van de MAF voor personen van minder dan 19 jaar).

Verhoogde tegemoetkoming? (OMNIO-statuuat)

Met de programmawet van 24 december 2006 werd een nieuw statuut gecreëerd: **het OMNIO-statuuat** ter vervanging het RVV-statuuat (rechthebbende verhoogde tegemoetkoming).

Dit nieuw statuut is uitgebreider dan het RVV-statuuat omdat het geldt voor alle mensen met een bescheiden inkomen.

OMNIO geeft recht op een **hogere terugbetaling** voor gezondheidszorgen zoals raadplegingen, geneesmiddelen, ziekenhuisopnames...

En zoals we eerder al vermeldden in verband met de **sociale MAF** zijn de remgelden beperkt tot 450 € per jaar.

Voorwaarden

De belangrijkste voorwaarde om hier recht op te hebben is het **bruto jaarlijks gezinsinkomen**: een OMNIO-huishouden omvat altijd alle personen die op hetzelfde adres gedomicilieerd zijn op de 1^{ste} januari van het betreffende jaar (zelfs zonder dat ze een familieband hebben).

De activiteiten van de personen waaruit het gezin is samengesteld zijn daarbij niet van tel (werknemers, werklozen, zelfstandige, kinderen ten laste, enz...) De totale jaarlijkse bruto-inkomsten van alle gezinsleden mogen het volgende plafond niet overschrijden (bedragen geldig voor aanvragen in 2014):

- o 16.743,70 € voor de aanvrager
- o 3099,72 € extra per gezinslid

Concreet

1. **Bereken het plafond van het jaarlijkse bruto-inkomen** in 2013 voor jouw gezin: 16.743,70 € voor jezelf en 3.099,72 € voor elke bijkomend gezinslid dat officieel bij jou woonde op 1 januari 2014.
2. **Vergelijk dit bedrag met het totaal bruto gezinsinkomen** voor 2013 (beroepsinkomsten, roerende en onroerende inkomsten, pensioenen, uitkeringen, enz.,...).
3. **Als het bedrag lager is dan het plafond** of dit benadert **neem je best contact op met je ziekenfonds** om een aanvraag in te dienen.

* Sinds **1 januari 2014** wordt de verhoogde tegemoetkoming zonder inkomstenvoorwaarden toegekend aan personen met een leefloon van het OCMW, personen die recht hebben op de inkomstengarantie voor ouderen (IGO), personen met een handicap of gezinnen die recht hebben op een verhoogde kinderbijslag.

Uitkeringen bij ziekte en moederschapsverlof

Voorwaarden

Zoals we eerder al vermeldden zijn er drie voorwaarden om recht te hebben op de verzekering gezondheidszorgen en uitkeringen (p.3: Heb ik recht op deze verzekering?)

Om recht te hebben op de uitkeringen bij ziekte, zwangerschaps- en vaderschapsverlof moet je **bovendien** minstens **120 werkdagen** (of gelijkwaardig, zoals een periode van werkloosheid) over een periode van 6 maanden kunnen aantonen.

Voor **tijdelijke werkkrachten** en deeltijdse werknemers volstaat het dat ze **400 uur gewerkt hebben** op een termijn van 6 maanden. Onder bepaalde voorwaarden kan de periode van zes maanden worden uitgebreid tot maximaal 18 maanden.

De onderbreking

Een laatste verduidelijking is noodzakelijk. De **periode** tussen de datum van aanvang van de arbeidsongeschiktheid of het moederschapsverlof en de laatste werkdag (of daarmee gelijkgestelde dag) **mag niet meer dan dertig dagen bedragen**.

Ziekteverlof

Het loon of de uitkering tijdens afwezigheden wegens ziekte of ongeval verschilt afhankelijk van de duur. We onderscheiden drie periodes:

Het gegarandeerde loon

Tijdens de eerste periode wordt het loon van de werknemer betaald door de werkgever. De lengte van deze periode is afhankelijk van het statuut van de werknemer: arbeider / werknemer / huispersoneel, al dan niet tijdens de proefperiode, de duur van de arbeidsovereenkomst... De hoogte van het door de werkgever betaalde loon hangt ook af van dezelfde criteria.

Opgelet: als de werknemer aangeworven werd voor minder dan drie maanden of voor een contract van bepaalde duur van minder dan drie maanden en hij minder dan een maand anciënniteit heeft, moet de werkgever geen loon uitbetalen. De werknemer moet zich vanaf het begin van zijn ziekte tot zijn ziekenfonds wenden om een arbeidsongeschiktheidsuitkering aan te vragen.

NB: voor personen met een werkloosheidsuitkering gelden speciale regels. In dit geval is het ziekenfonds verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

De primaire arbeidsongeschiktheid

Deze periode begint na afloop van de periode met gegarandeerd loon en duurt het hele eerste jaar van arbeidsongeschiktheid. Tijdens deze periode wordt de arbeidsongeschiktheidsuitkering betaald door de ziekteverzekering.

Invaliditeitsuitkeringen

Vanaf het tweede jaar van de arbeidsongeschiktheid begint de derde periode. Het ziekenfonds blijft in de derde periode verantwoordelijk voor de uitbetaling van de uitkeringen. De hoogte van de uitkering verschilt wel met de periode van primaire arbeidsongeschiktheid.

Moederschapsverlof

Het moederschapsverlof duurt in principe 15 weken en bestaat uit twee periodes. Tijdens de volledige duur van het moederschapsverlof worden de uitkeringen betaald door het ziekenfonds. De hoogte van deze vergoedingen hangt af van je statuut (werknemer / werkloze) en je inkomen.

Het prenataal moederschapsverlof

Dit is een periode van ten minste 6 weken voor de vermoedelijke datum van bevalling.

Van deze 6 weken, zijn de eerste 5 optioneel. Het is de zwangere vrouw zelf die besluit om deze, volledig of gedeeltelijk, op te nemen of om deze op te sparen voor het postnataal verlof.

De laatste week voorafgaand aan de bevalling is wel verplicht. Dit betekent dus dat een zwangere vrouw tijdens deze week niet mag werken.

Het postnataal zwangerschapsverlof

Deze verplichte periode duurt 9 weken. Ze begint op de dag van de bevalling (of eventueel de daaropvolgende dag). De postnatale rustperiode kan eventueel worden uitgebreid met de niet opgenomen weken van het prenatale moederschapsverlof (zie hierboven).

Het vaderschapsverlof

De vader heeft ook recht op een vaderschapsverlof van **10 dagen**. Dit verlof moet worden opgenomen binnen de 4 maanden na de geboorte. De vader kan het verlof naar eigen goeddunken opsplitsen. Het loon van de eerste drie dagen van dit vaderschapsverlof wordt betaald door de werkgever. De resterende zeven dagen worden betaald door de ziekteverzekering.