



ZIEKTEVERZEKERING

1. DOELSTELLING VAN DE FICHE	2
2. ALGEMENE CONTEXT	2
3. VRAAG & ANTWOORD	2
4. TERMINOLOGIE EN BIJKOMENDE INFO	7

INFORMATIEFICHE



1. DOELSTELLING VAN DE FICHE

Deze fiche biedt informatie over de ziekte- en invaliditeitsverzekering [1] voor werkende verzoekers om internationale bescherming (VIB).

Steeds meer VIB werken en stellen daarom vragen rond ziekteverzekering en mutualiteiten [2].

De materie is complex en er zijn nog een aantal punten die verder verduidelijkt moeten worden. Met deze fiche willen we je alvast een leidraad bieden en informeren over wat momenteel al duidelijk is.

[1] Hieronder kortweg “ziekteverzekering” genoemd.

[2] Mutualiteit en ziekenfonds zijn synoniemen. In deze fiche kiezen we voor de term mutualiteit.

Meer weten?

Onderaan vind je een  [terminologielijst en extra informatie.](#)



2. ALGEMENE CONTEXT

De geneeskundige zorgen van VIB zijn ten laste van Fedasil. Tijdens hun procedure voor internationale bescherming kunnen VIB niet ingeschreven worden bij de ziekteverzekering (mutualiteit of de HZIV) als “resident”, maar wel als “werknemers”.

VIB kunnen terecht op [Fedasilinfo](#) voor een duidelijke uitleg over de ziekteverzekering.



3. VRAAG EN ANTWOORD

01

ZIJN VIB DIE WERKEN VERPLICHT ZICH IN TE SCHRIJVEN BIJ DE ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING?

Neen, VIB die werken zijn niet verplicht zich aan te sluiten bij de ziekte- en invaliditeitsverzekering, maar hebben wel het recht dit te doen.

VIB hebben recht op medische begeleiding van Fedasil, dus zij hoeven zich niet aan te sluiten bij de zogenaamde  **verplichte ziekteverzekering**. VIB die werken dragen echter bij aan de sociale zekerheid, dus hebben zij ook recht op die bijkomende voordelen (**zie punt 3**). Hier zijn momenteel ook wel enkele risico's aan verbonden (**zie punt 4**).

Ja. Een VIB die werkt en zich wil aansluiten bij de ziekteverzekering heeft net als iedereen **> de keuze:**

- Aansluiten bij een betalende erkende mutualiteit (Landsbond der christelijke mutualiteiten, Landsbond van de neutrale ziekenfondsen, Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten, Landsbond van liberale mutualiteiten, Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen)
- Gratis aansluiten bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV)

> Arbeidsongeschiktheidsuitkering

Wie door ziekte of een ongeval niet meer kan werken, heeft recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

> Gehele of gedeeltelijke > terugbetaling van medische kosten.

Er is een verschil tussen de zorgen die door de ziekteverzekering terugbetaald worden en wat Fedasil dekt. Als een werkende VIB beslist om zich aan te sluiten bij de ziekteverzekering, krijgt die een bredere dekking. Sommige medische zorgen die Fedasil niet vergoedt, vallen wel onder de ziekteverzekering. Voor zorgen die Fedasil wel dekt, en niet onder de ziekteverzekering vallen, blijft Fedasil alles vergoeden, ook het remgeld.

> Verhoogde tegemoetkoming

Via de ziekteverzekering kan ook een **verhoogde tegemoetkoming** aangevraagd worden voor personen met een laag inkomen [3]. Deze geeft recht op een vermindering bij bepaalde medische kosten en kortingen op openbaar vervoer.

[3] 1/1/2024: jaarlijks grensbedrag minder dan €25.630,67.

> > Uitlooprecht

Bij verlies van het recht op aansluiting bij de ziekteverzekering kan je dit recht toch nog een tijd langer behouden, je wordt dus niet meteen 'uitgeschreven'. Bijvoorbeeld als de tewerkstelling stopt doordat je het recht op verblijf verloor. Vanaf ontslag stopt de betaling van de bijdragen door de werkgever en dus ook het recht op aansluiting. De aansluiting blijft echter nog minstens een jaar doorlopen.

04 | WAT ZIJN DE RISICO'S OF MOEILIKHEDEN VOOR VIB OM ZICH AAN TE SLUITEN BIJ DE ZIEKTEVERZEKERING?

Een werkende VIB die zich aansluit bij een ziekteverzekering en een laag inkomen heeft of had, zal achteraf bijkomende bijdragen moeten betalen. Om als VIB in regel te zijn met de ziekteverzekering moeten er namelijk voldoende sociale zekerheidsbijdragen betaald zijn.

De extra bijdragen moeten betaald worden wanneer het bruto jaarinkomen van de persoon minder is dan onderstaande 'minimumwaarde':

- €7976,72 bruto voor personen ouder dan 21 jaar
- €5982,54 bruto voor personen jonger dan 21 jaar [2]

[2] Bedragen voor 2024, recht in 2026.

Het is echter niet eenvoudig om vooraf in te schatten of een persoon hieraan zal voldoen.

- Indien een VIB een bruto jaarinkomen heeft gelijk aan of hoger dan bovenstaande bedrag (= minimumwaarde) kunnen we ervan uitgaan dat er voldoende Sociale Zekerheidsbijdragen betaald zijn om in regel te zijn. Dit komt ongeveer overeen met vier maanden voltijds werken aan het minimumloon.
- Indien het inkomen lager ligt dan bovenstaande bedragen zal er bijbetaald moeten worden om in regel te zijn met de ziekteverzekering.



04 | WAT ZIJN DE RISICO'S OF MOEILIKHEDEN VOOR VIB OM ZICH AAN TE SLUITEN BIJ DE ZIEKTEVERZEKERING?

Een werkende VIB die zich aansluit bij een ziekteverzekering en een laag inkomen heeft of had, zal achteraf bijkomende bijdragen moeten betalen. Om als VIB in regel te zijn met de ziekteverzekering moeten er namelijk voldoende sociale zekerheidsbijdragen betaald zijn.

De extra bijdragen moeten betaald worden wanneer het bruto jaarinkomen van de persoon minder is dan onderstaande 'minimumwaarde':

- €7976,72 bruto voor personen ouder dan 21 jaar
- €5982,54 bruto voor personen jonger dan 21 jaar [4]

[4] Bedragen voor 2024, recht in 2026.

Het is echter niet eenvoudig om vooraf in te schatten of een persoon hieraan zal voldoen.

- Indien een VIB een bruto jaarinkomen heeft gelijk aan of hoger dan bovenstaande bedrag (= minimumwaarde) kunnen we ervan uitgaan dat er voldoende Sociale Zekerheidsbijdragen betaald zijn om in regel te zijn. Dit komt ongeveer overeen met vier maanden voltijds werken aan het minimumloon.
- Indien het inkomen lager ligt dan bovenstaande bedragen zal er bijbetaald moeten worden om in regel te zijn met de ziekteverzekering.



Wat moet er bijbetaald worden: over welke bedragen kan het gaan?

Bij de start van een tewerkstelling krijg je niet meteen zicht op eventuele bijkomende bijdragen die verschuldigd zijn. Dat wordt pas twee jaar later duidelijk.

Bij inschrijving bij de ziekteverzekering kijkt men namelijk naar het verleden: de eerste dag dat het recht geopend kon worden. Voor een VIB is dat meestal het moment van de eerste officiële tewerkstelling. Hierdoor kunnen ziektekosten uit het verleden nog retroactief vergoed worden.

Maar, er is ook een keerzijde. Een VIB die twee jaar geleden slechts beperkt werkte, niet aan de minimumwaarde kwam, en zich toen niet inschreef bij een mutualiteit of de HZIV zal nadien – bij een inschrijving op een later moment - alsnog met bijkomende bijdragen te maken krijgen.

Hoeveel de persoon moet bijbetalen, hangt af van hoeveel zijn inkomen onder deze minimumwaarde lag (toegepast met ➤ **proratisering**).

Maximale extra bedragen:

- +21 jaar: refertejaar 2023 = 865,50 Euro
- -21 jaar: refertejaar 2023 = 649,16 Euro [5]

[5] Bedragen voor 2024, recht in 2026.

- Indien een VIB niet aan de minimumwaarde komt zal er tot maximaal 865,50 euro bijbetaald moeten worden.

Wat als de VIB de bijdragen niet kan betalen?

Wanneer deze bijkomende bijdragen gedurende twee opeenvolgende jaren niet betaald (kunnen) worden, wordt de aansluiting bij de ziekteverzekering opgeschort en is er een wachttijd van zes maanden om zich opnieuw aan te sluiten.

De facturen voor eventuele tekorten die bijbetaald moeten worden, komen pas twee jaar later. Mogelijks valt de persoon voor medische zorgen dan niet meer onder de bevoegdheid van Fedasil. Als de persoon op dat moment een OCMW-cliënt zou zijn, kan er indien nodig hulp bij het OCMW gevraagd worden.

Opgelet: dit gaat over het niet betalen van bijkomende bijdragen wanneer er te weinig sociale zekerheidsbijdragen betaald zijn om in regel te zijn voor de 'verplichte verzekering'. Dit staat los van het lidgeld voor mutualiteiten, dat bedoeld is voor de 'aanvullende verzekering'. Bekijk het [schema op pagina 11](#) voor meer verduidelijking. Zelfs als je het lidgeld niet betaalt, behoud je toegang tot de 'verplichte verzekering'.

VIB die werken hebben zelf de keuze om zich al dan niet aan te sluiten bij de ziekteverzekering.

Het is vooraf moeilijk in te schatten of een VIB die aan het werk gaat voldoende zal verdienen. Indien de VIB de bijkomende bijdragen (die twee jaar later aan het licht kunnen komen) wil vermijden, kan het aangewezen zijn om pas aan te sluiten wanneer er sprake is van een “duurzame” tewerkstelling.

Nog niet. Er is een goede afstemming met de verschillende (overheids)diensten nodig.

Momenteel lijken werkende VIB die zich aansluiten bij de ziekteverzekering hier later financieel voor gestraft te worden. Een mogelijke oplossing kan zijn om de periode waarin men onder de dekking van Fedasil valt voor geneeskundige verzorging door de ziekteverzekering te laten erkennen als een **gelijkgestelde periode**, maar dit vergt verder onderzoek.





4. TERMINOLOGIE EN BIJKOMENDE INFO

➤ “Verplichte” ziekte- en invaliditeitsverzekering

Bij de Belgische sociale zekerheid hoort de verzekering voor ziektekosten. Deze biedt een terugbetaling van medische kosten en een vergoeding bij arbeidsongeschiktheid. Het systeem is gebaseerd op het solidariteitsprincipe: iedereen kan ervan genieten en draagt zijn of haar steentje bij in verhouding tot zijn of haar inkomen. Er wordt ook gesproken over de ‘verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering’.

Wie het recht heeft om zich in te schrijven, wordt bij wet bepaald. De term “verplichte” ziekte- en invaliditeitsverzekering is dus eigenlijk verwarrend, want er bestaat geen wettelijke bepaling die de inschrijving verplicht maakt of de niet-aansluiting bij een ziekteverzekering strafbaar stelt. Rechthebbenden hebben dus altijd de keuze om zich in te schrijven of dat niet te doen. Echter, zonder inschrijving kan een rechthebbende zijn rechten niet laten gelden en dus geen aanspraak maken op enige terugbetaling. Met andere woorden: wie wil genieten van de verplichte ziekteverzekering, moet zich wel aansluiten.

De ziekte- en invaliditeitsverzekering geldt voor al wie:

- in regel is met een mutualiteit of de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;
- de bijdrage sociale zekerheid heeft betaald.

➤ **Rechthebbenden**

Rechthebbenden zijn mensen die het recht hebben om zich in te schrijven bij de verplichte ziekteverzekering. Werknemers die sociale zekerheidsbijdragen betalen, zijn een voorbeeld van ‘rechthebbenden’. Dat personen die werken in België (Belgen of VIB) het recht hebben om zich in te schrijven bij de verplichte ziekteverzekering, is eigenlijk vanzelfsprekend, omdat zij rechtstreeks bijdragen aan de sociale zekerheid door een afhouding van hun brutoloon.

Via de sociale zekerheidsbijdragen wordt het systeem van de verplichte ziekteverzekering gefinancierd. Wie dus werkt en zich niet aansluit bij een mutualiteit, draagt bij aan de verplichte ziekteverzekering, maar kan er niet van genieten.

De uitvoering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering gebeurt door:

- de mutualiteiten (gegroepeerd in vijf landsbonden)
- de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
- een specifieke mutuaiteit voor NMBS-personeel

Zij betalen de medische kosten terug en keren een vergoeding uit bij arbeidsongeschiktheid.

➤ **Wat is het verschil tussen de mutualiteiten en de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (HZIV):**

A) Inschrijving bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (HZIV, een overheidsorganisatie) is gratis en dekt de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (vergoeding van medische zorgen, betaling van vervangingsinkomens bij ziekte, invaliditeit, moederschapsrust...). Bij de HZIV betaal je geen lidgeld, maar ontvang je ook geen aanvullende verzekering. Zie [schema op pagina 11](#).

B) Mutualiteiten of ziekenfondsen zijn ledenorganisaties waarvoor je inschrijvingsgeld moet betalen. Inschrijving bij een mutualiteit dekt naast de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering ook een aanvullend pakket, dat per mutualiteit verschilt, met aanvullende bijkomende verzekeringen (bv. tandzorg), diensten (bv. kinderoppas) en voordelen (bv. jeugdkampen). Het lidgeld dat mutualiteiten vragen, dient om deze aanvullende verzekering te financieren.

Als de verplichte ziekteverzekering in orde is, moet de mutualiteit tussenkomen in de geneeskundige verzorging die onder de verplichte ziekteverzekering valt, ook al zijn de bijdragen voor de aanvullende verzekering (= lidgeld) niet betaald. Als het lidgeld niet betaald wordt, kan de persoon wel de voordelen van de aanvullende verzekering verliezen of uitgesloten worden voor een nieuw lidmaatschap.



➤ Terugbetaling medische kosten

VIB hebben recht op medische begeleiding van Fedasil (op basis van Opvangwet en KB 09/04/2007 met een 'plus-en minlijst'), dus zij hoeven hiervoor geen beroep te doen op de verplichte ziekteverzekering. VIB die werken dragen echter bij aan de sociale zekerheid, dus hebben zij ook het recht om zich aan te sluiten bij de verplichte ziekteverzekering om van die bijkomende voordelen te genieten (**zie punt 3**) en zo ook van een bredere dekking. Hier zijn momenteel ook wel enkele risico's aan verbonden (**zie punt 4**).

- Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) lijst op welke medische tussenkomsten terugbetaald worden (doktersbezoek, geneesmiddelen...). Wat is opgenomen in de 'nomenclatuur', wordt gedekt door de verplichte ziekteverzekering.
- Volgens het KB van 9/4/2007 bepaalt een 'plus- en minlijst' welke medische zorgen Fedasil vergoedt. Het vertrekpunt is de 'nomenclatuur', de plus- en minlijst vermelden respectievelijk welke zorgen bijkomend vergoed kunnen worden door Fedasil, hoewel ze niet op de nomenclatuur staan en welke zorgen net niet vergoed worden door Fedasil, hoewel ze wel op de nomenclatuur staan. Voor zorgen die opgenomen zijn in de pluslijst zal Fedasil alles vergoeden, ook het remgeld. Voor medische zorgen in de minlijst betaalt Fedasil niets.

- **Er is dus een verschil tussen de zorgen die de ziekteverzekering en Fedasil dekken.** Als een werkende VIB beslist zich aan te sluiten bij de ziekteverzekering zal er een bredere dekking mogelijk zijn.
- Voor medische zorgen die opgenomen zijn in de nomenclatuur (= gedekt door de verplichte ziekteverzekering) en in de minlijst van Fedasil (KB van 9/4/2007), bestaat er een voordeel voor de VIB die bij de ziekteverzekering is ingeschreven ten opzichte van de niet-ingeschreven VIB. Voor een VIB die aangesloten is bij een mutualiteit, geldt namelijk dat de ziekteverzekering de tegemoetkoming verplichte ziekteverzekering betaalt en de VIB enkel het remgeld. Een VIB die niet is aangesloten is, moet alle kosten zelf betalen, omdat Fedasil niets vergoedt als de zorgen op de minlijst staan. Voor alle overige medische zorgen blijft de vergoeding die de VIB zal ontvangen hetzelfde, ongeacht of de VIB is aangesloten bij de ziekteverzekering.

CONCREET:

- **Zorgen opgenomen in nomenclatuur en in de minlijst van Fedasil (KB van 9/4/2007)**

- Voor een VIB niet aangesloten bij een mutualiteit: zorgen staan op minlijst dus Fedasil betaalt niets => **alle kosten komen op VIB**
- Voor een VIB die wel aangesloten is bij een mutualiteit: de mutualiteit betaalt tegemoetkoming verplichte ziekteverzekering en **VIB betaalt enkel het remgeld**

Voor de overige soorten medische kosten, maakt de inschrijving geen verschil voor de VIB op vlak van de kosten die hij zelf moet dragen.

➤ Zorgen opgenomen in nomenclatuur en niet in de minlijst van Fedasil (KB van 9/4/2007):

- Voor een VIB niet aangesloten bij de mutualiteit => zorgen staan niet op de minlijst, dus Fedasil betaalt alles en **VIB niets**
- Voor een VIB die wel aangesloten is bij de mutualiteit => de mutualiteit betaalt tegemoetkoming verplichte ziekteverzekering en Fedasil betaalt remgeld dus **VIB betaalt niets**

➤ Zorgen niet opgenomen in nomenclatuur en wel in pluslijst van Fedasil (KB van 9/4/2007):

- Voor een VIB niet aangesloten bij de mutualiteit => zorgen op pluslijst, dus Fedasil betaalt alles en **VIB niets**
- Voor een VIB die wel aangesloten is bij de mutualiteit => de mutualiteit betaalt niets want niet in nomenclatuur en Fedasil betaalt alles want op pluslijst, dus **VIB betaalt niets**

➤ Uitlooptrecht

Bij verlies van je recht op aansluiting bij de publieke ziekteverzekering kan je dit recht toch nog een tijd langer behouden mits de kwartaalbijdragen betaald blijven. Bijvoorbeeld als het recht op tewerkstelling stopt doordat je het recht op verblijf verloor. Vanaf ontslag stopt de betaling van de bijdragen door de werkgever en dus ook het recht op aansluiting.

Het recht op aansluiting blijft echter behouden tot 31/12 in het jaar na het jaar waarin je het recht verloor. Als je het recht op aansluiting verliest in het laatste kwartaal van een jaar kan je recht op aansluiting een extra jaar doorlopen. Dit recht is er ongeacht of de persoon zonder wettig verblijf is.

Voorbeelden:

- Einde recht op aansluiting bij de ziekteverzekering op 15 september 2024 => Uitlooptrecht mogelijk tot 31/12/2025
- Einde recht op aansluiting bij de ziekteverzekering op 3 november 2024 => Uitlooptrecht mogelijk tot 31/12/2026

➤ Proratisering

Voor de berekening van het bedrag dat de VIB moet bijbetalen, wordt niet altijd een volledig jaar in rekening gebracht. Er wordt gekeken naar het kwartaal van het eerste moment van tewerkstelling, het jaarminimum wordt op basis daarvan verminderd. Er is dus steeds een '**proratisering**'.

Een voorbeeld: stel dat de VIB voor het eerst aan het werk ging in de maand november, dit is het 4de kwartaal, dan zal de minimumwaarde met $\frac{3}{4}$ verminderd worden. De maximale bijdragen - voor een persoon die aan het werk gaat in het 4de kwartaal - die eventueel bijbetaald moeten worden, zullen dus ook $\frac{3}{4}$ lager liggen dan bovenstaande bedragen.

GEZONDHEIDSZORGEN

