

## **Bijlage 1**

### **RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE - EN INVALIDITEITSVERZEKERING**

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963  
Tervurenlaan 211 - 1150 Brussel

#### **Dienst Geneeskundige Verzorging**

### **OVEREENKOMST POST-COVID-19 VOOR EEN AANGEPASTE ZORGAANPAK IN EERSTE LIJN**

Gelet op de wet van 13 juni 2021 houdende maatregelen ter beheersing van de COVID-19-pandemie en andere dringende maatregelen in het domein van de gezondheidszorg, meer bepaald artikel 43;

Wordt overeengekomen wat volgt tussen,

enerzijds,

het Verzekeringscomité, eerste contractant

en anderzijds,

de verzekeringsinstellingen, vertegenwoordigd door tweede contractant

de GMD-houdende huisarts en de eerstelijnszorgverleners, derde contractant

#### **Artikel 1.**

Onderhavige overeenkomst bepaalt de regels volgens dewelke de verzekering voor geneeskundige verzorging de samenwerking bevordert tussen de huisartsen en de zorgverleners in eerste lijn om tot kwaliteitsvollere zorg te komen ten behoeve van rechthebbenden met langetermijneffecten van COVID-19, hierna genoemd Post-COVID-19-patiënten (art. 2), en die verzorging nodig hebben in het raam van een zorgtraject post-COVID-19 met ondersteuning vanuit tweede lijn. Het regelt eveneens de gevolgen inzake de aard en de hoegrootheid van het honorarium van de zorgverleners en van de verzekeringstegemoetkoming.

## **HOOFDSTUK I. – Definities en gebruikte termen.**

### **Art. 2.**

Voor toepassing van deze overeenkomst:

1° wordt verstaan onder:

- a) “nomenclatuur”: de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zoals bedoeld 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;

- b) “rechthebbende”: patiënt die aanspraak kan maken op de vastgestelde prestaties in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 en bij wie de diagnose Post-COVID-19 bevestigd werd door een huisarts na het eerste assessment tijdens een raadpleging.
- c) “zorgtraject”: de georganiseerde tenlasteneming van een patiënt met de diagnose Post-COVID-19;
- d) “huisarts”: de huisarts die het GMD beheert of een huisarts die deel uitmaakt van een geregistreerde groepering van huisartsen waarvan een lid het GMD beheert;
- e) psycholoog” :
  - de zelfstandige klinisch psycholoog die in het kader van de overeenkomst van 26 juli 2021 tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en een netwerk geestelijke gezondheid betreffende de financiering van de psychologische functies in de eerstelijns via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden een samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten met dat netwerk of
  - de loontrekkende klinisch psycholoog van een organisatie die in uitvoering van de overeenkomst van 26 juli 2021 een overeenkomst heeft gesloten met het netwerk en die vanuit die organisatie is aangeduid om de opdrachten uit te voeren zoals bedoeld in de overeenkomst van 26 juli 2021.

2° gebeuren alle door de huisarts, zorgcoördinator of eerstelijnszorgverleners gemaakte beslissingen of overleg of aanpassingen aan het behandelplan, steeds in samenspraak met de patiënt.

## HOOFDSTUK II. – Doel van de overeenkomst.

### Art. 3.

Dit zorgtraject heeft als doel de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren voor Post-COVID-19-patiënten door tegemoet te komen aan de vastgestelde zorgnood per patiënt. Het zorgtraject zorgt voor continuïteit van zorg en creëert een zorgnetwerk rond de patiënt, multidisciplinair en transversaal ingebed in de eerste lijn en in samenwerking met de tweede lijn.

In deze overeenkomst worden de voorwaarden vastgelegd die toegang geven tot het zorgtraject voor personen met Post-COVID-19 waarbij wordt tegemoetgekomen in de kosten van de ondersteunende verstrekkingen die niet reeds door de ziekteverzekering ten laste worden genomen.

De verzekeringstegemoetkoming wordt toegekend voor verstrekkingen verleend aan personen met Post-COVID-19.

## HOOFDSTUK III. - Rechthebbenden die voor een zorgtraject post-COVID-19 in aanmerking komen.

### Art. 4.

Om voor een zorgtraject in aanmerking te komen, moet bij de rechthebbende de diagnose Post-COVID-19 bevestigd zijn door een huisarts na het eerste assessment tijdens een raadpleging. Wanneer een patiënt is doorverwezen vanuit de tweede lijn, bezorgt de arts-specialist de klinische bevindingen en de diagnose aan de huisarts.

In afwachting van duidelijke richtlijnen omtrent het stellen van de diagnose Post-COVID-19, wordt de diagnose van de World Health Organisation (WHO) overgenomen.

*‘Post-COVID-19-aandoening komt voor bij personen met een voorgeschiedenis van waarschijnlijke of bevestigde SARS-CoV-2-infectie, meestal 3 maanden vanaf het begin van COVID-19 met symptomen die minstens 2 maanden aanhouden en niet verklaard kunnen worden door een alternatieve diagnose.*

*Veel voorkomende symptomen zijn vermoeidheid, kortademigheid, cognitieve disfunctie, maar ook andere symptomen zijn mogelijk. Deze symptomen hebben over het algemeen een impact op het dagelijks functioneren. Symptomen kunnen nieuw opgetreden zijn na het initieel herstel van een acute COVID-19-episode, of aanhouden na de initiële episode. Symptomen kunnen ook fluctueren in de tijd of terugkomen na verloop van tijd.’*

Het zorgtraject Post-COVID-19 wordt ten vroegste gestart 12 weken na de eerste symptomen van acute COVID-19 en/of 12 weken na positieve test voor COVID-19.

Zodra de richtlijnen beschikbaar zijn omtrent het stellen van een diagnose Post-COVID-19, worden deze als bijlage bij deze overeenkomst gevoegd en zal de diagnose aan de hand van die richtlijnen worden gesteld.

### Art. 5.

#### **§ 1. Zorgtraject Type 1: monodisciplinaire zorg**

De patiënt heeft naast de zorg van de huisarts enkel nood aan zorg door een kinesitherapeut of een logopedist of een psycholoog voor de behandeling van post-COVID-19. Deze zorg is ofwel reeds voorzien binnen de reguliere bestaande vergoedingssystemen (A) ofwel niet opgenomen (B).

A) In dit zorgtraject is de patiënt gebaat met zorg binnen de reguliere reeds bestaande vergoedingssystemen.

Artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen of de overeenkomst van 26 juli 2021 tussen het Verzekeringscomité en het netwerk geestelijke gezondheid betreffende de financiering van de psychologische functies in de eerste lijn via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zijn van toepassing.

De huisarts en de kinesitherapeut of de psycholoog volgen de patiënt verder op en passen het behandelplan aan wanneer dit nodig blijkt.

B) De patiënt heeft nood aan andere zorg die niet voorzien is in de bestaande reguliere vergoedingssystemen. Het betreft hier ofwel enkel zorg door een kinesitherapeut of door een logopedist.

- De patiënt heeft nood aan meer kinesitherapiebehandelingen dan voorzien via artikel 7 van de nomenclatuur. In het kader van het zorgtraject Post-COVID-19 worden de verstrekkingen voor deze bijkomende behandelingen voorzien in artikel 9, § 2.
- De patiënt heeft nood aan logopediebehandelingen. Een vergoeding van deze logopedische verstrekkingen wordt voorzien binnen het zorgtraject post-COVID-19 in artikel 9, § 2.

De huisarts en de kinesitherapeut of de logopedist passen het behandelplan aan.

### **§ 2. Zorgtraject Type 2: multidisciplinaire zorg**

De patiënt heeft, naast de zorg door de huisarts, nood aan multidisciplinaire behandeling binnen de eerste lijn. De mogelijke zorgverleners zijn een kinesitherapeut, een logopedist, een ergotherapeut, een diëtist en een psycholoog. Binnen het team wordt een zorgcoördinator aangeduid. Indien er geen consensus is over wie de rol van zorgcoördinator op zich neemt, neemt de huisarts deze taak op zich. De zorgcoördinator ondersteunt het team van zorgverleners rond de patiënt.

Bij de start van de behandeling vindt een teamoverleg plaats tussen de huisarts, de betrokken eerstelijnszorgverleners en de patiënt. Indien de patiënt eveneens opgevolgd wordt door een arts-specialist naar aanleiding van aanhoudende klachten na acute COVID-19 is het aangewezen dat deze eveneens deelneemt aan dit overleg.

De volgende verstrekkingen kunnen worden vergoed in zorgtraject Type 2:

- Verstrekkingen voorzien in zorgtraject Type 1
- Verstrekkingen door diëtist of door ergotherapeut, voorzien in artikel 9, § 2

Indien de zorg voor de patiënt te complex wordt in eerste lijn, is verwijzing naar de tweede lijn aangewezen.

## **HOOFDSTUK IV. - Toetreding tot het zorgtraject**

### **Art. 6.**

De toetreding in deze overeenkomst gebeurt via de pseudocodes die door de huisarts en de andere eerstelijnszorgverleners worden opgenomen bij de facturatie.

Via de facturatie van deze pseudocodes, al dan niet via het systeem van derdebeter, verbinden de huisarts en de andere eerstelijnszorgverleners zich tot het naleven van de in deze overeenkomst vastgestelde modaliteiten.

## HOOFDSTUK V. – Inhoud van het zorgtraject.

### Art. 7.

§ 1. De huisarts voert een grondige anamnese en klinisch onderzoek uit. Zo nodig worden aanvullende onderzoeken uitgevoerd. De eerstelijnszorgverleners, inclusief de huisarts, de patiënt en mogelijk ook de arts-specialist bespreken het assessment en stellen volgens de bestaande beschikbare guidelines een behandelplan op, in functie van de gepersonaliseerde doelstellingen.

§ 2. De arts-specialist kan na het vaststellen van de diagnose Post-COVID-19, de patiënt doorverwijzen naar de huisarts. De huisarts begeleidt vervolgens de patiënt in het zorgtraject.

§ 3. Bij de zorg voor en de begeleiding van Post-COVID-19 patiënten kunnen naast de huisarts verschillende zorgverleners betrokken zijn: kinesitherapeut, diëtist, psycholoog, logopedist, ergotherapeut en arts-specialist.

§ 4. Uniforme informatieverstrekking en verwijzing naar de gepaste zorgverlener(s) i.f.v. het assessment en/of de beoogde doelstellingen van de begeleiding zijn hierbij van cruciaal belang.

§ 5. Ook de adviserend arts, de terug-naar-werkcoördinator en de arbeidsarts kunnen in het kader van een reïntegratietraject geraadpleegd worden voor overleg. Voor patiënten die, al dan niet langdurig, arbeidsongeschikt zijn en nog niet over een concreet plan tot werkhervatting beschikken, is het van essentieel belang dat zo vlug mogelijk contact gezocht wordt met de terug-naar-werkcoördinator van hun ziekenfonds met het oog op een eerste contactmoment als een werkhervatting tot de mogelijkheden lijkt te behoren. Na één of meerdere aanpassings- of begeleidingsacties kan in overleg met de behandelend (huis)arts en/ of arbeidsarts - werkgever een traject van progressieve tewerkstelling opgestart worden. Dit traject wordt opgestart op maat van de fysieke en psychische mogelijkheden van de patiënt en aangepast, opgevolgd en bijgestuurd waar nodig. Een geleidelijk doch vrij spoedig return-to-work traject is een belangrijk onderdeel van de therapeutische aanpak van deze patiënten, waar nodig binnen een breed en multidisciplinair kader.

## HOOFDSTUK VI. - Forfaitaire honoraria voor zorgtraject type 2.

### Art. 8.

§ 1. De zorgcoördinator ontvangt een forfaitair honorarium van 120 EUR na attesteren van de pseudocode, voorzien in artikel 9, § 3. Dit honorarium kan slechts één keer per jaar worden toegekend.

Dit forfaitair honorarium dekt:

- 1° de ontwikkeling van het partnerschap met de andere eerstelijnszorgverleners en/of de arts-specialist;
- 2° de tijdige verwijzing naar de arts-specialist;
- 3° de planning, coördinatie en opvolging van het behandelplan;
- 4° de communicatie en organisatie met de betrokken eerstelijnsprofessionals;

- 5° het ondersteunen van de patiënt in het overleg en bewaken dat de patiënt voldoende beluisterd wordt (bv. formuleren gepersonaliseerde doelstellingen)
- 6° het overleg met arbeidsarts / arbeidsreïntegratie verzorgen
- 7° de opmaak van het verslag na elk overleg

§ 2. Er wordt op regelmatige basis informatie over de evolutie uitgewisseld en gerapporteerd. Wanneer er zich problemen voordoen, wordt er opnieuw overlegd. De informatie (behandelplan, overleg, uitwisseling, rapportering, ...) wordt opgenomen in het medisch dossier van de patiënt en deze gegevens worden gedeeld tussen de zorgverleners. Elke zorgverlener bewaart de gegevens in zijn dossier. De zorgcoördinator ziet er op toe dat het behandelplan en aanpassingen ervan worden bezorgd aan de patiënt. Het verslag omvat een duidelijke beleid en conclusie naar de patiënt toe zodat alle zorgverleners een eenduidige communicatie hebben naar de patiënt m.b.t. zijn behandeling.

§ 3. De betaling van het forfaitair honorarium aan de zorgcoördinator van een zorgtraject wordt door de verzekeringsinstelling geregistreerd door middel van de pseudocode 400175, voorzien in artikel 9, § 3, op het getuigschrift.

## HOOFDSTUK VII. – De verstrekkingen verleend door de eerstelijnsprofessionals

### Art. 9.

#### § 1. Start van het zorgtraject

Het zorgtraject start op de datum van de eerste raadpleging bij de huisarts na vaststelling van de diagnose. De huisarts attesteert de pseudocode 400013 'zorgtraject Post-COVID-19' samen met deze raadpleging.

400013	Behandeling in kader van het zorgtraject Post-COVID-19	€ 0
--------	--	-----

De kinesitherapeut attesteert de pseudocode 400330 'zorgtraject Post-COVID-19' bij de eerste behandeling.

400330	Behandeling door een kinesitherapeut in kader van het zorgtraject Post-COVID-19	€ 0
--------	---	-----

De psycholoog attesteert de pseudocode 400352 'zorgtraject Post-COVID-19' bij de eerste behandeling.

400352	Behandeling door eene psycholoog in kader van het zorgtraject Post-COVID-19	€ 0
--------	---	-----

#### § 2. Verstrekkingen per discipline

Indien het voorgeschreven behandelplan één van deze verstrekkingen voorziet, kunnen die aangerekend worden aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende met de volgende pseudocodes. De huisarts schrijft onderstaande verstrekkingen voor indien deze zijn opgenomen in het behandelplan.

Bij alle onderstaande verstrekkingen is het niet mogelijk om supplementen aan te rekenen.

a) *Kinesitherapeut*

400035	Individuele kinesitherapeutische evaluatie en/of interventie, waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft.	€ 26,10
--------	--	---------

*Toepassingsregels*

De verstrekking 400035 mag maximaal 30 keer aangerekend worden per episode van 6 maanden. Deze verstrekking mag maximaal 60 keer aangerekend worden gedurende een behandelingsjaar dat start met de eerste verlening van deze specifieke kinesitherapieverstrekking.

Na 18 zittingen aangerekend via artikel 7 van de nomenclatuur (verstrekkingen 567011, 560011, 567055, 560114, 567092, 560210, 567136, 560313, 560416, 564395, 567206, 567232-567243) in een betrokken kalenderjaar kan voor de hier bedoelde patiënt deze specifieke bijkomende kinesitherapieverstrekking worden aangerekend.

De kinesitherapeut kan deze specifieke kinesitherapieverstrekking enkel aanrekenen op basis van een specifiek voorschrift dat aangeeft dat het hier gaat over een patiënt met Post-COVID-19.

De verstrekking 400035 mag worden aangerekend in elke plaats van verstrekking opgenomen in artikel 7, § 1, 5° van de nomenclatuur.

De specifieke verstrekking kan op dezelfde dag niet gecumuleerd worden met een verstrekking uit artikel 7 van de nomenclatuur.

Tijdens het behandelingsjaar en dit vanaf opstartdatum van deze specifieke verstrekkingen, kan geen verstrekking uit artikel 7 en artikel 22, II., a), 2° Revalidatieverstrekkingen, van de nomenclatuur worden aangerekend voor de behandeling van de pathologische situatie bedoeld in deze overeenkomst. Dit neemt een einde bij het stopzetten van dit behandeltraject.

b) *Diëtist*

400050	Individueel diëtistisch onderzoek, anamnese, het stellen van de diëtistische diagnose en het opstellen van een diëtistisch behandelplan en advies in overleg met de rechthebbende, met een minimumduur van 60 minuten.	€ 50
400116	Individuele diëtistische interventie, voor de rechthebbende met een minimumduur van 30 minuten.	€ 25

*Toepassingsregels*

De verstrekking 400050 mag slechts eenmaal worden aangerekend gedurende een behandelingsjaar.

De verstrekking 400116 mag 7 keer worden aangerekend gedurende een behandelingsjaar.

De verstrekking 400116 kan ook op afstand doorgaan.

Het aantal verstrekkingen geldt voor één behandelingsjaar.

*c) Ergotherapeut*

400072	Observatiebilan met een minimumduur van 60 minuten dat bestaat uit een onderzoek van de functioneringsmogelijkheden en –beperkingen van de rechthebbende : <ul style="list-style-type: none"><li>- in de activiteiten van het dagelijkse leven (zoals de persoonlijke verzorging, het zich voeden, de interpersoonlijke relaties, het zich verplaatsen);</li><li>- betreffende zijn persoonlijke, schoolse, professionele, socioculturele en vrijetijdsbezigheden;</li><li>- fysiek, sensorisch-motorisch, intellectueel, cognitief en relationeel vlak en op het vlak van het gedrag;</li><li>- in zijn fysieke, sociale en culturele omgeving;</li><li>- en dat uitloopt op het opstellen van een schriftelijk verslag van de uitgevoerde onderzoeken, gericht aan de voorschrijvende arts</li></ul>	€ 50
400131	Individuele ergotherapeutische interventie voor de rechthebbende met een minimumduur van 60 minuten. Deze verstrekking mag 14 keer aangerekend worden gedurende een jaar. De verstrekking mag maximaal twee keer per dag aangerekend worden.	€ 50

*Toepassingsregels*

De verstrekking 400072 kan slechts eenmaal worden aangerekend.

De verstrekking 400131 mag 14 keer aangerekend worden gedurende een jaar.

De verstrekking mag maximaal twee keer per dag aangerekend worden.

Het aantal verstrekkingen geldt voor één behandelingsjaar.



d) *Logopedist*

400094	Individueel logopedisch onderzoek, anamnese, het stellen van de logopedische diagnose en het opstellen van een behandelplan en advies in overleg met de rechthebbende, met een minimumduur van 60 minuten.	€ 50
400153	Individuele logopedische interventie, voor de rechthebbende met een minimumduur van 30 minuten.	€ 29,28

*Toepassingsregels*

De verstrekking 400094 kan slechts eenmaal worden aangerekend.

De verstrekking 400153 mag 7 keer aangerekend worden gedurende een jaar.

De verstrekking 400153 kan ook op afstand worden uitgevoerd.

De verstrekkingen gelden voor één behandelingsjaar.

**§ 3. Teamoverleg**

*Omschrijving*

Het teamoverleg wordt georganiseerd door de zorgcoördinator. Dit overleg vereist de aanwezigheid van de huisarts, de eerstelijnszorgverleners betrokken bij het traject van de rechthebbende, alsook de rechthebbende zelf. Indien de rechthebbende niet aanwezig kan zijn op het teamoverleg, dient de zorgcoördinator of de huisarts het voorgestelde behandelplan met de rechthebbende te bespreken. Indien de patiënt ook opgevolgd wordt door een arts-specialist, kan deze ook deelnemen aan het overleg.

Op het eerste teamoverleg wordt het behandelplan opgesteld volgens de bestaande, beschikbare richtlijnen, waarin de gepersonaliseerde doelstellingen worden gespecificeerd. Daarnaast worden duidelijke behandelafspraken tussen de zorgverleners bepaald.

Tijdens het overleg wordt bepaald wie binnen het team de functie van zorgcoördinator zal opnemen. De taken van de zorgcoördinator kunnen daarbij gedelegeerd worden.

Op elk volgend overleg wordt het behandelplan besproken en vervolledigd. Wanneer bij een overleg wordt vastgesteld dat verdere behandeling niet meer nodig is, wordt het zorgtraject beëindigd. Bij het laatste overleg kan het zorgtraject eenmalig met 6 maanden verlengd worden indien hier nood aan is. Dit wordt geobjectiveerd per discipline door de eerstelijnszorgverlener. Wanneer de toestand niet verbetert of verergert, wordt het behandelplan aangepast en wordt de patiënt indien nodig doorverwezen naar de 2de lijn.

Het teamoverleg kan fysiek, virtueel of hybride gehouden worden.

### Zorgcoördinator

400175	Globale tegemoetkoming voor de organisatie, coördinatie en administratie van het teamoverleg in het kader van de opvolging van een post-COVID-19 patiënt (per episode van 6 maanden) - <b>zorgcoördinator</b>	€120
--------	--	------

### Deelnemers

400190	Deelname aan het teamoverleg in het kader van de opvolging van een post-COVID-19 patiënt door een <b>huisarts</b>	€20
400212	Deelname aan het teamoverleg in het kader van de opvolging van een post-COVID-19 patiënt door een <b>kinesitherapeut</b>	€20
400234	Deelname aan het teamoverleg in het kader van de opvolging van een post-COVID-19 patiënt door een <b>logopedist</b>	€20
400315	Deelname aan het teamoverleg in het kader van de opvolging van een post-COVID-19 patiënt door een <b>psycholoog</b>	€20
400256	Deelname aan het teamoverleg in het kader van de opvolging van een post-COVID-19 patiënt door een <b>diëtist</b>	€20
400271	Deelname aan het teamoverleg in het kader van de opvolging van een post-COVID-19 patiënt door een <b>ergotherapeut</b>	€20
400293	Deelname aan het teamoverleg in het kader van de opvolging van een post-COVID-19 patiënt door een <b>arts-specialist</b>	€20

### Toepassingsregels

Het teamoverleg dient minimaal 2 keer plaats te vinden in de periode van 6 maanden. Maximaal 3 overleggen kunnen vergoed worden gedurende deze periode.

Een teamoverleg wordt georganiseerd door de zorgcoördinator waarbij alle betrokken zorgverleners uitgenodigd worden. Alle betrokken zorgverleners kunnen een overleg aanvragen indien dit nodig blijkt.

De zorgcoördinator maakt het schriftelijk/digitaal verslag op dat een beschrijving bevat van het behandelplan en evaluatie door de betrokken disciplines en het al dan niet behalen van de behandeldoelen.

De zorgverlener die de functie zorgcoördinator op zich neemt, kan de vergoeding 'zorgcoördinator' cumuleren met de vergoeding voor de deelname aan het overleg.

## HOOFDSTUK VIII. - Evaluatie van de zorgtrajecten.

### **Art. 10.**

Om de werking van het zorgtraject te kunnen evalueren, zullen indicatoren bepaald worden. Momenteel zijn hier nog geen richtlijnen voor beschikbaar. Van zodra deze beschikbaar zijn, worden deze als bijlage bij deze overeenkomst gevoegd.

De verzekeringsinstellingen engageren zich voor het ter beschikking stellen van geanonimiseerde gegevens nodig voor de evaluatie.

### **Art. 11.**

Looptijd

Deze overeenkomst start ten vroegste op 1 juli 2022 en neemt een einde op 30 juni 2023.

Indien de behandeling reeds gestart is voor het einde van deze overeenkomst, zullen alle verstrekkingen verricht na 30 juni 2023 ten laste worden genomen in overeenstemming met de bepalingen van deze overeenkomst tot en met 30 juni 2024.