

INHOUDSTAFEL

INLEIDING	4
INKOMENSVERHOGENDE MAATREGELEN	6
Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THB)	6
Hulp van derden tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid	7
EXTRA TEGEMOETKOMINGEN EN VOORDELEN	8
VLAAMSE ZORGVERZEKERING	8
GEMEENTELIJKE OF PROVINCIALE MANTELZORGPREMIES	9
FORFAITAIRE VERGOEDINGEN VAN DE ZIEKTEVERZEKERING	10
Zorgforfait voor chronisch zieken	10
Forfaitaire tussenkomst in de kosten van incontinentiemateriaal (incontinentieforfait)	12
Forfaits voor Palliatieve Thuiszorg	14
Tegemoetkoming voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor personen in een persisterende vegetatieve status (coma)	16
PRIMAIR SYNDROOM VAN SJÖGREN	17
VERHOOGDE TEGEMOETKOMING	19
MAXIMUMFACTUUR (MAF)	20
GLOBAAL MEDISCH DOSSIER (GMD)	22
GENERISCHE GENEESMIDDELEN	23
NIET-VERGOEDBARE ANALGETICA	24
OMNIO-STATUUT	25

BIJZONDER SOLIDARITEITSFONDS

DIABETES

Diabetespas

Diabetesconventie

Diabeteseducatie door thuisverpleegkundige

Zorgtrajecten diabetes

27

27

27

27

27

GEHOORAPPARATEN

30

VOEDING

Enterale sondevoeding

Bijzondere voeding

Dieetvoeding voor medisch gebruik

Parenterale voeding

31

31

31

31

33

VERZORGING EN HULPMIDDELEN

35

AUTOSONDAGE

35

VERZORGINGSMATERIAAL

36

Actieve verbandmiddelen

36

Ander verzorgingsmateriaal

37

HULPMIDDELEN THUISZORG

38

Personenalarmsysteem

38

Thuiszorgwinkel / Uitleenwinkel

38

ZORG EN ARBEID	39
MOGELIJKHEDEN OM HET WERK TE ONDERBREKEN	39
Omstandigheidsverlof en verlof om dwingende redenen	39
Tijdskrediet en loopbaanonderbreking	39
ZORGVEROEF	40
Recht op bijstand aan een zwaar ziek gezins- of familielid	40
Recht op palliatief verlof	40
TEGEMOETKOMINGEN EN VOORDELEN VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP	42
FEDERAAL	42
Integratietegemoetkoming (IT)	42
Inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT)	42
VLAAMS	43
Individuele Materiële Bijstand (IMB)	43
Persoonlijk Assistentiebudget (PAB)	43
WONINGAANPASSING EN HUISVESTING	46
VERBETERINGS- EN AANPASSINGSPREMIE (VAP)	46
HUISVESTING VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP	46
VERVOER EN MOBILITEIT	49
REISKOSTEN KANKERPATIËNTEN	49
VERPLAATSINGSKOSTEN VOOR OUDERS VAN KANKERPATIËNTEN	50
VERVOERSKOSTEN DRINGENDE MEDISCHE HULPVERLENING – AMBULANCEDIENSTEN	51
EUROPESE PARKEERKAART	52
VERMINDERINGEN OPENBAAR VERVOER	52

INLEIDING

Het document 'Financiële tegemoetkomingen in de thuiszorg' is ontstaan als antwoord op één van de resultaten uit het onderzoek 'Succesfactoren en hinderpalen in de thuiszorg: de beleving van de mantelzorgers' (Scheepmans, K. et al. 2004). Het doel van dit onderzoek was het detecteren van succesfactoren en hinderpalen die het langer thuis blijven van zorgbehoevende bejaarden mogelijk maken, respectievelijk bemoeilijken. Eén van de **belangrijkste hinderpalen** voor de thuiszorg, die mantelzorgers naar voren brengen, vormt het **gebrek aan informatie**. De informatie die zij krijgen is vaak onvolledig, onjuist en te weinig afgestemd op hun individuele situatie en noden. Mantelzorgers ervaren dit tekort voornamelijk omtrent bestaande financiële tegemoetkomingen.

Het document 'Financiële tegemoetkomingen in de thuiszorg' bevat informatie over de voornaamste financiële tegemoetkomingen waar ouderen en mantelzorgers mogelijks aanspraak op kunnen maken. Het opzet van deze informatiebundel is mantelzorgers, zorgbehoevende ouderen en hulpverleners te informeren omtrent de bestaande tegemoetkomingen en hen helpen in hun zoektocht naar correcte en bruikbare informatie. Om hieraan tegemoet te komen, zijn er zoveel mogelijk doorverwijsadressen (websites, instanties, ...) opgenomen waar men steeds de meest actuele informatie kan bekomen. Op de dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds kan men steeds terecht voor verdere informatie, vragen en begeleiding.

De financiële tegemoetkomingen zijn onderverdeeld in 8 topics.

- o Inkomensverhogende maatregelen
- o Extra tegemoetkomingen en voordelen
- o Voeding
- o Verzorging en hulpmiddelen
- o Zorg en arbeid
- o Tegemoetkomingen en voordelen voor personen met een handicap
- o Woningaanpassing en huisvesting
- o Vervoer en mobiliteit

Het volledige onderzoek naar 'De succesfactoren en hinderpalen in de thuiszorg: de beleving van de mantelzorgers' van Scheepmans Kristien is terug te vinden op de website van het Wit-Gele Kruis (www.witgelekruis.be).

Dit document is mede tot stand gekomen dankzij de bijdrage en de inzet van meerdere personen. Hun professionele expertise en ervaringen en hun waardevolle inbreng hebben zeker bijgedragen tot het realiseren van dit document. Graag hadden we volgende personen willen danken voor hun medewerking:

- o Dr. Morren Grietje, adviserend geneesheer op de Medische Directie van de Landsbond Christelijke Mutualiteiten (LCM)
- o Brondeel Trees
- o Colsoul Daniëlle
- o De Vos Danny
- o De Vriese Monique
- o Hutsebaut Luc
- o Roctus Karine
- o Van Ballaer Amina
- o Van Houte Yves
- o Vancoillie Geert

allen werkzaam op het nationaal secretariaat Landsbond der Christelijke Mutualiteiten.

Het huidige thuiszorglandschap is voortdurend in transitie om het hoofd te kunnen bieden aan de uitdagingen waarmee onze maatschappij de komende decennia zal te maken hebben. Het is dan ook bijzonder belangrijk voor het bekomen van een werkbaar instrument dat de informatie in dit document up-to-date gehouden wordt. We engageren er ons toe om elke nieuwe ontwikkeling nauwgezet op te volgen en belangrijke informatie te implementeren.

Tot slot een woord van dank aan Helaers Laurette, voor de administratieve ondersteuning (lay-out) en aan De Ridder Dolf voor de onderbouwde adviezen.

Bram Fret
Brussel, april 2012

INKOMENSVERHOGENDE MAATREGELEN

Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THB)	
Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Vergoeding voor de meerkost die ouderen (> 65 jaar) hebben vanwege een verminderde graad van zelfredzaamheid. - Ouderen die reeds een Inkomensvervangende Tegemoetkoming (IVT) en/of een Integratietegemoetkoming (IT) hebben, kunnen ter vervanging hiervan eventueel aanspraak maken op de THB, indien deze tegemoetkoming voordeliger zou zijn. - Het bedrag van de tegemoetkoming is afhankelijk van de graad van zelfredzaamheid (cat. van I t.e.m. V) en de toegekende categorie met hieraan een inkomensgrens gekoppeld (A t.e.m. C).
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Leeftijd \geq 65 jaar. - Geen cumulatie mogelijk met de uitkering(en) IVT / IT. - Belgische nationaliteit (of gelijkgesteld) en in België verblijven. - Hun rechten eerst laten gelden op andere sociale uitkeringen en vergoedingen waar zij recht op hebben.
Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - Volgende aanvraagprocedure geldt: <ul style="list-style-type: none"> o aanvraag in de gemeente van de woonplaats van de aanvrager (soms op de sociale dienst van het gemeentehuis, soms bij het OCMW) of rechtstreeks gericht aan de Federale OverheidsDienst Sociale Zekerheid (FODSZ), via het ziekenfonds of bij de verenigingen voor personen met een handicap; o de aanvraagprocedure verloopt geautomatiseerd. De aanvraag wordt meteen geregistreerd bij de overheid en de betrokkene krijgt dadelijk de gepersonaliseerde formulieren (voor medisch en administratief onderzoek) mee; o deze documenten worden naar de FODSZ gestuurd. Alle verdere briefwisseling verloopt tussen de aanvrager en de FODSZ.
Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - De behandeling van het dossier bevat 2 luiken, nl. het medisch en het administratief onderzoek. Indien het gezinsinkomen te hoog is, wordt er enkel een medisch onderzoek uitgevoerd op <i>uitdrukkelijke vraag</i> van de aanvrager. - Dit is belangrijk omdat het afleveren van en beschikken over de attesten onder andere nodig zijn, om andere voordelen aan te vragen!! - Voorbeelden van afgeleide rechten (mogelijks is naast het attest nog te voldoen aan andere voorwaarden!): <ul style="list-style-type: none"> o van de tegemoetkomingen: sociaal tarief gas, elektriciteit, vrijstelling saneringsbijdrage bij het water; o van de attesten 66 %: belastingsvoordelen (personenbelasting, onroerende voorheffing, successierechten), sociaal telefoontarief, verhoogde tegemoetkoming voor geneeskundige verstrekkingen, huisvestingspremies, vermindering openbaar vervoer; o van de attesten 80 %: sociaal tarief kabel, parkeerkaart, voordelen en vrijstellingskaarten openbaar vervoer, erkenning chronisch zieken in de ziekteverzekering; o van de attesten 50 %: onderste ledematen, parkeerkaart, vrijstelling autotaks en BTW op auto's, voordelen en vrijstellingskaarten openbaar vervoer; o van een attest 15 punten: Vlaamse Zorgverzekering. - Herziening: een nieuwe aanvraag kan door de persoon met een handicap zelf bij de gemeente worden ingediend. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een medische of loutere administratieve herziening. - De zelfredzaamheidsbeperkingen worden vastgesteld aan de hand van een puntensysteem. - Voor meer informatie, inlichtingen en bijstand kan men terecht bij het ziekenfonds (maatschappelijk werk), bij verenigingen voor personen met een handicap (vb. www.kvg.be, www.vfg.be), bij de FODSZ (www.socialsecurity.fgov.be of http://handicap.fgov.be/nl/vos_droits/alloc_ph/apa.htm).

Forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid (Federaal – Ziekteverzekering)	
Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Men kan een forfaitaire verhoging (€ 16,57 per dag*) krijgen van de uitkering per dag, toegekend vanaf na de 4^e maand arbeidsongeschiktheid (* index 01.02.2012). Dit bedrag wordt zes dagen per week uitbetaald. - Dit geldt zowel voor loontrekkenden als zelfstandigen.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - ≥ 11 op 18 scores op zelfredzaamheidsschaal. - Vanaf de aangifte tot en met de ontvangst van 'kennisgeving van beslissing' van de adviserende geneesheer mag de patiënt de woning niet verlaten.
Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - Aangifte door middel van formulier 'getuigschrift van arbeidsongeschiktheid'. - Kan aangevraagd worden met 2 jaar terugwerkende kracht mits medische motivering.
Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - De hulp van derden is niet belastbaar. - Er bestaat ook Hulp van derden Ziekte – en InvaliditeitsVerzekering vanaf invaliditeit: vanaf het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid kan men hiervoor in aanmerking komen. Voor verdere informatie: informeren bij de dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds. Het bedrag van de uitkering is afhankelijk van de burgerlijke staat en de gezinslast van de desbetreffende persoon. - Bijkomende informatie: http://www.riziv.fgov.be/citizen/nl/allowances/PROTH_6_5.htm.

EXTRA TEGEMOETKOMINGEN EN VOORDELEN

Vlaamse zorgverzekering

Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Gedeeltelijke vergoeding of terugbetaling van de niet-medische kosten van zwaar zorgbehoevende personen (thuis of in een rusthuis). - De mantel- en thuiszorgpremie bedraagt sinds 1.03.2009 € 130 per maand. - Naast de mantel- en thuiszorgpremie is er de residentiële premie (€ 130 per maand) voor bewoners van een ROB / RVT / PVT (psychiatrisch verzorgingstehuis).
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Iedere Vlaming, ouder dan 25 jaar, moet zich verplicht aansluiten bij een Zorgkas naar keuze en jaarlijks een bijdrage betalen (voor 30 april). Deze bijdrage bedraagt € 10 voor rechthebbenden en € 25 voor andere personen. In Brussel kan men kiezen om al dan niet toe te treden tot de zorgverzekering (per jaar vrij te bepalen). - Thuis verblijven (indien men is opgenomen in een RVT / ROB / PVT kan men beroep doen op de residentiële premie). - De patiënt dient over een attest van zwaar zorgbehoevendheid te beschikken. De volgende attesten komen hiervoor in aanmerking: <ul style="list-style-type: none"> o forfait B / C op de Katz-schaal van verpleegkundigen; o minstens score 35 op de Bel-profielschaal van de gezinszorg; o minstens score 15 bij de Tegemoetkoming voor Hulp aan Bejaarden, Integratietegemoetkoming of Hulp aan derden (de score van minstens 15 punten is gelijk aan de categorie IV of categorie V). o Kinderen met bijkomende kinderbijslag: een score van minstens 7 op de schaal van zelfredzaamheid en minstens 18 indien geboren na 01/01/1993. - Als de zorgbehoevende niet over een dergelijk attest beschikt, moet hij beroep doen op een gemachtigde indicatiesteller voor een onderzoek naar de graad van zorgbehoevendheid. In Vlaanderen kan men hiervoor terecht bij de diensten voor gezinszorg, de OCMW's en de Centra voor Algemeen Welzijnswerk die verbonden zijn met de ziekenfondsen. Zij zijn gemachtigd om met behulp van de BEL-schaal de zorgbehoevende een score te geven. Minstens 35 punten geven recht op de mantel- en thuiszorgpremie. - Er is geen cumulatie mogelijk met een voltijds verblijf in een door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) erkende voorziening. - Er is geen uitkering voor de perioden waarin personen van het VAPH een persoonlijke assistentiebudget (PAB) krijgen.
Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - Aanvraag indienen via aanvraagformulier en een geldig attest bij de zorgkas waarbij de gebruiker aangesloten is. - Voor de mantelzorg is er ook het registratieformulier. - Bij goedkeuring van de aanvraag, heeft men recht op een forfaitaire maandelijkse vergoeding van € 130. - Eerste uitkering gebeurt na 3 maanden, met terugwerking tot de 1^e van de maand volgend op de aanvraagdatum.
Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - Voor bijkomende informatie kan men steeds terecht bij het ziekenfonds, de diensten gezinszorg, het OCMW of op de website van de Vlaamse Zorgverzekering (http://www.vlaamsezorgverzekering.be). - Er hoeven geen bewijzen van facturen voorgelegd te worden, tenzij in Brussel. - Sommige gemeenten of provincies geven een mantelzorgtoelage of een thuiszorgpremie (cf. infra): <ul style="list-style-type: none"> o naargelang de gemeente / provincie kan de benaming alsook de voorwaarden verschillen (vb. in sommige gemeenten mag de toelage niet gecombineerd worden met de mantelzorgtoelage in het kader van de Vlaamse Zorgverzekering, inkomensvoorwaarden, ...); o doel: belangrijke inzet van mantelzorgers waarderen en tegemoetkomen aan kosten van de verzorger (bv. huishoudelijke meerkost, verplaatsingen, ...); o info: gemeentelijke sociale dienst, OCMW, provinciebestuur. - De premie is geen belastbaar inkomen en is cumuleerbaar met vervangingsinkomen (ZIV-uitkering of tegemoetkoming aan personen met een handicap).

Provinciale of gemeentelijke mantelzorgpremies

Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Drie van de vijf Vlaamse provincies (Antwerpen, Oost-Vlaanderen en Limburg) kennen eveneens een premie toe aan personen die intensieve, niet-professionele zorg verlenen aan een zorgbehoevende medemens. - 75 % van de Vlaamse steden en gemeenten keert ook een stedelijke of gemeentelijke mantelzorgpremie uit aan hun inwoners die op een intensieve wijze voor een zorgbehoevende naaste zorgen.
Voorwaarden?	<p>De voorwaarden en bedragen zijn verschillend per provincie, stad of gemeente. Voor de exacte informatie kan men zich tot het desbetreffende provincie-, stads- of gemeentebestuur richten. Ook op de websites van steden, gemeente- en provinciebesturen is heel wat waardevolle informatie terug te vinden.</p>
Procedure?	<p>Aanvraag indienen via het desbetreffende provinciebestuur, stads- / gemeentebestuur of OCMW.</p>

FORFAITAIRE VERGOEDINGEN VAN DE ZIEKTEVERZEKERING

Zorgforfait voor chronisch zieken

Wat?	<p>- Bijkomende jaarlijkse tegemoetkoming* voor chronisch zieken met hoge medische kosten die sterk afhankelijk zijn van anderen.</p> <p>- Er worden drie categorieën rechthebbenden (chronisch zieken) onderscheiden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. voor het forfait van € 288,05* heeft de persoon: <ul style="list-style-type: none"> • een medische erkenning om recht te kunnen geven op bijkomende kinderbijslag als kind met een handicap (geen 66 % arbeidsongeschiktheid vereist), of • regelmatige langdurige verzorging in een ziekenhuismilieu gehad: <ul style="list-style-type: none"> * ofwel door minstens 120 dagen gehospitaliseerd geweest te zijn gedurende het huidige en het vorige kalenderjaar * ofwel door ten minste zes maal in het ziekenhuis opgenomen te zijn gedurende het huidige en het vorige kalenderjaar 2. voor het forfait van € 432,08* heeft de persoon: <ul style="list-style-type: none"> • een medische erkenning 'Integratietegemoetkoming', categorie III, IV of V vanuit de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (FODSZ) (men moet dus niet effectief van de tegemoetkoming genieten), of • een medische erkenning 'Tegemoetkoming hulp aan bejaarden', categorie III, IV of V vanuit de FODSZ (men moet dus niet effectief van de tegemoetkoming genieten), of • een 'tegemoetkoming als mindervalide', hulp van derden (volgens de wet van 27/06/1969) of • een uitkering 'hulp van derden' vanuit de ZIV 3. voor het forfait van € 576,10* heeft de persoon: <ul style="list-style-type: none"> • minstens drie maanden een toelating van de adviserend geneesheer voor een forfaitaire terugbetaling van de geneeskundige zorgen, categorie B of C (<i>toelating dient aangevraagd te worden door een verpleegkundige</i>)
Voorwaarden?	<p>- Wie heeft hoge medische kosten?:</p> <ul style="list-style-type: none"> o de chronisch zieke persoon die tijdens het jaar dat hij voldoet aan de medische voorwaarden EN tijdens het kalenderjaar daarvoor telkens voor minstens € 450 betaalde volgens de teller van de maximumfactuur (MAF). o de chronisch zieke persoon met verhoogde tegemoetkoming die gedurende twee opeenvolgende jaren € 365 betaalde volgens de teller van de MAF.
Procedure?	<p>- Het ziekenfonds beschikt over de nodige gegevens, zodat het zorgforfait in principe automatisch wordt uitbetaald indien men aan de voorwaarden voldoet.</p> <p>- Indien de zelfredzaamheid in de loop van het jaar afneemt, zodat men aanspraak maakt op een hogere tegemoetkoming, zal de regularisatie in principe ook automatisch gebeuren.</p>

Goed om weten

- Cumuleerbaar met het incontinentieforfait, het forfait palliatieve zorg en het PVS-forfait.
- Voor bijkomende informatie: website van de ziekenfondsen en het CAW - dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds
- Sinds 1.6.2009 kunnen kinderen jonger dan 18 jaar die lijden aan chronische nierinsufficiëntie onder dialyse of tubulopathie gebruik maken van een fotfataire tegemoetkoming van €30 per maand. Deze tegemoetkoming wordt driemaandelijks uitgekeerd, gedurende een jaar en is verlengbaar.

* = bedragen worden jaarlijks geïndexeerd

Forfaitaire tussenkomst in de kosten van incontinentiemateriaal (incontinentieforfait)	
Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Een forfaitaire tegemoetkoming (€ 473,33 per jaar*) als bijkomende tegemoetkoming in de kosten van de verzorging voor incontinentie patiënten. - Het bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Persoon die over de laatste 12 maanden, minstens 4 maanden recht heeft op een verpleegkundig forfait B of C op voorwaarde dat in het afhankelijkheidsrooster een score 3 of 4 is vermeld voor het criterium 'incontinentie' (= incontinent voor urine en/of stoelgang). - Het forfait wordt toegekend op voorwaarde dat de rechthebbende de laatste dag van de hierboven vermelde periode van 4 maanden niet in een verzorgingsinrichting verblijft waarvoor de ziekteverzekering een tegemoetkoming voorziet (dit is een rustoord voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuis, psychiatrisch verzorgingstehuis, een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis, initiatief voor beschut wonen of bepaalde revalidatiecentra). Een verblijf in een instelling van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap vormt geen probleem. - Op de laatste dag van de referteperiode van twaalf maanden in leven zijn.
Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - De verpleegkundige ofwel de behandelende arts vult de "Katz-evaluatieschaal" in. - Het dossier wordt doorgestuurd naar de verzekeringsinstelling, waar de adviserend geneesheer zich uitspreekt over het al dan niet voldoen aan de noodzakelijke voorwaarden voor uitbetaling. - Personen, die reeds gekend zijn als gebruiker van thuisverpleegkunde krijgen het forfait automatisch uitbetaald. Indien er geen thuisverpleegkundige aan huis komt, kan men contact opnemen met de CAW-dienst maatschappelijk werk. - Alvorens opnieuw een jaarlijkse forfaitaire tegemoetkoming kan worden bekomen, moeten er minstens 12 maanden verstreken zijn sinds de vorige beslissing tot toekenning (aanvraag moet jaarlijks herhaald worden).

- Cumuleerbaar met het zorgforfait (forfait voor chronisch zieken), het forfait palliatieve zorg en het PVS-forfait.
- Het forfait is niet gekoppeld aan een remgeldvoorwaarde.
- Slechts één maal per kalenderjaar uitgekeerd.
- Uitgave van incontinentiemateriaal moet niet bewezen worden.
- Bepaalde gemeenten geven een forfaitaire afvalvergoeding: een attest van de huisarts volstaat hiervoor.
- Incontinentiemateriaal kan aan een correcte prijs verkregen worden bij de mediotheek of thuiszorgwinkels van de verschillende ziekenfondsen.
- Mutualiteit: mogelijks bijzondere tussenkomsten via de aanvullende verzekeringen (bv. aankoop van incontinentie en anti-doorligmateriaal).
- Financiële voordelen bij aankoop van materiaal via patiëntenverenigingen: steeds bevragen!
- Voor bijkomende informatie: website van de ziekenfondsen.
- Allerhande informatie over desbetreffende problematiek kan je raadplegen op de website van PIRUS vzw, de patiëntenvereniging voor patiënten met incontinentie en retentie van urine en/of stoelgang, www.pirus.be.
- Sinds eind november 2011 maken personen met een onbehandelbare vorm van incontinentie - die geen recht hebben op het incontinentieforfait, omdat ze niet voldoen aan het afhankelijkheids criterium - aanspraak op een **jaarlijkse forfaitaire tegemoetkoming**. Deze bedraagt 154,49 euro*. Het is tevens de adviserend geneesheer die de aanvraag (ingevuld door de huisarts) goedkeurt. Deze goedkeuring geldt wel voor drie jaar. Het ziekenfonds zal jaarlijks onderzoeken of de gerechtigde nog aan alle administratieve voorwaarden voldoet.

* = bedrag op 01.01.2012

Forfaits voor Palliatieve Thuiszorg

Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Palliatief forfait voor de patiënt: <ul style="list-style-type: none"> o tussenkomst (€ 621,15*) voor specifieke kosten die nodig zijn voor de thuisverzorging van palliatieve patiënten; o dit kan gaan om kosten voor medicatie (vb. analgetica, antidepressiva, ...), hulpmiddelen (vb. matras of ziekenhuisbed) of verzorgingsmateriaal (vb. pijnpomp, wondzorg, sondes en incontinentiemateriaal, ...); o het forfait wordt voor één maand toegekend; o de premie kan nog een tweede maal worden aangevraagd (en toegekend) indien de patiënt na afloop van de 1^{ste} 30 dagen verder aan de voorwaarden voldoet. - Palliatief forfait voor thuisverpleegkundigen: speciale nomenclatuurnummers (hogere vergoeding voor thuisverpleegkundige die de patiënt verzorgt). Voorwaarden: <ul style="list-style-type: none"> o palliatief forfait is toegekend aan de patiënt; o permanente beschikbaarheid van een verpleegkundige; o beroep kunnen doen op een referentieverpleegkundige palliatieve zorg of een team van palliatieve thuisbegeleiding; o verpleegdossier aanvullen met info over pijn en symptoomcontrole, contacten met familie, resultaten van coördinatievergaderingen; o pseudocodes vermelden voor uitgevoerde prestaties; o voor de patiënt blijft de thuisverpleging kosteloos. - Afgeleid recht: patiënten die in aanmerking komen voor dit forfait hebben ook recht op de volledige terugbetaling van het remgeld voor huisbezoeken door de huisarts, de kinesist en de thuisverpleegkundigen.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Palliatief forfait voor thuispatiënt: <ul style="list-style-type: none"> o lijdt aan een onomkeerbare aandoening; o die ongunstig evolueert, met een ernstige algemene verslechtering van de fysieke / psychische toestand; o bij wie therapeutische ingrepen en revaliderende therapie geen invloed meer hebben op die ongunstige evolutie; o bij wie de prognose van de aandoening slecht is en het overlijden wordt op relatief korte termijn verwacht wordt (24 u > levensverwachting < 3 maanden); o met nood aan ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke ondersteuning die een tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen (indien nodig wordt er beroep gedaan op hulpverleners met specifieke bekwaming en op aangepaste technische middelen); o patiënt wordt thuis verzorgd en heeft de intentie om thuis te sterven (geen recht bij verblijf in eender welke instelling). <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voldoen aan 2 van de 3 voorwaarden opgenomen in het aanvraagformulier 'Medische kennisgeving tot financiële tegemoetkoming voor een patiënt die thuis palliatieve verzorging geniet': <ul style="list-style-type: none"> o nood hebben aan permanente ondersteuning en toezicht; o nood hebben aan geneesmiddelen, hulpmiddelen of psychosociale bijstand (minstens twee van onderstaande vormen van ondersteuning moeten aanwezig zijn: specifieke palliatieve medicatie, verzorgingsmateriaal, hulpmiddelen, spuitaandrijver, pijnpomp, dagelijkse psychosociale bijstand voor het gezin); o nood hebben aan toezicht of dagelijkse verzorging door een verpleegkundige.

Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - De huisarts geeft aan de adviserend geneesheer van het ziekenfonds kennis van het feit dat de verzekerde beantwoordt aan de voorwaarden vermeld in het besluit (palliatieve thuispatiënt) → hiervoor vult hij het desbetreffende aanvraagformulier in. - Het ziekenfonds geeft de toelating en gaat onmiddellijk over tot de uitbetaling van de forfaitaire toelage. Het advies van de adviserend geneesheer is niet vereist. - Indien de patiënt tijdens de periode van 30 dagen, beginnend op de zendingsdatum van het formulier 'Medische kennisgeving' gehospitaliseerd wordt, blijft de forfaitaire tegemoetkoming verschuldigd (zij kan dus niet teruggevorderd worden). - Wanneer desbetreffende documenten (voor het verkrijgen van het palliatief forfait) ingevuld zijn, kan de verpleegkundige het palliatief forfait voor thuisverpleegkundigen aanvragen.
Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - Het bedrag blijft integraal verworven, ook als de patiënt binnen de dertig dagen overlijdt of tijdens deze periode gehospitaliseerd wordt. - De tussenkomst van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging is altijd gratis. - Cumuleerbaar met het zorgforfait, het incontinentieforfait en het PVS-forfait, eveneens met het éénmalig forfaitair bedrag die de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging vanuit de ziekteverzekering ontvangt. - Informatie bij: <ul style="list-style-type: none"> o www.riziv.be: zorgverleners → palliatieve zorg; http://www.riziv.fgov.be/care/nl/palliativecare/index.htm, o Federatie Palliatieve Zorgen (www.palliatief.be), o http://www.cm.be/nl/100/ziekteverzekering/forfaits_chronisch_zieken/Forfait_palliatieve_zorg.jsp; KB 2.12.1999, o sociale dienst van het ziekenfonds (borstprothesen, pruik, ...), (website), o sociale dienst van het OCMW, o regionaal: plaatselijke thuiszorgpremies en gemeentelijke mantelzorgpremies (informatie bij stads- en gemeentebesturen). - Voor het verkrijgen van de vrijstelling van het remgeld bij doktersbezoek moet de arts een speciaal nomenclatuurnummer gebruiken. Het ziekenfonds is immers verplicht om de waarde van het opgegeven nomenclatuurnummer te vergoeden. <p>*= bedrag op 01.01.2012</p>

Tegemoetkoming voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor personen in een persisterende vegetatieve status (PVS) (coma)	
Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Comapatiënten (of subcomapatiënten) hebben recht op een tegemoetkoming voor de kosten van medicatie, verzorgings- en hulpmiddelen van thuisverzorgde PVS-patiënten. De tegemoetkoming bedraagt voor 2011 € 7.911,79 per jaar. Dit bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd. Het ziekenfonds betaalt voor de maand van terugkeer uit de verzorgingsinstelling en de 5 maanden die volgen de helft van de tegemoetkoming. Na die periode betaalt het maandelijks een bedrag aan de patiënt dat overeenstemt met één 12^{de} van de tegemoetkoming (€ 659,32). - De tegemoetkoming moet toereikend zijn om geneesmiddelen, hulpmiddelen en verzorgingsmiddelen, waarin de ZIV-nomenclatuur geen tussenkomst voorziet, te betalen.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Personen die een acute hersenbeschadiging hebben opgelopen (niet-aangeboren hersenletsel), gevolgd door een coma, waarna ze niet volledig ontwaken en in een persisterende neurovegetatieve status of een minimaal responsieve status zijn terechtgekomen. - Thuiszorgpatiënten of patiënten die binnen de maand ontslagen worden uit een ziekenhuis / rustoord voor bejaarden (ROB) / rust- en verzorgingstehuis (RVT) / psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) om in het thuismilieu of in een centrum voor dagverzorging (CDV) verzorgd te worden.
Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - De personen worden in principe eerst opgenomen in een deskundig ziekenhuiscentrum (met 'coma'-bedden, erkend door het RIZIV) waar ze een gespecialiseerde multidisciplinaire revalidatie krijgen. - De verantwoordelijke arts van het deskundig ziekenhuiscentrum dat de patiënt opvolgt, laat met een voorgeschreven formulier aan de adviserende geneesheer van het ziekenfonds weten dat de betrokkene voldoet aan de voorgeschreven voorwaarden (een kopie gaat naar de huisarts). - Aanvraag ten vroegste 1 maand voor de terugkeer naar huis en ten laatste 5 maanden na de maand van terugkeer. - Het ziekenfonds betaalt de helft van de tegemoetkoming voor de maand van terugkeer en de 5 maanden die er op volgen in 1 keer, na die periode betaalt men maandelijks 1/12^{de} van het jaarbedrag (wanneer de betrokkene wordt opgenomen in een ZH / ROB / RVT / PVT is de uitkering niet meer verschuldigd vanaf de 2^{de} volledige kalendermaand verblijf).
Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - De patiënt, die de tegemoetkoming voorgeschreven krijgt, heeft meteen ook recht op begeleiding door middel van een zorgplan via de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT's). Dit zorgplan wordt opgesteld met het oog op de terugkeer en de handhaving in de thuissituatie. De verschillende betrokken zorg- en dienstverleners die in het zorgplan werden opgenomen kunnen 4x/jaar een multidisciplinair overleg (MDO) organiseren (er is 4x/jaar een forfait voorzien om de deelnemers aan dit overleg te vergoeden). - Cumuleerbaar met het zorgforfait, het incontinentieforfait en het forfait palliatieve zorg. - De tegemoetkoming is cumuleerbaar met de geneeskundige verstrekkingen, die in de nomenclatuur worden terugbetaald. - Vermoedelijk zal het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap weigeren om aan deze patiënten hulpmiddelen te betalen aangezien deze ZIV-vergoeding bedoeld is om de hulpmiddelen te bekostigen. - Deskundige ziekenhuiscentra: Brugmann Brussel, Heropbeuring VZW Brasschaat, UZ Gent, AZ Salvator Hasselt, UZ campus Pellenberg, Inkendaal Vlezenbeek, H. Hartziekenhuis Roeselare, AZ St. Jan Brugge. - Informatie: http://www.cm.be/nl/100/zorgverleners/dossiers/forfaits_chronisch_zieken/pvs_forfait/PVS_forfait.jsp; KB van 18.11.2005.

PRIMAIR SYNDROOM VAN SJÖGREN (VANAF 1.07.2007)

<p>A. OPNAME VAN HET SJÖGRENSYNDROOM IN DE LIJST VAN ZWARE PATHOLOGIEËN → betere dekking kinesitherapeutische zorgen (KB van 14.06.2007)</p> <p>B. MAATREGELEN TEN VOORDELE VAN PATIËNTEN DIE LIJDEN AAN HET SJÖGRENSYNDROOM (KB van 03.06.2007)</p> <p>C. TERUGBETALING VAN PILOCARPINE TER BEHANDELING VAN HET SJÖGRENSYNDROOM (KB van 06.07.2007)</p>	
Wat?	<p>Het syndroom van Sjögren is een auto-immune systeemaandoening die gekarakteriseerd wordt door een aantasting van de traan- en speekselklieren. De systeemcomplicaties van de ziekte kunnen o.a. zijn: gewrichtsaantasting (arthralgie / arthritis), spieraantasting (myositis), perifere en centrale neurologische aantastingen, nieraantastingen, huidaantastingen, broncho-pulmonale aantastingen,</p> <p>Het syndroom is zeldzaam (prevalentie van 5/100 000) en tast hoofdzakelijk vrouwen van rond de 50 jaar aan.</p> <p>De criteria van patiënten die lijden aan het Primair Sjögrensyndroom zijn gedefinieerd in bijlage 1 van het KB van 03.06.2007.</p>
Voorwaarden?	<p>A. <u>KB van 14.06.2007</u></p> <p>Aanleiding: overwegend het ziek makend en pijnlijk karakter van de gewrichtsaantasting door de ziekte van Sjögren en de belangrijke ongeschiktheid die eruit volgt voor de patiënten, vertegenwoordigt de kinesitherapeutische verzorging een reëel sociaal en therapeutisch belang voor deze patiënten.</p> <p>Volgende bepalingen worden aangebracht aan het artikel 7, c) van het KB 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 en reeds meermaals gewijzigd bij andere KB's:</p> <p>1° Het derde lid, c), wordt gewijzigd als volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het opschrift wordt vervangen door "voor de rechthebbende die een verhoogde nood heeft aan kinesitherapie of fysiotherapie omwille van één van de volgende aandoeningen:"; - het punt 8° wordt aangevuld als volgt: "6. Primair syndroom van Sjögren"; <p>2° Het vijfde lid wordt vervangen door de volgende bepaling:</p> <p>"Om een akkoord te geven beschikt de adviserend geneesheer over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de door een geneesheer-specialist bevestigde diagnose; - de nauwkeurige beschrijving van de stoornissen, in de zin van de WGO-ICF, van de omvang ervan alsook de reden waarom de stoornissen een intensieve en langdurige kinesitherapeutische of fysiotherapeutische tenlasteneming vergen; - het gedocumenteerd verband tussen de diagnose en de stoornissen waarvoor de tegemoetkoming wordt gevraagd."

	<p>B. <u>KB van 03.06.2007</u> - Forfaitaire tegemoetkoming</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er wordt een forfaitaire tegemoetkoming toegekend van € 21,98 per maand om de kosten te dekken voor oftalmologische zorgen aan patiënten die lijden aan het Primair Sjögrensyndroom en die betrekking hebben op kunsttranen en oftalmologische gel. - De tegemoetkoming wordt toegekend door de mutualiteit waarbij de betrokken patiënt is ingeschreven of aangesloten op voorwaarde van voorlegging van een verklaring afgeleverd door een gespecialiseerde geneesheer in de reumatologie en waaruit blijkt dat de voorwaarden zijn vervuld. - De voorschrijver bewaart de nodige stukken in het dossier van de rechthebbende, en stelt deze, indien gevraagd ter beschikking van de adviserend geneesheer en van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle.
Voorwaarden?	<p>C. <u>KB van 06.07.2007</u> - Terugbetaling van Pilocarpine</p> <ul style="list-style-type: none"> - De grondstof pilocarpinehydrochloride wordt vergoed indien ze verwerkt wordt in een bereiding die gebruikt wordt in een bereiding ter behandeling van het syndroom van Sjögren. - De geneesheer-specialist in de reumatologie of in de oftamologie stelt een gemotiveerd verslag op dat de verplichte gegevens bevat volgens welke medische criteria de diagnose bevestigd wordt. Dit verslag stuurt hij op naar de adviserend geneesheer die op zijn beurt aan de rechthebbende de machtiging aflevert voor terugbetaling tot maximum 12 maanden.
Goed om weten	<p>A. Dit besluit trad in werking op 1 juli 2007 (dit is de eerste dag van de maand na die waarin het besluit werd bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad) – KB 14.06.2007 – BS 29.06.2007 – Ed. 3.</p> <p>B. Dit besluit trad in werking op 1 juli 2007 – KB van 3.06.2007 – BS 25.06.2007.</p> <p>C Dit besluit trad in werking op 1 augustus 2007 – KB van 6.07.2007 – BS 19.07.2007.</p>

VERHOOGDE TEGEMOETKOMING

Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - De rechthebbende kan via de verhoogde tegemoetkoming genieten van een verminderd persoonlijk aandeel voor de geneeskundige verzorging. - Een overzicht van de voordelen: <ul style="list-style-type: none"> o een hogere tegemoetkoming voor bepaalde prestaties, o een kleiner persoonlijk aandeel voor bepaalde geneesmiddelen (B + C medicatie), o een kleiner persoonlijk aandeel in de ligdagprijs bij hospitalisatie, o recht op 'de sociale maximumfactuur (MAF)', o regeling op betalende derde (d.w.z. de betrokkene moet niets voorschieten, alles wordt door de zorgverstreker rechtstreeks met het ziekenfonds geregeld, op voorwaarde dat de patiënt dit zelf wil), o bescherming tegen het aanrekenen van extra supplementen in het ziekenhuis (niet bij de keuze van een éénpersoonskamer), o recht op een aantal andere verminderingen (sociaal telefoontarief, vermindering openbaar vervoer), o een aantal specifieke voordelen in het ziekenfonds (plaatselijk te bevragen).
Voorwaarden ?	<ul style="list-style-type: none"> - Dit recht kan toegekend worden op basis van: <ul style="list-style-type: none"> o een bepaalde hoedanigheid (vb. weduwen / weduwnaars, invaliden 66 % arbeidsongeschikt, gepensioneerden, wezen, oudere werklozen - \geq 50 jaar en ten minste 12 maanden werkloos met uitkering, ...). De verhoogde tegemoetkoming op basis van een hoedanigheid wordt onderworpen aan een inkomensonderzoek (het bruto belastbaar gezinsinkomen mag niet hoger zijn dan 16.306,33 euro te verhogen met 3018,74 euro per persoon ten laste*). o het recht op of de uitbetaling van een bepaald voordeel (personen met bestaansminimum of financiële steun van het OCMW, gewaarborgd inkomen, tegemoetkoming aan personen met een handicap, ...): men wordt niet onderworpen aan een inkomensonderzoek, omdat dit reeds gebeurd is door de instanties die dit voordeel toekennen (uitz. verhoogde kinderbijslag). Kinderen met 66 % arbeidsongeschiktheid verkrijgen sinds 2008 een absoluut recht op verhoogde tegemoetkomingen, zonder enige vorm van onderzoek.
Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - Vaststelling van het inkomen. - Aanvrager dient bij het ziekenfonds een verklaring op eer te ondertekenen. - Degenen die hun inkomen moeten bewijzen, dienen desbetreffende documenten als bewijsstuk bij de aanvraag te voegen. - Degenen die hun inkomen niet moeten bewijzen, omdat hun inkomen al door een andere instantie werd nagekeken, moeten de nodige bewijsstukken toevoegen die hun recht aantonen op bv. het leefloon, gewaarborgd inkomen, ... (in sommige gevallen krijgt het ziekenfonds via elektronische weg het bewijs rechtstreeks).
Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - Afgeleide rechten: <ul style="list-style-type: none"> o verminderingskaart inzake het openbaar vervoer, o sociaal telefoontarief (ook afhankelijk van gezinstoestand en –inkomen, leeftijd, ...), o diverse streekgebonden voordelen (vb. gemeentelijke premies, vrijstelling van hondenbelasting, ...): te bevragen bij de gemeente / provincie. <p>*= bedragen op 01.02.2012</p>

MAXIMUMFACTUUR (MAF)

Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Het totaal aan remgelden voor geneeskundige verstrekkingen wordt geplafonneerd tot een bedrag volgens financiële draagkracht. Als de medische kosten in de loop van het jaar het plafondbedrag bereiken, krijgt het gezin de medische kosten die daarna volgen volledig terugbetaald. - Er bestaan 2 MAF-systemen voor het gezin en één individuele bescherming voor personen. Chronische zieken (= rechthebbenden) kunnen zich beroepen op een individuele bescherming. - Vanaf 1.01.2006 werd de fiscale maximumfactuur geïntegreerd in de inkomensmaximumfactuur. Dit betekent een snellere terugbetaling en een belangrijke administratieve vereenvoudiging.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Het plafondbedrag of maximum is afhankelijk van de categorie waartoe men behoort: <ul style="list-style-type: none"> o sociale MAF: gezinnen waarvan één rechthebbende behoort tot een sociale categorie. Het gaat om rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming bij het ziekenfonds, verkregen op basis van inkomensonderzoek, leefloon of gelijkgesteld, inkomensgarantie voor ouderen of gewaarborgd inkomen voor bejaarden, rechthebbenden met een tegemoetkoming aan personen met een handicap. Het remgeldplafond bedraagt € 450. Het plafond bedraagt evenwel € 350 wanneer één gezinslid van dat deel van het gezin de twee voorafgaande kalenderjaren individueel telkens € 450 remgeld heeft gedragen. Sinds 1 september 2009 hebben rechthebbenden op de integratietegemoetkoming geen recht meer op de sociale maximumfactuur wanneer ze een partner hebben die een inkomen heeft waarop een aftrek wordt toegepast. o inkomens MAF: voor gezinnen met een laag inkomen (tot € 17.039,73) bedraagt het remgeldplafond € 450. Voor een gezin met een bescheiden inkomen (€ 17.039,74 tot € 26.195,40) bedraagt het remgeldplafond € 650. Voor gezinnen met hogere inkomens, nl. tussen € 26.195,41 en € 35.351,10; € 35.351,11 en € 44.125,29; en inkomens hoger dan € 44.125,30 geldt een remgeldplafond van respectievelijk € 1000; € 1400; en € 1800*. o Individuele bescherming van kinderen en zorgbehoevenden: kinderen t.e.m. 18 jaar genieten een individuele bescherming, ongeacht het gezinsinkomen (het remgeldplafond bedraagt € 650). Wanneer het kind individueel in de twee voorafgaande kalenderjaren telkens € 450 remgeld heeft gedragen, wordt het maximumbedrag op € 550 gebracht. Zorgbehoevenden met een erkenning voor 'chronische ziekte' in het ziekenfonds kunnen in de loop van het jaar met hun personen ten laste en hun partner uit het feitelijk gezin stappen (grensbedrag in functie van het inkomen van het nieuwe feitelijk gezin). Indien een zorgbehoevende reeds tot een sociale categorie behoort, is het niet interessant om uit het feitelijk gezin te stappen. - De medische kosten die in aanmerking komen zijn: <ul style="list-style-type: none"> o remgeld voor verstrekkingen door artsen, tandartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten en andere zorgverleners; voor technische verstrekkingen voor diagnose en behandeling, voor geneesmiddelen van categorie A, B en C, alsook de supplementen in het kader van de referentievergoeding voor geneesmiddelen worden mee in aanmerking genomen; o opname in een ziekenhuis, o revalidatie en logopedie, o moedermelk, dieetvoeding voor bijzonder medisch gebruik en parenterale voeding, o palliatieve verzorging door een multidisciplinair begeleidingsteam, o psychiatrische verzorgingstehuizen: bepaalde persoonlijke aandelen.

Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - Als de kosten voor de gezondheidszorg in de loop van het jaar het plafondbedrag bereiken, krijgt het gezin de medische kosten <u>die daarna</u> volgen, terugbetaald. - Uitgangspunt is telkens het <i>feitelijk gezin</i>, dit zijn de personen die onder één dak wonen. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen samenwonenden of gehuwden. De inkomens en kosten worden in de regel gedeeld op niveau van het feitelijk gezin. - In principe zal het ziekenfonds, in zoverre het zelf over gegevens beschikt, het recht automatisch toekennen. Wanneer het ziekenfonds niet alle gegevens ter beschikking heeft, zal het pro-actief contact opnemen met de rechthebbende om informatie terzake op te vragen. Deze procedures komen in werking vanaf het plafond van € 450 remgeld bereikt wordt. Nieuw sinds januari 2009: elke persoon die gedurende twee opeenvolgende jaren het minimumplafond van € 450 heeft overschreden, zal beschouwd worden als een chronisch zieke. Het jaar daarna zal zijn / haar MAF-plafond automatisch verminderd worden met € 100 (cf. supra).
Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - De remgelden die in aanmerking komen voor de MAF worden automatisch door het ziekenfonds bijgehouden. - Zij bepaalt eveneens het maximum waar een gezin recht op heeft (via belastingsadministratie). - Principe is dat mensen die het minst verdienen, het snelst worden terugbetaald. - Bijkomende inlichtingen: ziekenfonds, OCMW, Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. - (https://www.socialsecurity.be/CMS/nl/citizen/displayThema/health/SANTH_4/SANTH_4_3.xml). <p>*= bedragen op 01.01.2012</p>

GBAAL MEDISCH DOSSIER (GMD)

Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Bevat alle belangrijke medische gegevens van de patiënt en wordt bijgehouden door de huisarts. - Doel: betere organisatie en informatiedoorstroming van de zorgverlening. - De huisarts is verantwoordelijk voor het beheer van dit dossier en verbindt zich er toe (mits toestemming van de patiënt) om zijn medische gegevens mee te delen aan collega's die de patiënt behandelen. - De huisarts krijgt een vergoeding voor het bijhouden van het globaal medisch dossier (volledig ten laste van de ziekteverzekering). De patiënt geniet 30 % remgeldvermindering bij een contact met de huisarts: <ul style="list-style-type: none"> o leden < 75 jaar en leden die niet erkend zijn als chronisch zieke → remgeldvermindering voor consultaties enkel in het kabinet van de erkende huisarts; o patiënten met een GMD die erkend zijn als chronisch zieke en personen ≥ 75 jaar: → remgeldvermindering voor zowel consultaties als huisbezoeken.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - GMD aanvragen bij het ziekenfonds. - Op uitdrukkelijke vraag en toelating van de patiënt kan de huisarts een globaal medisch dossier bijhouden. - Voorwaarden chronisch zieke: voldoen aan de medische voorwaarden voor het zorgforfait chronisch zieken. - Remgeldvermindering is enkel toepasbaar: <ul style="list-style-type: none"> o voor een bezoek aan de vaste huisarts (= beheert het GMD), o voor raadplegingen bij een andere huisarts als deze arts toegang heeft tot de gegevens van het GMD (bijvoorbeeld groepspraktijk).
Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - Patiënt vraagt tijdens raadpleging of ter gelegenheid van een bezoek, om een globaal medisch dossier bij te houden. Dit uitdrukkelijk verzoek wordt genoteerd in het dossier. - 1 x per jaar rekt HA hiervoor een verstrekking aan (€ 28,57), die volledig door het ziekenfonds aan de patiënt wordt terugbetaald. - De remgeldvermindering loopt tot 31 december van het tweede kalenderjaar na de opening of de verlenging.
Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts <ul style="list-style-type: none"> o heeft een volledig overzicht van de gezondheidstoestand van de patiënt, o kan gericht doorverwijzen voor gespecialiseerde medische hulp. - Onnodige onderzoeken en dubbele behandelingen kunnen worden vermeden. - Patiënten krijgen 30 % remgeldvermindering. - Sinds 1 april 2011 staat het GMD ook meer in het teken van preventie. De huisarts die het GMD bijhoudt, mag bij patiënten tussen 45 en 75 jaar een (volledig terugbetaalde) prestatie (€ 10,29) aanrekenen als hij met hen een checklist bespreekt die ook in het GMD wordt bijgehouden. Komen daarbij onder meer aan bod: roken en alcoholgebruik, stress, onderzoek voor het opsporen van dikkedarm-, baarmoederhals-, en borstkanker en vaccinaties (bv. tegen difterie, tetanus en griep).

GENERISCHE GENEESMIDDELEN

Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Men kan de kosten voor medicamenten beperken door aan de arts te vragen om een goedkopere (generische) variant voor te schrijven. - Een generisch geneesmiddel heeft dezelfde samenstelling, dosering, verpakking, galenische vorm (presentatie) en bio-equivalentie* als het origineel geneesmiddel. Men spreekt van een generisch geneesmiddel, wanneer werd aangetoond dat het geneesmiddel hetzelfde effect oplevert dan het referentiegeneesmiddel en minstens 30 % goedkoper is. - Voor sommige specialiteiten, waarvoor een generische vorm op de markt is, wordt de terugbetalingbasis verminderd. Momenteel bedraagt deze 26 %. De producenten van de originele specialiteiten zijn vrij en hebben de mogelijkheid om hun prijs te verlagen. - Het remgeld dat een patiënt dient te betalen kan hierdoor aanzienlijk lager zijn wanneer de arts een generisch geneesmiddel voorschrijft of wanneer de producent van het originele geneesmiddel zijn prijs verlaagt.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Een generisch geneesmiddel moet aan een aantal voorwaarden voldoen: <ul style="list-style-type: none"> o dezelfde werkzame bestanddelen bevatten als het originele geneesmiddel, o dezelfde sterkte per eenheid, farmaceutische vorm en toedieningswijze hebben, o aanleiding geven tot dezelfde concentraties in het organisme als het origineel geneesmiddel.
Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - In het kader van een rationeel geneesmiddelenbeleid waarbij de overheid o.a. het voorschrijven van goedkopere geneesmiddelen wil stimuleren werd vanaf 1 oktober 2005 het voorschrijven en het vergoeden van specialiteiten op stofnaam wettelijk mogelijk gemaakt. Voorschrijven op stofnaam is geen verplichting voor de arts, maar een keuze waarbij hij aan de apotheker de zorg toevertrouwd om, rekening houdend met de behoeften van de patiënt, op het vlak van de continuïteit van de behandeling, de prijs en de beschikbaarheid, zijn voorschrift uit te voeren.
Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - Bijkomende informatie bij de <i>dienst maatschappelijk werk van uw ziekenfonds, bij uw apotheker of op de website van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering</i> (http://www.caami-hziv.fgov.be/publicaties-N.htm), meer bepaald in de Praktische gids generische geneesmiddelen. <p>*: bio-equivalentie: twee geneesmiddelen worden als bio-equivalent beschouwd als testen aantonen dat er geen significant verschil bestaat wat betreft de snelheid waarmee een actief bestanddeel beschikbaar wordt op zijn werkingsplaats en de hoeveelheid actief bestanddeel dat men er terugvindt.</p>

NIET - VERGOEDBARE ANALGETICA (vanaf 1.7.2007)

Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Chronische pijnpatiënten krijgen een tegemoetkoming van 20 % in de kostprijs van analgetica op basis van paracetamol of van de associatie paracetamol en codeïne die voorkomen op de lijst bijgevoegd aan het KB. - Chronische pijnpatiënten zijn personen (lijst bijgevoegd bij KB) getroffen door bv. kankerpijn, chronische artritis / artrosepijn, neurogene pijn, perifere vasculaire pijn, postchirurgische pijn (inbegrepen fantoompijn) en fibromyalgie.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Chronische pijnpatiënt: rechthebbende aan wie de adviserend geneesheer, op aanvraag van de behandelende geneesheer of de geneesheer die het globaal medisch dossier van betrokkene beheert, een machtiging aangaande aanhoudende chronische pijn heeft uitgereikt (cf. aan de machtiging als bijlage 2 van het KB). Onder aanhoudende chronische pijn verstaat men pijn die na een optimale curatieve behandeling, aanhoudt gedurende minstens drie maanden of, die aanhoudt na de curatieve behandeling van een ziektebeeld van maligne chronische pijn. - De machtiging wordt uitgereikt aan de rechthebbende die getroffen is door één van de aandoeningen vermeld in de lijst (opgenomen als bijlage 3 van het KB) en waarvoor de behandelende geneesheer of de geneesheer die het globaal medisch dossier beheert, op de kennisgeving, gericht aan de adviserend geneesheer getuigt van aanhoudende chronische pijn. - De tegemoetkoming wordt <u>niet</u> toegekend aan de voornoemde patiënten voor verstrekkingen verleend in een ziekenhuis of in een ziekenhuisdienst die afhangt van een associatie van ziekenhuizen ter observatie en behandeling of verleend tijdens een verblijf in een psychiatrisch verzorgingstehuis. - De machtiging heeft een geldigheidsduur van maximum één jaar en kan verlengd worden voor nieuwe periodes van maximum één jaar (op basis van het model van de machtiging als bijlage 2 in het KB, ingevuld door de behandelende arts of de geneesheer die het globaal medisch dossier beheert, en die vervolgens wordt teruggestuurd aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling). - De rechthebbende betaalt aan de apotheker 80 % van de kostprijs van de pijnstillers (dat voorkomt op de lijst als bijlage 1 bij het besluit) als persoonlijk aandeel. Dit gedeelte van de kostprijs van de analgetica dat ten laste is van de rechthebbende zal als persoonlijk aandeel ten laste worden genomen in de maximumfactuur. - Het RIZIV heeft de bedoeling om in 2012 de kosten te kunnen berekenen van deze geneesmiddelen gebruikt bij chronisch zieke patiënten en een budget te voorzien voor opname in de maximumfactuur van deze kosten in 2012.
Vanaf	<ul style="list-style-type: none"> - Dit besluit trad in werking op 1 juli 2007 – KB van 3.06.2007 – BS van 22.06.2007 - Ed. 2.

Wat?	<p>Het OMNIO-statuut geeft recht op betere vergoeding van medische kosten (arts, tandarts, kinesitherapeut, apotheker, hospitalisatie, ...) voor gezinnen met een laag inkomen. De persoonlijke bijdrage (remgeld) die men voor die prestaties betaalt, is dan merkkelijk lager. Het nieuwe statuut geeft recht op dezelfde terugbetalingen als voor de rechthebbenden op de verhoogde (verzekerings)tegemoetkoming.</p>
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - De inkomsten die in aanmerking worden genomen zijn de bruto belastbare inkomens. - In de aanvraag moeten de gezinsinkomsten vermeld worden van het jaar voor de aanvraag. - Een gezinslid kan het OMNIO-statuut aanvragen bij zijn/haar ziekenfonds voor het ganse gezin, zelfs als alle gezinsleden geen lid zijn van hetzelfde ziekenfonds. - Wanneer men aan de voorwaarden voldoet, kent het ziekenfonds het OMNIO-statuut toe vanaf de eerste dag van het kwartaal dat volgt op de indiening van het volledige dossier.
Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - Formulier "Verklaring op erewoord" invullen, dat bij uw ziekenfonds beschikbaar is. - Hierop de bruto belastbare inkomens (beroepsinkomen, roerende en onroerende inkomsten, uitkeringen, pensioenen...) van alle gezinsleden vermelden. - Laten tekenen door alle gezinsleden ouder dan 18 jaar. - Een kopie van het laatste aanslagbiljet (het document dat u krijgt van de belastingen en dat aangeeft hoeveel u moet betalen of hoeveel u terugkrijgt) bijvoegen. - Andere inkomensbewijzen van alle gezinsleden (bv. maandelijkse loonfiches, loonfiche 281.10, pensioenattest, attest van de werkloosheidskas, enz.) bijvoegen. Voor een zelfstandige moet het gaan om een geloofwaardig document over het bedrag van zijn inkomsten. - Het ingevulde document en alle bijlagen aan het ziekenfonds bezorgen.
Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - OMNIO vervangt de verhoogde tegemoetkoming NIET. Het is een relatief nieuw statuut voor de gezinnen met laag inkomen die niet voldoen aan de voorwaarden voor het verkrijgen van de verhoogde tegemoetkoming. Bij de verhoogde tegemoetkoming is immers naast de inkomensvereiste ook een bepaalde hoedanigheid vereist. - Indien u de verhoogde tegemoetkoming al geniet, behoudt u dat recht. U moet dus NIET naar uw ziekenfonds gaan om het OMNIO-statuut te vragen. - Het recht op verhoogde tegemoetkoming in het kader van het OMNIO statuut geldt vanaf de eerste dag van het kwartaal dat volgt op de het kwartaal waarin de verzekerde een verklaring op erewoord over zijn inkomen heeft ingediend en dit tot 31 december van het jaar dat volgt op dat van deze indiening. Wanneer de gezinssamenstelling wijzigt, wordt het recht ingetrokken op het einde van het jaar waarin de wijziging heeft plaatsgevonden. - In geval van bijkomende vragen: omnio@riziv.fgov.be, www.riziv.be, het ziekenfonds.

BIJZONDER SOLIDARITEITSFONDS

Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Doel: dure verstrekkingen die in de gewone nomenclatuur niet terugbetaalbaar zijn, toch verantwoord te vergoeden omdat zij aan een aantal criteria voldoen. - Verstrekkingen waarvoor de tegemoetkoming geweigerd werd (wegens specifieke terugbetalingscriteria) alsook de kosten voor continue verzorgingen van specifieke zeldzame indicaties, zeldzame aandoeningen of innovatieve nieuwe medische technieken, kunnen hier worden ingediend. - Er bestaat ook een mogelijkheid tot een BSF-tussenkomst voor verzorging in het buitenland of voor bijkomende medische kosten die verband houden met de medische behandeling van chronisch zieke kinderen met een levensbedreigende aandoening (BSF bis): bijkomende informatie hierover is te verkrijgen bij het ziekenfonds.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Het BFS verleent slechts een tegemoetkoming indien is voldaan aan een aantal gestelde voorwaarden: <ul style="list-style-type: none"> o uitzonderlijke verstrekkingen die niet vergoedbaar zijn door de verzekering voor geneeskundige verzorging, o met inbegrip van de farmaceutische producten die niet in aanmerking komen voor vergoeding, o de onkosten worden niet vergoed door een andere verzekering. EN - De verstrekkingen moeten eveneens aan de volgende criteria te voldoen: <ul style="list-style-type: none"> o duur zijn, o betrekking hebben op een zeldzame aandoening die de vitale functies van de rechthebbende bedreigt, o er bestaat geen alternatief op medisch-sociaal vlak, inzake diagnose of therapie, o doeltreffend en wetenschappelijk verantwoord zijn en het experimenteel stadium voorbij zijn, o voorgeschreven zijn door een geneesheer die gespecialiseerd is in de behandeling van de betreffende aandoening en toestemming heeft om in België de geneeskunde uit te oefenen.
Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - Een aanvraag wordt ingediend bij de adviserend geneesheer van het ziekenfonds. De samenstelling van het dossier gebeurt onder begeleiding van de consulent of de maatschappelijk werker van het ziekenfonds. - Aanvraagbundel bevat: <ul style="list-style-type: none"> o medisch voorschrift met omstandig geneeskundig verslag van geneesheer specialist, o gedetailleerd factuur van de kosten of omstandig bestek van de kosten, opgemaakt door de zorgverleners, o verklaring van de rechthebbende op erewoord (dat men geen recht heeft op dezelfde vergoeding in een andere voorziening), o standaardformulier met advies van adviserend geneesheer (inlichtingenblad).
Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - Sinds 1 april 2005 zijn een aantal regels in het kader van het BSF versoepeld: <ul style="list-style-type: none"> o sommige geneeskundige verstrekkingen, die zijn opgenomen in de nomenclatuur, maar waarvoor niet voldaan is aan de voorwaarden om een tussenkomst te bekomen, kunnen een tussenkomst krijgen vanwege het BSF. - De versoepeling van het BSF heeft ook betrekking op kinderen met een levensbedreigende ziekte. - Na schriftelijke kennisgeving van de beslissing van het ziekenfonds wordt er overgegaan tot betaling. - Bijkomende informatie: http://www.riziv.fgov.be/care/nl/infos/solidarity/index.htm.

DIABETES

	Diabetesconventie	Diabetespas	Diabeteseducatie door thuisverpleegkundige	Zorgtrajecten diabetes
Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Verschaffen materiaal voor glycemiecontrole en patiënten krijgen educatie → beschikken over een multidisciplinair diabetesteam (endocrinoloog, vpk. en diëtist). - Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen type 1 en type 2 diabetes. - 3 categorieën: <ul style="list-style-type: none"> I: minstens 3 inspuitingen per dag, 4 metingen per dag: → 140 strips gratis per maand; II: minstens 3 inspuitingen per dag, 4 dagcurves per week → 70 strips per maand; III: minstens 2 inspuitingen per dag, minstens 2 dagcurves per week → 30 strips per maand. 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrument voor: <ul style="list-style-type: none"> o educatie van de diabeet en zijn omgeving, o responsabilisering van de diabeet, o communicatie tussen patiënt en zorgverleners. - Gratis verstrekt door het ziekenfonds. - Doel: preventie van diabetescomplicaties. - Is oorspronkelijk tot stand gekomen voor personen die niet in aanmerking komen voor de diabetesconventie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aanvullende regel op diabetespas. - Verzorgingsprogramma dat diabetici kunnen volgen in het kader van thuisverpleegkundige verzorging: <ul style="list-style-type: none"> o programma tot zelfzorg (5 u): zelfregulering, aanleren van zichzelf insuline toe te dienen, o programma tot inzicht (2 u): leefregels om diabetes onder controle te houden. - Opleiding verzorgd door referentieverpleegkundige, eventueel in samenwerking met thuisverpleegkundige, huisarts of diabetoloog. 	<ul style="list-style-type: none"> - Een zorgtraject organiseert de aanpak, de behandeling en de opvolging van een patiënt met een chronische ziekte. Een zorgtraject berust op de samenwerking tussen drie partijen, namelijk een patiënt, een huisarts en een specialist. Een zorgtraject begint na de ondertekening van een zorgtrajectcontract door de 3 partijen en loopt gedurende vier jaar. - Op 1 september 2009 startte er een zorgtraject voor diabetes type 2 patiënten.

Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Personen met minstens 2 insuline-injecties per dag. - Regelmatige zelfcontrole van de glycemie. - Registreren van deze gegevens. - Persoon dient in behandeling te zijn bij een specialist, die is aangesloten bij de conventie. - De patiënt doet aan zelfzorg. - Personen met type 2 diabetes moeten een diabetespas en een GMD hebben. - Personen die niet in aanmerking komen voor de conventie zijn diegenen die zich niet zelf spuiten en testen → kunnen soms terecht bij het <u>ziekenfonds</u> mits doktersvoorschrift waarop staat dat zij insuline-afhankelijk zijn. - Patiënten uit groep 3a (type 2's op 2 injecties per dag) kunnen beroep doen op educatie door een thuisverpleegkundige. 	<ul style="list-style-type: none"> - Voor alle diabeten. - Aanvraagformulier van de behandelende geneesheer of specialist vereist. - Voorwaarde om van terugbetaling van voedingsadvies te genieten, is dat men van geen andere tegemoetkoming mag genieten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetici die niet terechtkunnen in de diabetesconventie. - Chronische behandeling met insuline gestart. - Programma 5 u: een nieuwe patiënt die zichzelf insuline-injecties leert geven, vorming in opvolgen van goede leefregels, voorschrift nodig voor insuline-injecties. - Programma 2 u voor bestaande en nieuwe patiënten: enkel het aanleren van goede leefregels (leren zichzelf geen insuline injecties toedienen). 	<ul style="list-style-type: none"> - De patiënt dient aan 2 soorten voorwaarden te voldoen, namelijk medische voorwaarden en andere voorwaarden: <ul style="list-style-type: none"> o medische voorwaarden: lijden aan diabetes type 2 EN een insulinebehandeling met 1 of 2 injecties per dag volgen; behandeling met tabletten is onvoldoende, een insulinebehandeling wordt overwogen; o men voldoet niet aan de medische voorwaarden indien men zwanger is (of een zwangerschapswens heeft); indien men lijdt aan diabetes type 1; indien met niet op raadpleging kan gaan; o andere voorwaarden: het GMD laten beheren door de huisarts; ten minste 1 maal per jaar de huisarts raadplegen en ten minste 2 maal per jaar de specialist en een zorgtrajectcontract tekenen.
---------------------	---	---	---	--

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Procedure?</p>	<p>De specialist (en niet de huisarts) dient de aanvraag in en de adviserend geneesheer van het ziekenfonds neemt hierover een beslissing.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - (Huis)arts schrijft de aanvraag voor de diabetespas → adviserend geneesheer van het ziekenfonds → ziekenfonds stuurt de diabetespas aan de patiënt. - Sinds 1.02.2006 mag de huisarts jaarlijks een specifieke prestatie aanrekenen voor het begeleiden van patiënten met een diabetespas. Het tarief is sinds 1.01.2009 € 17,93, waarop de patiënt geen persoonlijk aandeel moet betalen. - Elke verzekeringsinstelling heeft een eigen diabetespas waarvan de basistekst hetzelfde is. - Wanneer het boekje vol is, kan men via een eenvoudige aanvraag een nieuw boekje verkrijgen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Richten met voorschrift tot thuisverpleegkundige. 	<ul style="list-style-type: none"> - Het contract moet ondertekend worden door 3 personen: de patiënt, de huisarts en de specialist. - De huisarts zal een kopie van het getekende contract opsturen naar het ziekenfonds. Op de datum dat het ziekenfonds de kopie ontvangt, begint het zorgtraject te lopen. De adviserend geneesheer van het ziekenfonds laat de patiënt en de artsen weten wanneer het contract start.
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Goed om weten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gratis bloedglucosemeter, lancetten om in de vingertop te prikken, naaldjes, prikpen, teststrips in verhouding tot het aantal verplichte metingen. - Insulinepen: vele bedrijven leveren de pen gratis op vraag van de arts. 	<ul style="list-style-type: none"> - Terugbetaling van voedingsadvies door een diëtist (2 x 30 min. per jaar). - Diabeten met een hoog risico om voetwonden te ontwikkelen, kunnen 2 x per jaar een verzorging door een gegradueerde podoloog terugbetaald krijgen. - Elke verzekeringsinstelling is vrij om extra inspanningen te doen voor zijn patiënten → informeren bij ziekenfonds! 	<ul style="list-style-type: none"> - Aan patiënt wordt geen persoonlijk aandeel aangerekend. - Verpleegkundige krijgt forfaitair honorarium. 	<ul style="list-style-type: none"> - De patiënt krijgt: <ul style="list-style-type: none"> o raadpleging bij de huisarts en de specialist volledig terugbetaald door het ziekenfonds gedurende de duur van het contract; o alle nodige info om de ziekte zo goed mogelijk aan te pakken door middel van een persoonlijk zorgplan; o toegang tot specifiek materiaal, tot raadplegingen bij een diëtist, een podoloog, een diabeteseducator;

	<ul style="list-style-type: none"> - Informeren bij patiëntenvereniging 'Vlaamse Diabetes Vereniging' → testmateriaal kan men hier aanzienlijk goedkoper aankopen → voorwaarde: lid zijn (€ 25 per jaar). - Nakijken bij uw ziekenfonds: geven bijkomende tegemoetkomingen (kostprijs voor bloed-glucosestrips, ...) en bij de mediotheek van uw ziekenfonds. - Insuline: gratis voor patiënt. - Orale Anti Diabetica medicatie: voor sommige remgeld betalen, voor de niet-generische middelen is dit niet van toepassing. 	<ul style="list-style-type: none"> o garantie dat de huisarts en de specialist nauw met elkaar zullen samenwerken bij de aanpak, behandeling en opvolging van de ziekte.
	Bijkomende informatie: www.diabetes-vdv.be , www.diabetespas.be ; gratis infolijn: 0800.96333, websites ziekenfondsen, dienst maatschappelijk werk van uw ziekenfonds.	Meer info: www.zorgtraject.be . Op 1 juni 2009 startte er ook een zorgtraject voor patiënten die lijden aan chronische nier-insufficiëntie.

GEHOORAPPARATEN

Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Wie een gehoorapparaat aankoopt op voorschrift van een neus-, keel- en oorarts kan hiervoor een tussenkomst krijgen (zie onderstaande tabel). - De hernieuwingstermijn bedraagt 3 jaar voor -18-jarigen en 5 jaar voor +18-jarigen. 																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">Bedragen vanaf 01.01.2012</th> <th style="background-color: #cccccc;">Gewoon Verzekerden</th> <th style="background-color: #cccccc;">Verzekerden met verhoogde tegemoetkoming</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">- 18 jaar:</td> </tr> <tr> <td>- Monofonisch toestel</td> <td style="text-align: center;">€ 1091,52</td> <td style="text-align: center;">€ 1091,52</td> </tr> <tr> <td>- Stereofonisch toestel</td> <td style="text-align: center;">€ 2162,04</td> <td style="text-align: center;">€ 2128,48</td> </tr> <tr> <td colspan="3">+18 jaar:</td> </tr> <tr> <td>- Monofonisch toestel</td> <td style="text-align: center;">€ 639,86</td> <td style="text-align: center;">€ 639,86</td> </tr> <tr> <td>- Stereofonisch toestel</td> <td style="text-align: center;">€ 1266,52</td> <td style="text-align: center;">€ 1266,52</td> </tr> </tbody> </table>	Bedragen vanaf 01.01.2012	Gewoon Verzekerden	Verzekerden met verhoogde tegemoetkoming	- 18 jaar:			- Monofonisch toestel	€ 1091,52	€ 1091,52	- Stereofonisch toestel	€ 2162,04	€ 2128,48	+18 jaar:			- Monofonisch toestel	€ 639,86	€ 639,86	- Stereofonisch toestel	€ 1266,52	€ 1266,52	
Bedragen vanaf 01.01.2012	Gewoon Verzekerden	Verzekerden met verhoogde tegemoetkoming																					
- 18 jaar:																							
- Monofonisch toestel	€ 1091,52	€ 1091,52																					
- Stereofonisch toestel	€ 2162,04	€ 2128,48																					
+18 jaar:																							
- Monofonisch toestel	€ 639,86	€ 639,86																					
- Stereofonisch toestel	€ 1266,52	€ 1266,52																					
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - De geneesheer-specialist otorhinolarygologie (neus-, keel- en oorspecialist) zal na het afnemen van gehoortesten een voorschrift afleveren waarna men een gehoorprotesist (audicien) raadpleegt. - De audicien zal testen (tonale audiometrie) uitvoeren om het gehoorverlies te kunnen bepalen en zal een eerste apparaat op proef afleveren voor een periode van minstens 14 dagen. - Na deze proefperiode zal de audicien een testverslag opmaken waaruit moet blijken dat het apparaat minstens 5 % gehoorwinst oplevert. 																						

VOEDING

	Enterale sondevoeding	Bijzondere voeding	Dieetvoeding voor medisch gebruik
Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Verstrekken van voeding aan personen die zich niet via de mond kunnen voeden. - Directe toediening van voeding in de maag of de ingewanden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Producten die niet binnen een ander wettelijk kader vergoed worden en die gebruikt worden bij personen met een specifiek aandoening (lijst zie KB 08.11.98). 	<ul style="list-style-type: none"> - Voedingsmiddelen die enkel onder medisch toezicht gebruikt kunnen worden.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Adviserend geneesheer beslist over tegemoetkoming. - Voeding dient te zijn voorgeschreven door een geneesheer die samenwerkt met een medisch ziekenhuisteam. - Aanvraagformulier: <ul style="list-style-type: none"> o met omstandige medische gegevens, o die noodzaak van enterale voeding thuis, de duur, de voedingsstoffen, type van sonde en ander gebruikt materiaal verantwoorden, o en waaruit blijkt dat rechthebbende behoort tot bepaalde categorie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Voorschrift: <ul style="list-style-type: none"> o door leidende geneesheer van gespecialiseerd centrum voor erfelijke metabole ziekten (en die de rechthebbende daar in revalidatie heeft voor zijn metabole ziekte) of door de geneesheer-specialist in de gastro-enterologie, in de inwendige geneeskunde of in de kindergeneeskunde op machtiging van de adviserend geneesheer voor specifieke voeding om coeliakie te behandelen (KB van 1.05.06); o opgemaakt volgens het model van formulier in KB (08.11.98); o kopie van het voorschrift wordt bewaard in het medisch dossier van rechthebbende; o producten: voor thuisgebruik, vermelding van benaming, verpakking en aantal (dit is aangepast i.f.v. leeftijd en behoefte van patiënt). - Afgifte: <ul style="list-style-type: none"> o publiek opengestelde apotheek, o overhandigen van aangevulde formulier (cf. factuur) volgens richtlijnen van KB, o apotheker verzekert voor elke verpakking de conformiteit met het voorschrift, houdbaarheid, integriteit van het product. 	<ul style="list-style-type: none"> - Voedingsmiddelen zijn bestemd voor de voeding van patiënten waarvoor een gewone voeding gedeeltelijk of volledig, niet kan gebruikt worden of bij patiënten waarvoor de gezondheidstoestand bijzondere voedingsbehoeften vraagt.

Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - Adviserend geneesheer <ul style="list-style-type: none"> o kent tegemoetkoming toe, o op basis van omstandige medische verantwoording van geneesheer-specialist of huisarts. - Periode: maximum voor 12 maanden. - Verlenging: nieuwe aanvraag, max. voor opnieuw 12 maanden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Terugbetaling à rato van 100 % van de betaalde verkoops prijs aan publiek. - Deze prijs mag niet hoger zijn dan de prijs vastgesteld door de producent. - Max. bedrag van terugbetaling € 1932,96* voor alle voorgeschreven producten afgegeven voor een periode van 1 kalenderjaar. - De maximale tegemoetkoming voor voeding ter behandeling van coeliakie is vastgesteld op € 38 per maand – pseudocode 754692. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indeling in categorieën: <ul style="list-style-type: none"> o A: geen aandeel voor patiënt, o B: persoonlijk aandeel vastgesteld op 15 % (met een maximum van € 7,50, € 11,30 indien verhoogde tegemoetkoming), o C: persoonlijk aandeel vastgesteld op 50 % (met een maximum van € 11,30, € 18,70 indien verhoogde tegemoetkoming), o Cs: persoonlijk aandeel: 60 %, o Cx: persoonlijk aandeel: 80 %.
Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - Tegemoetkoming: per kalendermaand met max. van 1 enkele vergoeding per dag. - Voorlegging van betaalde facturen op naam van rechtshabende. Facturen mogen niet hoger liggen dan de door de rechthabende betaalde bedragen. - De verzekeringstegemoetkoming bedraagt voor de toediening van: <ul style="list-style-type: none"> o een polymeer product: € 4,10 per dag – pseudocode: 751251; o een semi-elementair product: € 15 per dag – pseudocode: 751273; o materiaal zonder pomp (excl. sonde voor stomie en 'gastric button'): € 0,71 per dag – pseudocode: 751295; o materiaal met pomp (excl. pomp) (excl. sonde voor stomie en 'gastric button'): € 1,15 per dag – pseudocode: 751310; o toediening pomp: € 0,41 per dag – pseudocode: 751332. - Tegemoetkoming voor voeding en voedingspomp en andere materialen (voor kinderen tot 2 jaar worden de producten niet terugbetaald, enkel de pomp of het ander materiaal) 	<ul style="list-style-type: none"> - Het eerste jaar van terugbetaling wordt het maandelijkse bedrag verminderd met een bedrag van € 161,08* (indien er in de loop van het kalenderjaar gestart is, bedraagt de max. terugbetaling voor de resterende maanden € 161,08). - *= De bedragen worden elk jaar aangepast in functie van de gezondheidsindex. 	

MEDISCHE VOEDING: PARENTERALE VOEDING

Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Directe toediening via de aders van energetische voeding. - KB tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoet komt in de kosten van parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden. De rechthebbenden worden door de verzekering forfaitair vergoed. Er mogen geen supplementen aangerekend worden aan de rechthebbende. - Het gaat om kosten: <ul style="list-style-type: none"> o die betrekking hebben op de farmaceutische specialiteiten die voorkomen in de samenstelling van vernoemde zakken en niet zijn opgenomen in de nomenclatuur; o die betrekking hebben het gebruikte bereidingsmateriaal en op de bereiding zelf; o voor het materiaal dat nodig is voor de toediening, met uitzondering van de pomp en de staander voor perfusie.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - De verzekeringstegemoetkoming wordt toegestaan voor de rechthebbenden die lijden aan één van de volgende pathologieën: <ul style="list-style-type: none"> A. Tijdelijke of blijvende <u>intestinale insufficiëntie</u> ten gevolge van: <ol style="list-style-type: none"> 1) idiopatische inflammatoire intestinale ziekten (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa) die geneesmiddelenresistent zijn en uitgebreide segmenten van de darm hebben aangetast, 2) uitgebreide intestinale resecties, 3) ernstige stoornissen van de intestinale motoriek, 4) zeer ernstige intestinale malabsorptie t.g.v. radio-enteritis, totale darmvlokkenatrofie of equivalente aandoeningen, chronische pancreatitis (waarvan wordt aangetoond dat orale of maagsondevoeding onmogelijk is), peritoneale carcinomatose met intestinale occlusie of intestinale lymfomen, 5) surinfectie van het spijsverteringskanaal bij rechthebbenden die lijden aan 'acquired immune deficiency syndrome', 6) aanhoudende diarree bij kinderen (aangeboren of verworven), 7) weerstandige chyleuze ascites. B. Het <u>intestinaal inactiveren</u> om therapeutische motieven wegens fistels als verwikkeling bij één van de sub A opgesomde aandoeningen. C. <u>Proteo-calorische malnutritie</u> die wordt aangetoond door ofwel een verlaging van het lichaamsgewicht (droog gewicht na hemodialyse) gelijk aan 10 pct. of meer tijdens de laatste 12 maanden ofwel een pre-albuminegehalte lager dan 0,3 g/L bij gehemodialyseerde rechthebbenden voor wie is aangetoond dat het dialysevoorschrift adequaat is door een van de evaluatiemethoden van de Kt/V die minimum gelijk aan 0,9 moet zijn. - De vergoedbare farmaceutische specialiteiten, verwerkt in de zak, worden afzonderlijk vergoed door de verzekering, onder voorwaarde dat de perfusievloeistoffen van de vergoedingsgroepen B-181 tot B-186 vergoedbaar zijn aan 100 % van de vergoedingsbasis. Het aandeel van de rechthebbende bedraagt in dit geval € 0,62 per dag tijdens de ganse periode welke door de machting van de adviserend geneesheer is gedekt.

Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - Forfait per totaal parenteraal voedingsmengsel: <ul style="list-style-type: none"> - zakken op maat voor volwassenen: € 75 - pseudocode: 751354, - zakken op maat voor kinderen tot en met 17 jaar: € 83 - pseudocode: 751376, - industriële pre-mengsels waarvan al dan niet mineralen en/of vitamines toegevoegd worden: € 60 - pseudocode: 751391, - zakken 'perdialyse': € 35 - pseudocode: 751413. - Een pseudocode wordt per dag aangerekend. - Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming wordt maandelijks gevorderd door het ziekenhuis aan de verzekeringsinstelling d.m.v. de pseudocode die langs digitale weg of met een papieren factuur wordt doorgestuurd. - De geneesheer-specialist die samenwerkt met een multidisciplinair ziekenhuisteam moet een gemotiveerde aanvraag richten tot de adviserend geneesheer. - De verzekeringstegemoetkoming voor de afgeleverde zakken bestemd voor de rechthebbende wordt enkel toegestaan na voorafgaandelijke machtiging (geldigheidsduur beperkt tot max. 1 jaar) door de adviserend geneesheer, indien de rechthebbende voldoet aan vooropgestelde voorwaarde i.v.m. pathologie. - Een nieuwe aanvraag kan worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 5 jaren. - Alle machtigingen die toegestaan zijn door de adviserend geneesheer voor de inwerkingtreding van dit besluit blijven geldig gedurende de looptijd van die machtigingen.
Vanaf	<ul style="list-style-type: none"> - Datum inwerkingtreding: eerste dag van de maand die volgt op het verstrijken van een termijn van 10 dagen die ingaat de dag na de bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad.

VERZORGING EN HULPMIDDELEN

AUTOSONDAGE

Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Terugbetaling van materiaal voor urinesondage thuis, verricht door de patiënt zelf of door een persoon uit zijn omgeving die hiervoor is opgeleid en in staat is tot deze techniek. - De ziekteverzekering komt onder bepaalde voorwaarden tegemoet in de kosten van autosondage bij de patiënt thuis. - De revalidatiecentra, dagopvangcentra, semi-internaten en dagverzorgingscentra vallen eveneens onder het begrip thuis. Patiënten die verblijven in ziekenhuizen, RVT's, rustoorden voor bejaarden, psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en inrichtingen voor gehandicapten komen voor deze tegemoetkoming niet in aanmerking.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Retentieblaas met een belangrijk post-mictioneel residu (≥ 100 ml indien patiënten van 18 jaar of ouder): <ul style="list-style-type: none"> o ten gevolge van een verworven of aangeboren medullair letsel, o bij een perifere neuropathie. - Paraplegie of paraparesie, tetraplegie of tetraparesie wanneer verergering van de incontinentie wordt vermeden door de combinatie van parasymphaticolytische geneesmiddelen en autosondage. - Urineretentie in afwezigheid van een apart en neurologisch letsel: substitutieblaas, vergrotingsblaas.
Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - De tegemoetkoming in de kosten van de sondes wordt slechts toegekend vanaf de eerste dag van de maand volgend op de maand van de kennisgeving aan de adviserend geneesheer van het starten van de autosondage. - De <u>eerste kennisgeving</u> en het eerste voorschrift voor autosondage: <ul style="list-style-type: none"> o moet voorbehouden worden aan een geneesheer-specialist in urologie, neurologie, neuropediatrie of in de fysische geneeskunde en de revalidatie, o deze moet alle nodige documenten bewaren in het medische dossier, o deze stelt het aantal sondages per dag vast, o deze vermeldt dit op het document van kennisgeving, motiveert zijn voorstel en deelt de behandelend geneesheer van de rechthebbende (huisarts) mee dat hij de autosondage heeft ingesteld. - Kennisgeving van <u>verlenging</u> gebeurt door de behandelende arts. <ul style="list-style-type: none"> o Een verklaring op erewoord van de rechthebbende dient hieraan toegevoegd te worden (verklaring van hoeveel maal per dag hij zichzelf sondeert en hoeveel nieuwe sondes per dag hij gebruikt).
Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - Akkoord van tussenkomst kan voor maximum 12 maanden gegeven worden. - De verzekeringstegemoetkoming wordt vastgesteld op maximum 3 euro per sonde met een maximum van 4 sondes per dag (te coderen onder het nummer 754375). De kost voor het glijmiddel is in de tegemoetkoming inbegrepen. - De vergoeding mag de reële kost van de gebruikte sondes en materiaal niet overschrijden. - Navraag doen bij mutualiteit, behandelend arts (HA), geneesheer-specialist. - De sondes moeten afgeleverd worden door een apotheek van een ziekenhuis officina of een open officina.

VERZORGINGSMATERIAAL

ACTIEVE VERBANDMIDDELEN (vanaf 1.7.2007)	
Wat?	<p>Voor de patiënten met chronische wonden wordt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een tegemoetkoming voorzien van € 0,25 per afgeleverd actief verbandmiddel dat voorkomt op de lijst; - een forfaitaire tegemoetkoming voorzien van € 21,98 per maand, dat per trimester door de verzekeringsinstelling rechtstreeks zal worden uitbetaald aan de rechthebbende; - het verschil tussen de kostprijs van de afgeleverde actieve verbandmiddelen en de voorziene tegemoetkoming als persoonlijk aandeel ten laste genomen van de maximumfactuur (MAF).
Voorwaarden?	<p>De patiënt komt in aanmerking voor de beide tegemoetkomingen indien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de wonde chronisch is = onvoldoende heling na 6 weken behandeling; - de behandeling ambulantly gebeurt (niet tijdens opname in een ziekenhuis of in een ziekenhuisdienst); - de behandelende arts via een gestandaardiseerd formulier een kennisgeving heeft gericht aan de adviserend geneesheer (model in bijlage 4 van het KB van 03.06.2007); - de SIS-kaart wordt voorgelegd of een daarmee gelijkgesteld attest; - er een voorschrift wordt voorgelegd met de vermelding 'derdebetalersregeling van toepassing'; - de voorgeschreven verbandmiddelen zijn opgenomen in lijst gevoegd als bijlage 1 bij het KB en ze zijn voorgeschreven voor de behandeling van één van de aandoeningen, opgenomen in de lijst van bijlage 2 van het KB.
Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - De behandelende arts geeft kennis aan de adviserend geneesheer dat zijn patiënt een chronische wonde heeft die na een klassieke behandeling van 6 weken onvoldoende geheeld is en dat zijn patiënt getroffen is door een aandoening die zich op de lijst bevindt van bijlage 2 van het KB. - De rechthebbende betaalt aan de apotheker de kostprijs van het afgeleverde verbandmiddel, verminderd met € 0,25. - De verzekeringstegemoetkoming van € 0,25 wordt door de apotheker verrekend via Farmanet. - Per trimester betaalt de verzekeringsinstelling rechtstreeks aan de rechthebbende de bijkomende tegemoetkoming van € 21,98 per maand. - De kennisgeving heeft een geldigheidsduur van maximum 3 maanden en kan 3 keer worden hernieuwd voor telkens nieuwe periodes van 3 maanden, mits telkens een nieuwe kennisgeving wordt gericht aan de adviserend geneesheer, die de reden voor de hernieuwing bevat.
Vanaf	<ul style="list-style-type: none"> - Dit besluit trad in werking op 1 juli 2007 – KB van 03.06.2007 – BS van 25.06.2007.

ANDER VERZORGINGSMATERIAAL

<p>Wat?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Basis verbandmiddelen (gaas, steriele kompressen, gewatteerde kompressen, ...) behoren tot de magistrale bereidingen → terugbetaling mogelijk mits voorschrift van geneesheer. Het voorschrift dient te voldoen aan de desbetreffende vormvereisten. - Bepaalde bio-actieve verbanden (Duoderm[®], Comfeel[®]) worden beschouwd als medische hulpmiddelen en zijn terugbetaalbaar mits indicaties. - Insulinepen: vele bedrijven leveren de pen gratis op vraag van de arts. - Materiaal voor uro-, ileo-, colostomie: arts schrijft voor (dotaties per 3 maanden).
<p>Goed om weten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Niet steriele materialen die rechtstreeks bij een firma worden aangekocht zijn goedkoper; steriele materialen kan men enkel verkrijgen in de apotheker. - Wegwerphandschoenen verkrijgbaar eventueel in thuiszorgwinkels. - Materialen en hulpmiddelen: ziekenfondsen komen ook tussen in apparatuur en hulpmiddelen die zieken en personen met een handicap nodig hebben: informeren bij het ziekenfonds.

HULPMIDDELEN THUISZORG

	Personenalarmsysteem (PAS)	Thuiszorgwinkel / uitleenwinkel
Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Alarmsysteem waardoor zieke of bejaarden op een eenvoudige en vlugge wijze een aantal personen (of een centrale) kunnen oproepen indien er problemen zijn. - Er komen steeds meer gedifferentieerde alarmsystemen op de markt, afgestemd op de noden van de zorgbehoevende. Dit kan gaan van een eenvoudige senioren-GSM met grote oproeptoetsen en alarmknop tot de personenalarmsystemen die op het lichaam aangebracht zijn. Er zijn ook alarmsystemen waar de medische situatie van de patiënt elektronisch opgevolgd kan worden door de huisarts. - In 2007 startte de Vlaamse overheid met het aanmoedigen van het gebruik van bijkomende functionaliteiten aan het alarmsysteem. Onder meer koolstofmonoxidetectie, valdetectie en bewegingsdetectie. 	<ul style="list-style-type: none"> - De thuiszorgwinkel biedt aan iedereen een koopaanbod van een uitgebreid gamma aan hulpmiddelen om zich in het dagelijks leven of bij de verzorging beter te behelpen. Voorbeelden hiervan zijn voorgevormd bestek of speciale drinkbekers, een toiletstoel, een hoog-laag verzorgingsbed, rolstoelen, bedtafels, enz. - Sommige hulpmiddelen zijn zeer duur, waardoor de aankoop in sommige gezinnen onmogelijk of niet realistisch is. Voor deze mensen kunnen de uitleenwinkels of andere circuits die het materiaal uitlenen (vb. apotheken, het Vlaamse Rode Kruis) een oplossing bieden. Men betaalt dan alleen een huurprijs voor de periode dat men het materiaal nodig heeft. - Personen die geen 65 jaar zijn of reeds erkend zijn door het VAPH kunnen een tegemoetkoming krijgen in de aankoopkost van vele hulpmiddelen.
Waar?	<ul style="list-style-type: none"> - De regionale dienstencentra, verbonden aan de ziekenfondsen, bieden PAS aan tegen betaalbare prijzen. - In sommige gevallen kan men ook PAS verkrijgen bij: <ul style="list-style-type: none"> o lokale dienstencentra, o thuiszorgwinkels / mediotheken, o gemeente, OCMW – sociale dienst, o ziekenfonds – dienst maatschappelijk werk. 	<ul style="list-style-type: none"> - De thuiszorgwinkels zijn toegankelijk voor iedereen, zo ook de uitleenwinkels uit het commerciële circuit. - De uitleenwinkels van de ziekenfondsen en van het Rode Kruis vereisen ofwel uitsluitend lidmaatschap, ofwel betaalt men als niet-lid een duurdere prijs. - Verder kan men ook hulpmiddelen verkrijgen bij de regionale dienstencentra, verbonden aan de ziekenfondsen.

ZORG EN ARBEID

MOGELIJKHEDEN OM HET WERK TE ONDERBREKEN

	Omstandigheidsverlof en verlof om dwingende redenen	Tijdskrediet en loopbaanonderbreking
Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - De werknemer heeft het recht afwezig te zijn van het werk, met behoud van zijn normaal loon, ter gelegenheid van familiegebeurtenissen, voor de vervulling van staatsburgerlijke verplichtingen of van burgerlijke opdrachten en in geval van verschijning voor het gerecht = omstandigheidsverlof. - Verlof om dwingende redenen geldt vooral bij ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname van een nabij familielid. Het verlof mag niet meer dan tien dagen per burgerlijk jaar in beslag nemen. Meestal wordt het niet vergoed. 	<ul style="list-style-type: none"> - Het tijdskrediet en de loopbaanonderbreking geeft de werknemer of werknemster die het wenst de gelegenheid zijn of haar beroepsactiviteit tijdelijk neer te leggen of te verminderen. Het behoud van een maandelijkse RVA-uitkering tijdens die onderbreking, een bescherming tegen ontslag en de verdere uitoefening van de betrekking zoals voorheen, worden hierbij gewaarborgd. Bovendien zijn een aantal sociale zekerheidsrechten van de loopbaanonderbreker beschermd door een degelijk sociaal statuut. - Tijdskrediet heeft betrekking op werknemers in de privésector, loopbaanonderbreking is een gelijksoortige maatregel voor werknemers bij de overheid.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Om loon te ontvangen bij omstandigheidsverlof, moet de werknemer voorafgaandelijk de werkgever verwittigen van zijn afwezigheid; indien hij er niet de mogelijkheid toe heeft, moet hij de werkgever zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen. Hij moet het verlof gebruiken voor de doeleinden waarvoor het is toegekend. 	<ul style="list-style-type: none"> - Een akkoord met de werkgever dient bereikt te zijn voor het kunnen opnemen van tijdskrediet en loopbaanonderbreking.

ZORGVEROLOF

	Recht op bijstand aan een zwaar ziek gezins- of familielid	Recht op palliatief verlof
Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Uitkering van de federale en in sommige gevallen van de Vlaamse overheid. - Specifieke vorm van volledige of gedeeltelijke loopbaanonderbreking, die de mogelijkheid biedt om de arbeidsprestaties tijdelijk op te schorten, om bijstand te verlenen aan een gezinslid of een familielid tot de tweede graad, dat lijdt aan een zware ziekte. <ul style="list-style-type: none"> o Familielid = zowel bloed als aanverwanten o Gezinsleden = personen met wie men samenleeft o Ernstig ziek = elke ziekte of medische ingreep die als dusdanig door de behandelende geneesheer erkend wordt en waarvoor de arts meent dat elke vorm van sociaal, familiaal of mentale / morele bijstand nodig is voor het herstel - Drie vormen: prestaties volledig onderbreken, halftijds werken of 4/5^{de} werken. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uitkering van de federale en in sommige gevallen van de Vlaamse overheid. - Geheel of gedeeltelijke loopbaanonderbreking, die de mogelijkheid biedt om arbeidsprestaties tijdelijk te schorsen, voor het toedienen van palliatieve zorgen. - Palliatieve zorgen = elke vorm van bijstand (medisch, sociaal, administratief en psychologisch) en verzorging van personen die lijden aan een ongeneselijke ziekte en zich in een terminale fase bevinden. - Drie vormen van palliatief verlof: prestaties volledig onderbreken, halftijds werken, 4/5^{de} werken.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Dit verlof is in principe een recht (kan niet geweigerd worden door de werkgever, tenzij in KMO's met minder dan 10 personeelsleden). - Per aanvraag: periode van minimum 1 maand en maximum 3 maanden. Naargelang de gezondheidstoestand van de patiënt kan de periode verlengd worden tot max. 12 maanden in geval van volledige onderbreking of max. 24 maanden in geval van verminderde prestaties. - Behandelende geneesheer bepaalt of de ziekte of medische ingreep al dan niet als ernstig kan beschouwd worden. - Woonachtig zijn in België. - Vlaanderen vult de RVA-uitkering onder bepaalde voorwaarden aan met een Vlaamse aanmoedigingspremie (max. 1 jaar gedurende de hele loopbaan). 	<ul style="list-style-type: none"> - Palliatief verlof is een recht (kan niet geweigerd worden door de werkgever). - Duur: 1 maand, verlengbaar met max. 1 maand. Hiervoor dient men opnieuw een attest af te geven. - Max. 2 attesten per patiënt. - Vlaanderen vult de RVA-uitkering onder bepaalde voorwaarden aan met een Vlaamse aanmoedigingspremie (max. 1 jaar gedurende de hele loopbaan). - Het palliatief verlof gaat in op de eerste dag van de week die volgt op deze waarin men het geneeskundig getuigschrift afleverde, tenzij de werkgever akkoord gaat om het verlof vroeger te laten ingaan.

Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - Aanvraag bij de werkgever (attest van behandelende geneesheer van het palliatief ziek familielid, werkgever verwittigen, ...). De aanvraag gebeurt per aangetekend schrijven of door de werkgever voor ontvangst te laten tekenen (met datumvermelding) op een dubbel exemplaar. Er moet altijd een schriftelijke aanvraag zijn. Een e-mail geldt niet als een geldige aanvraag. - RVA: nadat de werkgever de aanvraag van tijdskrediet of loopbaanvermindering toegezegd heeft, moet de aanvraag om uitkeringen, ingediend worden bij de RVA. Dit gebeurt via een speciaal formulier, verkrijgbaar bij de vakbond of via de website van de RVA. Dit formulier moet ingevuld en ondertekend worden door de betrokkene en de werkgever. Aanvraag aangetekend indienen bij het plaatselijk RVA-kantoor minstens één maand voor de aanvangsdatum van het tijdskrediet of de loopbaanvermindering. - Deze aanvraag moet jaarlijks hernieuwd worden. - Vlaamse aanmoedigingspremie: het correcte aanvraagformulier samen met een kopie van document C62 en een attest van de dokter bezorgen aan het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.
Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - Beschermd tegen ontslag. - De uitkeringen voor tijdskrediet zijn belastbaar. - Niet alle vormen en periodes van loopbaanonderbreking zijn gelijkgesteld voor de berekening van het pensioen. - Bijkomende informatie hieromtrent te bevragen bij de personeelsdienst van werknemer of RVA http://www.rva.be/D_opdracht_LBO/default.asp?MainDir=D_opdracht_LBO&Language=NL&IndexDir=Regl/Werknemers&Button=1. - Informatie te verkrijgen op het ziekenfonds, CAW dienst maatschappelijk werk of bij de vakbond (ABVV, ACV, ACLVB, VBO, UNIZO). - Bijkomende informatie of vragen omtrent de aanmoedigingspremies: http://www.werk.be.

TEGEMOETKOMINGEN EN VOORDELEN VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP

FEDERAAL

	Integratietegemoetkoming (IT)	Inkomensvervangende Tegemoetkoming (IVT)
Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Voor personen met een handicap die omwille van beperkte zelfredzaamheid kosten hebben om zich te integreren of op bijzondere voorzieningen een beroep moeten doen (sociale integratie waarborgen). - Het bedrag van de tegemoetkoming is afhankelijk van de graad van zelfredzaamheid (cat. van I t.e.m. cat. V) en de verrekende eigen inkomsten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dit wordt toegekend aan een persoon met een handicap die door zijn lichamelijke of psychische toestand zijn verdienvermogen heeft verminderd tot 1/3^{de} of minder dan wat een valide persoon door de uitoefening van een beroep op de arbeidsmarkt kan verdienen. - Het bedrag van de tegemoetkoming is afhankelijk van de categorie waartoe men behoort en bedraagt maximaal ongeveer het bedrag van een leefloon. De eventueel eigen inkomsten worden verrekend.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Leeftijd: ≥ 21 jaar (aanvraag kan men indienen vanaf het moment dat men 20 jaar is geworden), < 65 jaar (op het ogenblik van het indienen van de aanvraag). De persoon die op zijn 65^{ste} effectief van de IVT en IT geniet, behoudt het recht zolang hij aan dezelfde graad van zelfredzaamheidsbeperking en/of arbeidsongeschiktheid voldoet en zolang zijn eigen financiële middelen ontoereikend zijn. - Belgische nationaliteit (of gelijkgesteld) en in België verblijven. - Hun rechten eerst laten gelden op andere sociale uitkeringen en vergoedingen waar zij recht op hebben. - Voor IT: wordt toegekend aan persoon met een handicap van wie een gebrek of een vermindering van zelfredzaamheid is vastgesteld. - Voor IVT: dient worden vastgesteld dat de lichamelijke of psychische toestand van de aanvrager zijn verdienvermogen heeft verminderd tot 1/3^{de} of minder. 	
Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - Voor beide tegemoetkomingen, alsook voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden geldt dezelfde aanvraagprocedure: <ul style="list-style-type: none"> o aanvraag in de gemeente van de woonplaats van de aanvrager (soms op de sociale dienst van het gemeentehuis, soms bij het OCMW) of rechtstreeks gericht aan de Federale OverheidsDienst Sociale Zekerheid (FODSZ), via het ziekenfonds of bij de Verenigingen voor Gehandicapten; o de aanvraagprocedure verloopt geautomatiseerd. De aanvraag wordt meteen geregistreerd bij de overheid en de betrokkene krijgt dadelijk de gepersonaliseerde formulieren (voor medisch en administratief onderzoek) mee; o deze documenten worden naar de FODSZ gestuurd. Alle verdere briefwisseling verloopt tussen de aanvrager en de FODSZ. 	

VLAAMS

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap	
Individuele Materiële Bijstand (IMB)	Persoonlijk Assistentiebudget (PAB)
Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Het Vlaams Fonds is de roepnaam van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). - Doel Vlaams Agentschap (VAPH): de sociale integratie van de persoon met een handicap bewerkstelligen. Een handicap is 'elke langdurige en belangrijke beperking van de kansen tot sociale integratie van een persoon ten gevolge van een aantasting van de mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke mogelijkheden'. - Wat? <ul style="list-style-type: none"> o Het VAPH is een tweedelijnsdienst: zij heeft zelf geen voorzieningen of begeleidingsdiensten. Zij zal voorzieningen die door privé-initiatief of door de lokale overheid zijn opgericht, erkennen, subsidiëren en controleren. o Het VAPH heeft een residuaire bevoegdheid: zij treedt enkel op wanneer een persoon met een handicap op basis van geen enkele andere wetgeving of reglementering aanspraak kan maken op bijstand tot sociale integratie. o Het VAPH is niet bevoegd voor medische en paramedische prestaties (met uitz. rolstoelen en incontinentiemateriaal) en de ganse medische zorgsector, inkomenscompensaties, kinderbijslag, onderwijs, allerhande vrijstellingen.
<ul style="list-style-type: none"> - Tussenkomen voor diverse vormen van hulpmiddelen en aanpassingen in het privé-leven op voorwaarde dat hierdoor de sociale integratie van de persoon met een handicap bevordert wordt. - Tussenkomen voor de kosten voor hulpmiddelen, aanpassingen of bijstand, zoals aanpassingen van de woning of van de wagen. Het doel hiervan is om de beperkingen van de persoon met zijn handicap te verminderen (of te heffen) om zo de sociale integratie te bevorderen. - Er bestaat een referentielijst van de hulpmiddelen en aanpassingen waarvoor het VA een tegemoetkoming kan verlenen. Naast de referentielijst bestaat een lijst van hulpmiddelen die expliciet uitgesloten zijn voor vergoeding. Overige hulpmiddelen, die niet in de referentielijst staan, kunnen voorgelegd worden aan een Bijzondere Bijstandscmissie die de tegemoetkomingsaanvraag onderzoekt en die beslist over een eventuele tegemoetkoming. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toekenning van een budget waarmee een persoon met een handicap in de thuissituatie een persoonlijke assistent kan aanwerven om voor hem te zorgen. - De grootte van het budget (tussen € 9.344,93 en € 43.609,63 per jaar) wordt afhankelijk van de persoonlijke situatie bepaald. - Het PAB is bedoeld voor personen met een handicap die mits redelijke assistentie in hun thuissituatie kunnen verblijven. - De persoonlijke assistentie kan ADL-activiteiten of begeleidingsactiviteiten bevatten: persoonlijke, inhoudelijke en organisatorische hulp of ondersteuning bij: <ul style="list-style-type: none"> o huishoudelijke en lichamelijke activiteiten, verplaatsingen, uitvoeren van dagactiviteiten. o praktische hulp bij ondersteuning bij handelingen van het dagelijks leven, agogische, pedagogische of orthopedagogische begeleiding of ondersteuning van persoon met een handicap en zijn ouders.

Ondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> - Procedure: er zijn drie tot vijf betrokken partijen <ul style="list-style-type: none"> o Gespecialiseerd Multidisciplinair Team (GMDT): samen met persoon met een handicap het aanvraagdossier opstellen, persoonlijke adviesverlening bij keuze en aankoop van hulpmiddelen alsook 'nazorg' als het hulpmiddel in gebruik wordt genomen. o Provinciale Evaluatiecommissie (PEC): oordeelt over de inschrijfbaarheid en over de aard van de functiebeperkingen. o Het Vlaams Agentschap – bijstandskorf: stelt het eigenlijke budget en de daarbijhorende hulpmiddelen vast. o Daarnaast is er het Kenniscentrum hulpmiddelen (KOC) waar de GMDT, PEC en het Vlaams Agentschap beroep kan op doen bij complexe dossiers. Het KOC kan doorverwijzen naar een externe expert. o Bijzondere Bijstandscommissie (BBC) oordeelt over gevraagde afwijkingen van hulpmiddelen die niet voorzien zijn de referentielijst of die omwille van de handicap duurder zijn dan het in de referentielijst voorziene budget. 	<ul style="list-style-type: none"> - Er worden per jaar slechts een beperkt aantal (\pm 1.200) PAB's toegekend. De budgetten blijven beperkt zodat minstens evenveel mensen wachten op een PAB dat hun voorlopig niet wordt toegekend. Ieder jaar worden andere prioriteiten vooropgesteld om nieuwe PAB's toe te kennen.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Persoon met een handicap met een langdurige en belangrijke beperking van de kansen tot sociale integratie ten gevolge van een aantasting van de mentale, lichamelijke of zintuiglijke mogelijkheden die voldoet aan: <ul style="list-style-type: none"> o leeftijdscriterium: < 65 jaar, eens ingeschreven, kan men na 65 jaar ook nog een beroep blijven doen op het Vlaams Agentschap, o verblijfs criterium, o wooncriterium. - De doelmatigheid en de noodzaak aantonen van de zorgvraag. 	

Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - Personen die beroep willen doen op het VAPH dienen een verplichte inschrijvingsprocedure te volgen. Deze procedure is nodig om grondig te evalueren of de persoon met een handicap wel degelijk in aanmerking komt voor de dienstverlening van het VA en om te kunnen bepalen welke dienstverlening hij echt nodig heeft. - Concrete hulpvraag bij de provinciale afdeling van het Vlaams Agentschap of rechtstreeks bij een GMDT (vb. CAW dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds). - Aanvraag wordt ingediend op een formulier (A001), alsook een multidisciplinair verslag (formulier A002) wordt opgemaakt door een team. - Uitgebreide inschrijvingsprocedure: te starten van de aanvraag tot het ontvangen van een vergoeding. - Voor dringende bijstand kan men zich beroepen op een versnelde inschrijvingsprocedure (vb. voor een dringende opname in een instelling; nadien wordt de gewone procedure afgewerkt). - In elke provincie, alsook in Brussel, is er een afdeling van het Vlaams Agentschap.
Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - De betrokkene mag nog geen 65 jaar zijn op het ogenblik dat hij zijn inschrijving bij het Vlaams Agentschap aanvraagt. Van zodra iemand voor zijn 65^{ste} is ingeschreven, kan hij ook na die leeftijd een beroep blijven doen op het Agentschap. Men kan zich niet inschrijven zonder zorgvraag. - Het persoonsgebonden budget (PGB): <ul style="list-style-type: none"> o voorziet sinds september 2008 de mogelijkheid om zorg op maat in te kopen waarbij de betrokkene kiest voor een combinatie van opvangvormen; o dezelfde filosofie als het PAB: de persoon met een handicap moet zelf kunnen bepalen welke zorg hij nodig heeft en waar; o keuzevrijheid en autonomie staan voorop; o voorziet de mogelijkheid om naast hulpmiddelen, ook zorg in te kopen in de instellingen. Dit wil zeggen dat een persoon met een handicap in principe niet meer het totaal zorgpakket hoeft te nemen, maar dat hij deze diensten die hij nodig acht voor zichzelf kan kopen met het beschikbare budget. - Bijkomende informatie: www.vaph.be.

WONINGAANPASSING EN HUISVESTING

Woning en woningaanpassing						
Verbeterings- en aanpassingspremie (VAP)			Huisvesting voor personen met een handicap			
Verbeteringspremie	Verbeteringspremie voor een te kleine woning	Aanpassingspremie	Sociale huurwoning	Tegemoetkoming in huurprijs	OCMW	Vlaams Agentschap
- Zowel eigenaars-bewoners, als huurders als eigenaars-verhuurders kunnen in aanmerking komen voor een premie.			- Personen met een handicap die een woning wensen te huren kunnen beroep doen op \neq vormen van ondersteuning geboden door de Vlaamse overheid.			
Wat? - Lijst van werkzaamheden waarvoor men een premie kan aanvragen. - Voor elk werk is er een vast premiebedrag voorzien. - Werkzaamheden die in aanmerking komen voor de premie: <ul style="list-style-type: none"> o dakwerkzaamheden (premie € 1.250) o buitenschrijnwerk (premie € 1.250) o werkzaamheden aan gevels (premie € 1.500) o optrekkend vocht behandelen (premie € 750) o badkamer en wc installeren (premie € 750) o elektrische installatie vernieuwen (premie € 750) o CO-vergiftiging bestrijden (premie kan gaan van € 250 voor een geiser tot € 1.000 voor het installeren van centrale verwarming) 	- Wanneer de woning te klein is voor het gezin. - Deze premie is echter weinig toepasbaar voor ouderen. - Maximaal € 1.250 en minimaal € 600.	- Enkel geldig voor werken uitgevoerd met het oog op de mobiliteit van en zelfstandig inwonende ouderen. - Doel: <ul style="list-style-type: none"> o woning toegankelijker maken voor rolstoelgebruikers, o aanpassingen die 65 plussers in staat stellen om zich vlotter door de woning te begeven, o verbouwingswerkzaamheden om deze personen zelfstandig en afzonderlijk bij u te laten inwonen. - Maximaal € 1.250 en minimaal € 600.	- Sommige sociale huisvestingsmaatschappijen voorzien aangepaste woningen (vb. voor bejaarden, voor fysisch gehandicapten). - In sommige situaties kan men voorrang verlenen bij de toewijzingsprocedure vb. personen die omwille van hun handicap speciale noden hebben.	- Tussenkost in huurprijs (slechts 3 jaar bij sociale huisvesting). - Tussenkost in verhuiskosten.	- Tussenkost in huurwaarborg.	- Betaalt onkosten terug van individueel advies van het toegankelijkheidsbureau INDIEN vooraf een aanvraag tot tussenkost van een gemachtigd expert voor woningaanpassing wordt gericht aan het Vlaams Agentschap. - Betaalt verbouwwerken in functie van de handicap (vb. aangepaste keukenkasten, verbreden van deuren, aanpassing badkamer, oprijlaan aan de buitendeur, lift, ...).

Voorwaarde?	<ul style="list-style-type: none"> - Inkomen: gezamenlijk belastbaar inkomen van 3 jaar geleden. - Woning: 'niet-geïndexeerde' kadastraal inkomen \leq € 1.200. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inkomen eigenaar-verhuurder: \leq € 56.060. - Inkomen eigenaar-bewoner: \leq € 28.030 vermeerderd met € 1.460 per inwonende persoon ten laste. - Woning dient minstens 20 jaar oud te zijn. - Geldige facturen voorleggen voor een bedrag dat minstens het dubbele is van de premie. - Woning gedurende 9 jaar ter beschikking stellen van een sociaal verhuurkantoor (SVK) 	<ul style="list-style-type: none"> - Enkel het inkomen van de 65plusser en het inkomen van hun eventuele partner: dient lager te zijn dan € 28. 030 vermeerderd met € 1.460 per inwonende persoon ten laste 	<ul style="list-style-type: none"> - Inkomensbeperking - Voorrangregels vooraf bepaald en gerespecteerd (vb. inwoner van de gemeente). 	<ul style="list-style-type: none"> - Verhuizen naar gezonde woning (dakloos of weggaan van een ongezonde / onaangepaste woning). - Rekening houden met het inkomen. - Subsidiebedrag: om de 3 jaar herberekend. - Uitbetaling om de 3 maanden. - Installatie: premie eenmalig, 3x het bedrag van de maandelijkse huursubsidie van het 1^{ste} jaar. 	<p>Zonder deze hulp geen huisvesting kunnen bemachtigen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ingeschreven zijn in het Vlaams Agentschap voor de leeftijd van 65 jaar. - Doelmatigheid en noodzaak aantonen van de gewenste aanpassingen.
Procedure?	<ul style="list-style-type: none"> - Premies aanvragen bij voltooiing van de werkzaamheden bij het bewonen van de woning. - De facturen mogen nog geen jaar oud zijn. - Aanvraag indienen in de afdeling van het Agentschap Wonen van de provincie waar de woning ligt. - Meerdere aanvragen (3 keer) zijn mogelijk binnen een periode van 10 jaar. 			<p>Aanvraag bij de sociale huisvestingsmaatschappij</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aanvraag: <ul style="list-style-type: none"> o via standaard formulier, o bij de afdeling van het Agentschap Wonen in de provincie. 		<ul style="list-style-type: none"> - Indien nog niet ingeschreven bij het Agentschap: inschrijven. - Aanvraag van de zorgvraag via een GMDT.

Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - Men kan geen twee aanvragen indienen voor hetzelfde bouwonderdeel, alsook geen tussenkomst in de leningslast of de renovatiepremie ontvangen hebben. - Info bij de gemeente of op het Agentschap Wonen van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. - Sommige provincies geven een aanvullende premie voor woningaanpassing, ook de gemeenten hebben een eigen premiestelsel voor aanpassingen op gebied van kwaliteit en veiligheid van woningen. Website van elke provincie of www.vmsw.be, navraag gemeentebestuur, dienst huisvesting of welzijn. - Gratis of goedkoop adviesverstrekking in het kader van woningaanpassing: <ul style="list-style-type: none"> o toegankelijkheidsbureau en Adviesbureau Toegankelijke Omgeving. Sommige provincies hebben met deze organisaties een samenwerkingsovereenkomst en geven advisering aan een verlaagd tarief; o de regionale dienstencentra kregen met het woonzorgdecreet de opdracht advies inzake woningaanpassing en ergotherapeutisch advies te verlenen aan ouderen. - Info: www.bouwenenwonen.be, www.toegankelijkheidsbureau.be, http://www.ato-vzw.be, www.toevla.be, www.zorgengezondheid.be (voor een lijst van de erkende regionale dienstencentra). 		<ul style="list-style-type: none"> - Papieren ook te verkrijgen in de gemeente. 		<ul style="list-style-type: none"> - Sommige ziekenfondsen of provincies geven een tussenkomst in de kosten en het advies van een toegankelijkheidsbureau.
---------------	---	--	--	--	---

VERVOER EN MOBILITEIT

REISKOSTEN KANKERPATIËNTEN (vanaf 1.07.2007)	
Wat?	<p>Ministerieel besluit (25.05.2007) tot wijziging van het MB van 6.07.1989 m.b.t. de tegemoetkoming in de reiskosten van ambulante behandelde patiënten aangetast door ziekten die:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hetzij een chemotherapeutische behandeling bij middel van geneesmiddelen behorend tot de categorie A, - hetzij een behandeling met stralingen vergen.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - De chemotherapie dient gevolgd te worden in een verplegingsinrichting die beschikt over een door de voornoemde overheid erkende dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling én een erkende dienst voor heelkunde. - De prijs van de reis per tram, metro, autobus, trein (2^e klasse) wordt integraal door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ten laste genomen als de rechthebbende één of meer van die gemeenschappelijke vervoermiddelen gebruikt om de afstand af te leggen tussen zijn effectieve verblijfplaats en de gespecialiseerde dienst waar hij in behandeling is. - Als de rechthebbende een ander vervoersmiddel gebruikt, komt de verzekering voor de heen- en terugreis tegemoet in zijn reiskosten (€ 0,25 per km) op grond van de wettelijke afstand, evenwel beperkt tot 2 x 30 km, tussen zijn effectieve verblijfplaats en de gespecialiseerde dienst waar hij in behandeling is. - Indien de afstand tussen de effectieve verblijfplaats van de rechthebbende en de dichtstbij gelegen gespecialiseerde dienst meer dan 30 km bedraagt, komt de verzekering tegemoet op grond van de werkelijke afstand tussen zijn effectieve verblijfplaats en de gespecialiseerde dienst. - Wanneer verscheidene rechthebbenden hetzelfde voertuig gebruiken om samen naar de gespecialiseerde dienst te gaan, wordt het bedrag van de globale verzekeringstegemoetkoming berekend. De afstand wordt beperkt tot 2 x 60 km, gelijk aan de som van afstanden tussen de respectieve verblijfplaats van de rechthebbenden, verhoogd met de afstand tussen de gespecialiseerde dienst en de verblijfplaats van de rechthebbende, die het laatst is afgehaald. De verzekeringstegemoetkoming wordt toegekend aan de rechthebbende wiens verblijfplaats het verst van de gespecialiseerde dienst ligt. De verzekeringsinstelling welke de tegemoetkoming toekent, dient dit mee te delen aan de verzekeringsinstelling waarbij de andere rechthebbenden zijn ingeschreven of aangesloten.
Vanaf	<ul style="list-style-type: none"> - Dit besluit trad in werking op 1 juli 2007 – MB van 25.05.2007 – BS 8.06.2007.
Goed om weten	<ul style="list-style-type: none"> - Er is eveneens een tegemoetkoming voorzien in de reiskosten bij de behandeling van nierdialyse, wanneer de behandeling plaats heeft in een erkend dialysecentrum of wanneer het gaat om verplaatsingen naar raadplegingen van toezicht in een controlecentrum in geval van thuisdialyse. De voorwaarden komen overeen met bovenstaande. - Vanaf 1 oktober 2009 geldt er een terugbetaling van de verplaatsingskost van jongeren (- 18 jaar) naar een geconventioneerd centrum (centrum voor zware en chronische pathologie) en voor kinderen met een weesziekte, die regelmatig een weesgeneesmiddel moeten krijgen. - Sommige ziekenfondsen geven een tegemoetkoming voor ziekenvervoer. Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen niet-dringend vervoer en dringend vervoer.

VERPLAATSINGSKOSTEN VAN DE OUDERS VAN KANKERPATIËNTEN (vanaf 1.7.2007)	
Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - De verzekering verleent een tegemoetkoming voor de kostprijs van de heen- en terugreis van de ouders of de wettelijke voogden van kankerpatiënten jonger dan 18 jaar, die zijn opgenomen in een ziekenhuis of een ziekenhuisdienst. - De tegemoetkoming is voorzien voor elke dag van de ziekenhuisopname die tenminste een nacht behelst van het betrokken kind (geen daghospitalisatie).
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Voor de berekening: € 0,25 per km op grond van de werkelijke afstand tussen de effectieve verblijfplaats van de moeder, de vader of de voogd en het ziekenhuis waar het kind voor behandeling is gehospitaliseerd (met een grensbedrag van € 75 per dag). - De aanvraag voor de tegemoetkoming in de reiskosten dient bij de verzekeringsinstelling te worden ingediend op grond van een document dat de vermeldingen bevat die voorkomen in het model in bijlage van het KB. - De tegemoetkoming wordt verleend voor de dagen die vallen binnen het tijdvak van 12 maanden na het indienen van de aanvraag. - De tegemoetkoming wordt verleend aan de vader, de moeder of de wettelijke voogd, bij wie het betrokken kind als persoon ten laste is ingeschreven. - Als het kind is ingeschreven als gerechtigde wordt de tegemoetkoming verleend aan de vader, de moeder of wettelijke voogd bij wie het kind als persoon ten laste zou dienen te worden ingeschreven, mocht het geen gerechtigde zijn geweest.
Vanaf	<ul style="list-style-type: none"> - Dit besluit trad in werking op 1.07.2007 – KB van 3.06.2007 – BS van 22.06.2007.

VERVOERSKOSTEN DRINGENDE GENEESKUNDIGE HULPVERLENING - AMBULANCEDIENSTEN (vanaf 1.1.2012)	
Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging kent een tegemoetkoming toe in de vervoerskosten van rechthebbenden die vervoerd worden door een ambulancedienst in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening. Die tegemoetkoming bedraagt een vastgelegd percentage van de tarieven voor het vervoer per ziekenwagen in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening
	<ul style="list-style-type: none"> - De patiënt dient vervoerd te worden door een erkende ambulancedienst, tenzij deze onbeschikbaar is. - De tarieven voor het vervoer per ziekenwagen bedragen vanaf 1 januari 2012: <ul style="list-style-type: none"> o een forfaitair bedrag voor de eerste 10 km: € 59,16 o een bedrag voor de prestaties vanaf de elfde km tot en met de twintigste km: € 5,91 per km o een bedrag voor de prestaties vanaf de eenentwintigste km: € 4,52 per km o een bedrag per paar elektroden gebruikt bij een automatische externe defibrillator: € 56,16
Vanaf	<ul style="list-style-type: none"> - Dit besluit trad in werking op 26.4.2009 – KB van 8.05.2009

	Europese parkeerkaart	Verminderings openbaar vervoer
Wat?	<ul style="list-style-type: none"> - Sedert 1 januari 2000 is de Europese parkeerkaart een feit. Mensen met een handicap die met de wagen naar een ander land van de Europese Unie reizen, kunnen daardoor duidelijker aanspraak maken op hun recht om te parkeren op plaatsen die voorbehouden zijn aan mindervaliden. - Wie nu in België een nieuwe parkeerkaart aanvraagt, krijgt automatisch een Europese. 	<ul style="list-style-type: none"> - Als je ingeschreven bent bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), of een tegemoetkoming krijgt van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid én in Vlaanderen woont, heb je recht op een gratis Buzzy Pazz of Omnipas. Je krijgt je abonnement automatisch thuis gestuurd op basis van de gegevens van de Kruispuntbank Sociale Zekerheid. - Als rechthebbende op een verhoogde tegemoetkoming krijg je bij de NMBS 50 % korting bij aankoop van biljetten in 2de klas op het Belgische spoorwegnet.
Voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> - Een permanente invaliditeit van ten minste 80 %. - Een vermindering van de zelfredzaamheid van ten minste 12 punten in het kader van de wetgeving betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap. - Een blijvende invaliditeit die rechtstreeks te wijten is aan de onderste ledematen en ten minste 50 % bedraagt. - Een volledige verlamming van de bovenste ledematen. - Een amputatie van de bovenste ledematen. - Burgerlijk of militair oorlogsinvalide zijn met ten minste 50 % oorlogsinvaliditeit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ingeschreven zijn bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap of een uitkering krijgen van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. - Recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming.