

A person wearing a white lab coat is shown from the chest up, slightly out of focus. They are holding a clear glass bottle and pouring small, round, light-colored pills into a clear plastic pill organizer. The pill organizer is held in their other hand and is filled with many of the same pills. The background is a soft, out-of-focus indoor setting.

FINANCIËLE TEGEMOETKOMINGEN: EEN DOOLHOF?

*informatie en tips voor personen met
een chronische aandoening*



Vlaams patiëntenplatform
Samen sterker

Colofon

Editie november 2024

Prijs: op aanvraag / gratis voor ledenverenigingen

Verantwoordelijke uitgever: Christine Baelus,

Egide Alenusstraat 4A, 3290 Diest

Auteurs: Kristien Dierckx, Marit Mellaerts en Lien Johnson

Tekstbewerking: Lise Dehouwer en nagelezen door Christine Baelus, Ken De Marie, Dani De Rouck, Eline Bruneel en Else Tambuyzer

Lay-out: Isabelle Roelandts (op ontwerp van Plotsklaps)



1 – INLEIDING 4

2 – CHECKLIST: PRAKTISCHE TIPS OM JE GEZONDHEIDSKOSTEN TE BEPERKEN 6

3 – MAATREGELEN OM JE KOSTEN TE DRUKKEN 9

- 1 – Wat is het verschil tussen de verplichte en aanvullende ziekteverzekering? 10
- 2 – Wetgeving rond ereloonsupplementen 12
- 3 – Verhoogde tegemoetkoming 14
- 4 – Derdebetalersregeling 14
- 5 – Maximumfactuur 15
- 6 – Statuut van persoon met een chronische aandoening 16

4 – WELKE TUSSENKOMSTEN ZIJN MOGELIJK? 17

- 1 – Forfait voor chronisch zieken 18
- 2 – Specifieke tegemoetkomingen voor jouw aandoening 18
- 3 – Vlaamse sociale bescherming - zorgbudgetten 20

5 – WAT ALS JE NIET KAN WERKEN? 24

- 1 – Vervangingsinkomen (arbeidsongeschiktheid) 25
- 2 – Inkomensvervangende tegemoetkoming 25

6 – ONDERSTEUNING VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP 28

- 1 – Rechtstreeks toegankelijke hulp 29
- 2 – Persoonsvolgend budget of Persoonlijk assistentiebudget 30
- 3 – Een tegemoetkoming voor een hulpmiddel of aanpassing in de thuissituatie 32
- 4 – Integratietegemoetkoming 33
- 5 – Zorgbudget voor personen met een handicap (uitdovend) 33

1

INLEIDING



Als je een chronische ziekte hebt, heb je vaak hoge medische kosten. Kan je door je ziekte niet werken? Dan verlaagt ook je inkomen. Die combinatie kan voor financiële moeilijkheden zorgen. Gelukkig zorgde de overheid voor enkele maatregelen en tegemoetkomingen die je kunnen helpen. Maar het is moeilijk om je weg daarin te vinden. Er bestaan Vlaamse, federale en lokale maatregelen.

Op welke hulp heb jij recht? En waar moet je zijn voor welk type hulp? Dat lees je in deze brochure. We delen de maatregelen op in verschillende categorieën, naargelang hun doel.

2

CHECKLIST: PRAKTISCHE TIPS OM JE GEZONDHEIDS- KOSTEN TE BEPERKEN

- Maak een **afspraken** met de dienst maatschappelijk werk van je **ziekenfonds**. Zij vertellen je waar je recht op hebt.
- **Check** met behulp van deze brochure of je recht hebt op:
 - verhoogde tegemoetkoming,
 - statuut chronische aandoening,
 - forfait chronisch zieken,
 - inkomensvervangende tegemoetkoming,
 - integratietegemoetkoming,
 - parkeerkaart,
 - zorgtoeslag (als één van je kinderen ziek is of een beperking heeft),
 - zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden of voor ouderen met een zorgnood,
 - mobiliteitshulpmiddel,
 - ondersteuning van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH),
 - ... ?
- Ga via www.rechtenverkenner.be na op welke financiële voordelen je recht hebt.
- Vraag aan je zorgverlener om de **derdebetalersregeling** toe te passen.
- Ga vóór je een afspraak maakt na of je **zorgverlener geconventioneerd** is.
- Vraag je huisarts om voor jou een **Gloaal Medisch Dossier (GMD)**¹ te openen. Zo krijg je meer terugbetaald voor een bezoek aan je huisarts.
- Vraag een **doorverwijzing** van je huisarts naar de specialist. Zo krijg je meer terugbetaald. Wel enkel op voorwaarde dat je een GMD hebt en dat het de eerste consultatie is bij dat specialisme in dat jaar. Bezorg de verwijsbrief samen met je getuigschrift aan het ziekenfonds.
- Vraag je arts het **goedkoopste geneesmiddel** (de generische variant van het originele geneesmiddel) voor te schrijven.
 - Heb je crèmes nodig? Vraag je arts naar een **bereiding door de apotheker (magistrale bereiding)**. Zo'n geneesmiddel maakt de apotheker zelf klaar. Deze zijn soms veel goedkoper dan een commercieel product.

1. — GMD is je elektronisch medisch dossier bij de huisarts. Dit bevat al je medische gegevens en geeft een totaalbeeld van je gezondheid. Bron: www.vlaanderen.be

- Een **ziekenhuisopname**?
 - Kijk je **hospitalisatieverzekering** goed na, zeker de kleine lettertjes. Zo weet je welke kosten van je verblijf in het ziekenhuis gedekt zijn en welke niet. Je weet dan ook of je verzekeraar via een derdebetalersregeling werkt of dat je zelf de kosten moet voorschieten.
 - Vraag vooraf een **kostenraming** aan het ziekenhuis.
 - Als je de opnameverklaring² ondertekent, kan je kiezen voor een gemeenschappelijke kamer of een éénpersoonskamer. Weet dat alle zorgverleners, die je behandelen, ook geconventioneerde zorgverleners, **ereloon-supplementen** mogen vragen, als je voor een **eenpersoonskamer** kiest. (Uitzondering: als je om medische redenen op een éénpersoonskamer moet liggen, mag het ziekenhuis geen supplementen vragen.)
Je betaalt ook een kamersupplement (dus een extra bedrag), als

je kiest voor een eenpersoonskamer.

- Neem contact op met je **ziekenfonds**, als je zelf niet voor **vervoer** kan zorgen (bij een geplande opname)³.
- Laat je **(ziekenhuis)factuur** nakijken door je ziekenfonds. Zo weet je zeker dat je geen onterechte kosten betaalt.

Meer tips en info op onze website:

www.vlaamspatientenplatform.be/nl/advies-en-tips/weet-jij-wat-je-betaalt-in-het-ziekenhuis

2. — De opnameverklaring geeft financiële informatie over je verblijf in het ziekenhuis.

3. — Bij een niet geplande opname (dringend ziekenvervoer) betaal je altijd een forfaitair bedrag van 70,92 euro.

3 MAATREGELEN OM JE KOSTEN TE DRUKKEN



1 — WAT IS HET VERSCHIL TUSSEN DE VERPLICHTE EN AANVULLENDE ZIEKTEVERZEKERING?

In België is een ziekteverzekering voor elke burger verplicht. Daarom moet iedereen zich bij een ziekenfonds aansluiten. Het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) beheert deze verzekering. De ziekenfondsen zorgen voor de uitbetaling.

Het RIZIV zorgt ervoor dat jouw ziekenfonds je vergoedt voor **geneeskundige zorgen**. Deze **verplichte ziekteverzekering** is voor iedereen hetzelfde. Je krijgt een deel van je kosten voor geneeskundige zorg terugbetaald. Denk aan kosten voor consultaties bij zorgverleners, medicatie, ziekenhuiskosten ... De ziekteverzekering wordt gefinancierd vanuit de overheid.

Een voorbeeld:

Je gaat naar je huisarts en de consultatie kost 25 euro. Je betaalt 25 euro waarna je huisarts een attest stuurt naar je ziekenfonds. Het ziekenfonds betaalt je 20 euro terug. (Dit zijn fictieve bedragen).

Wettelijk tarief		Supplement
Terugbetaling/ verzekeringstegemoetkoming	Persoonlijk aandeel/remgeld	

OPGELET!

Een **niet-geconventioneerde zorgverlener** kan een **supplement**¹ vragen. Zorgverleners die niet geconventioneerd zijn, volgen de tariefafspraken die met de ziekenfondsen gemaakt werden niet. Het ziekenfonds betaalt supplementen niet terug. Om onaangename financiële verrassingen te vermijden, weet je best op voorhand of je zorgverlener geconventioneerd is. Je kan dit opzoeken op [de website van het RIZIV](#).

Sommige zorgverleners zijn gedeeltelijk geconventioneerd, bijvoorbeeld wel in het ziekenhuis, maar niet in hun eigen praktijk. Elke zorgverlener moet op voorhand laten weten of die geconventioneerd is (bijvoorbeeld via de website, affiches in de praktijk ...).

De **aanvullende ziekteverzekering** is het extra aanbod van je ziekenfonds (ledenpakket).

- Dit kan sterk verschillen tussen de ziekenfondsen (b.v. terugbetaling psychologische/psychotherapeutische zorg, brillen, steunzolen ...).
- Je betaalt dit eigenlijk zelf via de ledenbijdrage.
- Bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering hoef je geen ledenbijdrage te betalen, maar kan je ook niet rekenen op extra voordelen. Wil of kan je geen ledenbijdrage betalen, dan kan je je dus inschrijven bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Dit is een openbare instelling die dezelfde functie vervult als de ziekenfondsen.



1. — Extra bedrag bovenop het wettelijk tarief.

2 – WETGEVING ROND ERELOONSUPPLEMENTEN

2.1. Ereloonsupplementen in de labo's

Het kan gebeuren dat je voor een geconventioneerde arts kiest, maar dat je bloedanalyses, op voorschrift van die arts, gebeuren door een niet-geconventioneerde labo. Je moet dan toch ereloonsupplementen betalen. **Als je op voorhand niet op de hoogte was én hiervoor geen toestemming gaf, is dit onwettig.**

De voorschrijvende arts moet expliciete toestemming vragen om deze analyses door niet-geconventioneerde medewerkers te laten doen en deze toestemming noteren op het voorschrift. Om discussies te vermijden kan je in je medisch dossier laten noteren dat je wil dat de analyses gebeuren door geconventioneerde medewerkers. Je vraagt ook best een afschrift van deze verklaring.

Krijg je een factuur en vind je toch ereloon-supplementen terug zonder dat je hiervoor toestemming gaf? Betaal vooral niet en neem contact op met je ziekenfonds. Zij zullen je hierin juridisch bijstaan. Bij twijfel kan je ook altijd bij hen terecht.

Bron: Koninklijk besluit van 17 december 2023

2.2. Ereloonsupplementen voor zware medische beeldvorming

Radiologen mogen voor **MRI-scans en CT-scans tijdens de kantooruren geen ereloonsupplementen** meer aanrekenen.

Wat betekent dit concreet?

- Als je zo'n scan ondergaat **tijdens de kantooruren** (dus van maandag tot vrijdag tussen 8u 's morgens en 18u 's avonds), mag de arts geen ereloon-supplement vragen.
- Als je behandelende arts voorschrijft dat dit onderzoek **dringend** is, mag de arts ook geen ereloon-supplement vragen buiten de kantooruren. Bijvoorbeeld wanneer bepaalde symptomen kunnen wijzen op een levensbedreigende ziekte (bv. kanker). Dan is het noodzakelijk dat je snel zekerheid krijgt. Je bespreekt best met je behandelende arts binnen welke termijn dit onderzoek moet doorgaan.
- Als je bv. na een verkeersongeluk op de **spoedafdeling** belandt en je krijgt meteen een scan, dan beschouwt men die als dringend. Dus mag de zorgverlener ook in dat geval geen ereloon-supplement vragen.

- In de **andere situaties** (niet-dringend en buiten de kantooruren) mag de arts een ereloon-supplement vragen. Maar:
 - Je moet dit **op voorhand weten**.
 - Je moet daarvoor altijd vooraf **uitdrukkelijk toestemming** geven door een document te ondertekenen. Beide partijen (jij en het ziekenhuis) krijgen hiervan een exemplaar.

Deze regeling geldt **enkel wanneer je niet in het ziekenhuis bent opgenomen**. Voor patiënten die in het ziekenhuis liggen, gelden andere regels². De maatregel geldt ook alleen voor **medische beeldvorming, die enkel in een ziekenhuis kan gebeuren**. RX-foto's en echografie (die ook buiten het ziekenhuis kunnen gebeuren) vallen hier dus niet onder.

Als het ziekenhuis ten onrechte een supplement aanrekent, kan je zelf de factuur betwisten.

Je kan ook de factuur laten nakijken door je ziekenfonds en hen vragen om jou juridisch bij te staan. Bij twijfel laat je de factuur in ieder geval best nakijken door je ziekenfonds.

Bron: Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid van 13 november 2023.

2. – Zie Checklist: praktische tips om je gezondheidskosten te beperken: een opname in het ziekenhuis (p.8)

3. – Meer uitleg over het recht op verhoogde tegemoetkoming vind je op de volgende bladzijde.

4. – Bijvoorbeeld: tegemoetkoming voor personen met een handicap, leefloon, zorgbudget voor ouderen met een zorgnood.

5. – De volledige lijst vind je op de website van het RIZIV..

2.3. Verbod op ereloonsupplementen voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming

Sinds 1 januari 2025 mogen **artsen geen ereloonsupplementen** meer aanrekenen aan patiënten die recht hebben op **verhoogde tegemoetkoming** (VT)³. Ook artsen die niet geconventioneerd zijn, mogen geen supplementen vragen. In 2025 geldt dit alleen nog, als je recht hebt op VT omwille van je **inkomenssituatie**⁴. In **2026** wordt de regeling uitgebreid naar **alle patiënten die recht hebben op VT**.

Meer info vind je op de [website van het RIZIV](#).

Sinds 1 januari 2025 mogen ook **tandartsen geen ereloonsupplementen** meer aanrekenen aan patiënten die recht hebben op VT. Ook tandartsen die **niet geconventioneerd** zijn, mogen geen supplementen vragen. In 2025 geldt deze maatregel alleen nog **bij bepaalde prestaties**, zoals preventieve behandelingen, verwijderen van tandsteen, vullingen ...⁵ Vanaf 1 juli 2026 geldt deze maatregel voor **alle tandheelkundige verstrekkingen**.

Ook over deze maatregel vind je meer info op de website van het RIZIV.

3 – VERHOOGDE TEGEMOETKOMING

Een verhoogde tegemoetkoming wil zeggen dat je minder remgeld moet betalen. Remgeld is de kost voor gezondheidszorg die niet wordt terugbetaald door je ziekenfonds en dus door jou moet worden betaald. Denk aan het remgeld voor huisartsbezoeken, medicatie, hospitalisatie ... Bij verhoogde tegemoetkoming voorziet het ziekenfonds een hogere tussenkomst, waardoor jij minder betaalt.

Voorwie? Je kan het recht op de verhoogde tegemoetkoming krijgen op basis van één van deze twee voorwaarden:

- **Automatische toekenning:** dit wil zeggen dat je automatisch recht hebt op de verhoogde tegemoetkoming op basis van je inkomenssituatie. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer je een tegemoetkoming voor een persoon met een handicap, een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood of een leefloon van het OCMW krijgt. Ook een kind met een erkende handicap van minstens 66% komt hiervoor in aanmerking.
- **Na een inkomensonderzoek:** als je een laag inkomen hebt, kan je laten nagaan of je recht hebt op een verhoogde tegemoetkoming. Hiervoor kan je zelf een aanvraag indienen bij je ziekenfonds.

3. — Artsen mogen bij de toepassing van de derde betaler wel nog supplementen vragen.

Voordelen?

- Je betaalt minder remgeld.
- De derdebetalersregeling is verplicht bij de huisarts. Je hoeft dus geen grote bedragen voor te schieten.

Wil je meer weten? Ga naar [de website van het RIZIV](#).

4 – DERDEBETALERSREGELING

Als je zorgverlener deze regel toepast, dan betaal jij enkel het remgeld (je persoonlijk aandeel). Je ziekenfonds betaalt de rest van het bedrag rechtstreeks aan je zorgverlener. Je hoeft dus niets voor te schieten. De kans bestaat wel dat je toch een supplement moet betalen als je arts niet geconventioneerd is. De meeste zorgverleners⁶ mogen geen supplementen vragen, als ze de derdebetalersregeling toepassen. Hoewel niet elke zorgverlener verplicht is dit te doen, mag elke zorgverlener de derdebetalersregeling toepassen, vraag er dus zeker naar.

In enkele gevallen is de derdebetalersregeling wel verplicht:

- bij de huisarts wanneer je recht hebt op een verhoogde tegemoetkoming (behalve bij huisbezoeken);
- bij specifieke verstrekkingen door tandartsen en bandagisten;
- bij raadplegingen op afstand door artsen.

Wil je meer weten? Ga naar [de website van het RIZIV](#).

5 – MAXIMUMFACTUUR

De maximumfactuur (MAF) werkt als volgt: op 1 januari begint de teller te lopen. Elke keer als jij en je gezinsleden⁷ kosten maken binnen de verplichte ziekteverzekering (bv. medicatie, huisartsbezoek, ziekenhuisopname) houdt je ziekenfonds bij hoeveel remgeld jullie hiervoor betalen. Daarna worden deze remgelden opgeteld in de maximumfactuur. Zodra jullie het maximumbedrag bereiken, worden al jullie medische kosten, die de verplichte ziekteverzekering vergoedt, terugbetaald. Jullie ziekenfonds betaalt vanaf dan ook het remgeld terug.

Voor wie? Het maximumbedrag aan remgelden, ook je MAF-plafond genoemd, hangt af van je gezinsinkomen. Het hoogste MAF-plafond is 2067,66 euro⁸ aan remgeld per jaar. Het laagst mogelijke plafond is 254,99 euro⁹ per jaar. Als je recht hebt op verhoogde tegemoetkoming, dan wordt het MAF-plafond automatisch 516,92 euro per jaar¹⁰. Hiernaast zijn er nog aparte MAF-plafonds voor kinderen jonger dan 19 jaar en voor wie het statuut van persoon met een chronische aandoening heeft.

OPGELET!

Er zijn heel wat gezondheidskosten die de verplichte ziekteverzekering niet terugbetaalt. Hierdoor tellen ze ook niet mee voor de maximumfactuur.

Volgende verstrekkingen tellen NIET mee:

- honorarium- of ereloon-supplementen,
- verblijfskosten in een voorziening voor ouderen of in een woonzorgcentrum,
- kostprijs van geneesmiddelen die niet door het RIZIV worden terugbetaald (bv. mineralen en vitaminen),
- tandzorg waarvoor geen terugbetaling door het RIZIV gebeurt,
- prothesen waarvoor geen terugbetaling door het RIZIV gebeurt,
- kosten voor ziekenvervoer,
- kosten voor sondevoeding voor personen vanaf 19 jaar en ouder,
- supplementen.

Wil je meer weten? Ga naar [de website van het RIZIV](#).

4. — Iedereen die op hetzelfde adres woont, hoort bij hetzelfde gezin. Men kijkt hiervoor naar het rijksregister.

5-7. — Bedrag voor 2024

6 – STATUUT VAN PERSOON MET EEN CHRONISCHE AANDOENING

Dit is een maatregel voor wie langdurig hoge medische uitgaven heeft. Zowel je remgelden, als het deel dat je ziekenfonds terugbetaalt, worden hier opgeteld. Medische kosten die je ziekenfonds niet terugbetaalt, worden niet meegerekend. Je krijgt een verlaging van het MAF-plafond met 114,87 euro¹¹.

Voor wie?

Je voldoet aan één van de volgende voorwaarden:

- Je hebt hoge medische kosten. Dit wil zeggen dat je gedurende twee jaar elk kwartaal 387,27 euro¹² aan medische kosten had. Het verschil met de maximumfactuur is dat het niet enkel gaat om het remgeld maar om het volledige bedrag behalve een eventueel supplement.
- Je hebt recht op het forfait voor chronisch zieken¹³. Je krijgt deze tegemoetkoming als je hoge medische kosten hebt en veel zorg nodig hebt. Je krijgt dan ook automatisch het statuut van persoon met een chronische aandoening.

9. – Bedrag 2024

10. – Bedrag 2024

11. – Zie 4.1

12. – Bedrag 2024

13. – Je zeldzame ziekte moet vermeld staan op www.orphanet.be en je arts-specialist moet een attest afleveren.

Hoe? Je ziekenfonds brengt jou hiervan op de hoogte. Je hoeft zelf niets te ondernemen.

Recht verlengen? Wanneer de eerste periode van twee jaar is afgelopen, zal je ziekenfonds automatisch controleren of je recht hebt op een verlenging van het statuut. Dit geldt telkens voor één jaar en in volgende gevallen krijg je een verlenging:

1. Je had een totaal van 1549,08 euro¹⁴ medische kosten tijdens het tweede jaar voorafgaand aan het jaar van de verlenging.
2. Je hebt nog steeds recht op het forfait voor chronisch zieken.

6.1. Zeldzame ziekten

Voor personen met een zeldzame ziekte, bestaat er een extra voordeel. Als je voldoet aan de financiële voorwaarde (twee jaar lang 387,27 euro¹⁵ medische kosten per kwartaal) krijg je automatisch het statuut toegekend voor twee jaar. Kan je een attest voorleggen waaruit blijkt dat je een zeldzame ziekte hebt¹⁶, dan krijg je het recht voor vijf jaar toegekend. Om te verlengen voor een periode van vijf jaar volstaat een attest van je arts-specialist.

Wil je meer weten? Ga naar [de website van het RIZIV](#).

4

WELKE TUSSENKOMSTEN ZIJN MOGELIJK?



Afhankelijk van je medische en/of financiële situatie zijn er een aantal tussenkomsten mogelijk. Verschillende instanties, zowel federale als Vlaamse, houden zich hiermee bezig.

1 – FORFAIT VOOR CHRONISCH ZIEKEN

Heb je een chronische aandoening, dan kan je een zorgforfait krijgen. Dit is een jaarlijkse tegemoetkoming voor mensen die hoge gezondheidsuitgaven hebben en sterk afhankelijk zijn van anderen. Dit bedrag varieert volgens je zelfredzaamheid.

Voor wie? Je moet voldoen aan twee voorwaarden:

1. Je gaf 450 euro per jaar uit aan remgelden tijdens het huidige kalenderjaar en het kalenderjaar daarvoor. Als je recht hebt op een verhoogde tegemoetkoming, gaat het over 365 euro per jaar. Zoals bij de MAF telt men alle remgelden op, maar dan enkel deze van de persoon die het zorgforfait krijgt. Ook hier rekent men alleen de kosten mee die de verplichte ziekteverzekering terugbetaalt.
2. Je hebt veel zorg nodig en je bent afhankelijk van anderen¹.

Hoe? Je ziekenfonds heeft de nodige gegevens om dit forfait automatisch toe te kennen. Krijg je dit nog niet maar denk je dat je wel in aanmerking komt? Neem contact op met je ziekenfonds.

Wil je meer weten? Ga dan naar [de website van het RIZIV](#).

2 – SPECIFIEKE TEGEMOETKOMINGEN VOOR JOUW AANDOENING

2.1. Tegemoetkoming pijnstillers

De overheid betaalt veelgebruikte pijnstillers normaal gezien niet terug, tenzij aan personen met chronische pijn. Onder bepaalde voorwaarden krijg je toch een terugbetaling voor bepaalde verpakkingen van paracetamol². Als je hier recht op hebt, krijg je 75% van de prijs van deze pijnstillers terugbetaald.

Voor wie? Iedereen die chronische pijn³ heeft ten gevolge van één van volgende aandoeningen:

- ▶ kankerpijn,
- ▶ chronische artritis/artrosepijn,
- ▶ neurogene of neuropathische pijn van centrale of perifere oorsprong (MS inbegrepen),
- ▶ perifere vasculaire pijn,
- ▶ pijn na operatie (fantoempijn inbegrepen),
- ▶ fibromyalgie.

Hoe?

1. Je behandelend arts of de arts die je globaal medisch dossier beheert, vraagt dit aan bij de adviserend arts van je ziekenfonds.
2. Bij akkoord van deze adviserend arts ontvang je een 'machtiging van tegemoetkoming pijnstillers'. Deze machtiging is levenslang geldig.

3. Hiermee kan je bewijzen aan je apotheker dat je recht hebt op een tegemoetkoming bij de aankoop van deze medicatie. De apotheker verrekent de tegemoetkoming meteen.

Wil je meer weten. Ga dan naar [de website van het RIZIV](#).

2.2. Incontinentieforfaits

Binnen de verplichte ziekteverzekering bestaan er twee incontinentieforfaits.

1. **Incontinentieforfait zwaar zorg-behoevenden:** een jaarlijkse tegemoetkoming⁴ voor de kosten van incontinentiemateriaal. Je thuisverpleegkundige of je arts kan die aanvragen. De dienst maatschappelijk werk van je ziekenfonds kan je hierbij helpen. Je hebt hier geen recht op als je verblijft in een zorgvoorziening, zoals een woonzorgcentrum, een psychiatrisch ziekenhuis, een revalidatiecentrum ... Je moet deze vraag jaarlijks opnieuw stellen.

Wil je meer weten? Ga dan naar [de website van het RIZIV](#).

2. **Incontinentieforfait voor niet-afhankelijke personen:** deze jaarlijkse tegemoetkoming krijg je als een niet-behandelbare urinaire incontinentie⁵ hebt. Hiervoor kan je een formulier aanvragen bij je ziekenfonds. Dit formulier moet je huisarts of behandelend arts invullen en doorsturen naar de adviserend arts. Deze arts geeft dan een goedkeuring voor drie jaar. Ook op dit forfait heb je geen recht als je verblijft in een zorgvoorziening.

Wil je meer weten? Ga dan naar [de website van het RIZIV](#).

Deze twee forfaits kan je combineren met de tegemoetkomingen voor incontinentiemateriaal van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). Op [de website van het VAPH](#) vind je hierover meer informatie.

1. – Op [de website van het RIZIV](#) vind je de precieze voorwaarden terug.

2. – Voor de lijst van verpakkingen, zie [deze link](#).

3. – Chronische pijn is pijn die minstens 3 maanden aanhoudt.

4. – Bedrag voor 2024: 610,53 euro

5. – Bedrag voor 2024: 199,27 euro

2.3. Tegemoetkoming chronische wonden

Een wonde is chronisch als deze na 6 weken behandeling nog niet genezen is. Op de website van het RIZIV staat een lijst van 'actieve verbanden'⁶, waarvan de ziekteverzekering 20% terugbetaalt, als je ze aankoopt bij de apotheker. De overige 80% komt in aanmerking voor de maximumfactuur. Je vindt er ook terug voor welke aandoeningen deze terugbetaling mogelijk is.⁷

Hoe? Je arts stuurt een aanvraagformulier naar de adviserend arts van je ziekenfonds. Hiermee heb je, na goedkeuring door de adviserend arts, recht op deze tegemoetkoming voor drie maanden. Deze is drie keer hernieuwbaar. Je arts moet op het voorschrift de vermelding 'derdebetalersregeling' aanduiden. Na één jaar kan de adviserend arts van je ziekenfonds de goedkeuring nog steeds per drie maanden hernieuwen (en voor sommige aandoeningen voor maximaal één jaar). Een arts-specialist moet dit aanvragen.

Wil je meer weten? Ga dan naar [de website van het RIZIV](#).

6. — Actieve verbanden zijn speciale, duurdere verbanden, die ervoor zorgen dat een wonde sneller geneest.

7. — Meer info vind je op [de website van het RIZIV](#).

8. — Bedragen voor 2024

3 — VLAAMSE SOCIALE BESCHERMING - ZORGBUDGETTEN

De Vlaamse overheid werkte met de Vlaamse sociale bescherming (VSB) een verzekeringssysteem uit voor personen die langdurige zorg en ondersteuning nodig hebben. Dat is een extra bescherming bovenop de federale sociale zekerheid.

Hoe?

Als je ouder bent dan 25 jaar en in het Vlaamse gewest woont, ben je verplicht om je aan te sluiten bij de Vlaamse sociale bescherming. Elk jaar betaal je hiervoor (verplicht) een zorgpremie. Deze premie bedraagt 62 euro en voor mensen met het recht op verhoogde tegemoetkoming 31 euro⁹. Je betaalt deze premie aan één van de zes zorgkassen. Elk Vlaams ziekenfonds heeft een zorgkas en ook de Vlaamse overheid heeft er eentje, de Vlaamse Zorgkas.

Wat?

Met deze verplichte bijdrage financiert de VSB zorgbudgetten voor mensen die veel zorg nodig hebben.

3.1. Zorgbudget voor zwaar zorg-behoevenden

Je krijgt maandelijks 140 euro⁹ voor niet-medische kosten als je door ziekte, een handicap of hoge leeftijd veel zorg nodig hebt.

Dit budget dient voor niet-medische kosten. Je kan zelf kiezen wat je ermee doet:

- gezinshulp betalen,
- poetshulp betalen,
- een hulpmiddel aankopen,
- familieleden, burens of vrienden vergoeden voor hun hulp (daarom noemt men dit budget soms ook mantelzorgpremie),

▸ ...

Voor wie?

- Je hebt veel zorg nodig, zoals ouderen die in een woonzorgcentrum, serviceflat of assistentiewoning verblijven of mensen die thuis veel ondersteuning nodig hebben. Je moet dit bewijzen met een attest.
- Als je residentiële zorg krijgt, kan je voorziening je een verblijfsattest bezorgen.

▸ Woon je nog thuis, dan kan de dienst maatschappelijk werk van je ziekenfonds, de dienst gezinszorg of het OCMW je helpen om een attest op te maken.

- Je bent aangesloten bij de VSB.
- Er is geen leeftijdsgrens.

Hoe?

- De erkende dienst¹⁰ stelt je zorgbehoefte vast.
- Je bezorgt het attest aan de zorgkas. Als je in een Vlaamse zorgorganisatie verblijft, krijg je het zorgbudget automatisch.

9. — Bedrag voor 2024

10. — Diensten voor gezinszorg, OCMW's en Diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen zijn erkende diensten.

3.2. Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood

Ouderen met een beperkt inkomen en met gezondheidsproblemen kunnen dit aanvragen. Dit zorgbudget bedraagt maximaal 710 euro¹¹ per maand. Het budget kan je vrij besteden. Bij de berekening van het budget houdt men rekening met:

- de score voor zelfredzaamheid die de arts van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (FOD SZ) je toekende,
- je gezinssituatie,
- en met je inkomen en dat van je eventuele samenwonende partner.

Voor wie?

- Je behaalt minstens 7 punten op de schaal van zelfredzaamheid¹.
- Je bent aangesloten bij de VSB.
- Je bent 65 jaar of ouder.

Hoe?

Je vult een online vragenlijst in met je elektronische identiteitskaart (eID). Als je hierbij hulp nodig hebt, kan je terecht bij de dienst maatschappelijk werk van je ziekenfonds, het OCMW of de maatschappelijk werker van je gemeente. Verwittig ook je arts als je een aanvraag doet, want de Directie-generaal Personen met een Handicap zal je arts contacteren en medische informatie opvragen. Meestal nodigt deze dienst je ook nog uit voor een gesprek met hun arts.

3.3. Mobiliteitshulpmiddelen

Heb je door je chronische ziekte of beperking permanent een hulpmiddel nodig om je te verplaatsen? Dan kan je via de Vlaamse sociale bescherming een mobiliteitshulpmiddel kopen of huren. Het gaat om een hulpmiddel dat je voor de rest van je leven nodig hebt. Dus geen krukken of een rolstoel omdat je bijvoorbeeld je been brak. Denk wel aan een rollator, een manuele of elektronische rolstoel, elektrische scooter, een duwwandelwagen, een zitdriewiel fiets ...

Voor wie?

- Je bent aangesloten bij de VSB.
- Vanaf de leeftijd van 85 jaar of in het woonzorgcentrum kan je je mobiliteitshulpmiddel ook huren in plaats van kopen.

Hoe?

1. Je krijgt een voorschrift voor een mobiliteitshulpmiddel van je arts of gespecialiseerde zorgverlener.
2. Daarmee ga je naar een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen (bandagist). Deze zal:
 - advies geven over de mogelijkheden,
 - een hulpmiddel voorstellen,
 - het aanvraagformulier invullen.
3. De verstrekker stuurt de aanvraag naar de zorgkas.
4. Je krijgt een brief met de beslissing

van de zorgkas of je een tegemoetkoming krijgt en zo ja, voor welk mobiliteitshulpmiddel.

5. De verstrekker bezorgt je het hulpmiddel

Wil je meer weten over de zorgbudgetten en over de mobiliteitshulpmiddelen? Ga dan naar <https://www.vlaam-sesocialebescherming.be>

11. – Bedrag voor 2024



WAT ALS JE NIET KAN WERKEN?

1 – VERVANGINGSINKOMEN (ARBEIDSONGESCHIKTHEID)

Als je omwille van ziekte niet kan werken, ontvang je een ziekte- of invaliditeitsuitkering van het RIZIV. Je ziekenfonds betaalt dit uit.

- ▶ Tijdens het eerste jaar van je ziekte ontvang je als loontrekkende 60% van je brutoloon. Als je zelfstandige bent, is dit een vast bedrag afhankelijk van je gezinssituatie.
- ▶ Na één jaar is de uitkering voor loontrekkenden een percentage van het brutoloon, afhankelijk van de gezinssituatie. Voor zelfstandigen is dit een vast bedrag afhankelijk van de gezinssituatie.

Voor wie?

- ▶ Je bent werknemer. Je moet wel een voldoende aantal dagen gewerkt hebben. Je kan hierover meer info krijgen bij je vakbond of bij je ziekenfonds.
- ▶ Je bent werkzoekende.
- ▶ Je bent zelfstandige.

Hoe?

Je vult samen met je behandelende arts het 'Getuigschrift van arbeidsongeschiktheid' in. Je bezorgt dit document aan de adviserend arts van je ziekenfonds. Je kan dit op twee manieren doen:

- ▶ Je stuurt het op met de post.
- ▶ Je brengt het binnen in het kantoor

van je ziekenfonds. Je krijgt dan een ontvangstbewijs.

Wil je meer weten? Ga dan naar [de website van het RIZIV](#).

Tijdens je arbeidsongeschiktheid kan je terug beginnen werken en kan je je loon en je uitkering combineren. Meer info daarover vind je [hier](#).

2 – INKOMENSVERVANGENDE TEGEMOETKOMING

Deze tegemoetkoming van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (FOD SZ) ontvang je niet automatisch. Je moet deze zelf aanvragen. Het is een soort laatste vangnet. Eerst bekijkt de overheid of je niet in aanmerking komt voor een ander vervangingsinkomen zoals werkloosheid, arbeidsongeschiktheid enzovoort.

De inkomensvervangende tegemoetkoming of IVT vergoedt je inkomensverlies door je handicap. Bij de berekening houdt men rekening met je gezinssituatie en je (gezins)inkomen. Deze tegemoetkoming vraag je altijd aan samen met de integratietegemoetkoming (IT), zie hoofdstuk 6, punt 4.

Voor wie? Voor personen tussen 18 en 65 jaar¹. Je kan deze tegemoetkoming

1. — Je kan de aanvraag indienen vanaf je 17de verjaardag. Je krijgt de tegemoetkoming dan vanaf je 18de verjaardag. Ook na je 65ste verjaardag kan de erkenning en een eventuele betaling doorlopen, maar er is geen medische herziening meer mogelijk. Dit geldt ook voor de integratietegemoetkoming..

aanvragen, als je door je handicap niet kan werken. Je hebt er ook recht op als je wel werkt, maar als je door je handicap maar een derde of minder kan verdienen van wat iemand zonder handicap op de reguliere arbeidsmarkt kan verdienen. Daarnaast is je inkomen van belang. Toch kan het ook voor mensen met een inkomen uit arbeid of een vervangingsinkomen zinvol zijn om deze tegemoetkoming aan te vragen.

Als je deze tegemoetkoming ontvangt, heb je automatisch recht op:

- sociaal tarief voor energie (gas en elektriciteit),
- sociaal tarief voor water,
- verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorgen,
- gratis abonnement van De Lijn voor personen met een handicap,
- European Disability Card: deze kaart geeft je korting of extra ondersteuning bij deelname aan culturele en sportieve manifestaties en activiteiten in de vrijetijdssfeer (Opgelet: dit is geen parkeerkaart),
- sociaal internetaanbod via een operator voor vast internet of een sociaal tarief voor een 'bundel' (internet + telefonie/tv). Je moet wel zelf je sociaal internetaanbod aanvragen bij de telecomoperator².



Als je enkel de erkenning hebt voor IVT of IT³, kan je recht hebben op:

- forfait chronisch zieken⁴,
- toeslag op belastingvrije som inzake personenbelasting (dus belastingvermindering),
- vermindering van onroerende voorheffing; dit kan ook als je een woning huurt,
- ondersteuning bij sociale huisvesting,
- vermindering successierechten,
- parkeerkaart⁵.

Hoe?

1. Je dient een aanvraag voor een tegemoetkoming of erkenning van je handicap in via de website van de FOD Sociale Zekerheid. Hiervoor heb je je identiteitskaart, pincode en een kaartlezer nodig. Dit kan ook via ltsme.
2. Je vult hierbij een vragenlijst in die peilt naar je zelfredzaamheid. Je kan je laten helpen door de dienst maatschappelijk werk van je ziekenfonds of ziekenhuis, de sociale dienst van je gemeente, het OCMW of het Centrum voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) in je gemeente. Ook de maatschappelijk werkers van de FOD zelf kunnen je helpen bij je aanvraag.

3. Daarna ontvang je via de post formulieren die je door je arts kan laten invullen.
4. De FOD Sociale Zekerheid roept je op voor een gesprek met één van hun artsen in je provincie.
5. De FOD Sociale Zekerheid laat weten welke beslissing ze namen. Als je handicap erkend werd, volgt daarna de berekening van je tegemoetkoming.

Wil je meer weten? Ga dan naar <https://handicap.belgium.be/nl>

Wil je stappen zetten naar werk? Je kan je IVT combineren met loon uit werk. Meer info vind je via [de website van Handicap Belgium](https://de.website.van.Handicap.Belgium).

2. — Via <https://sociaalinternetaanbod.economie.fgov.be/> kan je nagaan of je in aanmerking komt voor het sociaal internetaanbod. Enkel bij Telenet en Proximus is men verplicht dit sociaal tarief te geven. De andere providers mogen dit alsnog weigeren.

3. — Als je enkel de erkenning voor een IT hebt, moet je wel minstens 9 punten hebben, zie hoofdstuk 6, punt 4.

4. — Voor deze maatregel gelden specifieke voorwaarden. Wil je meer weten? Surf naar [de website van het RIZIV](https://de.website.van.het.RIZIV).

5. — Voor deze maatregel gelden specifieke voorwaarden. Wil je meer weten? Surf naar [de website van DG Handicap](https://de.website.van.DG.Handicap).

ONDERSTEUNING VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP



Het **Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)** wil de participatie, integratie en gelijkheid van kansen voor personen met een handicap bevorderen. Ook als je door je chronische ziekte een beperking hebt, kan je bij hen terecht.

Voor wie?

- Je moet een erkende handicap hebben. Dit gaat men na bij je eerste aanvraag. De Verenigde Naties definiëren personen met een handicap als personen met langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving. Deze brede opvatting van handicap omvat motorische handicap, chronische ziekte of aandoening, visuele handicap, auditieve handicap, verstandelijke handicap, meervoudige handicap, psychische stoornissen, autismespectrumstoornis, leerstoornissen.

- Je moet jonger zijn dan 65 jaar op het moment dat je voor de eerste keer ondersteuning vraagt. Als je jonger was dan 65 jaar bij je erkenning, mag je na je 65ste blijven gebruik maken van de diensten van het VAPH. Op vlak van hulpmiddelen en aanpassingen geldt wel dat je na je 65ste enkel tegemoetkomingen kan krijgen voor zover die verband houden met aandoeningen die voor je 65ste erkend werden.

- Je moet in Vlaanderen of in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen.

Je kan bij het VAPH terecht voor:

- Rechtstreeks toegankelijke hulp
- Persoonsvolgend budget of Persoonlijk assistentiebudget
- Tegemoetkoming voor een hulpmiddel of een aanpassing in de thuissituatie.

1 – RECHTSTREEKS TOEGANKELIJKE HULP

Rechtstreeks toegankelijke hulp is beperkte, handicap-specifieke ondersteuning voor wie af en toe hulp nodig heeft. Je hoeft hiervoor geen aanvraag bij het VAPH in te dienen. Je kan rechtstreeks een zorgaanbieder aanspreken. Verschillende vormen van ondersteuning zijn mogelijk:

- begeleiding: individueel of in groep,
- dagopvang,
- verblijf met overnachting.

Hoe?

- Je kan per kalenderjaar maximaal 8 punten besteden. Met die 8 punten heb je recht op 51 keer begeleiding of 91 dagen dagopvang of 61 nachten verblijf. Je mag de verschillende vormen ook combineren.
- Per ondersteuningsvorm is er ook steeds een maximale eigen bijdrage vastgelegd.

[Meer info over RTH.](#)

2 – PERSOONSVOLGEND BUDGET OF PERSOONLIJK ASSISTENTIEBUDGET

Met dit budget op maat kan je zorg en ondersteuning inkopen bij:

- vrijwilligersorganisaties,
- individuele begeleiders,
- professionele zorgverleners,
- door het VAPH vergunde zorg-aanbieders.

Hoe?

1. Je brengt je vraag goed in kaart zodat je een overzicht hebt van wat je wenst, wat je zelf kan, welke ondersteuning je al hebt en welke ondersteuning er ontbreekt. Daarvoor ga je na:
 - welke activiteiten je allemaal wil doen op vlak van wonen, werken, dagbesteding, vrije tijd, vorming, mobiliteit, sociale contacten, emotioneel welbevinden, therapieën enzoverder,
 - bij welke van die activiteiten je al dan niet problemen ondervindt,
 - wat je sterktes en zwaktes zijn,
 - hoe je leeft en hoe je wilt leven,
 - welke ondersteuning je al hebt en of deze voldoet,
 - wie je zou kunnen helpen nu, of in de toekomst.



2. Je stelt een ondersteuningsplan op. Dat is een uitgebreid plan met informatie over jou, je huidige situatie en je vraag naar zorg en ondersteuning. Je kan hiervoor hulp vragen bij de dienst ondersteuningsplan (DOP) of dienst maatschappelijk werk van je ziekenfonds. Je bezorgt dit ondersteuningsplan aan het VAPH.
3. Een multidisciplinair team stelt een multidisciplinair verslag op en bezorgt dit aan het VAPH.
4. Een commissie beoordeelt jouw aanvraag. Ze doen een uitspraak over:
 - de erkenning van je handicap,
 - een budgetcategorie,
 - een prioriteitengroep.

Op dat laatste staat geen termijn.

Hier vind je [een overzicht van het zorgaanbod](#).

3 – EEN TEGEMOETKOMING VOOR EEN HULPMIDDEL OF AANPASSING IN DE THUISITUATIE

Het VAPH kan een tegemoetkoming geven voor hulpmiddelen en aanpassingen in je thuissituatie. Die kan je opsplitsen in vijf domeinen:

1. activiteiten in het dagelijks leven (hulpmiddelen voor gebruik van computer of tablet),
2. communicatie (schrijfhulp ...),
3. mobiliteit (rolstoelfiets, aankoppelwiel ...)¹,
4. wonen (badsteun, statafel ...),
5. andere (tweede trapleuning, automatische garagepoortopener, incontinentiemateriaal ...).

Hoe?

- ▶ Het algemene principe is: eerst aanvragen, dan pas aankopen!
- ▶ Je vult het formulier voor de aanvraag van hulpmiddelen en aanpassingen in en je bezorgt dit aan het VAPH.
- ▶ Je neemt contact op met een multidisciplinair team dat gespecialiseerd is in hulpmiddelen. Dit team maakt een verslag op en bezorgt dit aan het VAPH.

- ▶ Soms is een vereenvoudigde aanvraag mogelijk, bijvoorbeeld wanneer het gaat om een vervanging van een hulpmiddel.

Wil je meer info over het aanbod van hulpmiddelen? Kijk dan in [de hulpmiddelen-databank van het VAPH](#).

4 – INTEGRATIETEGEMOETKOMING

De integratietegemoetkoming (IT) vergoedt je voor de bijkomende kosten die je maakt om als persoon met een handicap deel te nemen aan de maatschappij. De hoogte van de tegemoetkoming hangt af van je financiële situatie en je zelfredzaamheid. Hoe meer hulp je nodig hebt, hoe hoger je tegemoetkoming. Om dit te bepalen bekijkt de arts van de FOD Sociale Zekerheid hoe zelfredzaam je bent op verschillende levensdomeinen (bv. mobiliteit, communiceren met andere personen, eten klaar maken en opeten ...). Per onderdeel kan je maximum 3 punten krijgen. Hoe meer punten je bij de inschaling krijgt, hoe hoger de categorie waarin je terechtkomt. Er zijn vijf categorieën. Deze tegemoetkoming vraag je altijd samen met de inkomensvervangende tegemoetkoming aan, zie hoofdstuk 5, punt 2.

Voor wie? Voor personen tussen 18 en 65 jaar. Je moet altijd eerst een erkenning van je handicap hebben en je inkomen is van belang. Ook als je een inkomen uit arbeid of een vervangingsinkomen krijgt, kan het zinvol zijn om deze tegemoetkoming aan te vragen.

Als je deze tegemoetkoming of een erkenning krijgt, kan je ook recht hebben op andere voordelen, zoals bij de inkomensvervangende tegemoetkoming, zie hoofdstuk 5, punt 2.

Hoe? Zie inkomensvervangende tegemoetkoming, zie hoofdstuk 5, punt 2.

Wil je meer weten? Ga dan naar <https://handicap.belgium.be/nl>

5 – ZORGBUDGET VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP (UITDOVEND)

Dit zorgbudget van de Vlaamse sociale bescherming kan je sinds 2023 niet meer aanvragen. Dit systeem is uitdovend. Enkel mensen aan wie dit in het verleden toegekend werd, krijgen dit nog verder. Ter vervanging kunnen alleen kinderen en jongeren tot 21 jaar met een handicap een ondersteuningstoelage² krijgen als onderdeel van het groeipakket. Hiervoor moet hun handicap aangetoond zijn met een score van minstens 12 punten op de medisch-sociale schaal.

Wil je meer weten? Ga dan naar www.vlaamsesocialebescherming.be.

1. – VAPH biedt een tegemoetkoming voor hulpmiddelen voor verplaatsing over middellange afstand (vergelijkbaar met fietsen). Voor hulpmiddelen voor de basismobiliteit die stappen ondersteunen of vervangen, zie hoofdstuk 4, punt 3.3.

2. – <https://www.groeipakket.be/tegemoetkoming/ondersteuningstoelage>

7

WAT IS HET VLAAMS PATIËNTEN- PLATFORM VZW?



De levenskwaliteit van personen met een chronische ziekte en hun omgeving verbeteren, dat doe je niet alleen, maar samen! Noden en knelpunten waar zij tegenaan lopen, kaarten we aan bij de overheid en de zorgsector. Samen met onze leden, meer dan 125 patiëntenverenigingen, werken we aan kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg op maat van personen met een chronische aandoening.

Hoe doen we dit?

- We brengen patiëntenverenigingen samen.
- Noden en knelpunten kaarten we aan en helpen we oplossen.
- We doen aan vertegenwoordiging en zorgen voor inspraak.
- We signaleren, informeren en beslissen mee.

Met wie doen we dit?

Met onze leden, meer dan 125 patiëntenverenigingen. Zij beschikken over ontzettend veel informatie over hoe het is om te leven met een chronische ziekte. Die ervaringsdeskundigheid is voor het VPP het fundament om verder te bouwen aan een betere levenskwaliteit voor mensen met een chronische aandoening.



Vlaams patiëntenplatform
Samen sterker