

# Info regelgeving en voorzieningen

**NUMMER 16 – november 2009**

**Graag bieden wij jullie de nieuwste en belangrijkste wijzigingen aan in de regelgeving voor chronisch zieke mensen.**

Deze soms droge en moeilijke informatie is vertaald in hopelijk toegankelijke en vlot leesbare teksten. Deze teksten zijn zonder problemen te gebruiken in eigen publicaties, in het eigen ledentijdschrift.

Bronvermelding wordt door ons sterk gewaardeerd.

## **Inhoud**

1. Nieuwe website voor federale ombudsman .....	2
2. 171.000 handtekeningen voor chronisch zieken overhandigd.....	3
3. Overzicht wijzigingen uitkeringen 2009.....	3
4. Vanaf 2010 gelijke regels voor aanbieders van hospitalisatieverzekeringen .....	4
5. Sociaal internettarief.....	5
6. Hoeveel kost een Belg aan de sociale zekerheid? .....	5
7. Op naar een nieuw beleid voor weesgeneesmiddelen? .....	5
8. Het elektronisch medisch dossier raakt ingeburgerd .....	7
9. Zorgtrajecten .....	7
10. Tegemoetkoming voor kinderen met chronische nierinsufficiëntie .....	8
11. Verdrag Rechten personen met een handicap geratificeerd .....	8
12. Tussenkomst voor dringend ziekenvervoer .....	9
13. Nieuwe brochure Parkeerkaart .....	10
14. Eén op 8 Belgische gezinnen heeft financiële problemen door gezondheidskosten.....	10
15. Begroting 2010: gezondheidszorg en uitkeringen.....	11

# 1. Nieuwe website voor federale ombudsman

---

De website van de **Federale ombudsman** werd volledig vernieuwd. Op die manier vindt u sneller de gewenste informatie terug. Het resultaat is een overzichtelijke en moderne website.

U kunt er terecht voor nieuws, praktische informatie, publicaties en statistieken. Daarnaast vindt u er een klachtenformulier, een overzicht van de aanbevelingen van de Ombudsman en een lijst met nuttige links.

Waarvoor kan je terecht bij de federale ombudsman? Het kan gaan over belastingen, geneeskundige verzorging en uitkeringen, kinderbijslag, ... Hij kan en mag enkel klachten onderzoeken over federale administraties. Dus, geen klachten over gemeentelijke of provinciale diensten, noch over regionale of gemeenschapsinstellingen en evenmin over hoven en rechtbanken. Hij bemiddelt ook niet in privé-geschillen.

Meer informatie: <http://www.federaalombudsman.be>

## Andere ombudsdiensten

- De **ombudsdienst van het ziekenhuis**: Elk algemeen ziekenhuis is verplicht een ombudsdienst in te stellen waar je terecht kan met klachten over de opname, behandeling of verblijf in het ziekenhuis.
- De **ombudsdiensten van het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg** zijn provinciaal georganiseerd en hebben dezelfde functie als de ombudsdiensten van algemene ziekenhuizen ([www.ombudsfunctieggz.be](http://www.ombudsfunctieggz.be)).
- De **ombudsman van de verzekeringen**: Heeft u een conflict met een verzekeringsmaatschappij of een tussenpersoon in verzekeringen? Bent u geregistreerd bij Datassur? De Ombudsman van de verzekeringen tracht een minnelijke oplossing te bekomen bij dergelijke geschillen ([www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as)).
- **Ombudsman van de Landsbond van Christelijke mutualiteiten**: De Ombudsman van de CM behandelt klachten over de diensten en dienstverlening van de Vlaamse CM-ziekenfondsen, waarmee men zich vooraf reeds vruchteloos aangeboden heeft bij het eigen ziekenfonds of waarvan het antwoord als onbevredigend ervaren werd (<http://www.cm.be/ombud>).
- **Vlaamse ombudsdienst**: U kunt bij de Vlaamse Ombudsdienst terecht als u een klacht hebt over een van de Vlaamse overheidsdiensten. Omdat u bijvoorbeeld verkeerd bent behandeld of omdat er iets fout is gelopen. Als uzelf niet tot een oplossing komt met die overheidsdienst, dan gaat de Vlaamse Ombudsdienst voor u bemiddelen bij die dienst zodat uw zaak of dossier verder correct wordt afgehandeld ([www.Vlaamseombudsdienst.be](http://www.Vlaamseombudsdienst.be)).
- **Federale ombudsdienst 'Rechten van de patiënt'**: Deze ombudsdienst is bevoegd om een klacht van een patiënt in verband met de uitoefening van zijn rechten, toegekend door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, door te verwijzen naar de bevoegde lokale ombudsfunctie. Is er geen bevoegde lokale ombudsfunctie, dan behandelt de federale ombudsdienst de klacht zelf. Het gaat bijvoorbeeld over huisartsen, tandartsen, apothekers, zelfstandige verpleegkundigen, zelfstandige kinesitherapeuten, adviserende geneesheren, beroepsbeoefenaars in gevangnissen en sommige beroepsbeoefenaars in een rust- en verzorgingstehuis of rustoord. ([sylvie.gryson@health.fgov.be](mailto:sylvie.gryson@health.fgov.be))

[Terug naar Menu](#)

## **2. 171.000 handtekeningen voor chronisch zieken overhandigd**

---

CM, Ziekenzorg CM en haar Franstalige tegenhanger Alteo startten in maart een petitie om de federale regering te vragen langdurig zieken opslag te geven en hen zo een menswaardiger inkomen te garanderen. Op 8 juli 2009 werd deze petitie aan eerste minister Herman Van Rompuy overhandigd.

Wie langer dan een jaar arbeidsongeschikt is, wordt in de ziekteverzekering beschouwd als invalide. In België leven 235 000 personen met een invaliditeitsuitkering omdat hun gezondheidstoestand hen niet toelaat te werken. Na een jaar ziekte bedraagt de minimumuitkering voor een gezinshoofd 1 219 euro per maand. Dat is 150 euro onder de armoedegrens. Ongeveer 38 procent van de invaliden met gezinslast moeten het met die uitkering stellen. Bovendien wegen naast de dagelijkse uitgaven de gezondheidskosten zwaar door op het budget van langdurig zieke mensen, zeker wanneer ze nog één of meerdere personen ten laste hebben.

Daarom startten CM, Ziekenzorg CM en Alteo in maart een petitie om opslag te eisen voor langdurig zieken. Ze hoopten 100 000 handtekeningen te verzamelen, uiteindelijk onderschreven meer dan 171.000 mensen de eisen.

Een delegatie van de drie organisaties heeft de petitie overhandigd aan eerste minister Herman Van Rompuy. De premier wordt gevraagd om rekening te houden met de eisen wanneer vanaf september de begroting voor 2010 wordt opgemaakt.

Kort samengevat gaat het om de volgende eisen voor langdurig zieke mensen:

- Stijging van de minimumuitkering voor invalide gezinshoofden met 150 euro per maand.  
Geraamde kostprijs: 33 miljoen euro.
- 250 euro vakantiegeld voor alle invalide personen. Gepensioneerden krijgen vandaag ook vakantiegeld. Bovendien gaat het om een oude belofte die de federale overheid nog niet heeft ingelost.  
Geraamde kostprijs: 59 miljoen euro.
- Verhoging van het kindergeld voor invaliden met 100 euro per kind en per maand. In de gezinnen van invaliden leven 108 000 kinderen.  
Geraamde kostprijs: 78 miljoen euro

[Terug naar Menu](#)

## **3. Overzicht wijzigingen uitkeringen 2009**

---

In 2009 werden al heel wat wijzigingen doorgevoerd.

- Vanaf 1 januari 2009:
  - Welvaartsaanpassing met 0,8% van de ZIV-loongrens voor gerechtigde werknemers bij wie de primaire arbeidsongeschiktheid, de moederschap of de invaliditeit ten vroegste begint op 1 januari 2009. Dit is niet van toepassing op de minima.
  - Verhoging van de uitkering voor samenwonende gerechtigde werknemers van 55% naar 60% van het gedeerde loon in primaire arbeidsongeschiktheid.
- Vanaf 1 mei 2009:
  - Verhoging van de uitkering voor invalide alleenstaande werknemers van 53% naar 55% van het gedeerde loon.

- Verhoging van de uitkering primaire ongeschiktheid voor zelfstandige gerechtigden met last en alleenstaande gerechtigde zelfstandigen
- Verhoging van de invaliditeitsuitkering voor invalide zelfstandigen die hun onderneming niet hebben stopgezet.
- Vanaf 1 juni 2009:
  - Verhoging van de minima regelmatig werknemer voor gerechtigden met personen ten laste en alleenstaanden met 3%
  - Verhoging van de minima niet regelmatig werknemer met 2%
  - Verhoging van de invaliditeitsuitkering voor zelfstandigen met personen ten laste en alleenstaande zelfstandigen die hun bedrijf stopzetten met 3%
- Vanaf 1 augustus 2009:
  - Verhoging van de uitkering primaire arbeidsongeschiktheid voor zelfstandigen en invalide zelfstandigen die hun onderneming niet hebben stopgezet.
- Vanaf 1 september 2009:
  - Verhoging van de minima regelmatig werknemer voor samenwonenden met 2%.
  - Welvaartsaanpassing met 0,8% voor gerechtigden waarvan de arbeidsongeschiktheid is ingegaan vóór 1-1-2008. Dit is niet van toepassing op de minima.
  - Welvaartsaanpassing met 2% voor gerechtigden waarvan de arbeidsongeschiktheid is ingegaan vanaf 1-9-1993 tot en met. 31-12-2002. Ook dit is niet van toepassing op de minima.
  - Welvaartsaanpassing met 2% voor gerechtigden waarvan de arbeidsongeschiktheid is ingegaan vanaf 1-9-2002 tot en met 31-12-2003. Ook dit is niet van toepassing op de minima.

[Terug naar Menu](#)

#### **4. Vanaf 2010 gelijke regels voor aanbieders van hospitalisatieverzekeringen**

---

De regering-Van Rompuy stopt de concurrentie tussen ziekenfondsen en private verzekeraars bij het aanbieden van hospitalisatieverzekeringen. Het gaat om een dispuut dat al lang aansleept. Jaren geleden dienden de commerciële verzekeraars een klacht in bij de Europese Commissie. Ze namen het niet dat de ziekenfondsen hun leden veel goedkopere hospitalisatieverzekeringen konden aanbieden omdat de wetgeving hun een aantal voordelen bood. Europa gaf de verzekeraars gelijk en eiste een gelijke behandeling.

De ziekenfondsen en de verzekeraars zochten zelf naar een vergelijk, maar schoven de hete aardappel uiteindelijk naar de regering door. Die heeft nu knopen doorgehakt. In het goedgekeurde wetsontwerp is bepaald dat de ziekenfondsen aan dezelfde voorwaarden moeten voldoen als de private verzekeraars.

In concreto zullen ziekenfondsen meer reserves moeten aanleggen voor hun verzekeringen, waardoor allicht ook een hogere bijdrage zal moeten worden gevraagd. Ook is het de bedoeling naar een gelijke belasting te gaan. Ziekenfondsen moeten nu de belasting van 9,25 procent niet betalen die de commerciële verzekeraars moeten ophoesten. Het is niet de bedoeling de belasting voor de ziekenfondsen op te trekken, wel om de private verzekeraars ook te laten genieten van een gereduceerde taks. Daar zouden wel voorwaarden aan worden verbonden. Private verzekeraars zullen mensen tot zeker 65 jaar moeten toelaten. En ze zullen geen mensen meer mogen weigeren die al een aandoening hebben, zoals nu al het geval is voor de ziekenfondsen.

[Terug naar Menu](#)

## 5. Sociaal internettarief

---

Telenet voorziet vanaf midden augustus in een sociaal internettarief. De effectieve toekenning zal ingaan vanaf de maand nadat Telenet het attest heeft ontvangen. Vermoedelijk zal het sociaal internettarief in praktijk pas vanaf september ingaan.

Wie komt in aanmerking? Dit tarief is geldig voor alle mensen met Verhoogde Tegemoetkoming (en Omniostatuu).t).

Hoe verkrijg je het? Telenet zal dit sociaal internettarief toekennen op basis van het attest VT (verhoogde tegemoetkoming) voor Vervoersmaatschappijen. Je kan dit attest opvragen bij de kantoren van CM.

[Terug naar Menu](#)

## 6. Hoeveel kost een Belg aan de sociale zekerheid?

---

De Belg kostte in 2007 gemiddeld 1.773 euro aan de sociale zekerheid. Dat is 5,75% meer dan in 2006. Dat blijkt uit het jaarverslag van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). De kost voor de categorie tussen 10 en 19 jaar is het laagst (581 euro), die voor 90 jaar en ouder het hoogst (11.452 euro).

De gemiddelde kost steeg sterker voor zelfstandigen dan voor loontrekkenden. De belangrijkste reden daarvoor is dat sommige zelfstandigen, namelijk starters en personen met inkomensgarantie voor ouderen, nu ook onder de regeling vallen van het recht op de kleine risico's.

Opvallend is de evolutie van de terugbetaalde bedragen voor geneesmiddelen (verzekeringsuitgaven) in 2005 en 2006. Die uitgaven dalen namelijk die twee opeenvolgende jaren voor het eerst na jaren van vrij aanzienlijke stijging. De daling was hoofdzakelijk het gevolg van budgettaire maatregelen in de sector, die geleid hebben tot vermindering van de kosten van geneesmiddelen. In 2007 is het stijgingspercentage weer op een niveau vergelijkbaar met de jaren voor 2005 (+6,3%).

Het aantal uitkeringsdagen in primaire arbeidsongeschiktheid (minder dan 1 jaar ziek) steeg in 2006 al met 6,1% ten opzichte van 2005. In 2007 was die stijging nog een pak groter: namelijk 10,5% in vergelijking met 2006.

Uit het jaarverslag blijkt voorts nog dat België eind 2007 242.086 invaliden (loontrekkenden en zelfstandigen) telde. Dat is een stijging van 3,5% ten opzichte van 2006 en van 7,1% ten opzichte van 2005. Belangrijkste oorzaken van invaliditeit zijn: psychische stoornissen (psychosen, persoonlijkheidsstoornissen, enzovoort). Daarna volgen de ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel (rugaandoeningen, reuma, enzovoort).

Wil je meer weten?

Het jaarverslag 2008 is beschikbaar op de RIZIV-website: <http://www.riziv.be>, rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

[Terug naar Menu](#)

## 7. Op naar een nieuw beleid voor weesgeneesmiddelen?

---

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) onderzocht het beleid rond weesgeneesmiddelen, medicijnen voor patiënten met een zeldzame ziekte. Mucoviscidose en progeria (vroegtijdige veroudering) doen bij veel mensen nog een belletje rinkelen. Bij de ziekten van Fabry, Gaucher of Pompe horen de meesten het in Keulen donderen. Het zijn enkele namen van weesziekten, zeldzame ziekten waarvan er naar schatting 5000 à 7000 bestaan, en waaraan minder dan 5 op 10.000 mensen lijdt. Door dit kleine aantal patiënten trekken weesziekten minder de aandacht van wetenschappers en is de productie van weesgeneesmiddelen financieel minder interessant voor de industrie. Daarom zijn die geneesmiddelen vaak duur.

De studie gebeurde in samenwerking met Yellow Window Management Consultants. De Europese impulsen voor de ontwikkeling van deze geneesmiddelen, zoals 10 jaar marktexclusiviteit, blijken een succes te zijn. Eenmaal deze geneesmiddelen duidelijk winstgevend zijn, zou deze exclusiviteit eerder herzien moeten worden, zegt het KCE. Het KCE pleit verder voor het opzetten van Europese patiëntenregisters om zo het natuurlijke ziekteverloop en het effect van de meestal dure behandeling beter te documenteren. De procedure voor het verkrijgen van terugbetaling voor individuele patiënten zou kunnen worden vereenvoudigd.

### **Een sterker Europees gericht beleid**

Het bewijs van de doeltreffendheid van weesgeneesmiddelen is meestal beperkt door het kleine aantal patiënten waarbij het geneesmiddel kan worden getest. Bovendien bestaan er weinig goede gegevens over het natuurlijke verloop van een weesziekte. Het heeft weinig zin om dit in elke Europese lidstaat afzonderlijk te evalueren, omdat dit het aantal patiënten nog verder beperkt. Daarom beveelt het KCE aan om op Europees niveau registers op te stellen met gegevens over weesziekten nog voordat er een weesgeneesmiddel wordt ontwikkeld. Registers zijn echter geen alternatief voor degelijke studies, die daarom de standaard zouden moeten blijven.

### **Herziening van de 10jarige marktexclusiviteit bij winst**

Om onderzoek naar en ontwikkeling van weesgeneesmiddelen te stimuleren werd er door Europa een aantal maatregelen genomen, die succesvol zijn en het aantal weesgeneesmiddelen doen toenemen. Zo krijgt een weesgeneesmiddel 10 jaar marktexclusiviteit, waardoor er tijdens die periode voor dit product geen concurrentie is. Volgens het KCE is het echter raadzaam de marktexclusiviteit voor die 10 jaar te kunnen herzien wanneer blijkt dat het geneesmiddel duidelijk winstgevend is. Deze herziening kan de prijzen sneller doen dalen.

### **Terugbetaling: meer economische informatie nodig**

Terugbetaalde weesgeneesmiddelen worden volledig door de ziekteverzekering terugbetaald, de patiënt betaalt geen remgeld. In 2008 betaalde de Belgische ziekteverzekering hiervoor tussen de 50 en 80 miljoen euro terug, ongeveer 2% van het geneesmiddelenbudget. Per patiënt betekent dit jaarlijks tussen de 6 000 en 312 000 euro, voor in totaal 31 weesgeneesmiddelen. Indien, zoals verwacht, het aantal beschikbare weesgeneesmiddelen verder toeneemt, zal ook meer discussie ontstaan rond hun impact op het geneesmiddelenbudget.

De procedure die de fabrikanten moeten volgen om terugbetaling te verkrijgen is dezelfde als voor andere geneesmiddelen, maar de te bezorgen informatie is beperkter. Zo moeten ze niet de kost per gewonnen (gezond) levensjaar doorgeven, terwijl dit voor de beleidsmakers toch wel zinvolle informatie is. Daarnaast zou de budgetimpact analyse gebaseerd moeten zijn op epidemiologische gegevens uit de registers, die ook nog moeten worden opgesteld.

### **Individuele terugbetaling: minder Kafka**

De terugbetaling van een weesgeneesmiddel per individuele patiënt is onderworpen aan voorwaarden: de arts moet een aanvraag indienen bij het ziekenfonds van de patiënt. Daar neemt de adviserend geneesheer een beslissing, doorgaans na het inwinnen van het advies van het bevoegde College van Geneesheren voor Weesgeneesmiddelen binnen het RIZIV.

Er zijn momenteel 18 Colleges voor 18 verschillende weesgeneesmiddelen. Het KCE beveelt aan om de procedure te vereenvoudigen, door bij het RIZIV één centraal loket te voorzien dat alle aanvragen kan ontvangen. Een administratie binnen het RIZIV kan vervolgens samen met externe experts de aanvraagdossiers beoordelen en waken over de consistente toepassing van de terugbetalingscriteria.

[Terug naar Menu](#)

## 8. Het elektronisch medisch dossier raakt ingeburgerd

---

Eind april 2009 kregen 7.691 van de 14.218 erkende huisartsen (54%) van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) een financiële tegemoetkoming omdat ze beschikten over een elektronisch medisch dossier. Dat blijkt uit het antwoord van minister van Sociale Zaken Laurette Onkelinx (PS) op een schriftelijke vraag van Louis Ide (Onafhankelijke).

Opmerkelijk is dat het aandeel huisartsen met een EMD-dossier in Vlaanderen nog steeds veel hoger ligt dan in de andere gewesten. In Vlaanderen worden ze gebruikt door 4.907 van de 7.656 huisartsen (64%). In Wallonië gaat het om slechts 2.178 van de 5.012 huisartsen (43%) en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest om 606 van de 1.549 (39%).

De Standaard, 30 juni 2009

[Terug naar Menu](#)

## 9. Zorgtrajecten

---

### Wat is een zorgtraject?

Een zorgtraject organiseert de aanpak, de behandeling en de opvolging van een patiënt met een chronische ziekte. Een zorgtraject berust op de samenwerking tussen 3 partijen, namelijk je zelf als patiënt, je huisarts en je specialist. Het zorgtraject begint na ondertekening van een zorgtrajectcontract door de 3 partijen en loopt gedurende 4 jaar.

### Het zorgtraject biedt u als patiënt verschillende voordelen.

De belangrijkste zijn:

- je raadplegingen bij de huisarts en bij de specialist van je ziekte worden volledig terugbetaald door het ziekenfonds tijdens de duur van het zorgtraject
- je krijgt alle nodige informatie om je ziekte zo goed mogelijk aan te pakken (gezonde levensstijl, geneesmiddelen, regelmatige medische controle, ...) door middel van een persoonlijk zorgplan
- naargelang de ziekte krijg je toegang tot specifiek materiaal, tot raadplegingen bij een diëtist, een podoloog, diabeteseducator, ...
- je krijgt de garantie dat je huisarts en specialist nauw met elkaar zullen samenwerken bij de aanpak, behandeling en opvolging van uw ziekte, op maat van jouw specifieke situatie bijdragen tot kwaliteitsvolle zorg

### Voor wie?

Momenteel is een zorgtraject voorzien voor bepaalde patiënten met chronische nierinsufficiëntie of diabetes type 2 tijdens bepaalde fasen van die ziekten.

De inwerkingtreding is voorzien op:

- 1 juni 2009 voor het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie

- 1 september 2009 voor het zorgtraject diabetes type 2.

### **Hoe van een zorgtraject genieten?**

Om in aanmerking te komen voor een zorgtraject moet u aan een aantal voorwaarden voldoen. Er zijn 2 soorten: medische voorwaarden en andere voorwaarden. Spreek erover met uw arts.

Meer informatie vind je op de website [www.zorgtraject.be](http://www.zorgtraject.be)

[Terug naar Menu](#)

## **10. Tegemoetkoming voor kinderen met chronische nierinsufficiëntie**

---

Sedert 1 juni 2009 bestaat er een tegemoetkoming voor kinderen die lijden aan chronische nierinsufficiëntie. Jongeren onder 18 jaar bij wie vastgesteld is dat ze lijden aan chronische nierinsufficiëntie onder dialyse of die lijden aan tubulopathie, wordt een forfaitaire tegemoetkoming van 30€ per maand toegekend. Deze moet de kosten dekken voor speciale voeding.

De diagnose van chronische nierinsufficiëntie moet worden gesteld door een geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde, werkzaam in een centrum voor pediatrie nefrologie. Om erkend te worden, dient een centrum te beschikken over kinderartsen die ervaren zijn in de kindernefrologie, maar ook over psychologen, verpleegkundigen, diëtisten en sociale werkers. Zij moeten ervaring hebben in het kader van chronische nierinsufficiëntie, in het bijzonder bij kinderen. Bijkomend moeten ook voorzieningen op het gebied van pediatrie dialyse aanwezig zijn.

Voor de toekenning moet de geneesheer-specialist een modelformulier invullen dat aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende bezorgd moet worden. Een eerste diagnose geeft recht op een tegemoetkoming gedurende een jaar. De tegemoetkoming wordt driemaandelijks uitgekeerd door de verzekeringsinstelling.

Na 1 jaar wordt de chronische nierinsufficiëntie geëvalueerd. Indien er beslist wordt dat de toediening van speciale voeding voortgezet moet worden, moet de geneesheer-specialist opnieuw een modelformulier indienen bij de adviserend geneesheer. De verlenging is dan geldig gedurende 5 jaar, en kan telkens voor 5 jaar verlengd worden na evaluatie door de geneesheer-specialist.

[Terug naar Menu](#)

## **11. Verdrag Rechten personen met een handicap geratificeerd**

---

Op 2 juli 2009 ratificeerde België het verdrag betreffende de rechten van personen met een handicap. Het verdrag gaat uit van het principe van de deelname van de personen met een handicap aan alle domeinen van het sociaal leven. Het verdrag werd goedgekeurd op 13 december 2008 op de zetel van de Verenigde Naties in New York en op 30 maart 2007 geopend voor de ondertekening door de partijen.

In het kader van de interministeriële conferentie heeft Julie Fernandez Fernandez in juli 2008 een werkgroep ingesteld met daarin de federale en de regionale overheden om bepaalde opvolgingsmechanismen in te voeren, zoals dat voorzien is door artikel 33 van het verdrag. De volledige deelname van het middenveld, in het bijzonder van de personen met een handicap en de organisaties die hen vertegenwoordigen is immers onontbeerlijk om te zorgen voor de opvolging en de toepassing op nationaal niveau van het verdrag betreffende de rechten van personen met een handicap.

Het verdrag wil een instrument zijn van de Rechten van de Mens met een expliciete sociale dimensie. Dit verdrag is een belangrijke bouwsteen in de reeks conventies van de VN die de Universele

Verklaring voor de rechten van de Mens concreter maken en ook effectieve controlemechanismen creëren. Het herbevestigt dat alle personen met een handicap moeten genieten van alle fundamentele rechten en vrijheden. Het verheldert en preciseert de wijze waarop alle categorieën van rechten van toepassing zijn op de personen met een handicap en duidt aan welke de domeinen zijn waar aanpassingen het aan deze personen mogelijk zouden maken om hun rechten effectief uit te oefenen, evenals de domeinen waar er schending van de rechten is en waar de bescherming van die rechten moet worden versterkt.

Er zijn onder meer maatregelen voorzien op het vlak van de toegang tot gebouwen en diensten, van de bescherming van kinderen met een handicap, van het recht op gezondheid en revalidatie, van de discriminatie op het gebied van werk, het recht op eigendom, toegang tot financiële diensten, recht op een aangepast levensniveau, sociale bescherming, recht op privéleven, toegang tot medische gegevens en recht op een waardige deelname aan het culturele leven.

Meer informatie vind je op <http://www.gelijkerechten.be>

[Terug naar Menu](#)

## 12. Tussenkost voor dringend ziekenvervoer

---

Dringend ziekenvervoer is het vervoer dat u aanvraagt via de hulpcentrale 100 (of 112 via uw gsm). Dat vervoer is niet gratis. De kosten die aangerekend mogen worden, zijn wettelijk bepaald. Als de MUG (medische urgentiegroep) moet uitrukken, mogen daarvoor geen kilometers aangerekend worden.

### Dienst 100

Wie via de dienst 100 met een ambulance naar het ziekenhuis wordt overgebracht, doet een beroep op dringend ziekenvervoer. De ambulancedienst mag daarvoor onderstaand tarief aanrekenen (bedragen geldig op 1 januari 2009).

Afstand	Tarief
Eerste 10 km	Vast bedrag van 56,32 euro, ook indien de afstand geen 10 km bedraagt
11 - 20 km	5,63 euro/km
Vanaf 21 km	4,30 euro/km

Sinds 1 januari betaalt de ziekteverzekering 33% van deze wettelijke tarieven terug.

### MUG

Op vraag van de dienst 100 kan de Medische Urgentiegroep (MUG) worden uitgestuurd. Deze brengt artsen en verpleegkundigen tot bij personen van wie de gezondheidstoestand een levensbedreigend karakter vertoont.

Voor het uitsturen van de MUG op zich mogen aan de patiënt geen kilometervergoeding of andere kosten worden aangerekend. De prestaties van de urgentiearts zullen op de ziekenhuisfactuur wel te vinden zijn. Voor medische assistentie door een spoedarts in het kader van een MUG-interventie bedraagt het honorarium 47,14 euro. Dit bedrag wordt volledig vergoed door de ziekteverzekering. Ook andere technische prestaties kunnen worden aangerekend. Sommige zijn volledig ten laste van het ziekenfonds, voor andere werd een klein persoonlijk aandeel vastgelegd.

### Helikopter

Als er een helikopter wordt ingezet vanuit de dienst 100, gelden de tarieven van het dringende ziekenvervoer. Een helikopter kan ook functioneren als MUG. Dan gelden de regels van de MUG en mag hiervoor bijgevolg niets worden aangerekend aan de patiënt.

[Terug naar Menu](#)

### 13. Nieuwe brochure Parkeerkaart

---

De brochure parkeerkaart werd helemaal bijgewerkt. Ze is beschikbaar in de drie landstalen (NL, FR en DU) en dit zowel in elektronische als in gedrukte vorm. Je vindt er alle informatie die verband houdt met de parkeerkaart, hoe ze aan te vragen, wat de medische voorwaarden zijn om ze te verkrijgen, hoe ze te gebruiken, de geldigheidsduur ervan,...

Waar vind je de brochure?

- Download de brochure van de site van de Directie-generaal Personen met een handicap: [http://www.handicap.fgov.be/docs/parkeerkaart\\_nl.pdf](http://www.handicap.fgov.be/docs/parkeerkaart_nl.pdf)
- Vraag de brochure aan
  - Via de telefoon aan het Contact center: 02/507 87 99 (van 8.30 tot 16.30 uur)
  - Via e-mail: [handin@minsoc.fed.be](mailto:handin@minsoc.fed.be)
  - Per fax: 02/509 81 85
  - Per brief: Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid  
Directie-generaal Personen met een handicap  
Administratief centrum Kruidtuin  
Finance Tower  
Kruidtuinlaan 50 bus 150  
1000 Brussel

Bij de brochure kunnen, op aanvraag, nog de volgende documenten gevoegd worden.

- Een lijst van Belgische gemeenten waar al dan niet gratis kan geparkeerd worden;
- Een door de Europese Commissie uitgegeven folder die bij gebruik in de andere lidstaten naast de parkeerkaart gelegd moet worden (zie ook de door de Europese Commissie uitgegeven brochure waarin het gebruik van de folder uitgelegd wordt. De brochure kan gedownload worden van de site <http://www.parkingcard.europa.eu>).
- De lijst en de folder kunnen ook afzonderlijk aangevraagd worden.

[Terug naar Menu](#)

### 14. Eén op 8 Belgische gezinnen heeft financiële problemen door gezondheidskosten

---

Een op acht van de Belgische gezinnen krijgt het financieel moeilijk omwille van uitgaven voor gezondheidszorg. Hierdoor gaan ze vaak noodzakelijke medische verzorging uitstellen of bouwen ze schulden op. Dit blijkt uit een grootschalig onderzoek van de Christelijke mutualiteit (CM) in samenwerking met Ziekenzorg CM, Altéo, Okra en UCP bij een kleine 6000 van haar leden. De CM vindt dit onaanvaardbaar en formuleert daarom enkele aanbevelingen naar de overheid toe.

Vier op tien van de Belgische gezinnen worden geconfronteerd met langdurige gezondheidsproblemen. Een derde van deze gezinnen ondervindt hierdoor financiële problemen. Dit komt overeen met 12% van de Belgische huishoudens. Gezinnen met chronische gezondheidsproblemen zijn vaak alleenstaanden of koppels zonder inwonende kinderen. De gemiddelde leeftijd is vrij jong en situeert zich rond de 55 jaar. De meest genoemde ziektebeelden zijn chronische gewrichtsaandoeningen zoals arthrose en reuma, hoge bloeddruk, ernstige rugklachten (zoals hernia) en chronische pijn.

De gezinnen die met chronische gezondheidsproblemen geconfronteerd worden geven gemiddeld 155 tot 226 euro uit per maand voor gezondheidszorg. In gezinnen zonder chronisch zieken is dit slechts 77 euro per maand. De posten die het zwaarst doorwegen op de gezondheidszorguitgaven zijn geneesmiddelen, vervoerskosten, hulp aan huis (poetshulp en gezinshulp), consultaties van huisartsen en specialisten en ziekenhuisopnames.

De helft van gezinnen waar chronische gezondheidsproblemen tot financiële moeilijkheden leiden, zien af van noodzakelijke medische verzorging. De zorg die het vaakst wordt uitgesteld is de aankoop van brillen, tandverzorging, consultaties bij huisarts of specialist en geneesmiddelen. 12 % van deze gezinnen maakt schulden om de zorg te kunnen betalen. Ook op andere domeinen moet bespaard worden: verzekeringen, nutsvoorzieningen, vrije tijd en kledij. De financiële problemen zijn het ergst bij alleenstaanden, eenoudergezinnen, gezinnen onder de armoederempel, gezinnen met een invalide en gezinnen die hun woning huren.

In principe werkt onze ziekteverzekering als een vangnet om te vermijden dat gezinnen met langdurige gezondheidsproblemen financieel in moeilijkheden komen. De CM besluit uit haar onderzoek dat er in dit vangnet een aantal gaten bestaan. Om deze tekorten op te vullen formuleert de CM een aantal aanbevelingen.

- Een bestaanszeker inkomen voor invaliden.
  - Stijging van de minimumuitkering voor invalide gezinshoofden met 150 euro per maand.
  - 250 euro vakantiegeld voor alle invalide personen.
  - Verhoging van het kindergeld voor invaliden met 100 euro per kind en per maand.
- Niet terugbetaalbare geneesmiddelen: van analyse van gebruik tot terugbetaling.
  - De snelle opstart van een verplichte registratie van alle niet terugbetaalbare geneesmiddelen.
  - Het bepalen van terugbetalingsvoorwaarden na een analyse op het gebruik van deze niet terugbetaalde geneesmiddelen. De remgelden die ten laste van de patiënt blijven opnemen in de maximumfactuur.
- De voorwaarden van de terugbetaling voor vervoerskosten uitbreiden.

De Christelijke mutualiteit heeft een traditie opgebouwd in het onderzoek naar chronisch zieken. Het nieuwe onderzoek verschilt van de vorige doordat het representatief is voor de Belgische bevolking en de focus legt op gezinnen in de plaats van op individuen. Het onderzoek gebeurde in samenwerking met Ziekenzorg CM, Altéo, Okra, UCP en de dienst maatschappelijk werk van de plaatselijke ziekenfondsen. Het is gebaseerd op een schriftelijke enquête die 5.748 ingevulde vragenlijsten opleverde. Hierdoor kreeg de CM een compleet zicht op de gezondheidskosten die ten laste blijven van de gezinnen na terugbetaling zowel als van de niet terugbetaalde kosten.

[Terug naar Menu](#)

## **15. Begroting 2010: gezondheidszorg en uitkeringen**

---

De begroting 2010 brengt een aantal nieuwe elementen in de gezondheidszorg en de uitkeringen.

Gezondheidszorg:

- De groeinorm van 4.5% blijft behouden. Slechts 2.9% wordt effectief geïnvesteerd, de rest gaat naar het toekomstfonds en werkgelegenheidsmaatregelen.
- Vermindering van remgeld voor medicatie, thuisverpleging en kinesitherapie
- Vermindering kost van hospitalisatie via medicatiekost
- Afschaffing van supplementen in tweepersoonskamers
- Betere terugbetaling van implantaten
- Betere dekking van psychiatrische hulp aan huis
- Betere dekking van vervoerskosten bij dringend ziekenvervoer.
- Statuut voor chronisch zieken (hoewel er nog geen duidelijkheid over de uitwerking ervan)

Uitkeringen (elementen uit het generatiepact die opgenomen zijn in de begroting):

- De invoering van een nieuwe drempel van 930 EUR voor de vervangingsinkomens
  - Voor wie? Wanneer beide partners leven van een uitkering in de categorie samenwonende. 2000 tot 2500 mensen zullen hiervoor in aanmerking komen.
  - De invoering van een tussendrempel verzacht het gevolg van een beperkte overschrijding van de eerste drempel omdat de gerechtigde niet meer van 65 % (met gezinslast) naar 40 % zakt (samenwonende) maar van 65 % (met gezinslast) naar 55 % (alleenstaande).

- Die nieuwe drempel ligt hoger dan het minimumbedrag dat aan de samenwonende regelmatige werknemer wordt toegekend.
- Beperkt vakantiegeld onder een andere naam: een eenmalige premie van 75 EUR in mei voor de invaliden wier arbeidsongeschiktheid langer dan 5 jaar duurt.
  - Dit is een positief signaal, ook al is het bedrag ontoereikend.
  - Het bezorgt de invaliden, net als alle anderen, een extra voordeel vóór de zomervakantie.
  - We hebben nu een basis waarop we verder kunnen werken om het echt te laten uitgroeien tot een vakantiegeld.
  - Ongeveer 150.000 mensen zullen hiervan kunnen genieten.

[Terug naar Menu](#)

---