

GEZONDHEID & SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

06 De financiële situatie van personen in invaliditeit

38 Het verbod op supplementen voor rechthebbenden
op de verhoogde tegemoetkoming

19

oktober 2026

**Duurzaam
beschermen**

Duurzaam beschermen

Editio



Wat verwachten we van de sociale zekerheid? België telt meer dan een half miljoen mensen in langdurige arbeidsongeschiktheid en hun situatie voedt geregeld het publieke debat. Maar discussies focussen vaak op het aantal rechthebbers, de hiermee gepaard gaande uitgaven voor het systeem of de maatregelen die een terugkeer naar werk kunnen bevorderen. Veel minder vaak wordt in debatten stilgestaan bij een nochtans essentiële vraag: wat mogen wij verwachten van een sociaalzekerheidssysteem? Gaat het er eenvoudigweg om inkomensverlies gedeeltelijk te compenseren wanneer de gezondheidstoestand iemand tijdelijk verhindert te werken, of om de verzekerden voldoende bescherming te bieden zodat zij hun levensstandaard, hun toegang tot zorg en hun deelname aan het sociale leven kunnen behouden zolang dit risico zich voordoet?

In het referentiewerk *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (1990), stelt de Deense socioloog Gøsta Esping-Andersen voor om systemen van sociale bescherming te vergelijken volgens hoe zij de relaties tussen de staat, de markt en het gezin organiseren. Centraal in zijn analyse staat de notie decommodificatie (*decommodification* of onttrekking aan de marktwerking), die verwijst naar de mogelijkheid die een samenleving individuen biedt om sociaal aanvaardbare levensomstandigheden te behouden, zonder volledig afhankelijk te zijn van participatie aan de arbeidsmarkt. Volgens hem wordt een sociaalzekerheidsstelsel dus niet alleen gekenmerkt door de verzekeringsmechanismen die het invoert tegen de belangrijkste sociale risico's, maar

ook door zijn vermogen om de betrokken personen in staat te stellen sociaal aanvaardbare levensomstandigheden te behouden wanneer die risico's zich voordoen.

Dit is een bijzonder rijk perspectief omdat het ons uitnodigt de sociale zekerheid af te toetsen aan de afhankelijkheid van mensen van de arbeidsmarkt en aan de autonomie die de sociale bescherming geacht wordt hun te garanderen. In hoeverre biedt de sociale zekerheid mensen, geconfronteerd met ziekte, invaliditeit of financiële moeilijkheden, echt toegang tot de middelen die nodig zijn voor een menswaardig leven, om zich te verzorgen en ten volle deel te nemen aan het sociaal leven, zonder vast te zitten in een spiraal van toenemende kwetsbaarheid? Tegelijk roept dit een nog meer fundamentele vraag op: in welke mate neemt de overheid haar verantwoordelijkheid om deze sociale rechten effectief te waarborgen wanneer de marktmechanismen alleen niet langer volstaan om mensen materiële zekerheid te bieden?

De twee studies voorgesteld in dit nummer van *Gezondheid & Samenleving*, werpen een concreet licht op deze vragen. In de studie *De financiële situatie van personen in invaliditeit*, gebaseerd op de analyse van de antwoorden van een grote steekproef van meer dan 8.500 CM-leden in invaliditeit op een online enquête, tonen we aan dat invaliditeit geen financieel comfortabele situatie van inactiviteit is, maar leidt tot een aanzienlijke verslechtering van de levensomstandigheden. Hoewel de sociale zekerheid hun een vervangingsinkomen toekent, suggereren de analyses dat 47% van de personen in invaliditeit moeilijkheden ondervindt om lopende uitgaven te dragen en 63% om sommige essentiële uitgaven te dekken. 48% stelt zorg uit of ziet ervan af om financiële redenen. Een kwart moest geld lenen om bepaalde uitgaven te kunnen betalen. Deze zorgwekkende resultaten tonen dat het systeem wel in zekere mate beschermt, maar niet voorkomt dat een aanzienlijk deel van de mensen in invaliditeit in financiële onzekerheid



terecht komt, noch dat zij om financiële redenen zorg uitstellen of ervan afzien, wat hun herstel kan afremmen. Met andere woorden, bij arbeidsongeschiktheid vermindert de sociale zekerheid wel voor een stuk de financiële afhankelijkheid van de arbeidsmarkt, maar ze slaagt er niet altijd in de economische gevolgen ervan volledig te neutraliseren. Hierdoor blijft een deel van de mensen met zorgnoden te maken krijgen met een sterke achteruitgang van hun financiële draagkracht. Dit beïnvloedt gelijktijdig de toegang tot zorg, de levensomstandigheden en dreigt hun gezondheid aan te tasten.

De studie *Het verbod op ambulante ereloon supplementen voor rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming*, belicht een andere dimensie van dezelfde kwestie: het vermogen van het systeem om de toegang tot zorg voor de meest kwetsbare personen te behouden of zelfs te versterken. Gebaseerd op de analyse van CM-facturatiegegevens, gewogen om representatief te zijn voor de Belgische bevolking, brengt ze de effecten in kaart van het verbod op de facturatie van ambulante ereloon supplementen voor sommige rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming (VT), op de tariefpraktijken van artsen en de zorgkosten ten laste van patiënten. Uit de resultaten blijkt dat het verbod op supplementen effectief bepaalde kosten vermindert voor de betrokken rechthebbenden, wat ook het doel was van de maatregel, maar niet leidt tot een algemene daling van de financiële last voor patiënten. De studie brengt mechanismen aan het licht waarbij financiële lasten binnen het systeem worden herverdeeld, met name door het gebruik van andere facturatiemethoden voor supplementen die niet als zodanig worden benoemd en waardoor de totale eigen bijdrage voor geen enkele groep patiënten afneemt. Met andere woorden, de maatregel liet toe een lacune te dichten – vermijden dat aan bepaalde VT-profielen ereloon supplementen worden aangerekend – zonder te verhinderen dat de tariefdruk elders is doorgeschoven.

Los van hun respectieve onderwerp, wijzen beide studies op dezelfde moeilijkheid. Vervangingsinkomens beperken de gevolgen van arbeidsongeschiktheid, maar voorkomen niet altijd een sterke achteruitgang van de financiële draagkracht van patiënten, terwijl mechanismen bedoeld om de financiële toegankelijkheid van zorg te verbeteren, omzeild of geneutraliseerd kunnen worden door verschuivingsstrategieën in de facturatie. In beide gevallen is er bescherming, maar is het effect ervan partieel.

Recent werk van de Amerikaanse filosofe Nancy Fraser werpt een nuttig licht op deze vaststellingen. In *Cannibal Capitalism* (2022) stelt zij dat moderne samenlevingen worden gekenmerkt door een permanente spanning tussen marktlogica en de voorzieningen voor het in stand houden van de materiële voorwaarden voor een sociaal leven. Daar waar Esping-Andersen ons helpt na te denken over de mate waarin samenlevingen afhankelijk zijn van de arbeidsmarkt, nodigt Fraser ons uit de krachten te observeren die deze afhankelijkheid voortdurend opnieuw willen invoeren en een marktlogica willen opleggen.

De resultaten van beide studies in dit nummer illustreren deze spanning concreet. Enerzijds beperkt de collectieve solidariteit zo veel mogelijk de gevolgen van ziekte. Anderzijds blijven hardnekkige mechanismen ongelijkheden voortbrengen of reproduceren: ontoereikende inkomsten, hoge gezondheidskosten, ereloon supplementen of drempeleffecten. Voor Fraser is het precies deze tegenstelling die kenmerkend is voor een vorm van kannibalisme van het kapitaal, verwijzend naar de permanente spanning waarin onze samenlevingen gevangen zitten. Voor het behoud van sociale cohesie en het vermogen van individuen om te leven, zich te verzorgen en deel te nemen aan het samenleven zijn ze afhankelijk van sociale beschermingsregelingen; maar tegelijkertijd perken ze de draagwijdte ervan in door de voortdurende herinvoering van economische en marktgebonden beperkingen binnen die regelingen.

Deze lezing laat toe een vraag te overstijgen die vaak te simplistisch wordt gesteld: beschermt de sociale zekerheid? De in dit nummer voorgestelde resultaten tonen dat ze effectief beschermt, maar onvoldoende. Ze laten zien dat het niet altijd voldoende gebeurt voor het vermijden van een blijvende verslechtering van de levensomstandigheden. Met andere woorden, ze mildert vaak de gevolgen van sociale risico's, maar slaagt er niet altijd in te verhinderen dat deze uitmonden in een spiraal van onzekerheid.

Deze vaststelling brengt ons terug bij de fundamentele vraag waarmee we deze edito begonnen: wat verwachten we echt van de sociale zekerheid? Ze moet niet alleen de gevolgen van tegenslagen verzachten, maar ook, en wellicht nog belangrijker, moet ze verhinderen dat deze situaties uitmonden in een traject van afzien van zorg of sociale achteruitgang. Geconfronteerd met ziekte, invaliditeit of moeilijke toegang tot zorg, moet een sociale verzekering die naam waardig, niet alleen de gevolgen van een schok verzachten wanneer die zich voordoet. Ze moet ook op lange termijn de voorwaarden vrijwaren die mensen in staat stellen ten volle hun sociale rechten uit te oefenen, waardig te leven, zich te laten verzorgen en deel te nemen aan het sociaal leven. Duurzaam beschermen betekent ervoor zorgen dat ziekte, invaliditeit of zorgbehoefte op zichzelf niet uitgroeien tot trajecten van toenemende kwetsbaarheid en sociale uitsluiting.

Nicolas Rossignol
Verantwoordelijke studiedienst CM-MC

Bibliografie

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.

Fraser, N. (2022). *Cannibal Capitalism: How Our System Is Devouring Democracy, Care, and the Planet and What We Can Do About It*. London: Verso.



De financiële situatie van personen in invaliditeit

Sigrid Vancorenland, Hervé Avalosse – Studiedienst CM-MC

Met dank aan Sandra Derieuw, Pieter Michiels en Delfine Vansintjan, aan de vrijwilligers van Samana en Altéo en de respondenten

Samenvatting

Het aantal personen in langdurige arbeidsongeschiktheid (invaliditeit) stijgt al jaren. Hun profiel, de impact voor de samenleving en hoe ze terug aan het werk kunnen, worden vaak geanalyseerd. Minder aandacht gaat naar hun financiële situatie.

Daarom voerde CM een online enquête uit bij haar leden in invaliditeit. De vragenlijsten van 8.581 respondenten werden verwerkt. De resultaten tonen dat bijna de helft van de gezinnen moeilijk rondkomt met het gezinsinkomen. Bijna twee op drie ondervindt moeilijkheden om bepaalde uitgaven te betalen zoals belastingen/verzekeringen, nutsvoorzieningen, gezondheidszorg, voeding & drank en huur/lening. Ongeveer de helft moet gezondheidszorg uitstellen of hiervan afzien, een derde moet regelmatig hulp inroepen van familie of vrienden en een kwart moet lenen om rond te komen.

De vaststelling uit eerder CM-onderzoek dat alleenstaanden, alleenstaande ouders en 18-54-jarigen in invaliditeit meer financiële moeilijkheden hebben, wordt in dit onderzoek bevestigd. Dit geldt ook voor huurders, personen met een migratieachtergrond, personen die voor hun arbeidsongeschiktheid werkloos of arbeider waren, kortgeschoolden en personen met VT-statuu. Wat betreft de materiële en sociale deprivatie, blijkt dat de helft van de gezinnen om financiële redenen zich zaken niet kan veroorloven die beschouwd worden als noodzakelijk om te participeren aan de samenleving.

Personen in invaliditeit hebben nood aan een uitkering die voldoende hoog is om rond te komen en gezondheidszorg te kunnen betalen, maar ook om volwaardig te kunnen participeren. We formuleren hiertoe enkele aanbevelingen.

Sleutelwoorden: Invaliditeit, uitkering, gezondheidszorg, financiële problemen, enquête, kwantitatief onderzoek



Inhoudstafel

Inleiding	8
1. Literatuuroverzicht	10
2. Methode	11
2.1. Analyse van de financiële situatie	11
2.1.1. Steekproef	11
2.1.2. Vragenlijst	12
2.2. Analyse gezondheidszorggebruik	13
2.3. Beperkingen	14
3. Resultaten	15
3.1. Profiel van de respondenten	15
3.2. Gezinsuitgaven en gezinsinkomen	17
3.3. Financiële problemen	19
3.3.1. Rondkomen met het gezinsinkomen	19
3.3.2. Moeilijkheden om uitgaven te betalen	20
3.3.3. Uitstellen van gezondheidszorg	22
3.3.4. Extra hulp nodig om rond te kunnen komen	22
3.3.5. Materiële en sociale deprivatie	25
3.3.6. De zelfstandigen	26
3.4. Gezondheidszorggebruik	26
4. Bespreking	29
4.1. Financiële kwetsbaarheid	29
4.2. Beperkte financiële middelen leiden tot deprivatie	30
4.3. Financiële drempels in de toegang tot gezondheidszorg	30
4.4. De vicieuze cirkel van invaliditeit	31
5. Aanbevelingen	31
Conclusie	33
Bibliografie	35

Inleiding

In België neemt het aantal personen in invaliditeit al jaren toe. Er zijn veel studies en statistieken beschikbaar over personen in invaliditeit. Er wordt regelmatig onderzoek gedaan naar hun profiel volgens leeftijd, geslacht, regio en door welke aandoening ze arbeidsongeschikt geworden zijn, en hoe dit alles evolueert doorheen de tijd. Studies belichten ook vaak de redenen voor de toename van het aantal personen in invaliditeit of besteden aandacht aan de werkherhvatting en welke factoren hieraan bijdragen (De Brouwer & Tojerow, 2018; RIZIV, 2019; Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2024; Gelade & Saks, 2024; RIZIV, 2026a).

Wat betreft de financiële impact, focussen de media en het politiek discours vaak op de overheidsuitgaven voor uitkeringen aan een steeds groter wordende groep personen in invaliditeit. Beleidsmakers benadrukken het belang om deze uitgaven beheersbaar te houden, onder meer door het aantal personen in invaliditeit terug te dringen door hen terug aan het werk te krijgen. **Maar naar de financiële situatie van personen in invaliditeit zelf wordt minder onderzoek gedaan**, terwijl zij een verlies aan inkomen door terug te vallen op een uitkering (zie kader: Uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid) vaak moeten combineren met hogere gezondheidsuitgaven als gevolg van hun gezondheidsproblemen. De beschikbare onderzoeken tonen aan dat mensen die leven van een uitkering door arbeidsongeschiktheid een grotere kans op armoede of financiële moeilijkheden hebben (STATBEL, 2026a).



Uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid

Wie als werknemer, werkloze of zelfstandige niet kan werken wegens ziekte of ongeval kan recht hebben op een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid¹. Het eerste jaar arbeidsongeschiktheid noemt men de primaire arbeidsongeschiktheid. Na een jaar gaat men over naar het stelsel invaliditeit.

Een werknemer die arbeidsongeschikt wordt, krijgt niet noodzakelijk onmiddellijk een uitkering. Voor loontrekkenden moet rekening worden gehouden met de periode van gewaarborgd loon (14 dagen voor arbeiders en 30 dagen voor bedienden) tijdens welke de werkgever tussenbeide komt. Voor personen in werkloosheid is er geen periode van gewaarborgd loon, de uitkering wordt betaald vanaf de eerste dag. De zelfstandigen krijgen een uitkering vanaf de eerste dag, op voorwaarde dat de arbeidsongeschiktheid ten minste acht dagen duurt.

Voor werknemers

	Eerste zes maanden	Vanaf de zevende maand	Vanaf het tweede jaar ('invaliditeit')
Gezinshoofd	60% van het brutoloon ²		65% van het brutoloon
Alleenstaande			55% van het brutoloon
Samenwonende			40% van het brutoloon
Opmerkingen	Vanaf de derde maand mag de uitkering niet lager zijn dan een minimum-bedrag	Met een minimum en een maximum die afhangen van het tijdstip waarop men arbeidsongeschikt werd	
	Een bedrijfsvoorheffing van 11,11% wordt op de uitkering ingehouden	*	

1 Ambtenaren vallen onder een ander stelsel, dat niet onder de verplichte uitkeringsverzekering valt. Zij ontvangen dus geen uitkering wegens arbeidsongeschiktheid van een mutualiteit en zijn bijgevolg niet opgenomen in deze studie.

2 Overall waar brutoloon in de tabel vermeld staat, spreken we over een begrensd brutoloon: er bestaat een wettelijke maximumgrens. Wanneer iemands inkomen die grens overschrijdt, dan wordt de uitkering beperkt tot het grensbedrag.

Voor personen in werkloosheid

	Eerste zes maanden	Vanaf de zevende maand	Vanaf het tweede jaar ('invaliditeit')
Gezinshoofd	De uitkering is gelijk aan de werkloosheidsuitkering die men normaal gezien zou ontvangen	60% van het brutoloon	65% van het brutoloon
Alleenstaande			55% van het brutoloon
Samenwonende			40% van het brutoloon
Opmerkingen	Is de werkloosheidsuitkering hoger dan 60% van het basisloon, dan wordt de uitkering beperkt tot 60% van dit basisloon. Vanaf de derde maand mag de uitkering niet lager zijn dan een minimumbedrag	Met een minimum en een maximum die afhangen van het tijdstip waarop men arbeidsongeschikt werd	
	Een bedrijfsvoorheffing van 10,09% wordt op de uitkeringen ingehouden	Een bedrijfsvoorheffing van 11,11% wordt op de uitkeringen ingehouden	*

Voor zelfstandigen

Dagbedragen (vanaf maart 2026)	Eerste jaar	Vanaf het tweede jaar ('invaliditeit')	
		Zonder stopzetting bedrijf	Met stopzetting bedrijf
Met gezinslast	81,10 euro		
Alleenstaande	64,27 euro		
Samenwonende	49,29 euro		55,10 euro
Opmerkingen	Een bedrijfsvoorheffing van 11,11% wordt op de uitkering ingehouden	*	

* vanaf 2027 zou een bedrijfsvoorheffing ingehouden worden op de invaliditeitsuitkering

CM interesseert zich al langer voor de situatie van haar leden in arbeidsongeschiktheid en onderzocht in 2002 en in 2016 de financiële situatie van personen in invaliditeit (Avalosse, Verniest, & Van Winckel, 2002; Avalosse, Vancorenland, & Verniest, 2016). Meer recent zijn enkele studies uitgevoerd rond de werkhervatting van CM-leden in arbeidsongeschiktheid (Vancorenland, et al., 2021; Henry, Avalosse, & Vancorenland, 2024; Henry H., 2026).

Met het oog op een actualisering van de informatie over de financiële situatie van personen in invaliditeit, is een online enquête uitgevoerd bij CM-leden in invaliditeit om antwoord te krijgen op de volgende onderzoeksvragen: Kunnen personen in invaliditeit en hun gezin rondkomen met

het beschikbaar inkomen, waaronder de ziekte-uitkering? Ondervinden ze financiële problemen? En wat is het profiel van diegenen die de meeste moeilijkheden ondervinden?

8.581 respondenten hebben de enquête beantwoord en hiermee kregen we een dieper inzicht in hun financiële situatie. Het hoog aantal respondenten laat effectief vergelijkingen tussen subgroepen toe, zodat we ook een zicht krijgen op het profiel van de meest kwetsbare personen in invaliditeit.

1. Literatuuroverzicht

In december 2025 ontvingen 576.643 personen een invaliditeitsuitkering in België: 537.728 in de algemene regeling voor werknemers en personen in werkloosheid en 38.915 in de regeling voor de zelfstandigen. De afgelopen jaren steeg het aantal personen in invaliditeit jaarlijks met 3% tot 5% en op 12 jaar tijd (van 2013 tot 2025) is er een toename met 80% (RIZIV, 2026a).

De literatuur duidt de **stijging van het aantal personen in invaliditeit door verschillende elementen**. De Hoge Raad voor de Werkgelegenheid (2024) stelt dat de vergrijzing, de vervrouwelijking van de arbeidsmarkt en de verhoging van de pensioenleeftijd voor vrouwen slechts gedeeltelijk deze stijging uitleggen. Verder bieden interacties met andere stelsels van de sociale zekerheid zoals strengere controles binnen de werkloosheid en beperkingen binnen de pensioenen (vervroegde pensionering) mee een verklaring. Tot slot wordt de stijging ook verklaard door een toename van psychische aandoeningen en spier- en skeletaandoeningen binnen de langdurige arbeidsongeschiktheid.

In de media en het politiek discours wordt aan de toename van het aantal personen in invaliditeit vaak **de stijging van de overheidsuitgaven** gekoppeld. Het RIZIV berekende dat in 2025 aan personen in invaliditeit 10,64 miljard euro aan uitkeringen is betaald, ongeveer 9,97 miljard aan werknemers en personen in werkloosheid en 0,67 miljard aan zelfstandigen (RIZIV, 2026b). In onderzoek worden ook de uitgaven voor bedrijven belicht. Zo berekent SD Worx dat verzuim een gemiddeld Belgisch bedrijf ongeveer 1.600 euro per medewerker per jaar kost aan niet gepresteerde uren (Jacobs, 2025).

Om het tij van de stijgende overheidsuitgaven te doen keren, **wordt steevast verwezen naar de noodzaak dat langdurig zieken weer aan het werk gaan**. Het Federaal regeerakkoord 2025–2029 voorziet verschillende maatregelen om patiënten (werknemers), ziekenfondsen, werkgevers, artsen en regionale diensten voor arbeidsbemidde-

ling aan te moedigen om werk te maken van re-integratie (werkhervatting) en te sanctioneren wanneer men dit niet doet of hier niet aan meewerkt. In de literatuur buigen verschillende onderzoeken zich over de vraag welke factoren bijdragen aan de werkhervatting van mensen die (al dan niet langdurig) arbeidsongeschikt zijn of welke drempels zij ondervinden (Marique, 2022; Vancorenland, et al., 2021; Henry, Avalosse, & Vancorenland, 2024; Henry H., 2026).

Er is daarentegen minder informatie beschikbaar over de financiële situatie van personen in invaliditeit. Een analyse van Iweps³, gebaseerd op Statbelgegevens, toont aan dat de materiële en sociale deprivatie⁴ veel hoger ligt bij personen in arbeidsongeschiktheid⁵ (36%) in vergelijking met de totale Belgische bevolking (10%) of in vergelijking met de personen die werken (4%) (Ghesquiere, 2023). De IALC (*Infra Annual Living Conditions*)⁶ geeft een indicatie van het aandeel Belgen dat aangeeft moeilijk rond te komen met het beschikbaar huishoudinkomen. In 2025 lag dit aandeel beduidend hoger bij personen die langdurig arbeidsongeschikt zijn wegens gezondheidsproblemen (70%) in vergelijking met de totale Belgische bevolking (38%) (STATBEL, 2026a). Ook in het dossier *Ziekte en Werk* vinden we getuigenissen vanuit armoedeverenigingen over de financiële moeilijkheden bij personen in arbeidsongeschiktheid (Netwerk tegen armoede, 2025).

Er zijn tevens indicaties over het inkomen van personen in invaliditeit. Van Mechelen & Buysse (2019) tonen aan dat het mediane persoonlijk inkomen van een gerechtigde op een invaliditeitsuitkering 69% bedraagt van het mediaan persoonlijk inkomen in de totale bevolking op actieve leeftijd (en dus 31% lager ligt). 50% van de partners van personen in invaliditeit is aan het werk, tegenover meer dan 70% van de partners in de totale bevolking tussen 16 en 64 jaar. 16% van de partners van personen in invaliditeit is zelf langdurig arbeidsongeschikt. Dit heeft ook gevolgen voor het gezinsinkomen. Het mediane gezinsinkomen (inkomens van de partner inbegrepen) van een gerechtigde in invaliditeit bedraagt 77% van de mediaan voor de totale bevolking ondanks de extra uitgaven die deze gezinnen moeten dragen.

3 Iweps = *Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique*.

4 De materiële en sociale deprivatie (MSD) is een indicator berekend vanuit de SILC-enquête naar inkomens en levensomstandigheden, die Statbel, het Belgische statistiekbureau, elk jaar uitvoert onder Belgische huishoudens. MSD betekent dat men zich de gangbare levensstandaard niet kan veroorloven. Iemand wordt als gedepriveerd beschouwd wanneer die zich minstens vijf van dertien materiële bezittingen of (sociale) handelingen niet kan veroorloven.

5 Deze studie geeft geen specifieke informatie over personen in invaliditeit. Er wordt gekeken naar mensen die arbeidsongeschikt zijn in het algemeen.

6 IALC is een driemaandelijks bevraging naar persoonlijk welbevinden en levensomstandigheden, uitgevoerd door Statbel. Het is ontstaan in het kader van de opvolging van het maatschappelijk herstel in tijden van de COVID-19-pandemie.

CM-onderzoek bracht in 2002 en in 2016 de financiële situatie van personen in invaliditeit in kaart (Avalosse, Verniest, & Van Winckel, 2002; Avalosse, Vancorenland, & Verniest, 2016). In 2016 gaf 50% van de personen in invaliditeit aan moeilijk rond te komen met het gezinsinkomen en had 54% van de gezinnen moeite om bepaalde uitgaven te betalen, vaak gezondheidsuitgaven. Vier op tien gezinnen konden gezondheidszorg niet uitvoeren om financiële redenen. Bij ruim één op vier gezinnen moesten familie, vrienden of organisaties regelmatig financieel of op een andere concrete wijze bijspringen om de eindjes aan elkaar te knopen. Verder bleek dat alleenstaande personen en alleenstaande ouders in invaliditeit de meeste moeilijkheden ondervonden om rond te komen (respectievelijk 63% en 59%), net als jongere personen in invaliditeit (18-44 jaar: 59% tegenover 60-64-jarigen: 40%).

Statbeldata 2025 geven een idee van welke groepen in de Belgische bevolking het financieel bijzonder moeilijk hebben. Daaruit blijkt dat **alleenstaanden** (14,4%) en **alleenstaande ouders** (20,7%) een hoger risico op armoede hebben⁷ dan koppels met kind(eren) (11,4%). Dit geldt ook voor **huurders** (22,6% tegenover 6,3% bij eigenaars), **kortgeschoolden** (18,8% tegenover 5,6% bij langgeschoolden), **personen geboren in een niet EU-27-land** (28,5% tegenover 16,1% in een ander EU-27-land en 8,4% in België), personen in **werkloosheid** (40,4%) en andere inactieven⁸ (waaronder personen in arbeidsongeschiktheid) (21,3%). Andere indicatoren geven een beeld van de subjectieve armoede⁹ in de Belgische bevolking: 15,5% van de personen geeft aan dat hun huishouden slechts moeilijk of zeer moeilijk de eindjes aan elkaar kan knopen. De risicogroepen zijn opnieuw alleenstaanden (20,5%), alleenstaande ouders (28,1%), huurders (33%), kortgeschoolden (25,2%), personen geboren in een niet EU-27-land (34,9%), personen in werkloosheid (39,3%) en andere inactieven (waaronder personen in arbeidsongeschiktheid) (27,1%) (STATBEL, 2026c). Deze gegevens boden inspiratie voor welke groepen we in onze CM-enquête bijkomend moesten vergelijken op zoek naar de groepen met de grootste risico's op financieel vlak.

Naast deze beperkte analyses op macroniveau, beschikken we over onvoldoende gedetailleerde kennis over de financiële situatie van personen met een invaliditeitsuitkering. Om hieraan te verhelpen is besloten een groot-schalige meting uit te voeren.

2. Methode

De onderzoeksdoelstelling was nagaan wat de financiële situatie is van personen in invaliditeit. Meer specifiek wilden we weten in welke mate gezinnen van personen in invaliditeit kunnen rondkomen met hun gezinsinkomen en of ze financiële problemen ondervinden.

In de eerdere CM-onderzoeken naar de financiële situatie zijn respondenten thuis bevraagd door vrijwilligers (Avalosse, Verniest, & Van Winckel, 2002; Avalosse, Vancorenland, & Verniest, 2016). In dit onderzoek is geopteerd voor een **online enquête**. Hierdoor kon een grote steekproef van personen in invaliditeit bevraagd worden, met als voordeel de mogelijkheid om subgroepen te vergelijken en na te gaan welke subgroepen meer kwetsbaar zijn.

2.1. Analyse van de financiële situatie

2.1.1. Steekproef

Alle CM-leden¹⁰ die een invaliditeitsuitkering ontvingen op het moment van de steekproeftrekking (in 2025), zijn opgenomen in de **steekproef** op voorwaarde dat ze ook aan de hierna vermelde criteria voldeden:

- De persoon heeft toestemming gegeven om via e-mail gecontacteerd te worden;
- De persoon valt onder de algemene regeling voor werknemers en personen in werkloosheid of de regeling voor zelfstandigen;

7 Het armoederisico (AROP) verwijst naar het percentage personen met een equivalent beschikbaar inkomen (na sociale transfers) dat onder de armoededrempel ligt.

8 In de Statbelgegevens worden personen in invaliditeit niet als een aparte categorie opgenomen. Deze zijn onderdeel van de categorie 'andere inactieven' waarbij alle personen die niet aan het werk zijn worden bedoeld, uitgezonderd gepensioneerd en personen in werkloosheid (die elk een aparte categorie zijn). In deze categorie zitten onder andere personen op arbeidsongeschiktheid, personen die een leefloon ontvangen, enz.

9 Een persoon wordt blootgesteld aan een subjectief armoederisico wanneer de referentiepersoon binnen het huishouden van mening is dat het huishouden slechts moeilijk, respectievelijk zeer moeilijk, de eindjes aan elkaar kan knopen.

10 Zowel CM-leden (Nederlandstalig) als MC-leden (Franstalig en Duitstalig) maken deel uit van de steekproef.

- De persoon is tussen 18 en 66 jaar oud (dit is de periode waarop men actief is op de arbeidsmarkt: na de leerplicht en voor de wettelijke pensioenleeftijd) en woont in België.

Volgende personen zijn uitgesloten uit de steekproef: personen in invaliditeit die in de loop van 2025 overleden zijn of muteerden naar een ander ziekenfonds, personen in een woonzorgcentrum of opgenomen in een ziekenhuis op het moment van de steekproeftrekking en personen in een palliatieve zorgsituatie.

Deze steekproef is opgedeeld in twee aparte steekproeven: personen in invaliditeit met VT-statuuut en deze zonder VT-statuuut. Op deze manier konden we ervoor zorgen dat het aandeel kwetsbare personen in invaliditeit voldoende hoog was (door op voorhand voldoende personen op te nemen in de steekproef) en een goede weerspiegeling van het reëel aandeel personen met VT-statuuut (door achteraf te herwegen indien het aandeel respondenten met VT-statuuut lager is dan in de groep van personen in invaliditeit in België). De vragenlijsten voor personen met en zonder VT-statuuut waren identiek.

In de loop van september 2025 is een uitnodigingsmail om de online enquête in te vullen verstuurd naar 74.610 personen (31.542 met VT-statuuut en 43.068 zonder VT-statuuut).

10.432 personen in invaliditeit vulden de vragenlijst in of startten hiermee (ze gaven hun toestemming tot deelname). Voor de verwerking van de resultaten is enkel rekening gehouden met **8.581 respondenten**. Deze respondenten gingen verder dan het invullen van sociodemografische gegevens en vulden minimum vijf vragen in uit het gedeelte over financiële problemen (het hoofddeel van de vragenlijst). Onder de respondenten waren er 3.731 met VT-statuuut en 4.850 zonder VT-statuuut. De resultaten zijn **herwogen op de variabelen geslacht, leeftijd, regio en VT-statuuut** zodat ze **representatief zijn voor de personen in invaliditeit in België** (RIZIV-cijfers juni 2025). In dit artikel worden de herwogen percentages weergegeven.

2.1.2. Vragenlijst

De **vragenlijst**, beschikbaar in het Nederlands, het Frans en het Duits, bevatte vragen over volgende thema's:

- Sociodemografische kenmerken, zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, gezinssituatie, nationaliteit, enz.;
- De arbeidsongeschiktheid, zoals aandoening, duurtijd;
- De gezinsuitgaven, zoals welke uitgaven het zwaarst doorwegen op het gezinsbudget;
- De financiële situatie, zoals de mate van rondkomen met het gezinsinkomen, financiële moeilijkheden¹¹, de mate van materiële en sociale deprivatie.

De mate van **materiële en sociale deprivatie** is een indicator ontwikkeld in de SILC-enquête (*Statistics on Income and Living Conditions*) naar inkomens en levensomstandigheden. Ze wordt omschreven als "een indicator die het onvermogen uitdrukt om sommige items die door de meeste mensen worden beschouwd als wenselijk of zelfs noodzakelijk om een adequaat leven te leiden, te veroorloven" (STATBEL, 2026b). Om deze indicator te berekenen wordt in de vragen een duidelijk onderscheid gemaakt tussen zich een item niet kunnen veroorloven of een item niet hebben om een andere reden, bijvoorbeeld omdat men het niet wil of niet nodig heeft.

In de CM-enquête bij personen in invaliditeit zijn de vragen uit de SILC overgenomen om zicht te krijgen op de financiële onmogelijkheid om zich de volgende dertien items te kunnen veroorloven.

Op huishoudenniveau:

- Rekeningen op tijd betalen¹²;
- Een week vakantie per jaar buitenshuis nemen;
- Minstens om de twee dagen vlees, kip, vis of een vegetarisch alternatief eten;
- Een onverwachte uitgave doen;
- Zich een eigen wagen kunnen veroorloven;
- Het huis voldoende verwarmen;
- Beschadigde of versleten meubels vervangen.

¹¹ Bij de vragen naar financiële moeilijkheden werd gevraagd naar de situatie in het afgelopen jaar. Voor de andere vragen rond welke uitgaven het zwaarst doorwegen, rondkomen met inkomen en vragen naar materiële en sociale deprivatie werd de situatie op het moment van het invullen van de enquête bevestigd.

¹² Als één of meerdere van de volgende rekeningen minstens twee keer niet op tijd betaald konden worden om financiële redenen: de huur of de afbetaling van de hypothecaire lening, facturen voor nutsvoorzieningen en terugbetalingen van aankopen op afbetaling.

Op respondentniveau:

- Versleten kledij vervangen door nieuwe kledij;
- Twee paar schoenen in goede staat hebben;
- Thuis toegang tot internet hebben;
- Minstens éénmaal per maand met vrienden of familie afspreken om iets te eten of te drinken;
- Regelmatig deelnemen aan vrijetijdsactiviteiten;
- Wekelijks een bedrag uitgeven voor persoonlijke behoeften.

Als een respondent-e en/of diens gezin voor minstens vijf van de dertien items in de financiële onmogelijkheid is om deze aan te schaffen, spreekt men van materiële en sociale deprivatie.

De vragenlijst bevatte gesloten vragen en één open vraag voor bijkomende toelichting over de financiële ervaringen en problemen in het dagelijks leven van de respondenten.

In de **gesloten vragen** is een aantal vooraf geformuleerde antwoorden gegeven waaruit de respondent-e er één of meerdere kon kiezen. Er was ook de antwoordoptie 'andere, specificeer' met een open tekstveld. Deze antwoorden zijn waar mogelijk gehercodeerd naar de aangeboden antwoorden. Waar dit niet mogelijk was, is een nieuwe antwoordcategorie toegevoegd.

Het bepalen van de statistische significantie van geobserveerde verschillen tussen subgroepen gebeurde door het berekenen van het betrouwbaarheidsinterval 95% volgens de methode van de Wilson-score met continuïteitscorrectie (Wilson, 1927; Yates, 1934; Ghosh, 1979).

2.2. Analyse gezondheidszorggebruik

Naast de online enquête zijn ook CM-facturatiegegevens over terugbetaalde gezondheidszorg geanalyseerd¹³. **We vergelijken het gebruik van gezondheidszorg en de uitgaven ten laste van de patiënt-e (remgelden en supplementen) van een groep van personen in invaliditeit (studiegroep) met deze van een groep personen niet in invaliditeit (controlegroep).** De selectie van de studiegroep van deze data-analyse staat los van de steekproeftrekking voor de online enquête. Een eventuele overlap is dan ook louter toevallig.

De **studiegroep** omvat CM-leden die gedurende het hele jaar 2025 het statuut invaliditeit hadden, de **controlegroep** CM-leden die gedurende het hele jaar 2025 niet het statuut invaliditeit hadden. Voor beide groepen geldt dat ze het hele jaar 2025 CM-lid waren. Ze voldoen bovendien aan de volgende criteria: tussen 20 en 65 jaar, wonend in België, gedurende het hele jaar 2025 in leven en gerechtigde zijn maar niet onder het ambtenaarsregime vallen. Voor de controlegroep geldt bijkomend dat ze in regel zijn met de ziekteverzekering en niet onder een internationale overeenkomst vallen (geen 'grensarbeider'). Aan elke persoon uit de studiegroep is een persoon uit de controlegroep gekoppeld die gelijk is op de volgende criteria: leeftijdscategorie (20-34, 35-49, 50+), geslacht, woonplaats (de tien provincies en Brussel) en VT-statuuut. Zowel de studiegroep als de controlegroep bevatten 153.558 CM-leden.

Voor beide groepen is voor de analyse van het **gebruik van gezondheidszorg** in 2025 rekening gehouden met gezondheidszorg vergoed door de verplichte ziekteverzekering (federaal niveau) en met gezondheidszorg vergoed door de regionale systemen (voor zover beschikbaar in de CM-databestanden). Dit is belangrijk, omdat een groot deel van de revalidatiezorg en de mobiliteitshulpmiddelen onder de bevoegdheid van de regionale overheden vallen. Zowel ambulante zorg (gezondheidszorg verstrekt buiten een daghospitalisatie of een ziekenhuisopname) als zorg in het kader van een ziekenhuisopname zijn opgenomen. Tabel 1 geeft een overzicht van de opgenomen types gezondheidszorg, evenals de eenheid van volume.

13 Extractiedatum: 7 juli 2026.

Tabel 1: Overzicht van de types gezondheidszorg opgenomen in de data-analyse en hun eenheid van volume

Type gezondheidszorg	Volume uitgedrukt in ...
Ambulante zorg	Huisarts
	Specialist-e
	Thuisverpleging
	Tandarts
	Kinesist-e
	Psycholoog (= enkel de psychologen en orthopedagogen in het kader van de overeenkomst voor eerstelijns psychologische zorg)
	Geneesmiddelen (publieke officina)
	Medische beeldvorming , zoals RX/radiografie, CT-scan, MRI-scan, echografie enz.
	Klinische biologie zoals bloedonderzoek, urineonderzoek, stoelgangonderzoek enz.
	Spoed
Ziekenhuiszorg	Daghospitalisatie (zonder overnachting)
	Klassieke ziekenhuisopname (met overnachting)
Revalidatie	Alle federale en regionale revalidatieovereenkomsten

De onderzochte uitgave is steeds het bedrag dat ten laste blijft van de patiënt-e en omvat dus zowel de remgelden als de gekende supplementen. Er worden twee soorten uitgaven berekend: de uitgaven voor personen die gebruik maken van een bepaald type gezondheidszorg (zie Tabel 5) en de uitgaven voor alle personen samen, ongeacht of ze al dan niet gebruik maken van een type gezondheidszorg (zie Tabel 6). De eerste soort uitgaven houden geen rekening met een tussenkomst vanuit de maximumfactuur (MAF)¹⁵.

2.3. Beperkingen

De keuze voor een online enquête houdt het risico in van een ondervertegenwoordiging van de meest kwetsbaren als gevolg van de digitale kloof (Faure, Brotcorne, Vendramin, Mariën, & Dedonder, 2022). Het is belangrijk op te merken dat deze groep van meest kwetsbaren, ongeacht de vorm van de enquête, moeilijk te bereiken is.

14 "DDD is een Engels acroniem voor *defined daily dose* of standaard dagdosis. Het is de gemiddelde aangenomen onderhoudsdosis per dag voor een geneesmiddel wanneer het voor de hoofdindicatie is voorgeschreven bij een volwassene. [...] De DDD wordt toegewezen door een expertenbureau van de Wereldgezondheidsorganisatie [WGO] voor elk actief bestanddeel in de internationale ATC-classificatie [*Anatomical Therapeutic Chemical*] van de actieve bestanddelen" (Seys, Houben, Marchal, Spago, & Vansnick, 2001, p. 457).

15 De MAF (maximumfactuur) beperkt de jaarlijkse remgelden voor gezinnen tot een plafondbedrag. Al het remgeld boven dat plafondbedrag wordt terugbetaald door de ziekteverzekering. Het plafondbedrag aan remgelden is afhankelijk van het gezinsinkomen en stijgt met een hoger gezinsinkomen.

De antwoorden op de vragenlijst zijn zelfgerapporteerde gegevens (een **subjectieve inschatting**). Zo is de informatie over het gezinsinkomen gehaald uit het antwoord van de respondent-e op de vragen hierover en niet uit een officieel document dat ons door de respondent-e zou zijn toegezonden. Het is steeds mogelijk dat respondenten hun inkomen onderschatten of, ondanks de instructies in de vraag, bepaalde inkomens niet meegeteld hebben in het totaalinkomen. Ook de gegevens over de mate waarin men kan rondkomen en over financiële problemen zijn de subjectieve inschatting van de respondent-e.

De CM-facturatiegegevens bevatten **enkel gezondheidszorg die terugbetaald wordt in het kader van de verplichte ziekteverzekering en deels deze binnen regionale systemen van sociale bescherming**. Er is dus geen informatie over niet-terugbetaalbare gezondheidszorg zoals niet-terugbetaalbare geneesmiddelen, een deel van de psychologische zorg, vervoersuitgaven, enz. Voor artsen en tandartsen zijn evenwel ook de transparanties¹⁶ opgenomen in de data-analyse, waardoor we voor deze zorgverleners wel een zicht hebben op niet-terugbetaalbare gezondheidszorg (indien ze elektronisch factureren).

3. Resultaten

Ter herinnering: in de delen 3.1, 3.2 en 3.3 worden de resultaten voorgesteld na herweging van de steekproef op basis van de variabelen leeftijd, geslacht, regio en VT-statuut, zodat we schattingen kunnen maken voor de populatie van personen in invaliditeit in België.

3.1. Profiel van de respondenten

3.1.1. Sociodemografisch profiel

Tabel 2 schetst het profiel van de 8.581 respondenten van wie de vragenlijst verwerkt is. De variabelen geslacht, leeftijd, regio en VT-statuut zijn herwogen volgens de RIZIV-data (situatie juni 2025), zodat de steekproef van deze studie representatief is voor personen in invaliditeit in België.

3.1.2. Arbeidsongeschiktheid

Wat het beroepsstatuut voor de arbeidsongeschiktheid betreft, zien we de volgende verdeling:

- 35% arbeiders;
- 53% bedienden;
- 6% zelfstandigen of personen die een vrij beroep uitoefenden¹⁷;
- 6% personen in werkloosheid.

Gezien het voldoende aantal respondenten dat zelfstandige (n=571) of werkloos was (n=403) voor de arbeidsongeschiktheid, kunnen de resultaten specifiek voor deze twee groepen onderzocht worden.

Wat de duurtijd van de arbeidsongeschiktheid betreft, stellen we in onze geanalyseerde populatie de volgende verdeling vast.

- Ongeveer 10% was één jaar arbeidsongeschikt (deze personen waren dus net overgegaan naar het statuut invaliditeit);
- 15% was twee jaar arbeidsongeschikt;
- 25% was tussen drie en vijf jaar arbeidsongeschikt;
- 40% was langer dan vijf jaar arbeidsongeschikt.

¹⁶ Sinds 1 september 2024 zijn artsen en tandartsen verplicht, om bij elektronische facturatie, bijkomende gegevens over te maken aan de verzekeringsinstellingen voor ambulante niet-terugbetaalbare verstrekkingen.

¹⁷ Om de leesbaarheid te verhogen zal deze groep verder in het artikel steeds benoemd worden als 'zelfstandige'.

Tabel 2: Profiel van de respondenten (n=8.581), voor en na herweging
(Bron: CM)

Variabele		Voor herweging	Na herweging
Geslacht	Man	35,5%	39,3%
	Vrouw	64,5%	60,7%
Leeftijd	18-39 jaar	10,7%	12,2%
	40-49 jaar	20,9%	24,5%
	50-59 jaar	42,7%	40,2%
	60-66 jaar	25,7%	23,1%
Regio	Brussel	3,1%	10,3%
	Vlaanderen	74,0%	52,0%
	Wallonië	22,9%	37,7%
VT-statuut	Met VT	43,5%	49,6%
	Zonder VT	56,5%	50,4%
Gezinssituatie	Alleenstaand	29,0%	31,6%
	Alleenstaande ouder	11,6%	12,8%
	Koppel zonder kinderen	30,2%	26,2%
	Koppel met kinderen	24,8%	24,8%
	Andere	4,3%	4,6%
Opleidingsniveau¹⁸	Kortgeschoold	28,7%	29,9%
	Middengespoold	37,2%	36,4%
	Langgeschoold	33,9%	33,5%
Origine¹⁹	Belgische origine	89,9%	87,2%
	Vanuit een land van de Europese Unie	6,5%	7,7%
	Vanuit een land buiten de Europese Unie	3,4%	5,0%
Woningbezit	Huurder	35,0%	39,2%
	Eigenaar, lening wordt nog afbetaald	36,3%	35,2%
	Eigenaar, lening is afbetaald	21,5%	18,3%
	Andere/geen antwoord	7,1%	7,3%

18 De categorieën zijn ingedeeld volgens het hoogste onderwijsniveau aangegeven door de respondent-e: lager onderwijs of lager secundair onderwijs voor kortgeschoolden; hoger middelbaar onderwijs voor middengespoolden, en hoger onderwijs of hoger onderwijs van het lange type voor langgeschoolden.

19 Om de origine te bevragen zijn in de vragenlijst twee vragen gesteld:

- 'Wat is uw nationaliteit?' (antwoordmogelijkheden: niet-Belg vanuit een land van de Europese Unie [EU], niet Belg vanuit een land buiten de EU en Belg).
- Indien 'Belg', kreeg men als bijkomende vraag 'Heeft u een migratieachtergrond?' (antwoordmogelijkheden: 'neen', 'ja vanuit een land van de EU', 'ja vanuit een land buiten de EU').

Categorieën worden als volgt ingedeeld:

- Belgische origine: Belgen zonder migratieachtergrond;
- Vanuit een land van de EU: Niet-Belgen uit de EU of Belgen met een EU-migratieachtergrond;
- Vanuit een land buiten EU: Niet-Belgen van buiten de EU of Belgen met een migratieachtergrond van buiten de EU.

Tabel 3 geeft **de belangrijkste aandoeningen** weer die de aanleiding waren van de arbeidsongeschiktheid²⁰.

Tabel 3: De aandoeningen (Bron: CM)

Groep aandoeningen	Voorbeeld van aandoeningen	Totaal (n=8.581)
Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefstel	Rugpijn, reuma, enz.	45%
Breuken of verstuikingen	Knie- of elleboogletsel, enz.	9%
► Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefstel en/of breuken of verstuikingen		48%
Psychische aandoeningen	Depressie, angst, enz.	35%
Burn-out		18%
► Psychische aandoeningen en/of burn-out		42%
Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) of Fibromyalgie		16%
Ziekte van het zenuwstelsel en de zintuigen	Parkinson, epilepsie, MS, gezichts- of gehoorstoornissen, enz.	14%
Kanker	Borst- of longkanker, enz.	10%
Hart- en vaatziekten	Hartinfarct, trombose, enz.	9%
Respiratoire aandoeningen	Astma, chronische bronchitis, enz.	7%
Digestieve aandoeningen	Ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, enz.	5%
Diabetes of andere aandoening van de pancreas		1%
Aandoening in andere organen	Nieren, blaas	1%
Andere		4%

3.2. Gezinsuitgaven en gezinsinkomen

Bij de respondenten is gepeild naar **de uitgaven die zwaar doorwegen op hun gezinsbudget**. Hiertoe is hen gevraagd om in een lijst van verschillende uitgavenposten aan te geven welke uitgaven het zwaarst doorwegen en welke op de tweede, derde en vierde plaats kwamen.

Figuur 1 schat, voor elke uitgavenpost, het aandeel personen in invaliditeit dat deze in hun top 4 vermeldde. Volgens deze schattingen neemt een meerderheid nutsvoorzieningen (73%), de huur of lening van hun woning (71%) en voe-

ding en drank (66%) op in hun top vier. Maar ook uitgaven als verzekeringen en belastingen (52%) en gezondheidsuitgaven (32%) belanden bij een aanzienlijk aandeel van de personen in invaliditeit in de top van de zwaarst doorwegende uitgaven.

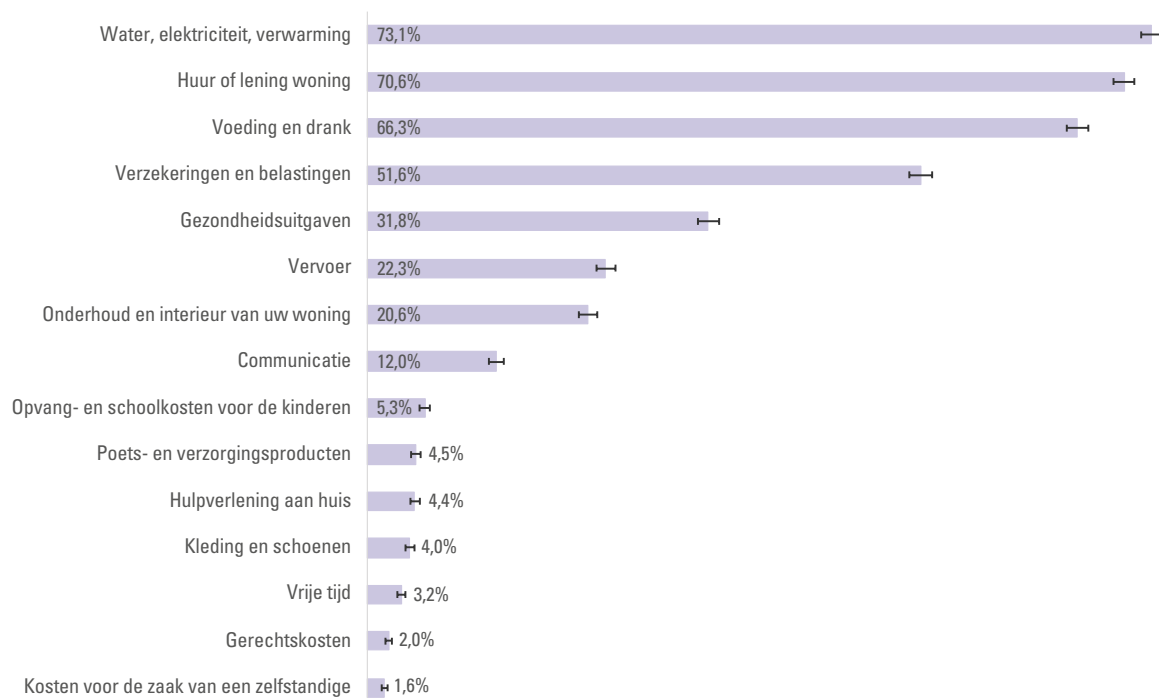
Voor **het gezinsinkomen** is aan de respondenten gevraagd om een inkomenscategorie aan te duiden voor het totaal netto-inkomen van alle gezinsleden samen²¹. Tabel 4 geeft het netto-gezinsinkomen weer volgens de gezinssituatie.

20 De respondenten konden op deze vraag meerdere antwoorden geven.

21 De vraag naar gezinsinkomen luidde: Wat is het totaal maandelijks inkomen van uw gezin? Tel hierbij op voor alle personen uit uw gezin:

- De nettolonen en premies;
- De eventuele inkomsten als zelfstandige;
- De uitkeringen (zoals arbeidsongeschiktheid, werkloosheid en pensioen);
- Kinderbijslag en andere financiële hulp (zoals de integratietegemoetkoming, de inkomensvervangende tegemoetkoming, enz.);
- Bijkomende inkomsten zoals huur, interesten, dividenden, enz.

Figuur 1: Top vier van uitgaven die zwaar doorwegen in het gezinsbudget (Bron: CM)



Tabel 4: Netto-gezinsinkomen volgens gezinssituatie (Bron: CM)

Netto-gezinsinkomen	Alleenstaanden	Alleenstaande ouders	Koppels zonder kinderen	Koppels met kinderen
Minder dan 1.500 euro	23,4%	8,0%	4,9%	3,3%
1.501 - 1.750 euro	38,7%	6,7%	1,9%	1,6%
1.751 - 2.000 euro	16,5%	22,1%	5%	3%
2.001 - 2.500 euro	13,1%	32,5%	10,5%	7,7%
2.501 - 3.000 euro	7,8%	15,4%	20,2%	13,1%
3.001 - 3.500 euro		15,1%	23,1%	18,7%
3.501 - 4.000 euro			32,6%	16,8%
Meer dan 4.000 euro				33,6%
Onbekend	0,5%	0,2%	1,9%	2,2%

Wat **het eigen inkomen** betreft, heeft volgens onze schattingen 59% **van de personen in invaliditeit** uitsluitend een **invaliditeitsuitkering** als inkomensbron. Bovendien combineert 15% de uitkering met een (deeltijds) inkomen als

werknemer of zelfstandige. 8% ontvangt ook financiële hulp voor mensen met een handicap (zoals de inkomensvervangende tegemoetkoming, integratietegemoetkoming). Tot slot krijgt 16% kinderbijslag²².

22 Groeipakket genoemd in Vlaanderen.

In de vragenlijst is verder gevraagd naar de **inkomsten van personen waarmee de respondent-e samenwoont**.

- Van de personen in invaliditeit die aangaven als koppel samen te wonen, ontvangt de partner naar schatting in 64% van de gevallen een inkomen uit werk (werknemer of zelfstandige) en in 16% van de gevallen een pensioen. In 12% van de situaties ontvangt ook de partner een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid, in 3% van de situaties een werkloosheidsvergoeding en in 7% van de gevallen kinderbijslag.
- Van de personen in invaliditeit die aangaven samen te wonen met iemand anders, schatten we dat in de helft van deze gevallen (52%) deze andere persoon een pensioen ontvangt, in 22% van deze gevallen een inkomen uit werk en in 8% van deze gevallen een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid.

3.3. Financiële problemen

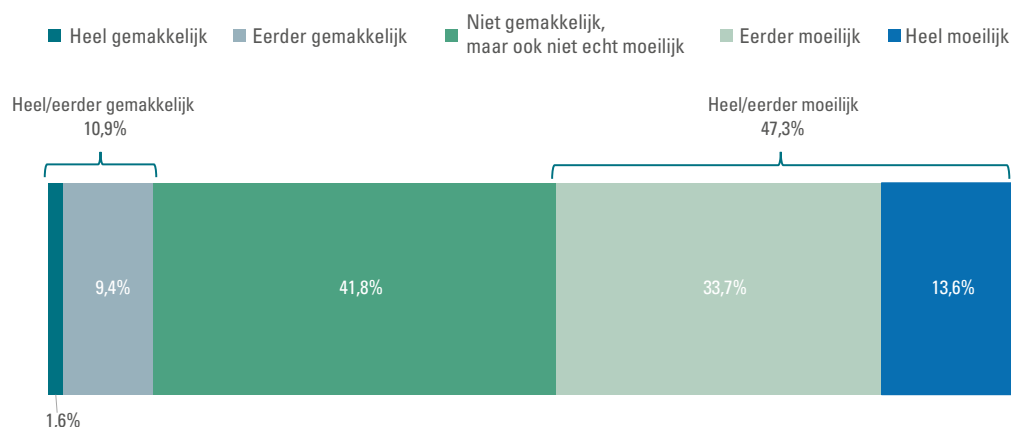
3.3.1. Rondkomen met het gezinsinkomen

Figuur 2 toont aan dat, volgens onze schattingen, 47% van de gezinnen eerder tot heel moeilijk kan **rondkomen met hun gezinsinkomen**. Voor 42% is het niet gemakkelijk, maar ook niet echt moeilijk om rond te komen en 11% kan eerder tot heel gemakkelijk rondkomen.

Onze analyses suggereren dat het aandeel personen in invaliditeit die zeggen (eerder tot heel) moeilijk rond te komen:

- Afneemt met een stijgende **leeftijd**: vooral de 18-44-jarigen (53%) en de 45-54-jarigen (52%) hebben het moeilijk om rond te komen. Daarna daalt het percentage naar 45% bij 55-59-jarigen tot 36% bij 60-plussers.
- Sterk varieert volgens **gezinssituatie**: alleenstaande ouders (63%) en alleenstaanden (56%) ondervinden de grootste moeilijkheden om rond te komen. Koppels met kinderen (44%) hebben het moeilijker dan koppels zonder kinderen (31%).
- Hoger ligt bij personen met **VT-statuut** (60%) in vergelijking met diegenen zonder dit statuut (35%).
- Verschilt volgens **origine**: personen vanuit een land van de Europese Unie (EU) (52%) of vanuit een land buiten de EU (54%) hebben het moeilijker rond te komen dan personen met een Belgische origine (46%).
- Daalt naarmate men een langere **opleiding** heeft gehad: van 54% bij kortgeschoolden naar 50% bij midden-geschoolden tot 39% bij langgeschoolden.
- Stijgt met de **duurtijd van de arbeidsongeschiktheid**: van 41% bij diegenen die één jaar arbeidsongeschikt zijn naar 49% bij diegenen die elf jaar of langer arbeidsongeschikt zijn.
- Verschilt volgens het **beroepsstatuut voor de arbeidson-geschiktheid**: personen die werkloos waren (64%) hebben het moeilijker om rond te komen dan personen die arbeider waren (52%). Het aandeel bij bedienden (42%) en zelfstandigen (46%) ligt significant lager.
- Sterk verschilt volgens **woonsituatie**: huurders (61%) ondervinden de grootste moeilijkheden om rond te komen. Eigenaars die hun lening nog afbetalen (45%) hebben het moeilijker om rond te komen dan eigenaars die hun lening afbetaald hebben (24%).

Figuur 2: Mate van kunnen rondkomen van het gezin met het gezinsinkomen (Bron: CM)



- Hoger ligt in **Brussel en Wallonië** (beiden 50%) dan in Vlaanderen (45%).
- Hoger ligt bij **mannen** (49%) dan bij vrouwen (46%).

In de **open vraag** gaven respondenten extra informatie over rondkomen met een invaliditeitsuitkering.

Sommige respondenten zeggen een **lagere uitkering** te hebben **door samen te wonen**, terwijl die andere persoon niet meebetaalt in hun uitgaven. Sommige koppels hebben strikt gescheiden rekeningen en betalen elk hun deel, behalve enkele gemeenschappelijke uitgaven. Bij inwonende kinderen wordt, van zodra ze een eigen inkomen hebben, dat inkomen meegeteld, waardoor de uitkering van de ouder plots daalt. De kinderen dragen echter niet of beperkt bij in de uitgaven van hun ouder(s). Ouders willen dit ook niet vragen aan hun kinderen om hen de financiële mogelijkheden te geven een eigen leven te starten. Samenwonen met een familielid of *cohousing* zorgt eveneens voor een daling van de uitkering waardoor rondkomen moeilijker wordt.

Enkele respondenten halen aan dat ze **enkel kunnen rondkomen** met hun uitkering omdat ze beroep kunnen doen op **andere middelen dan de uitkering**. Sommigen vallen terug op hun spaargeld, opgebouwd doorheen jaren van hard werken, goed sparen en voorzichtig omgaan met hun geld. Sommigen hebben geërfd of een schenking ontvangen. Anderen kunnen beroep doen op een extra uitkering vanuit de verzekering gewaarborgd inkomen. Nog anderen komen enkel rond dankzij de hulp van familie of vrienden of het goede inkomen van de partner. Dit heeft soms een keerzijde. Een deel van de respondenten geeft aan **financieel volledig afhankelijk te zijn van hun partner**. Dat is voor sommigen zwaar en geeft stress. Indien ze niet meer gelukkig (zouden) zijn in hun relatie, moeten ze noodgedwongen blijven uit angst in armoede te belanden.

Nog andere respondenten geven aan dat ze **kunnen rondkomen omdat ze de uitkering combineren met inkomen in het kader van een gedeeltelijke werkhervatting**. Maar voor sommigen gebeurt dit hoofdzakelijk uit financiële overwegingen, ook al zijn ze hier eigenlijk niet toe in staat wegens hun gezondheidssituatie of is dit afgeraden door een arts. Dit kan op zijn beurt nadelig zijn voor de gezondheid en verhoogt de kans dat ze hervallen en weer volledig in invaliditeit komen.

Een deel van de respondenten zegt **niet rond te kunnen komen met de uitkering** en geeft aan dat ze niet leven maar overleven. Zelfs de basisuitgaven, zoals voeding, kunnen niet betaald worden waardoor men beroep moet doen op de voedselbank of genoodzaakt is maaltijden te schrappen (niet elke dag een warme maaltijd, slechts één maaltijd per dag). De rekeningen kunnen niet betaald worden, waardoor ze in de schulden geraken. In deze situaties moeten keuzes gemaakt worden: zoals kiezen tussen gezondheidszorg of eten.

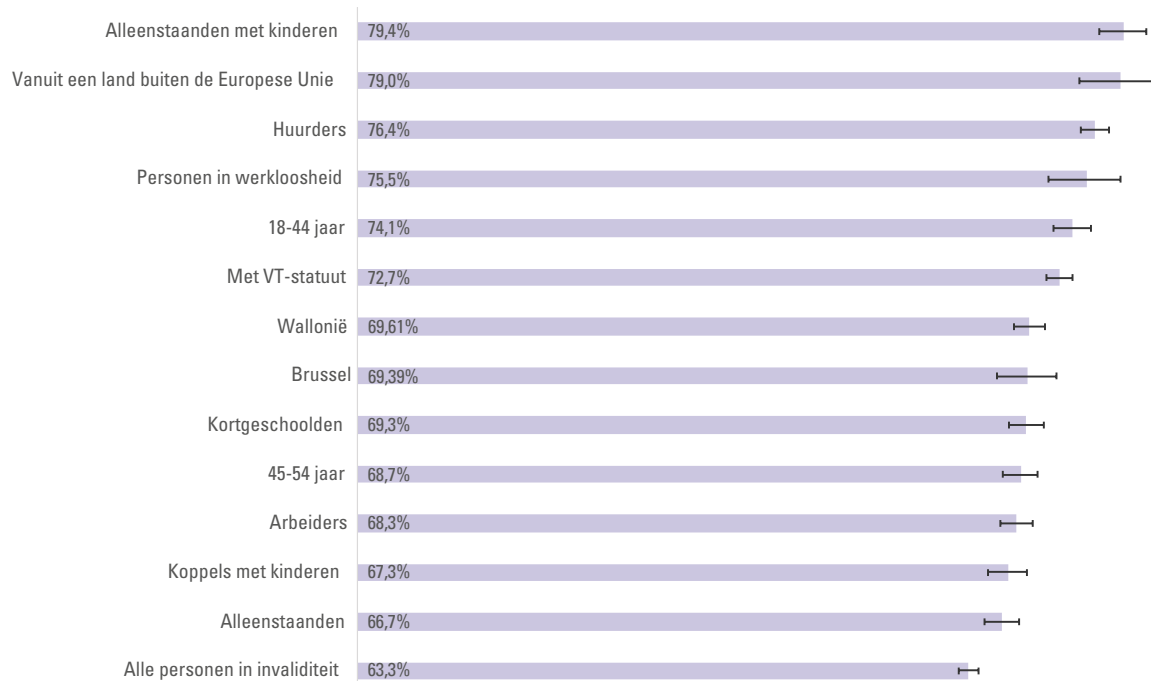
3.3.2. Moeilijkheden om uitgaven te betalen

Volgens onze schattingen geeft een meerderheid van de personen in invaliditeit (63%) aan dat ze in het afgelopen jaar **moeilijkheden ondervonden om bepaalde uitgaven te betalen**. Figuur 3 toont het profiel van de personen in invaliditeit die significant vaker moeilijkheden ondervonden dan de geanalyseerde populatie (alle personen in invaliditeit). Moeilijkheden om uitgaven te betalen komen significant vaker voor volgens **gezinssituatie** (alleenstaanden met of zonder kinderen en koppels met kinderen), **origine** (buiten een land van de EU), **woonsituatie** (huurder), **beroepsstatuut voor de arbeidsongeschiktheid** (werkloos of arbeider), **leeftijd** (bij de 18-54-jarigen), **VT-statuut**, **regio** (Brussel of Wallonië) en **opleiding** (kortgeschoold).

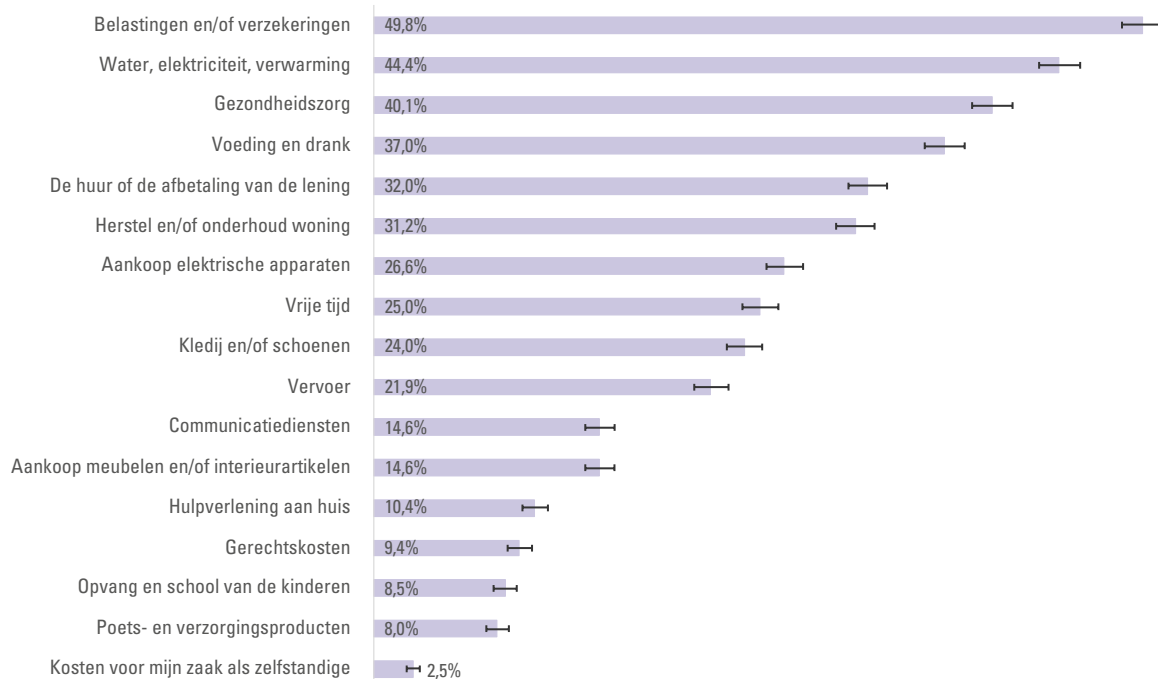
Verder blijkt uit de resultaten ook dat de moeilijkheid om uitgaven te betalen toeneemt naarmate de **duurtijd van de arbeidsongeschiktheid** langer is, om dan op een bepaald moment weer te dalen. Dit aandeel stijgt van 59% bij personen die één jaar arbeidsongeschikt zijn naar 66% bij personen die tussen zes en tien jaar arbeidsongeschikt zijn om weer uit te komen op 62% bij personen die elf jaar of langer arbeidsongeschikt zijn. Geen enkel aandeel ligt echter significant hoger dan in de geanalyseerde populatie en daarom is dit resultaat niet opgenomen in figuur 3.

Figuur 4 toont aan dat, volgens onze schattingen, personen in invaliditeit vooral moeilijkheden ondervonden om belastingen/verzekeringen (50%), de nutsvoorzieningen (zoals water, gas en elektriciteit) (44%), gezondheidszorg (40%), voeding en drank (37%) en de huur of de afbetaling van de lening (32%) te betalen.

Figuur 3: Profiel van personen in invaliditeit die significant vaker moeilijkheden ondervinden om bepaalde uitgaven te betalen (Bron: CM)



Figuur 4: Soort uitgaven waarvoor men betalingsmoeilijkheden ondervond (Bron: CM)



In de **open vraag** gaven respondenten uitleg bij de onder-vonden betalingsmoeilijkheden.

Een deel van de respondenten haalt aan dat er **op maan-delijkse basis geen belastingen worden afgehouden van de invaliditeitsuitkering**. Men ontvangt een brutobedrag en geen nettobedrag, waardoor men **bij de eindafrekening van de belastingen een (soms heel hoge) som moet op-leggen** (bedragen van 1.000 euro tot 6.000 euro en meer). Dit is een zware domper voor veel respondenten, die hier niet op voorbereid waren, enerzijds omdat ze hierover on-voldoende geïnformeerd waren. Maar zelfs als men weet dat achteraf een afrekening van de belastingen zal komen, is het onmogelijk op voorhand in te schatten hoe hoog het bedrag zal zijn. Dit geeft veel stress door de onzekerheid of men tegen de eindafrekening het onbekende bedrag bij el-kaar gespaard zal hebben. Men zou veel liever hebben dat de belastingen direct worden afgehouden van de uitkering en deze netto wordt uitbetaald.

Andere respondenten geven aan dat ze **enkel rondkomen door heel voorzichtig om te gaan met hun geld en door te besparen**. Er wordt bespaard op kledij door bijvoorbeeld enkel tweedehandskledij te kopen of op energie-uitgaven door de verwarming niet te hoog te zetten. Men bespaart op voeding door enkel voeding in promotie te kopen, op ontspanning door niet op reis te gaan, geen hobby uit te oefenen, niet weg te gaan (iets drinken of gaan eten). Een deel van de respondenten geeft aan dat ze bij uitgaven **voorrang geven aan de kinderen** (bijvoorbeeld studies, vrije tijd). Men bespaart vooral op uitgaven voor zichzelf, soms zelfs op eigen gezondheidsuitgaven, om hun kinde-ren toch het noodzakelijke te kunnen geven.

Sommige respondenten geven aan dat nooit een uitga-ve voor zichzelf kunnen doen en nooit enige ontspanning hebben **niet goed is voor de gezondheid** of het herstel. Respondenten geven ook aan dat de financiële zorgen hen in een **sociaal isolement** duwen. Afspreken met anderen kost immers geld (bijvoorbeeld verplichte consumptie, ca-deau op een feest, mensen thuis ontvangen).

3.3.3. Uitstellen van gezondheidszorg

Onze analyses suggereren dat 48% van de personen in invaliditeit in het afgelopen jaar **gezondheidszorg moest uitstellen of deze niet kon uitvoeren om financiële rede-nen**. Figuur 5 geeft het profiel van personen in invaliditeit die significant vaker gezondheidszorg moesten uitstellen in vergelijking met de geanalyseerde populatie (alle per-sonen in invaliditeit). Gezondheidszorg uitstellen komt significant vaker voor volgens **woonsituatie** (huurder), **beroepsstatuut voor de arbeidsongeschiktheid** (werkloos of arbeider), **gezinssituatie** (alleenstaanden met of zonder kinderen), **leeftijd** (18-54 jaar), **origine** (vanuit een land bin-nen of buiten EU), **opleiding** (kortgeschoolden), **VT-statuut** en **regio** (Brussel of Wallonië).

Het aandeel van diegenen die gezondheidszorg moesten uitstellen, stijgt van 40% bij personen die één jaar arbeids-ongeschikt zijn naar 50% bij personen die elf jaar en lan-ger arbeidsongeschikt zijn. Geen enkel aandeel ligt echter significant hoger dan voor de geanalyseerde populatie en daarom is dit resultaat niet opgenomen in figuur 5.

Figuur 6 laat zien dat, volgens onze schattingen, vooral de volgende gezondheidszorg uitgesteld moest worden: tand-zorg (61%), brillen (47%), de specialist-e (46%), psycholoog of psychotherapeut-e (42%), de kinesist-e (37%) en genees-middelen (30%).

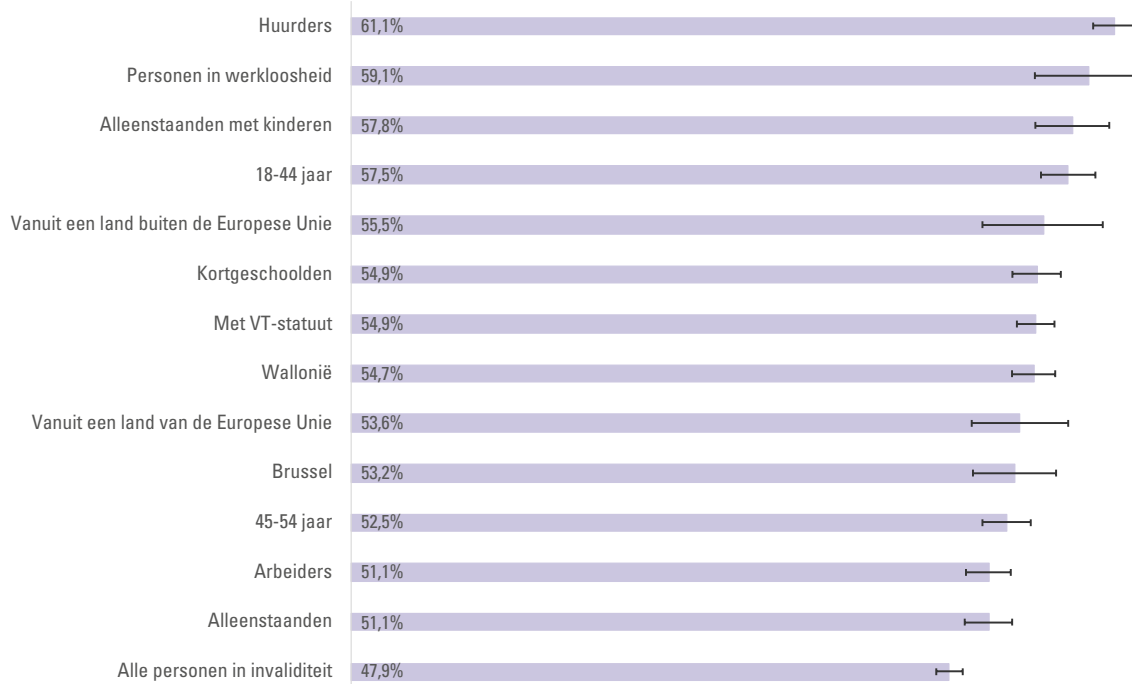
3.3.4. Extra hulp nodig om rond te kunnen komen

Volgens onze analyses werd één op drie personen in inva-liditeit (34%) in het afgelopen jaar **regelmatig financieel of op een andere wijze geholpen door familie, vrienden of bepaalde organisaties** om de eindjes aan elkaar te kno-pen.

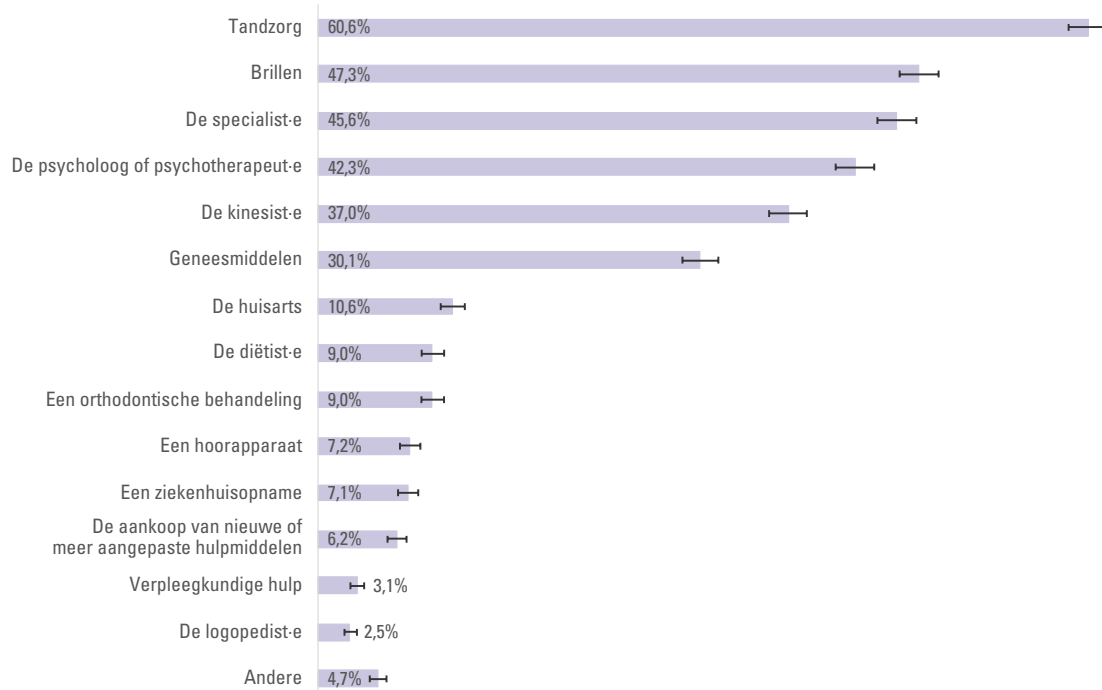
Het profiel van personen in invaliditeit die significant ho-ger scoren dan het gemiddelde aandeel (34%) van de ge-analyseerde populatie (alle personen in invaliditeit) is het volgende:

- Personen vanuit een land buiten de EU (52%) en vanuit een land binnen de EU (40%);
- Alleenstaanden met kinderen (48%) en alleenstaanden (38%);
- Personen tussen 18 en 44 jaar (47%) en tussen 45 en 54 jaar (39%);
- Personen wonend in Brussel (42%) of in Wallonië (37%);
- Huurders (42%);
- Personen met het VT-statuut (40%).

Figuur 5: Profiel van personen in invaliditeit die significant vaker gezondheidszorg moesten uitstellen (Bron: CM)



Figuur 6: Het type gezondheidszorg dat personen in invaliditeit moesten uitstellen (Bron: CM)



Volgens onze schattingen moest één op vier personen in invaliditeit (24%) in het afgelopen jaar **geld lenen**²³ of een lening aangaan²⁴ **om bepaalde uitgaven te kunnen betalen**.

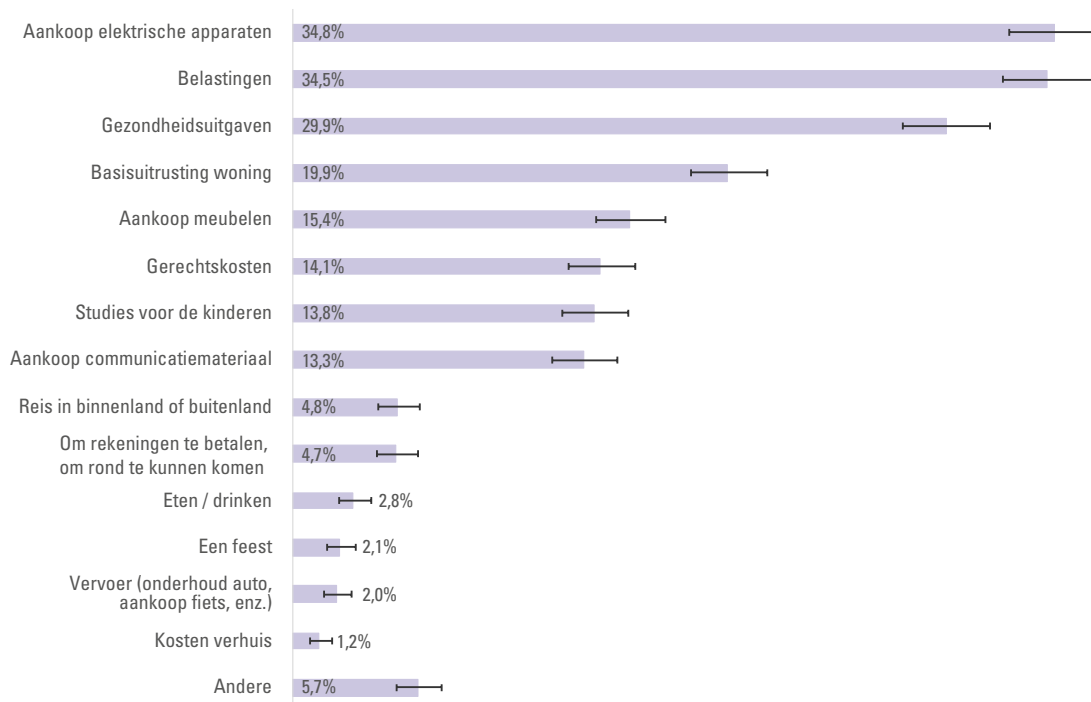
Het profiel van personen in invaliditeit die significant vaker moesten lenen dan het gemiddelde aandeel (24%) voor de geanalyseerde populatie is het volgende:

- Personen vanuit een land buiten de EU (47%) en vanuit een land van de EU (33%);
- Alleenstaanden met kinderen (36%);
- Huurders (35%);
- Personen wonend in Brussel (33%) of in Wallonië (28%);
- Personen die werkloos (32%) of arbeider (28%) waren voor hun arbeidsongeschiktheid;
- Kortgeschoolden (31%);
- Personen met het VT-statuuut (31%);
- Personen tussen 18 en 44 jaar (28%) en deze tussen 45 en 54 jaar (29%).

Het aandeel personen in invaliditeit die moesten lenen stijgt van 18% bij diegenen die één jaar arbeidsongeschikt zijn naar 26% bij diegenen die elf jaar of langer arbeidsongeschikt zijn. Geen enkel aandeel ligt echter significant hoger dan voor de geanalyseerde populatie.

Figuur 7 suggereert dat personen in invaliditeit vooral moesten lenen voor de aankoop van elektrische apparaten (35%), belastingen (35%), gezondheidsuitgaven (30%) en de basisuitrusting van hun woning (20%). Het percentage mag dan wel beperkt zijn, maar sommige personen zijn zelfs genoodzaakt te lenen voor voeding (3%) en om de facturen (zoals elektriciteit, huur) te kunnen betalen zodat ze rondkomen (5%).

Figuur 7: Soort uitgaven waarvoor personen in invaliditeit moesten lenen (Bron: CM)



23 Met geld lenen wordt verwezen naar het lenen van geld bij familie of vrienden. Een lening aangaan verwijst naar een lening aangaan bij bijvoorbeeld een bank. Om de leesbaarheid te verhogen, zal in het vervolg telkens gesproken worden over 'lenen'.

24 Leningen voor de aankoop van een huis of een auto zijn hier niet bijgerekend, evenmin de leningen voor renovatiewerken. Er werd in de vraag uitdrukkelijk gevraagd naar leningen voor dagelijkse zaken zoals een wasmachine, schoolfacturen, meubels, enz.

3.3.5. Materiële en sociale deprivatie

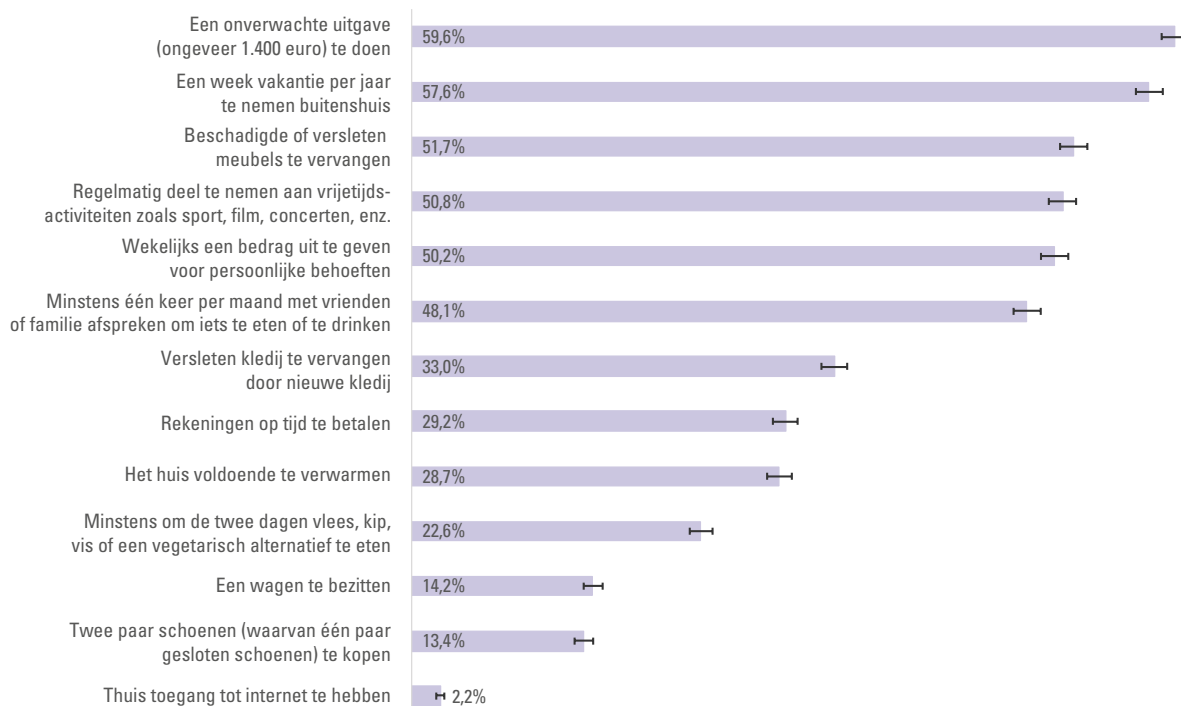
In de vragenlijst zijn ook vragen gesteld om de **materiële en sociale deprivatie** (MSD) in kaart te brengen (zie punt 2.1.2.).

Onze analyses tonen aan dat de helft van de personen in invaliditeit (51%) in materiële en sociale deprivatie (MSD) leeft. Figuur 8 toont aan dat ze het vooral moeilijk hebben om een onverwachte uitgave te doen (60%) en een week vakantie buitenshuis te nemen (58%). Maar beschadigde of versleten meubels vervangen (52%), regelmatig deelne- men aan vrijetijdsactiviteiten (51%), wekelijks een bedrag uitgeven voor persoonlijke behoeften (50%) of minstens

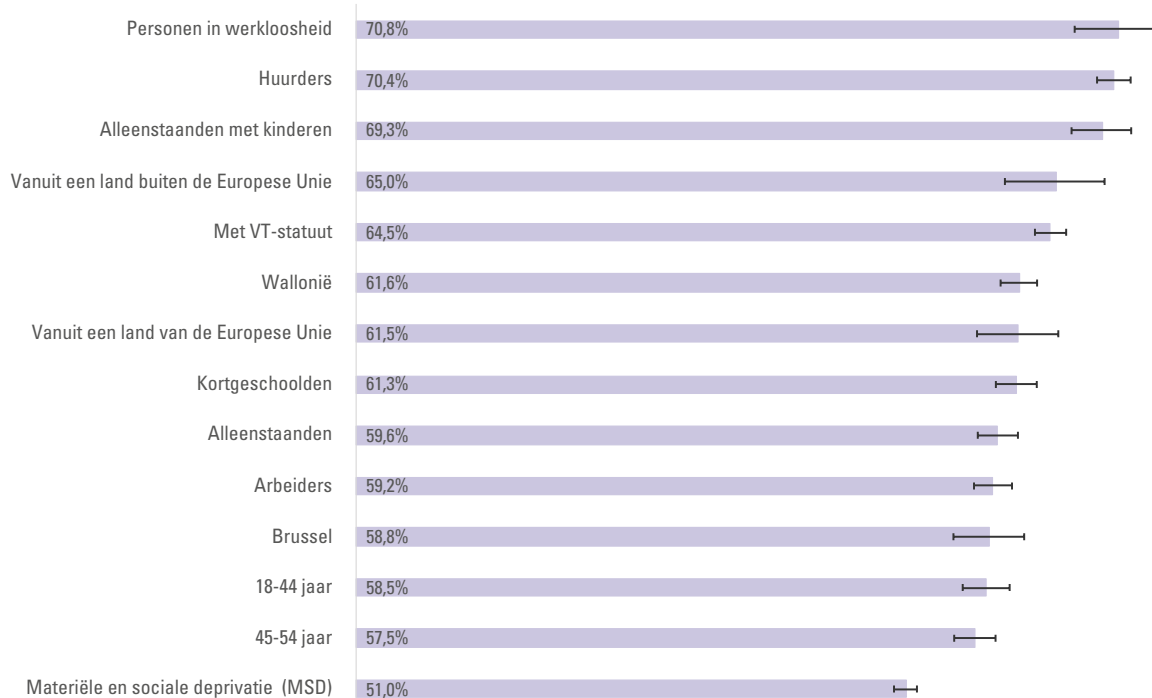
een keer per maand met familie of vrienden afspreken om iets te gaan eten of drinken (48%), is eveneens voor onge- veer de helft van hen moeilijk. En zelfs het huis voldoende verwarmen (29%) of minstens om de twee dagen vlees, kip, vis of een vegetarisch alternatief eten (23%) is voor een niet te verwaarloosbaar aandeel financieel onmogelijk.

Het profiel van personen in invaliditeit waar het percenta- ge in MSD hoger ligt dan bij de geanalyseerde populatie wordt gegeven in figuur 9. De MSD ligt significant hoger volgens **beroepsstatuut** (werkloos of arbeider), **woonsi- tuatie** (huurder), **gezinssituatie** (alleenstaanden met of zonder kinderen), **origine** (vanuit een land binnen of bui- ten EU), **VT-statuut, regio** (Brussel of Wallonië), **opleiding** (kortgeschoolden) en **leeftijd** (18-54 jaar).

Figuur 8: Aandeel personen in invaliditeit dat om financiële redenen niet in staat is om ... (Bron: CM)



Figuur 9: Profiel van personen in invaliditeit waar het aandeel materiële en sociale deprivatie significant hoger ligt (Bron: CM)



3.3.6. De zelfstandigen

In de bovenstaande punten kwamen de resultaten van de personen die voor hun arbeidsongeschiktheid zelfstandige waren amper aan bod. De reden hiervoor is dat zij nooit financiële problemen rapporteerden die significant hoger waren dan bij de geanalyseerde populatie (alle personen in invaliditeit). Toch willen we enkele resultaten op een rij zetten, aangezien dit het eerste CM-onderzoek is waar ook hun financiële situatie onderzocht kon worden.

Volgens onze analyses is er geen significant verschil tussen het aandeel zelfstandigen (46%) dat moeilijk rondkomt met hun gezinsinkomen vergeleken met de geanalyseerde populatie (47%). Evenmin zijn er significante verschillen vastgesteld bij moeilijkheden om uitgaven te betalen (59%), hulp van familie en vrienden te moeten invoeren (35%) of te moeten lenen (21%). Zelfstandigen gaven wel significant minder vaak aan dat ze gezondheidszorg moesten uitstellen (41% tegenover 48% in de geanalyseerde populatie). En ze leven ook significant minder vaak in materiële en sociale deprivatie (39% tegenover 51% in de geanalyseerde populatie).

Zelfstandigen gaven ook significant vaker aan dat ze naast hun uitkering wegens arbeidsongeschiktheid een verzekering gewaarborgd inkomen hadden (11,6% tegenover 3,7% in de geanalyseerde populatie) en ze over overige inkomsten (huur, interesten, dividenden, enz.) beschikken (8,4% tegenover 2,5%).

3.4. Gezondheidszorggebruik

In Tabel 5 wordt het gebruik van gezondheidszorg en de uitgaven ten laste van de patiënt-e in het jaar 2025 vergeleken tussen personen in invaliditeit (studiegroep) en personen niet in invaliditeit (controlegroep).

Voor elk type gezondheidszorg wordt zowel voor de studiegroep als voor de controlegroep eerst het aandeel personen vermeld dat er in 2025 minstens één keer beroep op deed. Voor wie er een beroep op deed, wordt vervolgens het volume weergegeven (zie Tabel 1 voor de eenheid van volume). Tot slot worden de uitgaven ten laste van de patiënt-e weergegeven voor het jaar 2025, voor alle personen die gebruik maakten van het type gezondheidszorg.

De resultaten tonen dat de studiegroep voor elk type gezondheidszorg frequenter beroep doet op zorg dan de controlegroep. Van de studiegroep heeft 91% minstens één contact met een huisarts en 88% met een specialist-e, tegenover respectievelijk 85% en 73% bij de controlegroep. En ook het aandeel met minstens één daghospitalisatie ligt gevoelig hoger bij de studiegroep (32%) dan bij de controlegroep (19%). De enige uitzondering zijn de tandarts-contacten waar er geen verschil is tussen de studiegroep (59%) en de controlegroep (61%).

Ook het **volume** van contacten ligt hoger bij de studiegroep. Het mediane aantal contacten met een kinesist-e bijvoorbeeld ligt voor hen hoger dan voor de controlegroep (18 tegenover 12 contacten per jaar). Van alle personen die ambulante geneesmiddelen gebruiken, is het mediane gebruik van de studiegroep hoger dan dat van de controlegroep (875 DDD tegenover 392 DDD).

Dit hoger gebruik van zorg vertaalt zich in hogere **uitgaven** (remgelden en supplementen) voor de patiënten. Zo ligt de mediane uitgave (per patiënt-e) op jaarbasis bij specialisten hoger bij de studiegroep (62 euro) dan bij de controlegroep (37 euro). Het mediane bedrag dat de studiegroep jaarlijks betaalt voor ambulante terugbetaalbare geneesmiddelen (70 euro) ligt eveneens hoger dan bij de controlegroep (31 euro)²⁵. En tot slot zien we hetzelfde bij de jaarlijkse mediane uitgaven voor kinesitherapie (97 euro tegenover 71 euro bij de controlegroep). De resultaten tonen verder aan dat de uitgaven geconcentreerd zijn bij een deel van de gebruikers. Zo betaalde 25% van de studiegroep die opgenomen werden in het ziekenhuis (P75) minstens 1.063 euro. Van alle personen in invaliditeit die in 2025 beroep deden op een kinesist-e, betaalt 25% (P75) minstens 217 euro.

Tabel 5 geeft inzicht in de uitgaven ten laste van de patiënt-e voor alle personen die gebruik maken van een type van gezondheidszorg. Dit is nuttige informatie om na te gaan voor welk type gezondheidszorg de uitgaven hoog oplopen. Daarnaast is het belangrijk ook een idee te hebben van de totale uitgave ten laste van de patiënt-e op jaarbasis. Hiervoor zijn de uitgaven berekend voor alle personen die deel uitmaken van de studiegroep enerzijds en voor alle personen uit de controlegroep anderzijds (of ze nu een type gezondheidszorg gebruikten of niet). Tabel 6 geeft zicht op de totale uitgave, zowel voor als na tussenkomst van de MAF.

Tabel 6 toont dat de mediane totale uitgave ten laste van de patiënt-e hoger ligt in de studiegroep (382 euro) dan bij de controlegroep (173 euro). 16% van de personen in invaliditeit en 9% van de controlegroep heeft een tussenkomst van de MAF, zodat een deel van de remgelden terugbetaald wordt. Na tussenkomst van de MAF ligt de mediane totale uitgave voor de studiegroep (372 euro) nog altijd hoger dan voor de controlegroep (168 euro). Ook deze tabel illustreert dat de uitgaven geconcentreerd zijn bij een beperkte groep. 25% van de personen in invaliditeit (P75) moet na tussenkomst van de MAF nog steeds minstens 748 euro uit eigen zak betalen. En voor 10% van de personen in invaliditeit (P90) loopt dit op tot boven de 1.524 euro (bedrag niet zichtbaar in de tabel).

De facturatie-data-analyses tonen duidelijk aan dat personen in invaliditeit een hoger gebruik hebben van diverse vormen van gezondheidszorg in vergelijking met de controlegroep. Als gevolg van dit hoger zorggebruik zijn ook de uitgaven ten laste van de patiënt-e hoger bij personen in invaliditeit.

25 Het gaat hier enkel om de ambulante terugbetaalbare geneesmiddelen uit publieke officina (Farmanet-facturatiecircuit). De niet terugbetaalbare geneesmiddelen zijn hier niet in opgenomen, omdat de ziekenfondsen hierover geen gegevens hebben. Het werkelijk jaarlijkse bedrag voor geneesmiddelen ligt dus veel hoger dan het bedrag dat weergegeven is in de tabel.

Tabel 5: De vergelijking van gebruik van en uitgaven voor gezondheidszorg tussen de personen in invaliditeit en personen niet in invaliditeit voor het jaar 2025 (Bron: CM)

Type gezondheidszorg		In invaliditeit (n=153.558)								Niet in invaliditeit (n=153.558)									
		Aandeel gebruik	Volume*				Uitgaven* ten laste van de patiënt-e in euro				Aandeel gebruik	Volume*				Uitgaven* ten laste van de patiënt-e in euro			
			P25	P50	P75	P25	P50	P75	Gemiddelde	P25		P50	P75	P25	P50	P75	Gemiddelde		
Ambulante zorg	Huisarts	91%	4	8	12	4	10	24	21	85%	3	5	9	3	8	18	15		
	Specialist-e	88%	3	6	10	24	61	135	106	73%	2	3	6	14	37	85	70		
	Verpleegkundige	15%	7	22	113	0	0	0	9	8%	7	23	200	0	0	0	6		
	Tandarts	59%	1	2	3	4	26	79	152	61%	1	2	3	4	25	73	155		
	Kinesist-e	36%	9	18	40	40	97	217	178	25%	7	12	22	31	71	156	124		
	Geneesmiddelen	95%	367	875	1.651	31	70	133	101	84%	101	392	937	11	31	68	52		
	Psycholoog	36%	2	5	8	8	22	44	33	25%	2	4	7	4	16	33	24		
	Medische beeldvorming	73%	1	3	4	3	10	30	23	60%	1	2	3	3	7	22	18		
	Spood	17%	1	1	1	15	27	45	36	12%	1	1	1	14	26	41	33		
	Klinische biologie	81%	1	2	4	7	13	26	20	69%	1	2	3	4	13	17	15		
	Dagziekenhuis	32%	1	1	3	19	44	129	163	19%	1	1	2	17	36	108	159		
Ziekenhuiszorg	Ziekenhuisopname (klassieke)	22%	2	5	22	119	325	1.063	1.051	11%	2	4	9	103	274	923	946		
Revalidatie		12%	11	314	365	0	0	40	34	6%	6	324	365	0	0	30	27		

* Enkel voor wie hier gebruik van maakt

Tabel 6: De totale uitgave voor gezondheidszorg in 2025 ten laste van de patiënt-e (Bron: CM)

Totale uitgave ten laste van de patiënt-e in euro	In invaliditeit				Niet in invaliditeit			
	P25	P50	P75	Gemiddelde	P25	P50	P75	Gemiddelde
Voor MAF	174	382	813	814	64	173	404	453
Na MAF	170	372	748	752	63	168	386	431

4. Bespreking

4.1. Financiële kwetsbaarheid

Ongeveer de helft van de personen in invaliditeit (47%) geeft aan eerder tot heel moeilijk rond te komen met het gezinsinkomen. Dit resultaat is lager dan in de IALC (*In-fra Annual Living Conditions*) waar 70% van de personen in langdurige arbeidsongeschiktheid in 2025 aangeeft het eerder tot zeer moeilijk te hebben om rond te komen met het totale beschikbare inkomen van het huishouden, in vergelijking met het totaal van de Belgische bevolking (38%) (STATBEL, 2026a). Dit feit is te verklaren doordat men in de IALC enkel kan kiezen tussen (eerder tot zeer) gemakkelijk en (eerder tot zeer) moeilijk rondkomen. Een tussen-categorie zoals in de CM-enquête 'niet gemakkelijk, maar ook niet echt moeilijk' (42% van de personen in invaliditeit antwoordt dit) is er niet. Toch geeft ook de IALC aan dat personen in langdurige arbeidsongeschiktheid het financieel moeilijk hebben.

Een vergelijking van het zelfgerapporteerde gezinsinkomen uit de CM-enquête (zie Tabel 4) met de armoededrempel in 2025 (een inkomen waaronder men als arm beschouwd wordt) (STATBEL, 2026d), illustreert dat onze personen in invaliditeit en hun gezin beschikken over een heel laag inkomen. Voor alleenstaanden bijvoorbeeld ligt de armoededrempel in 2025 op 1.565 euro per maand. Volgens onze analyses moet maar liefst 62% van de alleenstaande personen in invaliditeit rondkomen met een inkomen net onder (23%) of boven (38%) deze armoededrempel. Als we deze vergelijking maken voor de andere gezinssituaties, stellen we vast dat 69% van de alleenstaande ouders²⁶, 22% van

de koppels²⁷ en 47% van de koppels met kinderen²⁸ over heel lage inkomens beschikken (net onder of boven de armoededrempel).

En wat zeggen de objectieve gegevens over de invaliditeitsuitkeringen? Hiervoor vergeleken we de gepubliceerde minimumuitkeringen invaliditeit op de RIZIV-website met de armoededrempel²⁹. Anno 2026 zijn er nog steeds minimuminvaliditeitsuitkeringen die onder de armoededrempel liggen. Vooral de minimumuitkeringen voor niet-regelmatige werknemers³⁰ bereiken nog steeds niet allemaal de armoededrempel. Bijvoorbeeld: het minimum niet-regelmatige werknemer met gezinslast ligt ver onder de armoededrempel als het gezin bestaat uit een volwassene met één (294 euro onder de armoededrempel) of meerdere kinderen (763 euro onder de armoededrempel). Ook het minimum niet-regelmatige werknemer zonder gezinslast ligt onder de armoededrempel voor een alleenstaande (276 euro onder de armoededrempel). Maar de minimumuitkeringen voor regelmatige werknemers liggen evengoed niet allemaal boven de armoededrempel. Bijvoorbeeld: het minimum regelmatige werknemer met gezinslast ligt ver onder de armoedegrens wanneer het gezin bestaat uit een volwassene en twee of meer kinderen (477 euro).

Moeilijk rondkomen met het gezinsinkomen vertaalt zich in financiële moeilijkheden. Personen in invaliditeit hebben het moeilijk om hun uitgaven te betalen, moeten hulp inroepen van familie of vrienden om de eindjes aan elkaar te knopen of moeten lenen om rond te komen.

Volgens onze schattingen heeft één op vier personen in invaliditeit (24%) in het afgelopen jaar moeten lenen om bepaalde uitgaven te kunnen betalen (leningen voor aankoop

26 De armoededrempel voor alleenstaande ouders is 2.035 euro voor één kind en 2.504 euro voor 2 kinderen.

27 De armoededrempel voor koppels is 2.348 euro.

28 De armoededrempel voor koppels met kinderen is 2.817 euro voor één kind en 3.287 euro voor twee kinderen.

29 We vergelijken hiervoor de minimum invaliditeitsuitkeringen op 1/1/2025 met de EU-SILC armoedegrens voor 2025.

30 Om 'regelmatig werknemer' te zijn, moet de arbeidsongeschikte persoon voldoen aan een aantal voorwaarden, waaronder een minimum van 120 werkelijke arbeidsdagen op de totale beroepsloopbaan. Wie niet voldoet aan alle voorwaarden is een niet-regelmatig werknemer (RIZIV, 2022).

en verbouwingen huis en aankoop wagen zijn expliciet uitgesloten). Op het eerste gezicht ligt dit percentage dicht bij de 25,8% van de Belgen die in de SILC 2020 aangaven een lopende lening te hebben, met uitzondering van de lening voor de aankoop van de hoofdverblijfplaats (STATBEL, 2021). In de SILC-enquête blijkt echter dat van de personen die een lening hebben, dit in 57,4% van de gevallen voor een auto is, wat in de CM-enquête expliciet was uitgesloten als mogelijkheid voor een lening. In werkelijkheid ligt het aandeel personen dat een lening is aangegaan maar niet voor een wagen dus veel lager in de SILC-enquête. In deze enquête geeft slechts 1,4% van alle leners aan te lenen voor gezondheidszorg, terwijl dit in de CM-enquête, specifiek gericht op personen in invaliditeit, in 30% van de gevallen de reden is. De vergelijking maakt duidelijk dat het aandeel personen in invaliditeit dat moet lenen om rond te komen hoger is in vergelijking met de Belgische bevolking, en dat dit veel vaker nodig is voor gezondheidsuitgaven.

De resultaten van onze CM-enquête tonen dat het aandeel personen in invaliditeit dat moeilijk kan rondkomen en financiële moeilijkheden heeft, significant hoger ligt bij alleenstaanden (met of zonder kinderen), 18-54-jarigen, huurders, personen met een migratieachtergrond, kortgeschoolden, personen die voor hun arbeidsongeschiktheid werkloos of arbeider waren en personen met VT-statuuut. Deze resultaten (inzicht in welke groepen het meest kwetsbaar zijn) komen overeen met de Statbelgegevens waar in de algemene bevolking alleenstaanden, alleenstaande ouders, huurders, kortgeschoolden, personen geboren in een niet-EU-27-land en personen in werkloosheid een hoger risico op armoede hebben en dus ook meer kwetsbaar zijn op financieel vlak (STATBEL, 2026c).

4.2. Beperkte financiële middelen leiden tot deprivatie

Sommige personen in invaliditeit komen rond omdat ze naast de uitkering nog andere middelen hebben (spaar-geld, erfenis of schenking, goed inkomen partner, hulp van familie en vrienden) of omdat ze de uitkering combineren met een inkomen uit een gedeeltelijke werkhervatting. Anderen komen enkel rond door te besparen op kleding, voeding, nutsvoorzieningen, vrije tijd en gezondheid. Nog anderen komen niet rond met de uitkering en moeten keuzes maken tussen bijvoorbeeld voeding en gezondheidsuitgaven.

Volgens onze analyses kunnen we schatten dat maar liefst zes op tien personen in invaliditeit in het afgelopen jaar moeilijkheden ondervonden om bepaalde uitgaven te betalen. Belastingen/verzekeringen (50%), nutsvoorzieningen (44%), gezondheidszorg (40%), voeding en drank (37%) en de huur of afbetaling van de lening (32%) zorgden het vaakst voor moeilijkheden.

De cijfers over **sociale en materiële deprivatie** suggereren dat een invaliditeitsuitkering ongeveer de helft van de personen in invaliditeit niet in staat stelt zich zaken te veroorloven die door de meeste mensen als noodzakelijk worden geacht om een adequaat leven te leiden. Een week per jaar buitenshuis op vakantie gaan (58%) of zich een onverwachte uitgave kunnen veroorloven (60%) zijn de grootste moeilijkheden. De SILC-enquête 2025 toont aan dat 9,4% van de Belgische bevolking in materiële en sociale deprivatie leeft. Ze geeft ook de cijfers voor meer kwetsbare doelgroepen, zoals personen in werkloosheid (30,4%) en andere inactieven (waaronder personen in arbeidsongeschiktheid) (18,7%). Ook onder de Belgische bevolking zijn een week buitenshuis op vakantie gaan (19,5%) en in staat zijn een onverwachte uitgave te doen (22,1%) de grootste moeilijkheden (STATBEL, 2026b). De vergelijking tussen onze CM-enquête en de gegevens uit de SILC-enquêtes toont dat personen in invaliditeit zich veel vaker in een situatie van materiële en sociale deprivatie bevinden.

4.3. Financiële drempels in de toegang tot gezondheidszorg

Uit onze analyses blijkt dat personen in invaliditeit – die dus met gezondheidsproblemen kampen – **moeilijkheden hebben om hun gezondheidszorg** (of die van het gezin) **te betalen**. Volgens onze schattingen heeft maar liefst 48% in het afgelopen jaar gezondheidszorg moeten uitstellen of niet kunnen uitvoeren wegens financiële moeilijkheden. Vergeleken met de Belgische bevolking ligt dit uitstel heel hoog. Dit kunnen we afleiden uit de resultaten van de gezondheidsenquête 2023–2024 waarin “11,9% van de huishoudens geeft aan dat ze in de 12 maanden voorafgaand aan het interview medische zorgen, tandverzorging, (voorgeschreven) geneesmiddelen, een bril en/of mentale zorgen nodig hadden, maar deze moesten uitstellen door financiële belemmeringen” (Demarest, Maetens, & Charafeddine, 2025, p. 11). “In het eerste kwintiel (de 20% huishoudens met de laagste equivalente huishoudinkomens) stelt 28,5% van de huishoudens dat ze genoodzaakt zijn medische consumptie uit te stellen” (Demarest, Maetens, & Charafeddine, 2025, p. 13).

Uit de analyses van de facturatiegegevens van het gezondheidszorggebruik (zie punt 3.4.) bleek dat de studiegroep (personen in invaliditeit) een hoger gebruik van gezondheidszorg heeft dan de controlegroep (personen niet in invaliditeit) (zie Tabel 5). Gezien hun gezondheidstoestand is dit logisch. Uit onze CM-enquête blijkt echter dat personen in invaliditeit gezondheidszorg uitstellen of niet kunnen uitvoeren wegens financiële moeilijkheden. De facturatie-data-analyses tonen aan dat de gezondheidsuitgaven voor personen in invaliditeit effectief hoog liggen (en dit gaat dan enkel over de uitgaven voor terugbetaalbare zorg) (zie Tabel 6). Dit doet vermoeden dat het gezondheidszorggebruik nog hoger zou liggen als er geen financiële moeilijkheden zouden zijn om deze te betalen. Personen in invaliditeit moeten soms lenen om gezondheidszorg te betalen. Het aandeel personen dat moet lenen om gezondheidszorg te betalen ligt in onze CM-enquête, met enkel personen in invaliditeit, veel hoger dan in de Belgische bevolking. Van alle personen die aangaven een lopende lening te hebben, gaf in de SILC 2020 slechts 1,4% aan dat dit voor gezondheidszorg is (STATBEL, 2021) tegenover 30% in onze CM-enquête.

4.4. De vicieuze cirkel van invaliditeit

Een aanzienlijk deel van de personen in invaliditeit heeft moeite om noodzakelijke gezondheidszorg te betalen, moet deze uitstellen, ze niet uitvoeren om financiële redenen of zelfs lenen om ze te kunnen betalen. Deze vaststelling roept fundamentele vragen op over de adequaatheid van de inkomensbescherming tijdens langdurige arbeidsongeschiktheid. Het gaat hier immers over personen die door ernstige gezondheidsproblemen niet in staat zijn om te werken.

De periode van invaliditeit zou in de eerste plaats een fase van herstel moeten zijn, waarin personen de nodige zorg en ondersteuning krijgen om hun gezondheidstoestand te verbeteren en, waar mogelijk, een werkhervatting voor te bereiden. Wanneer de toegang tot gezondheidszorg echter wordt belemmerd door financiële drempels, dreigt een vicieuze cirkel te ontstaan. Financiële kwetsbaarheid blijkt te kunnen leiden tot uitstel of afstel van gezondheidszorg, wat het herstel kan vertragen of zelfs ondermijnen. Een minder gunstig herstelperspectief vermindert vervolgens de kansen op werkhervatting, waardoor de periode van arbeidsongeschiktheid langer duurt en de financiële situatie verder onder druk komt te staan.

Dit roept de vraag op in welke mate de toename van het aantal personen in langdurige arbeidsongeschiktheid mee verband houdt met de financiële drempels waarmee zij worden geconfronteerd bij de toegang tot noodzakelijke gezondheidszorg. Hoewel hierover bijkomend onderzoek nodig is, lijkt het plausibel dat financiële moeilijkheden niet alleen een gevolg zijn van invaliditeit, maar ook een factor kunnen zijn die de duur ervan verlengt.

Vanuit beleidsmatig en maatschappelijk oogpunt zou de toegang tot noodzakelijke gezondheidszorg voor personen in invaliditeit altijd verzekerd moeten zijn. Dit kan men zowel realiseren via de invaliditeitsuitkering als via aanvullende beschermingsmechanismen die de betaalbaarheid van gezondheidszorg garanderen. Cruciaal is dat er geen financiële belemmeringen meer zijn in de toegang tot gezondheidszorg die nodig is om het herstelproces te ondersteunen. Anders dreigt immers een vicieuze cirkel van gezondheidsproblemen, financiële kwetsbaarheid en langdurige arbeidsongeschiktheid. Het waarborgen van toegankelijke gezondheidszorg moet daarom worden beschouwd als een fundamentele randvoorwaarde voor herstel, maatschappelijke participatie en een duurzame terugkeer naar werk.

5. Aanbevelingen

Waar personen in invaliditeit nood aan hebben, is een uitkering die voldoende hoog is om rond te komen en om zowel de dagelijkse rekeningen als gezondheidszorg te betalen, maar die hen ook in staat stelt om volwaardig te kunnen deelnemen aan de samenleving. Hieronder formuleren we een aantal aanbevelingen die kunnen helpen dit te verwezenlijken.

5.1. Minimumuitkeringen verhogen

Een eerste belangrijke aanbeveling is om de **minimumuitkeringen op te trekken tot minstens het bedrag van de armoededrempel en bij voorkeur tot 10% boven die drempel** (CM, 2023, p. 11). Zoals het jaarboek *Armoede en ongelijkheid* stelt: "Personen die [...] sociale uitkeringen ontvangen hoger dan 60% van het mediaan inkomen kunnen niet alleen sneller uit armoede ontsnappen, maar zijn op langere termijn ook minder kwetsbaar voor het risico om in armoede te vervallen" (Coene, et al., 2024, p. 102)³¹.

31 De armoededrempel is 60% van het mediaan inkomen.

Een mogelijke eerste stap is het wegwerken van het verschil in minimumuitkeringen tussen regelmatige en niet-regelmatige werknemers door het bedrag voor niet-regelmatige werknemers op te trekken naar het bedrag van regelmatige werknemers. Dit onderscheid is gebaseerd op de arbeidsmarkt van 60 jaar geleden en is vandaag niet meer relevant. Het minimum voor niet-regelmatige werknemers is bovendien gebaseerd op het leefloon, wat niet logisch is aangezien invaliditeitsuitkeringen behoren tot de sector van de vervangingsuitkeringen en niet tot de sociale bijstand.

5.2. Bedrijfsvoorheffing op de invaliditeitsuitkering

Een tweede aanbeveling is het **heffen van bedrijfsvoorheffing op de invaliditeitsuitkering** (zoals bij de uitkeringen primaire arbeidsongeschiktheid), zodat men het jaar na dien geen hoge eindafrekening van de belastingen krijgt. De invoering van deze maatregel is momenteel voorzien voor 1 januari 2027, na enkele jaren uitstel. Op het moment van het schrijven van dit artikel is het nog niet duidelijk hoe deze concreet uitgewerkt zal worden. In elk geval moet erover gewaakt worden om **enkel belastingen af te houden voor die groepen waarvan verwacht wordt dat ze belastingen zullen moeten betalen**. Er zijn personen in invaliditeit waarvan de uitkering zo laag is dat zij geen belastingen dienen te betalen. **Er moet vermeden worden dat er voor hen maandelijks belastingen worden afgehouden waardoor hun uitkering nog lager uitvalt**.

5.3. Geen statuut samenwonende bij inwonende kinderen en *cohousing*

Alleenstaande ouders die met hun kind(eren) samenwonen en een invaliditeitsuitkering voor personen met een gezinslast ontvangen, krijgen plots een lagere uitkering als samenwonende eens hun kind een eigen inkomen heeft (als dit hoger is dan een wettelijk bepaald bedrag). Dit brengt de persoon in invaliditeit in financiële moeilijkheden omdat de uitkering plots fors daalt terwijl hun kind niet of nauwelijks bijdraagt in de dagelijkse uitgaven. Voor deze situaties zou **bij het bepalen van het statuut gezinslast een hogere inkomensgrens voorzien moeten worden voor kinderen die met hun ouder(s) of voormalige voogd samenwonen**. Dit zou dus niet enkel over kinderen en hun biologische ouders gaan, maar eveneens over de relatie kind-voogd, kind-pleegouder, kind-adoptieouder, enz.

Hetzelfde probleem stelt zich bij *cohousing*: samenwonen zonder uitgaven te delen, maar een uitkering die toch daalt omdat men als samenwonend wordt beschouwd. Er bestaan enkele codes die gemeenten kunnen gebruiken om personen die samen onder één dak wonen toch niet als samenwonende te registreren. De interpretatie hiervan verschilt sterk tussen gemeenten, wat leidt tot ongelijke statuten afhankelijk van de woonplaats. Er is nood aan duidelijke en uniforme richtlijnen en de aparte erkenning van nieuwe samenwoonvormen in het Rijksregister.

Daarnaast hebben samenwonenden die geen uitgaven delen de mogelijkheid om aan te tonen dat ze geen gemeenschappelijk huishouden vormen en de meeste uitgaven alleen dragen. Maar de procedure voor de aanvrager is zwaar. Daarom stellen we een **automatisering voor van de bewijslast die de betrokken persoon moet voeren om te staven dat die niet beantwoordt aan het criterium gemeenschappelijk huishouden**. De ziekenfondsen zouden deze gegevens rechtstreeks kunnen opvragen bij centrale gegevensbanken. Bovendien kan er een lijst opgesteld worden met zaken die bewezen moeten worden, wat de betrokken personen meer zekerheid biedt.

5.4. Indexeringen en welvaartsvastheid

De welvaartsenveloppe maakte het tot 2025 mogelijk om uitkeringen bovenop de index te verhogen en zo welvaartsvast te houden via tweejaarlijkse onderhandelingen. Voor de periode 2025–2029 wordt deze echter vervangen door een beperkte enveloppe. Deze besparing komt bovenop de centenindex, waarbij men in 2026 en 2028 geen volledige indexering meer zal toepassen op bruto maandlonen boven 4.000 euro en uitkeringen boven 2.000 euro. Beide besparingen dreigen de koopkracht van uitkeringsgerechtigden te ondermijnen. Onze aanbeveling is om **een volledige indexering van de uitkeringen te behouden en de welvaartsvastheid verder te garanderen via een (twee) jaarlijkse herziening van de invaliditeitsuitkeringen**.

5.5. Inhaalpremie verhogen

We bevelen eveneens aan om de inhaalpremie voor personen die langer dan één jaar arbeidsongeschikt zijn te harmoniseren met het vakantiegeld voor gepensioneerden (CM, 2023, p. 25). Momenteel krijgen personen in invaliditeit al een inhaalpremie, maar deze ligt lager. Het bedrag optrekken tot dat van het vakantiegeld voor gepensioneerden, zou aan personen in invaliditeit extra inkom-

sten geven en hen in staat stellen tijdelijk wat gemakkelijker rond te komen (in afwachting tot alle uitkeringen boven de armoededrempel liggen) of financiële ruimte te hebben voor vrije tijd (en er eens tussenuit te kunnen).

5.6. Woon- en energie-uitgaven betaalbaarder maken

De nutsvoorzieningen bij personen in invaliditeit en hun gezin wegen zwaar door op het gezinsbudget. Er zou overwogen kunnen worden om het **sociaal energietarief uit te breiden naar de meest kwetsbare personen in invaliditeit**.

Een deel van de personen in invaliditeit en hun gezin is voor een woning aangewezen op de private huurmarkt, wat heel moeilijk in te passen is in het gezinsbudget. Een sociale woning kan hier een uitweg bieden, maar de wachtlijsten zijn lang. In 2026 staan in Vlaanderen 215.337 gezinnen op een wachtlijst (VRT, 2026). Begin 2025 stonden in Brussel 55.572 kandidaat-huurders op de wachtlijst voor een sociale huurwoning (BISA, 2026). En in Wallonië gaat het om bijna 50.000 gezinnen (Le soir, 2025). **Bijkomende en volgehouden overheidsinvesteringen in het bouwen van nieuwe en het (energiezuinig) renoveren van bestaande sociale woningen zijn dan ook dringend nodig**.

5.7. Gezondheidszorg betaalbaarder maken

Met het oog op financieel toegankelijke gezondheidszorg voor personen in invaliditeit, is de strijd tegen de supplementen belangrijk. **De conventionering moet beter gewaarborgd worden** zodat patiënten tariefzekerheid hebben en consultaties bij zorgverleners betaalbaar zijn.

Personen in invaliditeit worden geconfronteerd met een laag inkomen en komen mogelijk in aanmerking voor het VT-statuuut, wat hen recht geeft op een hogere terugbetaling voor hun gezondheidszorg. Het blijft belangrijk om personen in invaliditeit hierover te informeren en hen aan te moedigen na te gaan of ze in aanmerking komen voor dit statuut. Op dit vlak zijn de afgelopen jaren veel goede initiatieven ontwikkeld. Sinds 1 oktober 2024 is de automatische toekenning van het VT-statuuut in voege gegaan voor alleenstaanden die langer dan drie maanden arbeidsongeschikt of werkloos zijn. **We vragen een verdere proactieve toekenning en een verdere (semi)automatische toekenning van het VT-statuuut**.

Conclusie

Personen in invaliditeit zijn minstens een jaar arbeidsongeschikt wegens gezondheidsproblemen en ontvangen daarom een invaliditeitsuitkering. Deze zou hen en hun gezin in staat moeten stellen om rond te komen, hun gezondheidszorg te betalen en te participeren aan de samenleving.

De resultaten van deze studie tonen aan dat rondkomen met een invaliditeitsuitkering een aanzienlijke uitdaging vormt. Volgens onze schattingen heeft bijna de helft van de personen in invaliditeit (47%) het moeilijk om rond te komen met het gezinsinkomen, wat zich vertaalt in uiteenlopende financiële problemen. 63% ondervindt moeilijkheden om bepaalde uitgaven te betalen, 48% stelt gezondheidszorg uit of ziet hiervan af om financiële redenen en 34% is afhankelijk van steun van familie of vrienden. Bovendien moet één op vier gezinnen lenen om essentiële uitgaven te kunnen betalen en is ongeveer de helft materieel en sociaal gedepriveerd. Vooral alleenstaanden, alleenstaande ouders, huurders, personen met een migratieachtergrond, kortgeschoolden, personen die voor hun arbeidsongeschiktheid arbeider of werkloos waren en personen met het VT-statuuut blijken bijzonder kwetsbaar. Tegelijk tonen de analyses van de CM-facturatiegegevens aan dat personen in invaliditeit meer beroep doen op gezondheidszorg en hogere uitgaven hebben dan personen niet in invaliditeit. Paradoxaal genoeg volstaat de uitkering voor een aanzienlijk deel van hen niet om deze verhoogde gezondheidszorgnoden financieel op te vangen.

Invaliditeit mag niet uitsluitend worden begrepen als een medische of individuele problematiek, maar ook als een sociaal vraagstuk waarin gezondheid, inkomen, toegang tot gezondheidszorg en maatschappelijke participatie nauw met elkaar verweven zijn. De resultaten wijzen op een structurele kwetsbaarheid van personen in invaliditeit: velen beschikken over onvoldoende financiële middelen om een menswaardig bestaan te leiden, ervaren materiële en sociale deprivatie en worden geconfronteerd met financiële drempels tot noodzakelijke gezondheidszorg. Dit is des te problematischer omdat het net gaat om personen met verhoogde en vaak langdurige zorgnoden, voor wie toegang tot gezondheidszorg een essentiële voorwaarde vormt voor stabilisering, herstel en eventuele re-integratie. Wanneer inkomensbescherming tekortschiet en gezondheidskosten onvoldoende worden opgevangen, dreigt invaliditeit zich te vertalen in een cumulatief proces van verarming, zorguitstel, gezondheidsverlies en langdurige uitsluiting van de arbeidsmarkt.

Deze studie opent daarom een breder maatschappelijk debat over de doelstellingen van onze sociale zekerheid. Indien deze niet alleen inkomensverlies wil compenseren, maar ook effectieve kansen op herstel, autonomie en maatschappelijke participatie wil waarborgen, dan moet de financiële bescherming van personen in invaliditeit fundamenteel worden versterkt. Dat veronderstelt een beleidsvisie die verder gaat dan activering in enge zin en die erkent dat duurzame re-integratie slechts mogelijk is wanneer mensen eerst over voldoende bestaanszekerheid, toegankelijke gezondheidszorg en sociale ondersteuning beschikken. Dit impliceert dat invaliditeit niet mag leiden tot armoede of uitsluiting, maar moet worden benaderd als een collectieve verantwoordelijkheid. Een samenleving die herstel en participatie ernstig neemt, moet garanderen dat ziekte niet uitmondt in financiële kwetsbaarheid en dat iedereen, ongeacht de gezondheidstoestand of arbeidsmarktpositie, toegang behoudt tot de voorwaarden voor een waardig leven.

Bibliografie

- Avalosse, H., Vancorenland, S., & Verniest, R. (2016). De financiële en sociale situatie van invaliden. *CM-Informatie*, 266, 3-15.
- Avalosse, H., Verniest, R., & Van Winckel, H. (2002). Financiële en sociale situatie van invaliden in België. Enquête bij 413 invaliden aangesloten bij CM. *CM-Informatie, Speciale editie 1*.
- BISA. (2026). *Huisvesting*. Geraadpleegd op 13 augustus 2026, via <https://bisa.brussels/wist-je-dat/55-572-gezinnen-op-de-wachttijst-voor-een-sociale-woning-in-brussel>.
- CM. (2023). *Bouwstenen voor een beter Bruto Binnenlands Welzijn - Memorandum voor de federale, regionale en Europese verkiezingen in 2024*. Brussel: CM.
- Coene, J., Degerickx, H., Dewilde, C., Ghys, T., Hubeau, B., Marchal, S., . . . Vandenhoe, W. (2024). *Armoede en ongelijkheid: jaarboek 2024*. Leuven: Acco.
- De Brouwer, O., & Tojerow, I. (2018). Quels sont les déterminants des disparités géographiques de taux d'invalidité en Belgique ? *Revue belge de sécurité sociales*, 1, 5-63.
- Demarest, S., Maetens, A., & Charafeddine, R. (2025). *Gezondheidsenquête 2023-2024. Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen*. Brussel: Sciensano.
- Faure, L., Brotcorne, P., Vendramin, P., Mariën, I., & Dedonder, J. (2022). *Baromètre de l'inclusion numérique 2022*. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin.
- Gelade, W., & Saks, Y. (2024). Rising number of sick pay recipients in Belgium : causes and results of reintegration policies. *NBB Economic Review*, 3, 1-22.
- Ghesquiere, F. (2023). Emploi, non emploi et niveau de vie : les chiffres du débat. *Regards statistiques N°10*.
- Ghosh, B. (1979). A comparison of some approximate confidence intervals for the binomial parameter. *Journal of the American Statistical Association*, 74(368), 894-900.
- Henry, H., Avalosse, H., & Vancorenland, S. (2024). Hoe ervaren CM-leden de begeleiding bij de terugkeer naar het werk? *Gezondheid & Samenleving*, 11, 42-70.
- Henry, H. (2026). Wat zijn de voorspellende factoren voor de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid? *Gezondheid & Samenleving*, 18, 64-90.
- Hoge Raad voor de Werkgelegenheid. (2024). *Arbeidsongeschiktheid en de re-integratie van werknemers op de arbeidsmarkt*. Brussel: Hoge Raad voor de Werkgelegenheid.
- Jacobs, K. (2025). *De impact van verzuim? Bereken je directe en indirecte kosten*. Geraadpleegd op 27 februari 2026, via <https://www.sdworx.be/nl-be/nieuws-inspiratie/strategisch-duurzaam-hr/blog-verzuimkosten>.
- Le soir. (2025). *Le logement social parent pauvre du marché locatif*. Opgehaald van <https://www.lesoir.be/699720/article/2025-09-18/le-logement-social-parent-pauvre-du-marche-locatif>.
- Marique, C. (2022). *Les personnes en arrêt de travail pour dépression ou burnout, quelle réinsertion professionnelle ?* Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université catholique de Louvain.
- Netwerk tegen armoede. (2025). *Dossier Ziekte en Werk: Mensen in armoede aan het woord*. Brussel: Netwerk tegen armoede.
- RIZIV. (2019). *Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden: loontrekkenden – Periode 2008-2017. Nota BU 2019/13*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2022). Hoedanigheid van regelmatig werknemer. *Informatieblad*, 2021(3), 65-79.
- RIZIV. (2026a). *Overzicht van de situatie in invaliditeit voor de periode 2020-2025. Nota BU 2026/35*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2026b). *Statistieken over arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in 2025*. Geraadpleegd op 7 juli 2026, via <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/statistieken-2025>.
- Seys, B., Houben, P., Marchal, J.-L., Spago, B., & Vansnick, L. (2001). Qu'est-ce que la DDD ? *Revue de la médecine générale*, 24(188), 457-458.
- STATBEL. (2021). *Meer dan 45 miljoen Belgen niet in staat om te sparen*. Geraadpleegd op 18 juni, 2026, via <https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/meer-dan-45-miljoen-belgen-niet-staat-om-te-sparen>
- STATBEL. (2026a). *Monitoring van levensomstandigheden*. Geraadpleegd op 15 juni 2026, via https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/Huishoudens/10.7%20Inkomen%20en%20levensomstandigheden/10.7.3%20Bien%20C3%AAtre/IALC_NL_ANNUAL_2025.xlsx.
- STATBEL. (2026b). *Materiële en sociale deprivatie*. Geraadpleegd op 27 februari 2026, via <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/materiele-en-sociale-deprivatie#documents>.
- STATBEL. (2026c). *SILC-indicatoren 2019-2025*. Geraadpleegd op 11 maart 2026, via https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/Huishoudens/10.7%20Inkomen%20en%20levensomstandigheden/10.7.1%20Armoederisico/Publication_Silc_STATBEL_NL.xlsx.
- STATBEL. (2026d). *Risico op armoede of sociale uitsluiting*. Geraadpleegd op 4 maart 2026, via <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/risico-op-armoede-sociale-uitsluiting#news>.

- Van Mechelen, N., & Buysse, L. (2019). *De re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten op de arbeidsmarkt: stand van zaken en knelpunten*. In K. Hermans, J-M. Dubois, & A. Vanroose (Red.) *Armoede en handicap in België* (pp. 109-147). Brussel: FOD Sociale Zekerheid en POD Maatschappelijke Integratie.
- Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van der Elst, K., & Lambert, L. (2021). Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid. *CM-Informatie*, 284, 33-40.
- VRT. (2026). *Vlaanderen wil tegen 2024 zo'n 56.000 sociale woningen bijbouwen*. Opgehaald van <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2026/04/07/vlaanderen-wil-tegen-2024-tot-56-000-extra-sociale-woningen-bijb/>.
- Wilson, E. (1927). Probable inference, the law of succession, and statistical inference. *Journal of the American Statistical Association*, 22(158), 209-212.
- Yates, F. (1934). Contingency tables involving small numbers and the χ^2 test. *Supplement to the Journal of the Royal Statistical Society*, 1(2), 217-235.



Het verbod op ambulante ereloonsupplementen voor rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming

Effecten op de tarifieringspraktijken van artsen en de kosten ten laste van patiënten

Clara Noirhomme — Studiedienst CM-MC

Met dank aan Hervé Avalosse en Benoît Rousseau

Samenvatting

Sinds 1 januari 2025 mogen artsen geen ambulante ereloonsupplementen meer factureren aan rechthebbenden op de automatisch toegekende verhoogde tegemoetkoming (VT). Deze hervorming beoogt een verbeterde financiële toegankelijkheid van zorg voor de meest kwetsbare bevolkingsgroepen. Op basis van de CM-facturatiegegevens, gewogen om representatief te zijn voor de Belgische bevolking, analyseert deze studie de effecten van deze maatregel op de tariefpraktijken van artsen en de zorgkosten ten laste van patiënten. De resultaten tonen een sterke daling van de supplementen bij de betrokken VT-rechthebbenden, maar een stijging bij niet-VT-rechthebbenden, wijzend op een verschuivingseffect. Daarnaast nemen de via de transparantiecodes geregistreerde 'niet-terugbetaalbare' prestaties een steeds belangrijkere plaats in binnen de bedragen die aan patiënten worden aangerekend. Globaal nemen de bedragen aangerekend als supplement of niet-terugbetaalbare prestatie tussen 2024 en 2025 toe. Tot slot leidt deze evolutie tot een algemene stijging van de totale kosten ten laste van patiënten (remgelden, supplementen en niet-terugbetaalbare kosten), ondanks de vermindering van bepaalde supplementen. De analyse wijst zo op beperkingen van een bescherming die uitsluitend gericht is op VT-rechthebbenden in een context waarin gezondheidsongelijkheden een continue sociaaleconomische gradiënt volgen.

Sleutelwoorden: Rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming (VT), ereloonsupplementen, eigen bijdragen, niet-terugbetaalbare prestaties, financiële toegankelijkheid, kwantitatieve studie

Inhoudstafel

Inleiding	40
1. Context	42
1.1. Het VT-statuuat en de bronnen	42
1.2. Het verbod op de facturatie van supplementen voor VT-rechthebbenden	43
1.3. Implementatie en toepassingsgebied	43
2. Methodologie	44
2.1. Gegevensbronnen en onderzoeksgebied	44
2.2. Constructie van indicatoren en analysevariabelen	44
2.3. Registratie van facturatiegegevens	45
2.4. Beperkingen	46
3. Resultaten	46
3.1. Rechthebbenden op het VT-statuuat en bron van het recht	46
3.2. Evolutie van de facturatie van bijkomende kosten in het voorbije decennium	48
3.3. Gedifferentieerd effect van het verbod op de facturatie van supplementen volgens het statuuat	50
3.4. Evolutie van de bijkomende kosten na inrekening van de transparantiecodel	52
3.4.1. Aandeel van de niet-terugbetaalbare prestaties in de bijkomende kosten volgens VT-statuuat	52
3.4.2. Aard van de gebruikte codes	53
3.5. Bijkomende kosten volgens type prestatie	53
3.6. Bijkomende kosten volgens specialisme	54
3.7. Gevolgen voor de patiënten	56
3.7.1. Evolutie van de eigen bijdragen volgens VT-statuuat	56
3.7.2. Evolutie van de eigen bijdragen volgens inkomen	57
4. Bespreking	59
4.1. Profiel van VT-rechthebbenden	59
4.2. Verschuivingseffect eerder dan globale vermindering	59
4.3. Beperkingen van een gerichte en binaire bescherming	60
4.4. Verschillende aanpassingsmogelijkheden volgens specialisme	61
4.5. Gevolgen van de uitbreiding van de maatregel in 2026	62
5. Aanbevelingen	62
Conclusie	64
Bibliografie	65
Bijlagen	66

Inleiding

De financiële toegankelijkheid van ambulante zorg is een centrale uitdaging voor het gezondheidsbeleid, vooral voor sociaaleconomisch kwetsbare groepen. Hoewel in België mechanismen zoals de verhoogde tegemoetkoming (VT) de remgelden beperken, waren de ereloonsupplementen in de ambulante zorg tot voor kort nauwelijks gereguleerd, waardoor grote verschillen bleven bestaan in de kosten ten laste van patiënten.

In deze context voorziet de wet van 29 november 2022 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg een belangrijke evolutie, gericht op een versterking van de bescherming van de meest kwetsbare bevolkingsgroepen door een verbod op de facturatie van ereloonsupplementen door artsen voor bepaalde categorieën rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming. Sinds 1 januari 2025 geldt

dit verbod voor VT-rechthebbenden aan wie dit statuut automatisch is toegekend. In 2026 is een uitbreiding voorzien naar alle VT-rechthebbenden. Deze maatregel betekent een belangrijke evolutie in de tariefregulering, waarbij het zwaartepunt verschuift van een systeem hoofdzakelijk gebaseerd op de conventionering van artsen, naar een gerichte bescherming van bepaalde patiëntengroepen.

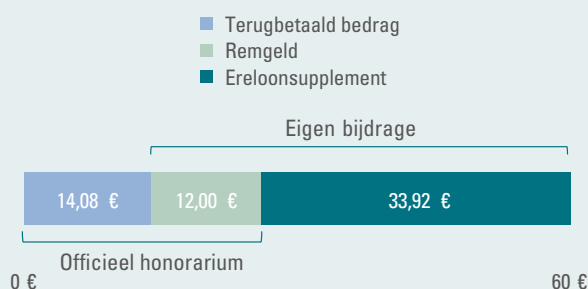
Omdat de hervorming expliciet de financiële toegankelijkheid van zorg wil verbeteren, is het belangrijk de toepassing ervan te evalueren om de reële effecten ervan te zien. De gelijktijdige invoering van nieuwe facturatiemechanismen van niet-terugbetaalbare prestaties, zoals transparantiecodes, versterkt trouwens de noodzaak om de onderliggende mechanismen en hun interacties nauwkeurig te analyseren.

Deze studie beoogt **een analyse van de effecten van dit verbod op de facturatie van ereloonsupplementen op de**

✕ De verschillende componenten van een ambulante factuur

De kostprijs van een prestatie is in de eerste plaats gebaseerd op een officieel honorarium, vastgelegd in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, en bestaat uit de terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering (VP) en het remgeld (= het deel van het honorarium ten laste van de patiënt-e). Een geconventioneerde zorgverlener verbindt zich ertoe dit honorarium te respecteren en geen supplementen aan te rekenen. Gedeeltelijk of niet-geconventioneerde zorgverleners kunnen hiervan afwijken en wel ereloonsupplementen aanrekenen. De totale kostprijs van een prestatie bestaat dus uit een deel gedragen door de VP, overeenkomend met het terugbetaalde bedrag, en een deel ten laste van de patiënt-e, de 'eigen bijdrage'. Deze laatste omvat het remgeld dat reglementair is vastgelegd, en – in voorkomend geval – ereloonsupplementen en niet-terugbetaalbare prestaties, vrij bepaald door de zorgverlener. Tot deze laatste behoren bepaalde prestaties die volledig buiten de nomenclatuur vallen, geen aanleiding geven tot enige terugbetaling en dus volledig ten laste van de patiënt-e zijn.

Onderstaand voorbeeld illustreert de opsplitsing van de kosten van een ambulante raadpleging, in 2025 door een arts-specialist-e gefactureerd voor 60 euro, met een onderscheid tussen het terugbetaalde deel, het remgeld en het ereloonsupplement.



Indicatief bedrag niet-VT, prestatie 102012

facturatiepraktijken van artsen in de ambulante zorg.

Vier onderzoeksvragen structureren de analyse. Ten eerste, hoe beïnvloedde de hervorming de verdeling van de ereloonsupplementen tussen de verschillende patiëntencategorieën, in het bijzonder tussen rechthebbenden en niet-rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, evenals binnen de groep rechthebbenden volgens de toekenningwijze van het recht? Ten tweede, hoe evolueerden de verschillende bijkomende kosten ten laste van patiënten, met een onderscheid tussen ereloonsupplementen en niet-terugbetaalbare prestaties, in het bijzonder die welke verband houden met de transparantiecodes? Ten derde, verschillen deze evoluties volgens medisch specialisme en type uitgevoerde prestatie? Tot slot, wat zijn de gevolgen voor patiënten op vlak van eigen bijdragen en financiële zorglast in verhouding tot het inkomen?

Om elementen van antwoord te geven op deze vragen, maakt deze studie gebruik van CM-facturatiegegevens. Zo kunnen de bedragen effectief ten laste van patiënten voor ambulante zorg door artsen nauwkeurig in kaart worden gebracht en vervolgens geplaatst binnen het geheel van eigen bijdragen voor gezondheidszorg, die verder reiken dan enkel ambulante zorg. De gegevens worden ook ge-

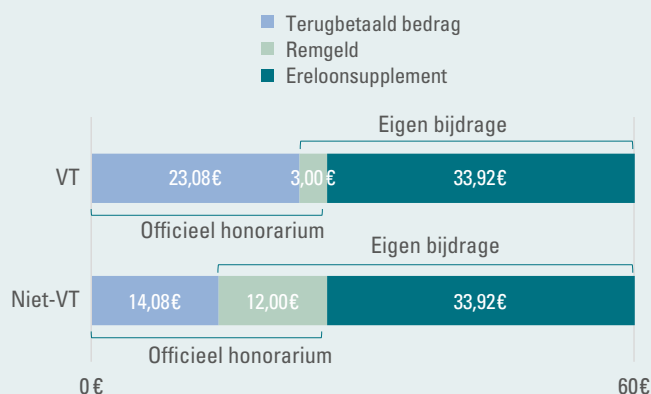
wogen met het oog op representatieve schattingen voor de Belgische bevolking. De analyse maakt een expliciet onderscheid tussen VT-rechthebbenden volgens de bron van dit recht (automatische toekenning of toekenning op basis van een inkomensonderzoek), een in de literatuur nog weinig onderzochte dimensie. Ze integreert ook de analyse van bedragen verklaard via transparantiecodes, om meer inzicht te krijgen in factureringsvormen buiten de ereloonsupplementen in strikte zin.

De 'bijkomende kosten ten laste van patiënten' verwijzen hier naar alle bedragen gefactureerd buiten de honoraria voorzien door de VP, inclusief ereloonsupplementen en niet-terugbetaalbare prestaties, namelijk deze geregistreerd via transparantiecodes. Deze definitie sluit expliciet de remgelden uit die onder een ander mechanisme van financiële bijdrage vallen. De 'eigen bijdragen' verwijzen dan weer naar alle bedragen ten laste van patiënten na terugbetaling door de VP, en omvatten de remgelden en de bijkomende kosten.

Deel 1 van dit artikel beschrijft de institutionele context en de elementen van de hervorming, deel 2 de gebruikte gegevens en methodologie. Deel 3 licht de resultaten

Principe van remgeldvermindering in het kader van het VT-statuut

Voor eenzelfde zorgprestatie is het wettelijk honorarium identiek ongeacht het statuut van de patiënt-e. De opsplitsing ervan tussen het deel dat wordt terugbetaald door de VP en het remgeld (het deel ten laste van de patiënt-e) varieert echter naargelang de persoon al dan niet het VT-statuut heeft. Dat statuut geeft recht op een hoger terugbetalingspercentage en dus een lager remgeld. In het voorbeeld van de raadpleging bij een arts-specialist-e in onderstaande figuur, daalt het remgeld zo van 12 euro voor een niet-VT-patiënt-e naar 3 euro voor een VT-patiënt-e. Eventuele ereloonsupplementen vallen echter niet onder dit mechanisme en blijven volledig ten laste van de patiënt-e. Het is precies dit onderdeel van de factuur waarop de in deze studie geanalyseerde hervorming betrekking heeft.



toe, achtereenvolgens over het profiel van de rechthebbenden, de evolutie van supplementen en niet-terugbetaalbare prestaties, de gedifferentieerde effecten van de hervorming volgens VT-statuuat, de wisselwerking tussen de verschillende vormen van bijkomende kosten, en de variaties volgens specialisme en type prestatie. Deel 4 bespreekt de impact ervan en in deel 5 worden aanbevelingen geformuleerd.

1. Context

1.1. Het VT-statuuat en de bronnen

Het VT-statuuat is een centraal instrument van financiële bescherming binnen het Belgisch systeem van verplichte ziekteverzekering (VP). Het beoogt een betere toeganke-lijkheid van zorg voor personen met beperkte middelen, vooral door het remgeldbedrag te verlagen via een hoger terugbetalingspercentage. Dit gaat gepaard met andere mechanismen, zoals de toepassing van de derdebetalersregeling voor raadplegingen bij de huisarts waardoor de voorfinanciering door patiënten wordt beperkt, en een specifiek plafond in het kader van de maximumfactuur (so- ciale MAF) waardoor het totaalbedrag aan remgelden ten laste van huishoudens wordt verminderd (RIZIV, 2026a).

Het statuut van rechthebbende op de verhoogde tege- moetkoming kan bekomen worden volgens **twee belang- rijke modaliteiten** (RIZIV, 2026b):

1. **Toekenning op basis van een inkomensonderzoek (VT 'inkomen')**: het statuut kan worden verkregen na een controle van de inkomsten door het ziekenfonds. Het wordt toegekend wanneer de middelen van het huis- houden de vastgelegde plafonds niet overschrijden, beoordeeld op jaarbasis of, in bepaalde situaties bij een recente inkomensdaling, op maandbasis. Bij deze toe- kenningswijze moeten betrokkenen zelf stappen onder- nemen.
2. **Automatische toekenning (VT 'sociaal recht')**:
 - a. Het statuut wordt **automatisch toegekend aan be- paalde rechthebbenden op sociale rechten**: het leefloon, de inkomensgarantie voor ouderen (IGO) of tegemoetkomingen voor personen met een handicap. In deze gevallen, waar al een inkomensonderzoek is uitgevoerd voor de toekenning van deze rechten, wordt het VT-recht toegekend op basis van informatie doorgegeven door de bevoegde administraties;
 - b. Het kan ook worden **toegekend op basis van een geautomatiseerde inkomenscontrole** (sinds oktober 2024) voor alleenstaanden (met of zonder kind ten laste) die minstens drie maanden werkloos zijn, pri- mair arbeidsongeschikt of invalide zijn. In die geval- len worden de inkomsten automatisch gecontroleerd op basis van administratieve gegevens, zonder dat de betrokkenen zelf initiatief moeten nemen. Bij in- komsten lager dan de geldende plafonds, wordt het statuut toegekend.

Inkomensplafonds voor het verkrijgen van het VT-statuuat

Om het VT-statuuat te verkrijgen moet het jaarlijks bruto belastbaar inkomen lager zijn dan 28.054,93 euro, of ongeveer 2.340 euro bruto per maand voor een alleenstaande, verhoogd met ongeveer 430 euro bruto per maand per bijko- mende persoon (bedragen 1 januari 2026). In bepaalde situaties wijzend op een recente inkomensdaling, is er een flexibelere beoordeling op basis van het maandelijks inkomen, met een iets hoger plafond (ongeveer 2.390 euro bruto per maand voor een alleenstaande) (RIZIV, 2026c).

Ter illustratie: in 2026 bedraagt de armoederisicodrempel 3.287 euro netto voor een huishouden met twee volwasse- nen en twee kinderen (STATBEL, 2026). Het toegangsplafond voor het VT-statuuat bedraagt ongeveer 3.600 euro bruto per maand. Er zij op gewezen dat deze bedragen overeenkomen met bruto-inkomens en dus met lagere effectief be- schikbare netto-inkomens. In deze context lijken de toegangsplafonds voor het VT-statuuat dicht bij deze drempels te liggen, wat bevestigt dat de regeling voornamelijk gericht is op huishoudens met beperkte middelen.

1.2. Het verbod op de facturatie van supplementen voor VT-rechthebbenden

Het principe van het verbod op de facturatie van ereloon-supplementen aan VT-rechthebbenden wordt ingevoerd door artikel 22 van de **wet van 29 november 2022 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg**, om zo de financiële toegankelijkheid van ambulante zorg te versterken.

Deze hervorming komt er in een context waarin tariefzekerheid in de ambulante zorg¹ tot dan hoofdzakelijk berustte op de **conventionering van zorgverleners** (zie kader *De verschillende componenten van een ambulante factuur*). Hoewel de conventioneringsgraad van artsen globaal hoog lijkt, is er niet noodzakelijk garantie op een reële tariefbescherming voor alle patiënten.

Een recente analyse van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) toont dat volgens de officiële cijfers ongeveer 90,7% van de huisartsen en 75,3% van de specialisten volledig geconventioneerd is. Deze percentages zijn echter lager wanneer men zich beperkt tot artsen die effectief actief zijn in de ambulante zorg (respectievelijk 87,6% en 58%). Het verschil wordt nog groter wanneer men rekening houdt met het volume aan raadplegingen: slechts 48,6% van de raadplegingen bij specialisten wordt uitgevoerd door volledig geconventioneerde artsen (De Wolf, Willaert, & Landtmeters, 2023), waarbij er bovendien aanzienlijke verschillen zijn tussen specialismen. Het aandeel volledig geconventioneerde activiteiten is bijzonder laag voor dermatologie (15,7%), oogheelkunde (18,7%) en gynaecologie (26,1%), en heel hoog bij huisartsen (89,2%), oncologen (91,9%) en specialisten in de inwendige geneeskunde (92,1%).

Deze beperking geldt ook voor VT-rechthebbenden: in 2022 is 57% van de raadplegingen van VT-patiënten geattesteerd door volledig geconventioneerde artsen, tegenover 46% bij niet-VT-patiënten. Ondanks het hogere aandeel, betekent dit toch dat 43% van de raadplegingen van VT-rechthebbenden plaatsvindt bij gedeeltelijk of niet-geconventioneerde artsen. Dit toont de beperkingen van de reële tariefbescherming (De Wolf, Willaert, & Landtmeters, 2023).

In deze context vormen de **eigen bijdragen ten laste van patiënten**, en in het bijzonder de ereloon-supplementen, een centrale uitdaging voor de financiële toegankelijkheid. Het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) over billijkheid in de gezondheidszorg wijst op het belangrijke gewicht van deze bijdragen voor de meest kwetsbare huishoudens, en benadrukt dat remgelden en supplementen een aanzienlijke financiële last kunnen vormen, vooral voor lage inkomens (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Tot de invoering van het verbod op supplementen voor VT-rechthebbenden, berustte de tariefbescherming in de ambulante zorg dus hoofdzakelijk op conventionering: geconventioneerde zorgverleners verbinden zich ertoe de officiële RIZIV-tarieven te respecteren, terwijl niet-geconventioneerde zorgverleners over tariefvrijheid beschikken. Ondanks het bestaan van financiële beschermingsmechanismen zoals de VT en de MAF, die de remgelden beperken, **bestond er dus geen algemene regulering van ereloon-supplementen voor ambulante zorg**.

Onder deze omstandigheden bood het systeem een gedeeltelijke en ongelijke bescherming afhankelijk van het zorgtraject, vooral voor patiënten in een sociaaleconomisch kwetsbare situatie. Daarom wilde de wetgever VT-patiënten toegang garanderen tot ambulante zorg tegen de tarieven van de verplichte verzekering, ongeacht de conventiestatus van de arts (KB van 17 maart 2024).

Deze maatregel betekent een evolutie in het model van tariefregulering, met een overgang van een systeem dat hoofdzakelijk steunt op de conventionering van artsen naar een gerichte bescherming van bepaalde patiënten, ongeacht de conventiestatus van de arts.

1.3. Implementatie en toepassingsgebied

Deze bepaling wordt uitgevoerd door het **koninklijk besluit van 12 maart 2024**, dat het toepassingsgebied ervan preciseert. De inwerkingtreding is voorzien in **twee fasen**:

- 1 januari 2025: toepassing voor VT-rechthebbenden wanneer dit statuut automatisch is toegekend;
- 1 januari 2026: uitbreiding naar alle VT-rechthebbenden, inclusief diegenen die het statuut krijgen na een inkomensonderzoek.

¹ Voor ziekenhuiszorg bestaan al mechanismen voor de regulering van ereloon-supplementen, met name het verbod op de facturatie van supplementen in een gemeenschappelijke of tweepersoonkamer.

Het verbod heeft uitsluitend betrekking op **ereloonsupplementen voor terugbetaalde prestaties** gefactureerd door artsen (huisartsen of specialisten). Het slaat dus niet op alle kosten die aan patiënten kunnen worden aangerekend, waaronder bepaalde specifieke kosten of niet-terugbetaalbare prestaties. Het betreft uitsluitend **ambulante zorg** en is niet van toepassing op zorg verstrekt in het kader van een klassieke ziekenhuisopname, noch op daghospitalisaties (KB van 12 maart 2024).

In sommige gevallen kunnen wel supplementen worden aangerekend zonder onder het verbod te vallen. Het koninklijk besluit preciseert immers dat het verbod enkel slaat op honoraria voor terugbetaalde prestaties en geen afbreuk doet aan de bepalingen van de medico-mutualistische akkoorden en overeenkomsten die bepaalde supplementen kunnen toestaan, met name voor specifieke prestaties (bijvoorbeeld voor medische hulpmiddelen) of op voorwaarde dat de patiënt-e hiervan vooraf op de hoogte wordt gebracht.

2. Methodologie

2.1. Gegevensbronnen en onderzoeksgebied

Deze studie is gebaseerd op de **facturatiegegevens van ambulante prestaties** van CM-leden, afkomstig uit de federale verplichte ziekteverzekering (VP). De hoofdanalyse betreft ambulante prestaties in strikte zin verstrekt door artsen (raadplegingen, bezoeken, adviezen en technische verstrekkingen), met uitsluiting van prestaties in het kader van een daghospitalisatie. Dit toepassingsgebied stemt overeen met dat van het verbod op de facturatie van ambulante ereloonsupplementen zoals voorzien in de wet van 29 november 2022.

De geanalyseerde gegevens laten eveneens toe om, naast deze ambulante prestaties, alle bedragen te zien die effectief ten laste van patiënten blijven. De studie onderscheidt daarom twee analyseniveaus.

Het eerste betreft de **bijkomende kosten** voor ambulante prestaties van artsen en omvat:

- De **ereloonsupplementen**, overeenkomend met de bedragen aangerekend bovenop het officiële honorarium voor terugbetaalbare prestaties;

- De **niet-terugbetaalbare prestaties**, zijnde prestaties waarvoor geen tegemoetkoming van de VP is voorzien.

Het tweede betreft de **eigen bijdragen**, overeenkomend met alle bedragen die ten laste van patiënten blijven en die waarneembaar zijn in de ziekenfondsgegevens:

- Alle netto-remgelden na tussenkomst van de maximumfactuur (MAF);
- Alle ereloonsupplementen, zowel in ambulante zorg als bij hospitalisatie (klassiek of daghospitalisatie);
- Alle niet-terugbetaalbare prestaties geregistreerd in de ziekenfondsgegevens.

De eigen bijdragen laten aldus toe de globale financiële last te vatten die door patiënten wordt gedragen voor zorg en geneesmiddelen die gekend zijn binnen het kader van de uitvoering van de VP.

Wat **de observatieperiode** betreft, vergelijkt de hoofdanalyse het eerste semester 2024 (S1 2024) met het eerste semester 2025 (S1 2025). Deze keuze beoogt het waarborgen van de temporele vergelijkbaarheid, met tegelijk de garantie op een voldoende volledigheid van de meest recente gegevens (aangezien de gegevens van het tweede semester 2025 op het moment van de extractie (juni 2026) nog gedeeltelijk onvolledig konden zijn).

Aanvullend wordt een longitudinale analyse van de evolutie van ereloonsupplementen uitgevoerd over de periode, van 2016 tot 2025, om de waargenomen evoluties binnen een langetermijndynamiek te plaatsen. Tot slot steunen de analyses van de eigen bijdragen op volledige jaargegevens voor 2024 en 2025. Deze keuze is nodig om de netto-remgelden na tussenkomst van de MAF te kunnen berekenen, aangezien deze op jaarbasis wordt beoordeeld.

2.2. Constructie van indicatoren en analysevariabelen

Om de **representativiteit van de resultaten ten opzichte van de Belgische bevolking** te waarborgen, zijn de CM-gegevens gewogen met behulp van de IMA-populatiebestanden. De weging corrigeert verschillen in structuur tussen de CM-populatie en de Belgische bevolking volgens jaar, leeftijd, geslacht, VT-statuuat en woonprovincie, waardoor de resultaten kunnen worden geëxtrapoleerd naar de volledige door de VP gedekte bevolking.

Omwille van de transparantie bevat bijlage 1 de uitgaven vastgesteld binnen de populatie CM-leden (niet-gewogen brutobedragen), daar waar de resultaten voorgesteld in het artikel gewogen zijn voor schattingen voor de volledige Belgische bevolking.

De **sociodemografische variabelen** gebruikt in deze studie omvatten leeftijd, geslacht, VT-statuuat en de toekenningswijze ervan, evenals het socioprofessioneel statuut, geconstrueerd op basis van het sociaal statuut in de ziekteverzekering (titularissen) en het onderscheid tussen titularissen en personen ten laste². Uitkeringen en vervangingsinkomens (uitkeringen voor ouderen of personen met een handicap, leefloon of inkomensgarantie voor ouderen (IGO), arbeidsongeschiktheid³, werkloosheid) zijn eveneens in aanmerking genomen wanneer er in 2024 minstens één vergoede dag was.

Om de CM-leden in te delen volgens een **inkomensschaal**, en bij gebrek aan nauwkeurige individuele inkomensgegevens in de ziekenfondsgegevens, wordt gebruikgemaakt van informatie uit de MAF. In het kader van de uitvoering ervan wordt de fiscale inkomensschijf waarin een huishouden zich bevindt (hier *MAF-inkomen* genoemd) meegedeeld aan het ziekenfonds wanneer het huishouden het laagste remgeldplafond bereikt, namelijk een jaarlijkse cumul van 250 euro (verminderd met 100 euro als minstens één lid van het huishouden het statuut chronische aandoening heeft), een bedrag dat werd geïndexeerd tot 254,99 euro in 2024 en tot 260,10 euro in 2025 (RIZIV, 2026d). In de analyses van de eigen bijdragen volgens socio-economisch niveau, worden deze inkomensschijven gebruikt als proxy voor het huishoudinkomen.

De analyses van de eigen bijdragen volgens VT-statuuat en inkomen steunen op gestandaardiseerde gemiddelde bedragen (volgens leeftijd en geslacht; referentiepopulatie: Belgische bevolking van 2024). Deze standaardisatie heeft tot doel verschillen in demografische structuur tussen groepen te neutraliseren en maakt zo een rechtstreekse vergelijking van de niveaus van eigen bijdragen mogelijk.

2.3. Registratie van facturatiegegevens

Voor de interpretatie van de gefactureerde bedragen moet rekening worden gehouden met de **registratiemodaliteiten van supplementen en niet-terugbetaalbare prestaties**, die in de loop van de tijd zijn geëvolueerd. De wetgeving verplicht in theorie de **aangifte van supplementen**, zowel bij elektronische facturatie als voor papieren getuigsschriften (artikel 53, §1 van de wet betreffende de ziekteverzekering). In de praktijk is de **mededeling quasi volledig bij elektronische facturatie**, terwijl papieren getuigsschriften onvolledige vermeldingen of een onnauwkeurige verdeling van supplementen tussen de verschillende op het getuigsschrift vermelde prestaties kunnen bevatten. Aangezien het aandeel elektronisch gefactureerde prestaties bij artsen tijdens de bestudeerde periode veruit de meerderheid is geworden⁴, maakt de analyse van de evolutie van de gemiddelde supplementen per patiënt-e of per elektronisch gefactureerde prestatie het mogelijk de werkelijke evolutie van de supplementen te vatten, onafhankelijk van de stijging van het volume elektronische facturatie.

Voor de **niet-terugbetaalbare prestaties** is de registratie in de ambulante zorg historisch gezien heterogener. Daardoor **omvatten de vóór 2025 waargenomen supplementen zowel ereloonssupplementen als niet-terugbetaalbare prestaties**. Daarnaast werden bepaalde niet-terugbetaalbare prestaties mogelijk niet aan de verzekeringsinstellingen meegedeeld, waardoor de registratie vóór 2025 waarschijnlijk onvolledig was.

Het reglement van 7 augustus 2024 van het RIZIV voert **transparantiecodes** in, met als doel de uitsplitsing van bijkomende kosten gefactureerd aan patiënten bij elektronische facturatie te verbeteren. Deze codes, geldig sinds oktober 2024, laten een fijner onderscheid toe tussen:

- Categorie 1: **supplementen voor terugbetaalbare prestaties** (bijkomende intellectuele inspanning [384075], directe kosten [384090] of indirecte kosten [384112], andere supplementen [384134]);
- Categorie 2: **terugbetaalbare prestaties waarvan niet aan de voorwaarden is voldaan** [384215];
- Categorie 3: **niet-terugbetaalbare prestaties buiten de nomenclatuur** [384230];

2 De actieve socioprofessionele categorieën (bediende, arbeider, ambtenaar, zelfstandige) worden gedefinieerd op basis van het sociaal statuut van de titularis. Zij kunnen personen omvatten die tijdelijk arbeidsongeschikt of werkloos zijn. Personen ten laste worden voorgesteld in afzonderlijke categorieën volgens hun band met de titularis (afstammeling, echtgenoot(e) of ascendent).

3 Hetzij uitkeringen voor primaire arbeidsongeschiktheid (≤ één jaar), hetzij uitkeringen voor invaliditeit (arbeidsongeschiktheid > één jaar).

4 Sinds 1 september 2025 is de elektronische facturatie van ambulante prestaties verplicht voor alle artsen, ongeacht hun conventiestatus, behoudens een beperkt aantal situaties (met name in geval van technische onmogelijkheid, overmacht of voor bepaalde zorgverleners met een leeftijdsgebonden vrijstelling). Deze evolutie draagt bij tot een meer volledige registratie van de gefactureerde bedragen in de gegevens.

- Categorie 4: bepaalde **specifieke kosten**, zoals materiaal [384156], anesthesie [384171] of administratieve verwerking van prestaties [384193].

2.4. Beperkingen

Bij de interpretatie van de resultaten moeten enkele beperkingen in aanmerking worden genomen.

Vooreerst garanderen de facturatiegegevens geen perfecte volledigheid van de effectief aan patiënten gefactureerde bedragen. Hoewel de mededeling van supplementen quasi volledig is bij elektronische facturatie, kunnen papieren getuigschriften gedeeltelijke of onnauwkeurige informatie bevatten. Dit kan leiden tot een onderschatting van de vastgestelde supplementen. Hoewel elektronische facturatie tijdens de bestudeerde periode veruit dominant is geworden, kan deze vertekening niet volledig worden uitgesloten.

Ten tweede is er geen perfect onderscheid tussen ereloon-supplementen en niet-terugbetaalbare prestaties, vooral voor de periode vóór 2025. Door heterogene registratiemodaliteiten kunnen bepaalde niet-terugbetaalbare prestaties in de gegevens zijn opgenomen in de vorm van supplementen voor terugbetaalbare prestaties. Daardoor weerspiegelen de vóór de invoering van de transparantiecodes waargenomen supplementen mogelijk een aggre gaat van verschillende types bijkomende kosten.

Ten derde laat het toepassingsgebied van de gegevens niet toe de bedragen die strikt onder het verbod op ereloon-supplementen vallen perfect af te zonderen. Bepaalde specifieke kosten (bijvoorbeeld voor materiaal, technische hulpmiddelen of bijzondere vereisten) kunnen in de gegevens geregistreerd zijn als ereloon-supplementen, terwijl zij volgens de regelgeving toegelaten blijven. De resultaten moeten daarom worden geïnterpreteerd in het licht van dit gedeeltelijk heterogene toepassingsgebied.

Ten slotte steunen de analyses op bedragen waargenomen in de ziekenfondsgegevens en bestrijken zij niet alle gezondheidsuitgaven die mogelijk door patiënten worden gedragen buiten het facturatiecircuit van de VP. Daardoor vormen de in deze studie geraamde eigen bijdragen een benadering van de reële kosten ten laste van patiënten.

3. Resultaten

3.1. Rechthebbenden op het VT-statuu t en bron van het recht

De voorbije jaren nam het aandeel VT-rechthebbenden onder alle personen gedekt door de VP aanzienlijk toe: van 16,3% in 2010 naar 21,2% in 2024 (Intermutualistisch Agentschap, 2026), een stijging van bijna 5 procentpunten. Deze evolutie wordt gedeeltelijk verklaard door institutionele wijzigingen die de toegang tot het statuut hebben vergemakkelijkt, vooral door de versterking van de mechanismen voor automatische toekenning.

De analyse van de **bron van het recht** laat een betere karakterisering toe van het profiel van de rechthebbenden (zie Tabel 1). Een belangrijk deel verkrijgt het VT-statuu t op basis van een **sociaal recht** dat automatisch toegang geeft tot de verhoogde tegemoetkoming: dit aandeel bedraagt 46,6% in 2026, tegenover 43,3% in 2016, wat neerkomt op een lichte stijging. Onder deze rechthebbenden ontvangt 23,2% een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden of voor personen met een handicap, 13,4% een leefloon en 4,2% de IGO.

Daarnaast draagt de recente invoering van de automatische toekenning op basis van arbeidsongeschiktheid of langdurige werkloosheid bij alleenstaanden in toenemende mate bij tot de toegang tot het VT-statuu t (4,2% in 2026). Globaal onderstrepen deze evoluties de versterking van de rol van automatische mechanismen in de toegang tot het VT-statuu t, parallel met een relatieve terugval van het systeem op basis van een inkomensonderzoek (53,4% in 2026 tegenover 56,7% in 2016).

Tabel 1: Structuur van de populatie rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming volgens de bron van het recht (Bron: Niet-gewogen CM-gegevens)

Bron van het recht		2016	2024	2025	2026
Inkomensonderzoek	Referentieperiode 1 maand	40,3%	38,2%	37,1%	36,3%
	Referentieperiode 1 jaar	16,4%	17,1%	17,0%	17,1%
	Samen =	56,7%	55,4%	54,0%	53,4%
Automatische toekenning	Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden ⁵ of tegemoetkomingen voor personen met een handicap	24,1%	24,6%	23,9%	23,2%
	Leefloon	10,8%	13,4%	13,2%	13,4%
	Inkomensgarantie voor ouderen (IGO)	6,8%	4,9%	4,5%	4,2%
	Kind met een handicap	1,5%	1,7%	1,7%	1,7%
	Niet-begeleide minderjarige vreemdeling (NBMV), wees	0,06%	0,04%	0,03%	0,03%
	Primaire arbeidsongeschiktheid of werkloosheid > 3 maanden of invaliditeit	/	/	2,6%	4,2%
	Samen =	43,3%	44,6%	46,0%	46,6%
Totaal		100%	100%	100%	100%

De analyse van het aandeel VT-rechthebbenden volgens sociodemografische kenmerken bevestigt deze concentratie (zie Tabel 2): het VT-statuuut is quasi universeel bij wie een tegemoetkoming voor ouderen krijgt of bij personen met een handicap (100%) en zeer wijdverspreid bij personen met een leefloon of de IGO (95%), voornamelijk **via het sociaal recht**. Omgekeerd blijkt de populatie rechthebbenden waarvan het recht berust op een **inkomensonderzoek** diverser, met onder meer personen in arbeidsongeschiktheid of werkloosheid, maar ook sommige werknemers met een bescheiden inkomen.

Meer algemeen is het aandeel VT-rechthebbenden hoger bij vrouwen (23% tegenover 18% bij mannen), personen van 65 jaar en ouder (27%), personen jonger dan 25 jaar (23%), alsook bij personen in arbeidsongeschiktheid (32%) of werkloosheid (25%).

Volgens socioprofessioneel statuut komt het VT-statuuut duidelijk vaker voor bij groepen die kwetsbaarder zijn op de arbeidsmarkt. Zo heeft 20% van de arbeiders het VT-statuuut. Omgekeerd komt het VT-statuuut veel minder vaak voor bij bedienden (8%) en zelfstandigen (5%), waarbij deze laatsten slechts een zeer beperkt aandeel van alle VT-rechthebbenden vertegenwoordigen (1,5%).

⁵ De tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) in Wallonië en Brussel of het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood in Vlaanderen.
Noot: voor de Duitstalige THAB is er geen automatische toekenning meer en moet men een aanvraag indienen bij het ziekenfonds (toekenning op basis van een inkomensonderzoek, referteperiode van 1 maand).

Tabel 2: Verdeling van de bevolking volgens sociodemografische kenmerken en VT-statuut in 2024, schatting voor België (Bron: Gewogen CM-gegevens)

		VT 'sociaal recht'	VT 'inkomen'	Niet-VT	België
België		1.130.751 (10%)	1.233.103 (11%)	9.130.802 (79%)	11.494.656 (100%)
Leeftijd	0-24	354.645 (11%)	374.837 (12%)	2.437.030 (77%)	3.166.512 (100%)
	25-44	221.186 (8%)	235.410 (8%)	2.456.077 (84%)	2.912.673 (100%)
	45-64	241.219 (8%)	280.380 (9%)	2.436.291 (82%)	2.957.890 (100%)
	65+	313.701 (13%)	342.476 (14%)	1.801.404 (73%)	2.457.581 (100%)
Geslacht	Vrouwen	619.346 (11%)	701.934 (12%)	4.527.911 (77%)	5.849.191 (100%)
	Mannen	511.406 (9%)	531.169 (9%)	4.602.891 (82%)	5.645.466 (100%)
Socioprofessioneel statuut	Actieve bediende	62.142 (3%)	115.497 (5%)	2.158.900 (92%)	2.336.539 (100%)
	Actieve ambtenaar	3.434 (1%)	1.102 (0%)	312.105 (99%)	316.641 (100%)
	Actieve arbeider	152.068 (8%)	239.763 (12%)	1.580.355 (80%)	1.972.186 (100%)
	Actieve zelfstandige of meewerkende echtgenoot/echtgenote	12.091 (2%)	21.175 (3%)	646.707 (95%)	679.973 (100%)
	Gepensioneerden, weduwen, weduwnaars en wezen	251.184 (11%)	304.822 (13%)	1.813.713 (77%)	2.369.719 (100%)
	Persoon ten laste (afstammeling)	322.131 (11%)	356.986 (12%)	2.184.148 (76%)	2.863.265 (100%)
	Persoon ten laste (echtgenoot/echtgenote)	77.535 (17%)	99.094 (22%)	275.650 (61%)	452.279 (100%)
	Persoon ten laste (ascendent)	3.044 (37%)	1.062 (13%)	4.190 (51%)	8.296 (100%)
	Persoon met een handicap	100.620 (99%)	332 (0%)	543 (1%)	101.495 (100%)
	Andere	146.501 (37%)	93.271 (24%)	154.242 (39%)	394.014 (100%)
Vervangings-inkomen	Arbeids-ongeschiktheid	112.074 (12%)	188.404 (20%)	639.024 (68%)	939.502 (100%)
	Werkloosheid	59.064 (8%)	135.937 (18%)	579.396 (75%)	774.397 (100%)
	Leefloon/IGO	241.475 (91%)	10.165 (4%)	13.917 (5%)	265.557 (100%)
	Tegemoetkomingen voor ouderen / personen met een handicap	499.280 (99%)	3.192 (1%)	2.127 (0%)	504.599 (100%)

3.2. Evolutie van de facturatie van bijkomende kosten in het voorbije decennium

Tussen 2016 en 2025 is er een duidelijk stijgende trend in de aan de volledige bevolking gefactureerde supplementen en niet-terugbetaalbare prestaties. Er is een toename van ongeveer 239 miljoen euro naar 427 miljoen euro en-

kel voor de supplementen⁶ (exclusief niet-terugbetaalbare prestaties geïdentificeerd via transparantiecodes), of een stijging van bijna 79% over de beschouwde periode. Als de niet-terugbetaalbare prestaties, gefactureerd via transparantiecodes, in rekening worden gebracht, bereikt dit bedrag 540 miljoen euro in 2025, een stijging van 126% ten opzichte van 2016. Deze dynamiek gaat gepaard met een geleidelijke verschuiving naar elektronische factura-

⁶ Methodologische herinnering: vóór 2025 omvatten de supplementen eveneens bepaalde niet-terugbetaalbare prestaties die niet afzonderlijk kunnen worden geïdentificeerd in de gegevens. Vanaf 2025 kunnen de niet-terugbetaalbare prestaties gedeeltelijk worden geïsoleerd via de transparantiecodes.

tiekanalen, waarvan het aandeel tegen het einde van de periode duidelijk dominant wordt (zie Figuur 1).

Deze tendens moet echter voorzichtig worden geïnterpreteerd, aangezien **de registratie van supplementen in de administratieve gegevens in de loop der tijd is verbeterd**. Bovendien is het onderscheid tussen supplementen en niet-terugbetaalbare prestaties pas vanaf 2025 mogelijk, leidend tot een breuk in de vergelijkbaarheid aan het einde van de periode. Een deel van de vastgestelde stijging weerspiegelt dus een betere registratie van de gefactuurde bedragen.

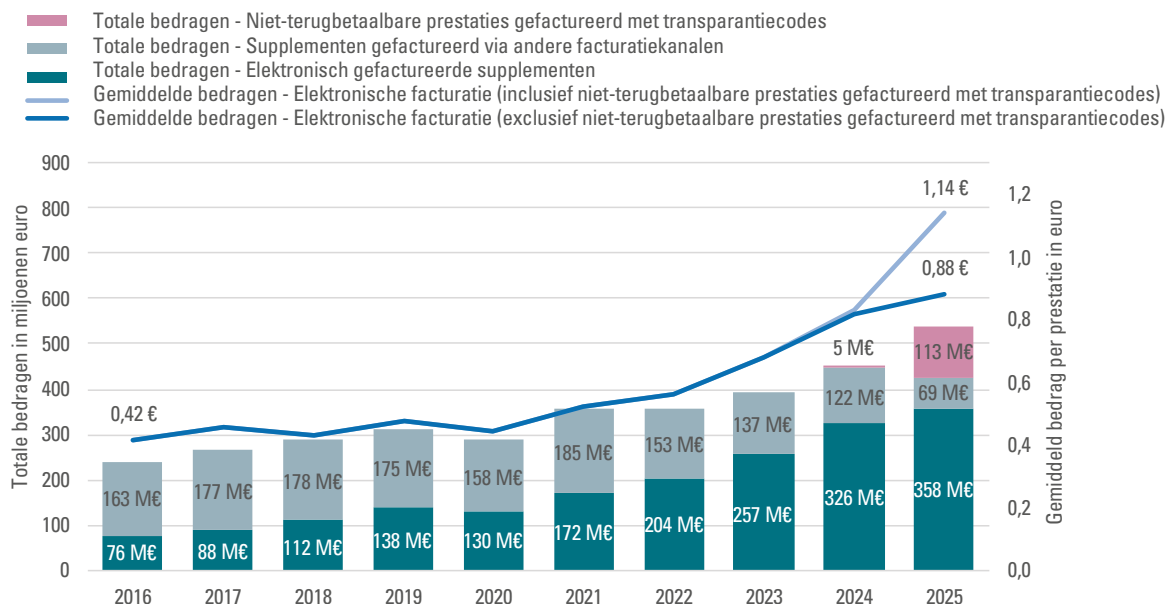
Om deze evolutie beter te vatten, wordt de indicator van de **totale bedragen** – die de globale evolutie van de supplementen weerspiegelt door volume- en prijseffecten te combineren – voorgesteld samen met een indicator van het **gemiddeld bedrag per elektronisch geattesteerde prestatie**, die minder gevoelig is voor evoluties in de registratie (zie Figuur 1), omdat die het effect van de stijging van het prestatievolume in de tijd neutraliseert en steunt

op een facturatiecircuit waarin de registratie van supplementen historisch vollediger is.

Zo evolueert het gemiddeld bedrag aan bijkomende kosten per elektronisch geattesteerde prestatie aanzienlijk. Voor enkel de supplementen (en inclusief de prestaties waarvoor de supplementen nul zijn), stijgt dit van 0,42 euro in 2016 naar 0,88 euro in 2025. Na inclusie van de niet-terugbetaalbare prestaties, geïdentificeerd via transparantiecodes, gaat het in 2025 om 1,14 euro. Het in 2025 vastgestelde verschil tussen beide metingen toont het groeiende gewicht van de niet-terugbetaalbare prestaties in de bijkomende kosten aangerekend aan patiënten.

De vergelijking van deze twee indicatoren wijst op **een effectieve stijging van de bijkomende kosten aangerekend per prestatie**, los van de effecten van een betere registratie of een evolutie van de volumes. De stijging van de gemiddelde bedragen per elektronisch geattesteerde prestatie, vooral uitgesproken in de tweede helft van de periode, toont immers aan dat de gemiddelde aangereken-

Figuur 1: Evolutie van de totale bedragen aan bijkomende kosten en het gemiddeld gefactureerde bedrag per elektronisch geattesteerde prestatie tussen 2016 en 2025 door artsen, schatting voor België (Bron: Gewogen CM-gegevens)



de bijkomende kosten zijn toegenomen, en niet enkel beter geregistreerd zijn in de gegevens.

Tot slot moeten de resultaten voor 2025 voorzichtig worden geïnterpreteerd wegens het mogelijk onvolledige karakter van de gegevens. Daarom concentreert de rest van de analyse zich op vergelijkbare recente perioden: de eerste semesters van 2024 en 2025.

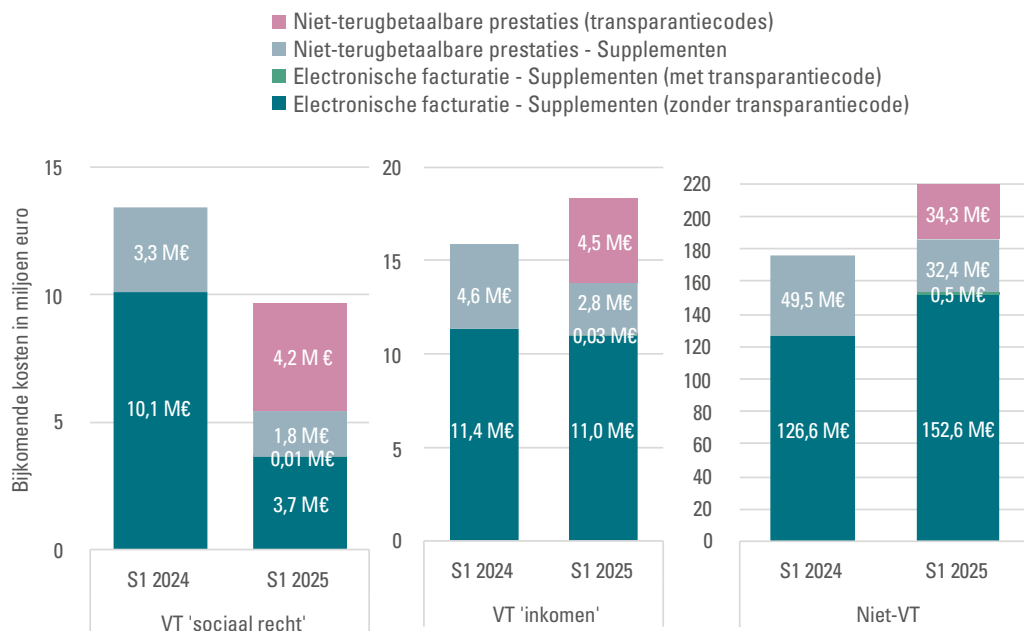
3.3. Gedifferentieerd effect van het verbod op de facturatie van supplementen volgens het statuut

Figuur 2 toont de evolutie van het totale volume aan bijkomende kosten die ambulant door artsen zijn gefactureerd tussen het eerste semester 2024 (S1 2024) en het eerste semester 2025 (S1 2025), volgens VT-statuut, facturatiecircuit en type bijkomende kosten, op Belgisch niveau.

Voor **VT 'sociaal recht'**, in 2025 direct betrokken bij het verbod op de facturatie van ereloonsupplementen, tonen de resultaten een **zeer sterke daling van de aangerekende supplementen** (alle facturatiecircuits samen): van 13,4 miljoen euro in S1 2024 tot 5,5 miljoen euro in S1 2025, of een daling van 59%. Deze vermindering is bijzonder uitgesproken voor supplementen gefactureerd via elektronische circuits: van 10,1 naar 3,7 miljoen euro (-64%, zie Tabel 3). Daarentegen is de vermindering gematigder in de andere facturatiecircuits (-46%), hoewel de facturatie van ereloonsupplementen voor deze doelgroep in 2025 verboden is.

Voor **VT 'inkomen'**, in 2025 nog niet onder het verbod vallend, is eveneens een daling van de supplementen vastgesteld, zij het **meer gematigd**. Het totale volume aan gefactureerde supplementen daalt van 15,9 naar 13,8 miljoen euro (-13%). Deze daling is voornamelijk toe te schrijven aan de vermindering van supplementen gefactureerd via niet-elektronische circuits (-40%, zie Tabel 3).

Figuur 2: Evolutie van het totale volume aan bijkomende kosten tussen het eerste semester (S1) 2024 en 2025 volgens VT-statuut en facturatiecircuit, schatting voor België (Bron: Gewogen CM-gegevens)



Tabel 3: Evolutie van het totale volume aan bijkomende kosten tussen de eerste semesters (S1) van 2024 en 2025 volgens VT-statuuut en facturatiecircuit, schatting voor België (Bron: Gewogen CM-gegevens)

Statuut	Facturatiecircuit en type bijkomende kosten	In miljoen euro		Verdeling van de bedragen 2025	Evolutie 2024-2025
		S1 2024	S1 2025		
VT 'sociaal recht'	Elektronische facturatie - supplementen (zonder transparantiecodes)	10,1	3,7	38%	-64%
	Elektronische facturatie - supplementen (met transparantiecodes)	/	0,0	0%	
	Andere circuits - supplementen	3,3	1,8	19%	-46%
	Alle supplementen	13,4	5,5	56%	-59%
	Niet-terugbetaalbare prestaties (transparantiecodes)	/	4,2	44%	
	Alle bijkomende kosten	13,4	9,7	100%	-28%
VT 'inkomen'	Elektronische facturatie - supplementen (zonder transparantiecodes)	11,4	11,0	60%	-3%
	Elektronische facturatie - supplementen (met transparantiecodes)	/	0,0	0%	
	Andere circuits – supplementen	4,6	2,8	15%	-40%
	Alle supplementen	15,9	13,8	75%	-13%
	Niet-terugbetaalbare prestaties (transparantiecodes)		4,5	25%	
	Alle bijkomende kosten	15,9	18,3	100%	15%
Niet-VT	Elektronische facturatie - supplementen (zonder transparantiecodes)	126,6	152,6	69%	21%
	Elektronische facturatie - supplementen (met transparantiecodes)	/	0,5	0%	
	Andere circuits – supplementen	49,5	32,4	15%	-35%
	Alle supplementen	176,0	185,4	84%	5%
	Niet-terugbetaalbare prestaties (transparantiecodes)		34,3	16%	
	Alle bijkomende kosten	176,0	219,7	100%	25%
Totaal	Elektronische facturatie - supplementen (zonder transparantiecodes)	148,0	167,2	68%	13%
	Elektronische facturatie - supplementen (met transparantiecodes)	/	0,5	0%	
	Andere circuits - supplementen	57,3	36,9	15%	-36%
	Alle bijkomende kosten	205,3	204,7	83%	0%
	Niet-terugbetaalbare prestaties (transparantiecodes)	/	43,0	17%	
	Alle bijkomende kosten	205,3	247,7	100%	21%

Omgekeerd wordt bij **personen zonder VT-statuu**t een **toename van het volume aan gefactureerde supplementen** vastgesteld: van 176,0 naar 185,4 miljoen euro (+5%). Deze stijging wordt hoofdzakelijk gedragen door elektronische facturatie, waar de supplementen met 21% toenemen. Deze stijging kan echter niet worden verklaard door een intensiever gebruik van elektronische facturatie. De gegevens wijzen immers ook op een stijging van het gemiddelde supplement per elektronisch geattesteerde prestatie voor niet-VT-rechthebbenden (van gemiddeld 0,88 naar 1,05 euro, of +19%, zie Bijlage 2). Dit wijst dus op een stijging van de aangerekende bedragen per prestatie, en niet enkel op een volume-effect.

Globaal leiden deze gedifferentieerde evoluties tot een **quasi-stabiliteit van het totaalbedrag aan gefactureerde supplementen**, dat evolueert van 205,3 naar 204,7 miljoen euro. Anders gezegd: de substantiële daling van de supplementen aangerekend aan beschermde patiënten, wordt gecompenseerd door een stijging voor niet-beschermde patiënten, resulterend in de **afwezigheid van een globale daling van de inkomsten uit supplementen voor artsen**.

Wanneer deze bedragen worden gerelateerd aan het aantal betrokken patiënten (zie Bijlage 2), evolueren de gemiddelde aangerekende supplementen als volgt:

- Voor VT 'sociaal recht': een daling van 13,1 naar 5,3 euro (-59%);
- Voor VT 'inkomen': een daling van 14,4 naar 12,3 euro (-15%);
- Voor niet-VT-rechthebbenden: een stijging van 20,8 naar 22 euro (+6%);
- Voor alle patiënten samen: een daling van 19,4 naar 19,3 euro (0%).

Bij de artsen daalt het gemiddeld bedrag aan aangerekende supplementen licht, van 5.385 naar 5.286 euro per arts en per semester. Deze quasi-stabiliteit verbergt echter belangrijke verschillen volgens discipline. Huisartsen noteren een stijging van 4% van de aangerekende supplementen, maar voor relatief beperkte bedragen, met een gemiddelde van 1.170 euro per arts in het eerste semester 2025. Arts-specialisten kennen op hun beurt een lichte daling van de gemiddelde supplementen (-3%), maar factureren aanzienlijk hogere bedragen, met gemiddeld 7.773 euro per arts (zie Bijlage 3).

Deze resultaten slaan echter uitsluitend op ereloon-supplementen en houden geen rekening met de niet-terugbetaalbare prestaties geregistreerd via de nieuwe transpa-

rantiecodes, terwijl de opname daarvan de bevindingen aanzienlijk wijzigt.

3.4. Evolutie van de bijkomende kosten na inrekening van de transparantiecodes

De integratie van de transparantiecodes in de analyse nuanceert de vastgestelde daling van de supplementen sterk. Als men immers rekening houdt met alle bijkomende kosten ten laste van patiënten – supplementen en niet-terugbetaalbare prestaties geregistreerd via transparantiecodes – is de vastgestelde daling veel minder uitgesproken, of zelfs omgekeerd afhankelijk van de groepen.

Bij VT 'sociaal recht' zien we dat bovenop de 5,5 miljoen euro aan gefactureerde supplementen 4,2 miljoen euro aan niet-terugbetaalbare prestaties komt. Hierdoor bedraagt de totale factuur 9,7 miljoen euro en blijft de daling van de bijkomende kosten aangerekend aan patiënten beperkt tot -28% ten opzichte van 2024 (zie Tabel 3).

Een gelijkaardige vaststelling is er bij VT 'inkomen': daar waar de supplementen dalen bij een afzonderlijke beschouwing, leidt de toevoeging van de niet-terugbetaalbare prestaties tot een globale stijging van de kosten ten laste van patiënten (+15%, tegenover -13% als uitsluitend rekening wordt gehouden met de supplementen).

Bij de niet-VT-rechthebbenden is de dynamiek eveneens stijgend: de bijkomende kosten nemen toe met 25% (tegenover 5% als enkel de supplementen in aanmerking worden genomen). In totaal wordt voor alle patiënten samen een stijging van 21% van de geregistreerde bijkomende kosten ten laste van patiënten vastgesteld tussen S1 2024 en S1 2025.

Deze evolutie komt ook aan de zijde van de artsen tot uiting. Terwijl het gemiddeld bedrag aan supplementen per arts tussen S1 2024 en S1 2025 licht daalt (-2%), **stijgt het gemiddeld bedrag van alle bijkomende kosten met 19%, van 5.385 naar 6.395 euro per arts** (zie Bijlage 2). Deze stijging wordt zowel bij huisartsen (+17%) als bij specialisten (+18%, zie Bijlage 3) opgemerkt.

3.4.1. Aandeel van de niet-terugbetaalbare prestaties in de bijkomende kosten volgens VT-statuu

Een van de meest opmerkelijke resultaten betreft de verdeling van de bijkomende kosten aangerekend aan patiënten volgens VT-statuu (zie Tabel 3). Niet-terugbetaalbare

prestaties gefactureerd via transparantiecodes, maken een aanzienlijk groter aandeel van de bijkomende kosten uit daar waar het verbod op supplementen geldt:

- Bij VT ‘sociaal recht’ vertegenwoordigen de niet-terugbetaalbare prestaties 44% van de bijkomende kosten;
- Bij VT ‘inkomen’ bedraagt dit aandeel 25%;
- Bij niet-VT-rechthebbenden blijft dit beperkt tot 16%.

Anders gesteld: **hoe sterker supplementen worden beperkt, hoe belangrijker de plaats die het gebruik van transparantiecodes voor het aangeven van niet-terugbetaalbare prestaties inneemt binnen de bijkomende kosten die aan patiënten worden aangerekend**, wat vanuit het oogpunt van de financiële toegankelijkheid een bijzonder opvallend signaal vormt.

3.4.2. Aard van de gebruikte codes

De gedetailleerde analyse van de transparantiecodes (zie Tabel 4 en Bijlage 4) toont dat de codes die expliciet worden gebruikt om supplementen aan te geven (categorie 1) slechts een marginaal deel van de bedragen vertegenwoordigen (1%). Daarentegen gaat 99% van de bedragen over niet-terugbetaalbare prestaties (categorieën 2, 3 en 4).

Binnen deze categorieën is categorie 3 (‘prestaties buiten de nomenclatuur’) veruit dominant en vertegenwoordigt ongeveer **twee derde van de waargenomen bedragen**. Kenmerkend voor deze categorie is de bijzonder ruime definitie: ze groepeert prestaties verstrekt door een zorgverlener die met geen enkele nomenclatuurcode overeenstemmen en geen aanleiding geven tot enige tegemoetkoming van de VP, zelfs niet gedeeltelijk. Deze zeer brede definitie levert weinig informatie op over de werkelijke aard van de gefactureerde prestaties, wat de mogelijkheden voor een gedetailleerde analyse beperkt.

3.5. Bijkomende kosten volgens type prestatie

De evolutie van de bijkomende kosten tussen het eerste semester 2024 en het eerste semester 2025 brengt uiteenlopende dynamieken aan het licht volgens VT-statuut en type prestatie (zie Tabel 5).

- Bij **VT ‘sociaal recht’** is de daling van de supplementen bijzonder uitgesproken voor raadplegingen, bezoeken en adviezen van artsen (-65%), terwijl ze gematigder is voor andere prestaties (-50%). Deze gedifferentieerde daling wijzigt merkbaar de structuur van de bijkomende kosten aangerekend aan patiënten: het aandeel supplementen gefactureerd bij raadplegingen daalt van 59% naar 28%, in het voordeel van niet-terugbetaalbare prestaties.
- Bij **VT ‘inkomen’** is de tendens anders. De daling van de supplementen is minder uitgesproken voor raadplegingen (-10%) dan voor andere prestaties (-19%). Ook de uitgavenstructuur evolueert, met een afname van het relatieve gewicht van supplementen gefactureerd bij raadplegingen (van 63% naar 49%).
- Bij **niet-VT-rechthebbenden** wordt de stijging van de supplementen voornamelijk gedragen door raadplegingen, die met 11% toenemen, terwijl de supplementen gefactureerd bij andere prestaties licht afnemen (-2%).

Globaal stijgen, over alle statuten heen, de supplementen gefactureerd voor raadplegingen met 4%, terwijl de supplementen gefactureerd voor andere soorten prestaties dalen (-7%). Deze globale evolutie wordt dus grotendeels gedragen door niet-VT-rechthebbenden. Deze tendens moet echter worden genuanceerd: bij de artsen blijft de gemiddelde stijging van supplementen gefactureerd voor raadplegingen beperkt tot +2% (van 3.642 tot 3.708 euro per arts).

Tabel 4: Totaal volume aan bijkomende kosten gefactureerd met transparantiecodes tijdens het eerste semester 2025 volgens VT-statuut, schatting voor België (Bron: Gewogen CM-gegevens)

	VT ‘sociaal recht’	VT ‘inkomen’	Niet-VT	Alle patiënten
	In euro			
Categorie 1	6.663	30.588	485.751	523.003
Categorie 2	1.089.070	1.124.348	8.092.985	10.306.402
Categorie 3	2.771.186	2.991.311	22.638.110	28.400.608
Categorie 4	355.311	390.730	3.575.721	4.321.761
Alle transparantiecodes	4.222.230	4.536.977	34.792.567	43.551.774

Tabel 5: Evolutie van de supplementen en niet-terugbetaalbare prestaties ambulant door specialisten gefactureerd tussen de eerste semesters (S1) van 2024 en 2025, schatting voor België (Bron: Gewogen CM-gegevens)

Statuut	Type prestatie	S1 2024	S1 2025	Verdeling bedragen 2024	Verdeling bedragen 2025	Evolutie 2024-2025
		In miljoen euro				
VT ‘sociaal recht’	Raadplegingen, bezoeken en adviezen	7,9	2,8	59%	28%	-65%
	Andere prestaties (technische verstrekkingen enz.)	5,5	2,7	41%	28%	-50%
	Niet-terugbetaalbare prestaties (transparantiecodes)		4,2	0%	44%	
	Alle bijkomende kosten	13,4	9,7	100%	100%	-28%
VT ‘inkomen’	Raadplegingen, bezoeken en adviezen	10,0	9,0	63%	49%	-10%
	Andere prestaties (technische verstrekkingen enz.)	5,9	4,8	37%	26%	-19%
	Niet-terugbetaalbare prestaties (transparantiecodes)		4,5	0%	25%	
	Alle bijkomende kosten	15,9	18,3	100%	100%	15%
Niet-VT	Raadplegingen, bezoeken en adviezen	105,0	116,0	60%	53%	11%
	Andere prestaties (technische verstrekkingen enz.)	71,0	69,4	40%	32%	-2%
	Niet-terugbetaalbare prestaties (transparantiecodes)		34,3	0%	16%	
	Alle bijkomende kosten	176,0	219,7	100%	100%	25%
Totaal	Raadplegingen, bezoeken en adviezen	122,9	127,8	60%	52%	4%
	Andere prestaties (technische verstrekkingen enz.)	82,4	76,9	40%	31%	-7%
	Niet-terugbetaalbare prestaties (transparantiecodes)		43,0	0%	17%	
	Alle bijkomende kosten	205,3	247,7	100%	100%	21%

3.6. Bijkomende kosten volgens specialisme

De analyse per specialisme brengt uiteenlopende evoluties aan het licht, zowel voor de supplementen als voor alle bijkomende kosten ten laste van patiënten. Daarbij tekennen zich drie hoofdpatronen af (zie Tabel 6).

Ten eerste worden bepaalde specialismen gekenmerkt door een **daling van de supplementen, samen met een belangrijk gebruik van niet-terugbetaalbare prestaties**, waardoor de initiële daling van de supplementen wordt gecompenseerd of zelfs overschreden. In de oogheelkunde bijvoorbeeld nemen de supplementen sterk af tussen S1 2024 en S1 2025 (-28%), terwijl de totale bijkomende kosten met 21% stijgen. Een vergelijkbare dynamiek is waargeno-

men in andere disciplines zoals klinische biologie (-14% voor de supplementen, maar +43% in totaal) en fysische geneeskunde (-6% voor raadplegingen en -35% voor andere prestaties, maar +14% in totaal).

Ten tweede registreren **verschillende specialismen een stijging van de supplementen**, met name dermatologie (+26% voor raadplegingen, +46% voor andere prestaties), gynaecologie (+13% en +20%) en neus-, keel- en oorziekten (+11% en +14%). In deze disciplines is de stijging nog meer uitgesproken wanneer rekening wordt gehouden met niet-terugbetaalbare prestaties (+41% in de dermatologie, +24% in de gynaecologie en +16% in de NKO-geneeskunde), wat wijst op een algemene toename van de geregistreerde financiële last voor patiënten.

Tabel 6: Evolutie van supplementen en niet-terugbetaalbare prestaties ambulant gefactureerd per specialisme tussen de eerste semesters (S1) 2024 en 2025, schatting voor België (Bron: Gewogen CM-gegevens)

	Supplementen in miljoen euro									
	Raadplegingen, bezoeken en adviezen			Andere prestaties			Niet-terug-betaalbare prestaties in miljoen euro	Alle bijkomende kosten in miljoen euro		
	S1 2024	S1 2025	Evolutie 2024-2025	S1 2024	S1 2025	Evolutie 2024-2025	S1 2025	S1 2024	S1 2025	Evolutie 2024-2025
Huisartsen	16,2	16,8	4%	0,2	0,3	25%	2,2	16,4	19,2	18%
Arts-specialisten	106,8	111,0	4%	82,2	76,6	-7%	40,8	189,0	228,5	21%
Oogheelkunde	15,3	10,9	-29%	14,4	10,4	-28%	14,7	29,8	36,0	21%
Gynaecologie-verloskunde	17,6	19,9	13%	4,7	5,6	20%	2,2	22,3	27,7	24%
Dermatologie	15,5	19,5	26%	2,1	3,0	46%	2,2	17,5	24,6	41%
Radiodiagnostiek	0,0	0,0	99%	21,7	23,4	8%	1,5	21,7	25,0	15%
Klinische biologie	0,0	0,0	-98%	16,7	14,4	-14%	9,6	16,7	24,0	43%
Orthopedie	19,2	20,0	5%	1,7	1,3	-24%	1,9	20,9	23,3	11%
Cardiologie	4,9	5,1	5%	2,9	2,7	-7%	0,5	7,7	8,3	7%
Stomatologie	2,2	2,1	-4%	3,3	3,4	2%	1,3	5,5	6,8	24%
Urologie	4,6	5,1	12%	1,1	1,2	3%	0,2	5,7	6,5	14%
Fysische geneeskunde	3,1	2,9	-6%	2,0	1,3	-35%	1,6	5,1	5,8	14%
NKO	4,0	4,5	11%	0,8	0,9	14%	0,2	4,8	5,6	16%
Heelkunde	4,0	4,3	6%	0,8	0,9	15%	0,3	4,8	5,5	14%
Pathologische anatomie	0,0	0,0	173%	4,6	4,7	2%	0,6	4,6	5,3	15%
Pediatrie	2,7	3,0	12%	0,2	0,1	-34%	0,3	2,9	3,5	20%
Plastische chirurgie	2,3	2,3	2%	0,9	0,7	-24%	0,4	3,2	3,4	6%
Gastro-enterologie	2,1	2,0	-2%	0,7	0,5	-20%	0,4	2,7	2,9	8%
Psychiatrie	2,5	2,7	8%	0,1	0,0	-30%	0,1	2,6	2,8	11%
Neurochirurgie	2,2	2,1	-7%	0,0	0,0	-32%	0,1	2,3	2,1	-5%
Anesthesie-reanimatie	1,0	0,9	-8%	0,4	0,3	-25%	0,5	1,3	1,6	26%
Reumatologie	0,9	0,9	0%	0,3	0,1	-62%	0,4	1,3	1,5	17%
Neurologie	0,9	0,9	0%	0,2	0,3	8%	0,2	1,2	1,4	16%
Pneumologie	0,5	0,4	-2%	0,5	0,3	-37%	0,6	0,9	1,3	45%
Nucleaire geneeskunde	0,1	0,1	36%	0,4	0,1	-72%	0,6	0,5	0,8	75%
Radiotherapie	0,1	0,1	-31%	1,3	0,7	-44%	0,0	1,4	0,8	-43%
Inwendige geneeskunde	0,4	0,4	-4%	0,3	0,1	-52%	0,3	0,7	0,8	15%
Endocrinologie	0,4	0,3	-3%	0,1	0,1	-34%	0,0	0,5	0,4	0%
Medische oncologie	0,2	0,2	-15%	0,0	0,0	-89%	0,0	0,2	0,2	-15%
Neuropsychiatrie	0,1	0,1	-25%	0,0	0,0	35%	0,0	0,1	0,1	-22%

Toepassingsgebied: specialismen met supplementen > 0,1 miljoen euro

Ten derde vertonen sommige disciplines **meer beperkte evoluties** of blijven ze relatief stabiel, zoals cardiologie (stabele supplementen) of oncologie (lichte daling van zowel supplementen als bijkomende kosten, in een context waarin ambulante supplementen marginaal zijn).

De huisartsgeneeskunde neemt een tussenpositie in: de supplementen stijgen licht (van 16,4 naar 17,1 miljoen euro, of +4%), maar de bijkomende kosten nemen sterker toe (+18%) onder invloed van de facturatie van niet-terugbetaalbare prestaties.

De analyse van de gemiddelde bedragen per prestatie bevestigt deze sterke heterogeniteit tussen specialismen (zie Bijlage 5). In het eerste semester 2025 bedragen de gemiddelde supplementen voor raadplegingen 14 euro bij dermatologie, 12,3 euro bij orthopedie en 10,3 euro bij gynaecologie, tegenover 0,4 euro bij huisartsgeneeskunde, wijzend op zeer uiteenlopende tarifieringslogica's tussen disciplines.

Wat betreft de gemiddelde bedragen gefactureerd per arts (zie Bijlage 3), zijn de verschillen tussen de specialismen zeer groot: tijdens het eerste semester 2025 bedragen de gemiddelde supplementen 27.695 euro per arts bij dermatologie, tegenover 1.917 euro bij pediatrie. De evoluties verschillen eveneens sterk, gaande van een stijging met 25% bij dermatologie en 13% bij gynaecologie tot een daling met 53% in de nucleaire geneeskunde.

Tot slot toont de analyse volgens VT-statuut een dynamiek die grotendeels transversaal is over de specialismen heen (zie Bijlage 6). De supplementen dalen duidelijk voor VT-rechthebbenden, en vooral voor VT 'sociaal recht', met een rechtstreekse bescherming door het verbod op ereloonsupplementen, terwijl ze stijgen voor niet-VT-patiënten. Bij huisartsen dalen de aan VT-rechthebbenden gefactureerde supplementen met 47%, maar bedraagt de daling nog maar 34% wanneer rekening wordt gehouden met niet-terugbetaalbare prestaties. Bij specialisten bedraagt de daling 67% voor raadplegingen, 50% voor andere prestaties en slechts 27% wanneer alle bijkomende kosten in aanmerking worden genomen. Een deel van de vermindering van de supplementen wordt dus gecompenseerd door een stijging van andere soorten kosten.

3.7. Gevolgen voor de patiënten

Voor een goed begrip van de gevolgen van de vastgestelde evoluties rond supplementen, plaatst dit deel de ambulant aangerekende bedragen binnen het geheel van de **eigen bijdragen gedragen door patiënten** – inclusief de netto-remgelden (na tussenkomst van de MAF), de supplementen (ambulant en in het ziekenhuis), evenals de niet-terugbetaalbare prestaties – met andere woorden voor alle zorg en geneesmiddelen gekend in het kader van de uitvoering van de VP. Deze benadering laat een evaluatie toe van de evolutie van de **globale financiële last van zorg** in relatie tot de socio-economische status.

De voorgestelde resultaten zijn **gemiddelde gestandaardiseerde bedragen** volgens leeftijd en geslacht (referentiepopulatie: Belgische bevolking 2024), waardoor verschillen tussen inkomenscategorieën en volgens VT-statuut kunnen worden vastgesteld zonder de invloed van verschillen in leeftijd en geslacht tussen de categorieën, en die geraamd zijn op het niveau van de Belgische bevolking.

3.7.1. Evolutie van de eigen bijdragen volgens VT-statuut

Tussen 2024 en 2025 nemen de gemiddelde eigen bijdragen sterk toe, van 389 euro tot 456 euro per persoon (+17%, zie Figuur 3). Deze stijging weerspiegelt een gelijktijdige toename van verschillende componenten van de eigen bijdragen. De netto-remgelden⁷ stijgen gematigd (+7%), wijzend op een toenemende druk vanuit de terugbetaalde zorg. De ambulant aangerekende supplementen blijven globaal stabiel (van gemiddeld 35 naar 36 euro, of +3%), maar deze schijnbare stabiliteit verbergt een diepgaandere wijziging van de kostenstructuur. Twee posten kennen immers een bijzonder sterke stijging: de andere supplementen en niet-terugbetaalde prestaties (aangerekend tijdens een ziekenhuisopname of ambulant door andere zorgverleners dan artsen) die sterk toenemen (+25%), en de niet-terugbetaalbare prestaties van artsen die via de transparantie-codes nieuw in de facturatie zijn opgenomen.

De analyse volgens VT-statuut wijst op blijvende verschillen in financiële last (zie Figuur 3). VT-rechthebbenden vertonen globaal lagere eigen bijdragen (300 euro tegenover 507 euro voor niet-VT-rechthebbenden in 2025), maar de evolutie tussen 2024 en 2025 legt verschillende opmerkelijke tendensen bloot:

7 De voorgestelde bedragen moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, aangezien het mechanisme van de MAF retroactief werkt. Een deel van de remgelden die in 2025 worden waargenomen, kan later nog worden terugbetaald. Bovendien zijn bepaalde prestaties mogelijk nog niet gefactureerd.

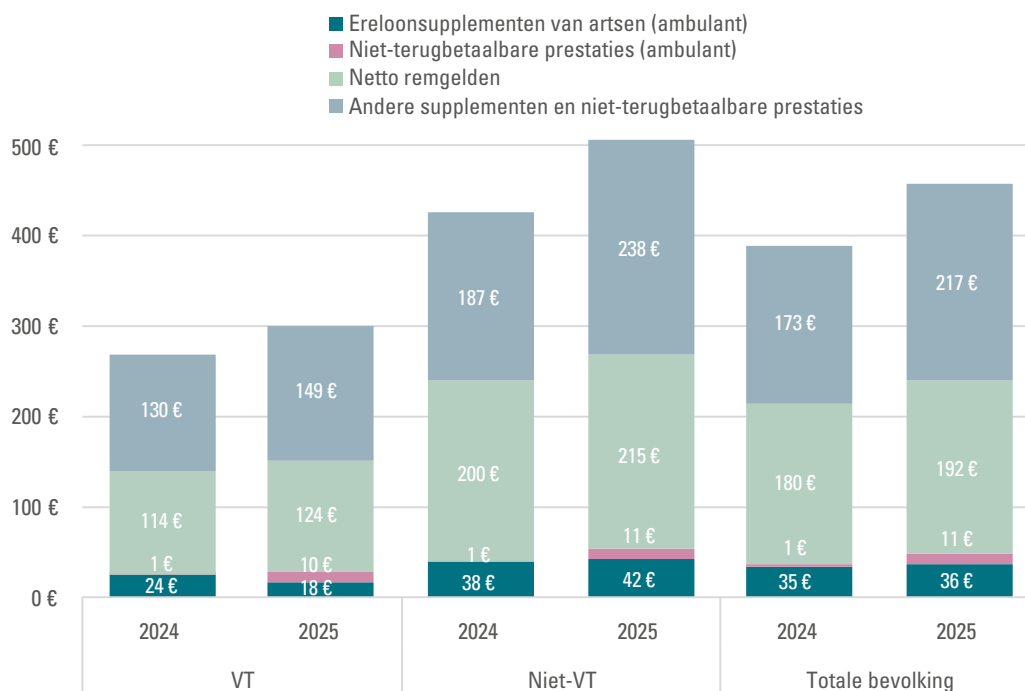
- Een **toename van de gemiddelde netto-remgelden** vergelijkbaar met die bij niet-VT-rechthebbenden (+8% tegenover +7%);
- Een **daling van de gemiddelde ereloonsupplementen (ambulant)** bij VT-rechthebbenden (-27%), als weerspiegeling van het gedeeltelijk verbod (dat in 2025 geldt voor VT 'sociaal recht', maar nog niet voor VT 'inkomen'), tegenover een stijging bij niet-VT-rechthebbenden (+9%);
- **Gemiddelde bedragen voor niet-terugbetaalbare prestaties die vrijwel identiek zijn** in beide groepen (10 euro bij VT-rechthebbenden en 11 euro bij niet-VT-rechthebbenden), maar die een groter aandeel uitmaken van de totale eigen bijdragen van VT-rechthebbenden, gezien het globaal lagere niveau ervan;
- Een **toename van de gemiddelde andere supplementen** in beide groepen, met een bijzonder uitgesproken stijging bij niet-VT-rechthebbenden (+27% tegenover +15% bij VT-rechthebbenden).
- Globaal genomen stijgen de gemiddelde eigen bijdragen van VT-rechthebbenden tussen 2024 en 2025 met 11% (van 269 naar 300 euro), terwijl die van niet-VT-rechthebbenden met 19% stijgen (van 427 naar 507 euro).

3.7.2. Evolutie van de eigen bijdragen volgens inkomen

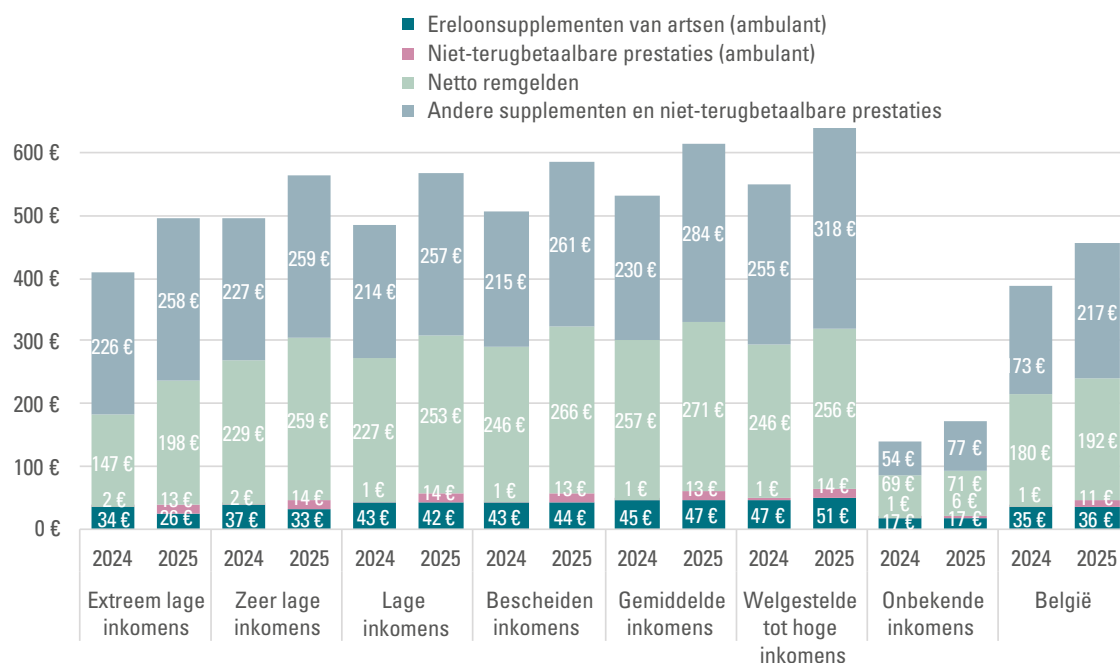
De analyse per inkomenscategorie (inkomensschijven gekend in het kader van de uitvoering van de MAF) toont een **structurele sociale gradiënt binnen de eigen bijdragen**. Qua niveau blijven de uitgaven hoger in de hogere inkomenscategorieën, onder meer door hogere bedragen aan supplementen en andere bijkomende kosten. De evoluties tussen 2024 en 2025 tonen echter dat de stijging van de eigen bijdragen de volledige inkomensverdeling treft. Er zijn verschillende vaststellingen (zie Figuur 4):

- Een algemene stijging van de remgelden, ook in de laagste inkomenscategorieën;
- Een sterke en transversale stijging van de andere supplementen en de niet-terugbetaalbare prestaties in alle inkomenscategorieën.

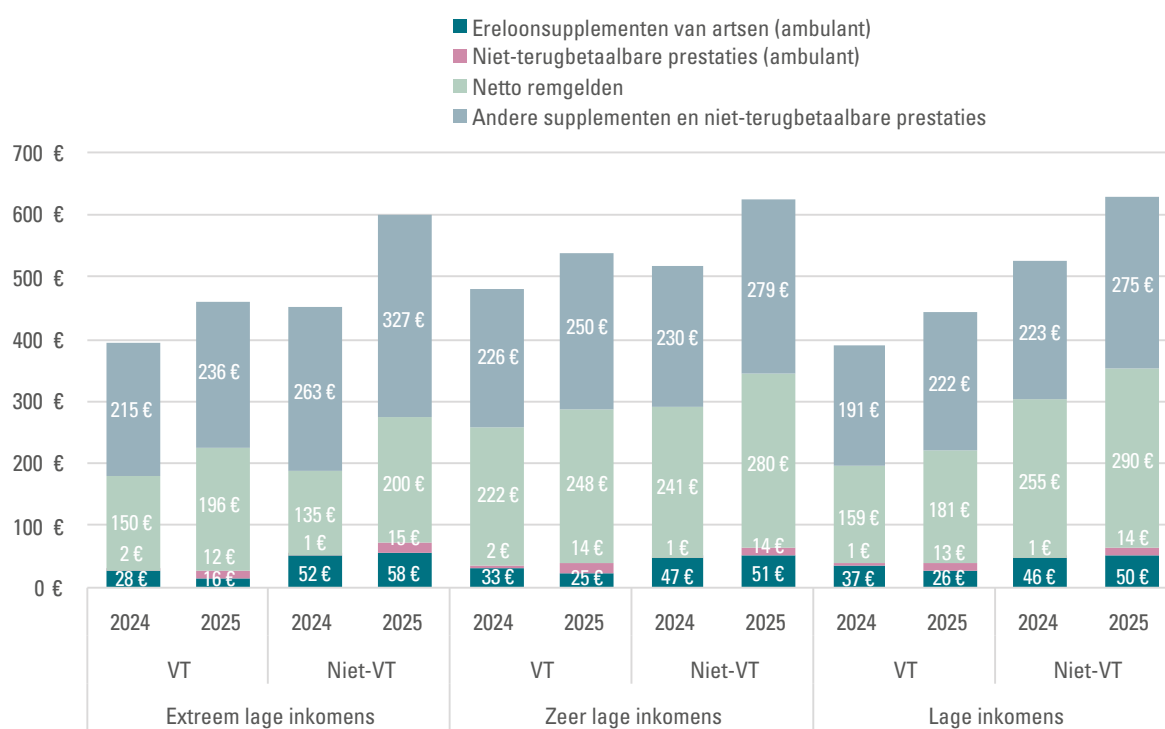
Figuur 3: Gemiddelde gestandaardiseerde eigen bijdragen (leeftijd en geslacht) in 2024 en 2025 volgens VT-status, schatting voor België (Bron: Gewogen CM-gegevens)



Figuur 4: Gemiddelde gestandaardiseerde eigen bijdragen (leeftijd en geslacht) in 2024 en 2025 volgens MAF-inkomensschijf, schatting voor België (Bron: Gewogen CM-gegevens)



Figuur 5: Gemiddelde gestandaardiseerde eigen bijdragen (leeftijd en geslacht) in 2024 en 2025 volgens VT-statuuat en MAF-inkomensschijf, schatting voor België (Bron: Gewogen CM-gegevens)



Deze resultaten suggereren dat de wijziging in facturatiepraktijken verder reikt dan enkel de meest gegoede groepen en in uiteenlopende mate alle patiënten treft.

De kruising van het VT-statuuut met de inkomenscategorieën laat toe bijzonder gevoelige situaties te identificeren. Binnen de laagste inkomenscategorieën vertonen niet-VT-rechthebbenden beduidend hogere niveaus van eigen bijdragen, en dit voor alle componenten ervan (zie Figuur 5).

Bovendien wordt zelfs bij VT-rechthebbenden **de daling van de ambulante supplementen gedeeltelijk gecompenseerd door de stijging van andere kostenposten, wat het verwachte beschermende effect van het verbod op ereloon-supplementen beperkt.**

4. Bespreking

4.1. Profiel van VT-rechthebbenden

De resultaten tonen dat **het VT-statuuut geconcentreerd is bij sociaaleconomisch kwetsbare bevolkingsgroepen**. Bijna de helft van de VT-rechthebbenden krijgt dit statuut automatisch toegekend op basis van objectieve criteria (tegemoetkoming voor personen met een handicap, leefloon of IGO, personen in arbeidsongeschiktheid of werkloosheid enz.). Bij de andere helft gebeurt dit na een gedetailleerd inkomensonderzoek. In beide gevallen berust de toekenning van het statuut op een effectieve controle van de sociaaleconomische situatie, wat de centrale rol bevestigt van de toekenningsmechanismen bij het bereiken van de meest kwetsbare bevolkingsgroepen. Ter illustratie: zelfstandigen vertegenwoordigen slechts 1,5% van alle VT-rechthebbenden. Deze verdeling nuanceert bepaalde percepties dat het statuut in ruime mate ten goede zou komen aan bevolkingsgroepen met hoge inkomens.

Deze vaststellingen zijn essentieel voor de interpretatie van de volgende resultaten: aangezien de regeling wel degelijk gericht is op de meest kwetsbare bevolkingsgroepen, hebben de vastgestelde effecten van de hervorming prioritair betrekking op deze groepen en moeten zij worden geanalyseerd vanuit hun impact op de ongelijkheden in toegang tot zorg.

4.2. Verschuivingseffect eerder dan globale vermindering

De belangrijkste les van deze studie is dat het gerichte verbod op supplementen niet leidt tot een algemene daling van de bijkomende kosten ten laste van patiënten. De resultaten suggereren dat twee verschillende aanpassingsmechanismen bijdragen tot dit resultaat.

Het eerste is een **verschuiving van supplementen tussen patiënten**. De sterke daling vastgesteld bij VT 'sociaal recht' wordt immers grotendeels gecompenseerd door een stijging bij patiënten die in 2025 niet door de maatregel worden beschermd. Dit resultaat is verenigbaar met de hypothese dat artsen hun tariefpraktijken aanpassen in functie van het statuut van de patiënt-e wanneer dit statuut zichtbaar is, met name via elektronische facturatie.

Bovendien verdwijnen de supplementen niet volledig bij VT 'sociaal recht', hoewel zij onder het verbod vallen. Dit is te verklaren vanuit het ontbreken van een *realtime* raadpleging van het VT-statuuut, met name bij papieren facturatie. De daling vastgesteld bij VT 'inkomen' – hoewel deze groep in 2025 niet onder de maatregel valt – wijst in dezelfde richting: ze suggereert dat zorgverleners niet altijd onmiddellijk beschikken over informatie over het type statuut van de patiënt-e. Voor de supplementen die bij VT 'sociaal recht' blijven bestaan in elektronische facturatie, lijkt het eerder te gaan om een **nog onvolledige toepassing van de maatregel**, vooral voor raadplegingen (voor andere prestaties kunnen uitzonderingen een rol spelen).

Het tweede mechanisme dat kan bijdragen tot dit resultaat, is een **herstructurering van de bijkomende kosten, gekenmerkt door een toenemend aandeel van niet-terugbetaalbare prestaties**. Hoewel de supplementen afnemen voor VT-rechthebbenden die door de maatregel worden beschermd, wordt deze daling gedeeltelijk gecompenseerd door een toename van het aandeel niet-terugbetaalbare prestaties in de bijkomende kosten die hun worden aangerekend. De uitgevoerde analyse suggereert dat dit effect kan voortvloeien uit verschillende, mogelijk gelijktijdig optredende mechanismen: een betere registratie van niet-terugbetaalbare prestaties, een herkwalificatie van bepaalde bedragen (niet-terugbetaalbare prestaties die vroeger als supplementen werden geregistreerd) of een gedeeltelijke substitutie van supplementen door niet-terugbetaalbare prestaties.

Hier moet worden opgemerkt dat binnen de transparantiecodelijst categorie 3 ('prestaties buiten de nomenclatuur') veruit overheerst. Deze categorie biedt **een aanzienlijke flexibiliteit in het gebruik van de code**, doordat zeer uiteenlopende prestaties die buiten de officiële nomenclatuur van gezondheidszorg vallen eraan kunnen worden gekoppeld. Dit kan het gebruik van dit type facturatie faciliteren, zonder dat patiënten meer duidelijkheid krijgen over de aard van de prestaties.

Samengenomen suggereren deze elementen dat het toegenomen gebruik van transparantiecodelijst niet louter overeenkomt met gewijzigde registratiemodaliteiten, maar ook een weerspiegeling is van **aanpassingsmechanismen aan de nieuwe regelgeving**, waardoor hoge facturatieniveaus ten laste van patiënten behouden kunnen worden en tegelijk formeel aan het wettelijke kader wordt voldaan.

Deze twee mechanismen leiden tot dezelfde vaststelling: de hervorming leidt niet tot een structurele daling van de

kosten gedragen door patiënten, maar wel tot een herconfiguratie van hun samenstelling. Deze resultaten tonen de beperkingen aan van een regulering die uitsluitend gericht is op ereloon-supplementen, in een context waarin bijkomende kosten op verschillende manieren kunnen worden geregistreerd en waarin de bescherming van een bepaalde patiëntencategorie ten koste kan gaan van andere groepen.

4.3. Beperkingen van een gerichte en binaire bescherming

Meer algemeen wijzen de resultaten op de beperkingen van een strikt gerichte benadering van financiële bescherming. De door de hervorming ingevoerde binaire logica – een onderscheid tussen beschermde en niet-beschermde patiënten – gaat gepaard met verschuivingseffecten ten nadele van de tweede groep. De stijging van de supplementen bij niet-VT-rechthebbenden, maar in beperktere mate ook bij VT 'inkomen', suggereert een **risico op een toename van ongelijkheden tussen sociale groepen die sociaaleconomisch dicht bij elkaar staan**.

Vele studies tonen immers aan dat **gezondheidsongelijkheden en toegang tot zorg een continue sociaaleconomische gradiënt volgen** en niet een drempellogica. Elke lagere sociaaleconomische positie gaat gepaard met een slechtere gezondheid, zorggebruik dat steeds minder aansluit bij de behoeften, en hogere eigen bijdragen in verhouding tot het beschikbaar inkomen (Noirhomme, 2026).

Deze verschuivingsdynamiek is des te problematischer omdat het VT-statuuut niet de volledige sociale gradiënt bestrijkt. Dit zorgt voor tussenzones waarin sommige huishoudens, hoewel sociaal kwetsbaar, niet voldoen aan de toegangsvoorwaarden voor het VT-statuuut en bijgevolg onvoldoende beschermd blijven tegen evoluerende facturatiepraktijken. In een systeem dat grotendeels berust op een binaire toegang tot versterkte bescherming, krijgen deze huishoudens meer te maken met stijgende gezondheidsuitgaven, met een groter risico op uitstel of afzien van zorg. Deze situatie wordt mogelijk versterkt door het niet-gebruik van het VT-statuuut door een deel van de rechthebbenden (Noirhomme, 2026; Avalosse, Vandeleeene & De Spiegeleer, 2023).

Vanuit het perspectief van patiënten, tonen de resultaten dat de geobserveerde evoluties in de facturatiepraktijken zich niet vertalen in een daling van de eigen bijdragen, maar eerder in een herconfiguratie ervan. Hoewel bepaal-

de supplementen afnemen, wordt hun gewicht gedeeltelijk gecompenseerd door andere soorten kosten, met name niet-terugbetaalbare kosten, leidend tot een **algemene stijging van de financiële zorglast**. Deze dynamiek treft de gehele bevolking, maar roept vooral vragen op voor de meest kwetsbare groepen, zeker voor personen met lage inkomens die geen beroep kunnen doen op bestaande beschermingsmechanismen en die beduidend hogere eigen bijdragen kennen. Dit wijst op het bestaan van **lacunes in de financiële bescherming**, waarbij sommige huishoudens zowel over beperkte middelen beschikken als sterk geconfronteerd worden met eigen bijdragen. Zo lijken de beschermingsmechanismen verbonden aan het VT-statuuut bepaalde soorten supplementen te beperken, maar verhinderen zij geen **globale stijging van de eigen bijdragen**, voortvloeiend uit andere facturatievormen.

4.4. Verschillende aanpassingsmogelijkheden volgens specialisme

De waargenomen verschillen tussen specialismen wijzen op **teggengestelde dynamieken omtrent het verbod op ereloonsupplementen**. Verschillende factoren kunnen hier een verklaring bieden.

De disciplines onderscheiden zich vooreerst door historisch verschillende facturatiepraktijken, met bijvoorbeeld veel lagere supplementen per raadpleging bij huisartsen dan bij specialisten, terwijl ook de **nomenclatuurbedragen sterk variëren** tussen de disciplines. In specialismen waar de officiële honoraria lager liggen⁸, maken supplementen vermoedelijk een groter deel van het inkomen uit, wat de kwetsbaarheid voor de hervorming kan vergroten. De ruimte voor aanpassing kan ook verschillen naargelang het relatieve gewicht van de ambulante activiteit binnen een specialisme. Disciplines met meer raadplegingen en ambulante prestaties, zoals oogheelkunde of dermatologie, worden sterker getroffen door het verbod ingevoerd in 2025 dan specialismen waarvan de activiteit voornamelijk in andere zorgcontexten plaatsvindt (zoals anesthesie-reanimatie, oncologie enz.).

Deze aanpassingen nemen naargelang het specialisme verschillende vormen aan. In sommige disciplines, zoals oogheelkunde, gaat de daling van de supplementen ge-

paard een belangrijk gebruik van niet-terugbetaalbare prestaties en uiteindelijk met een stijging van de totale bijkomende kosten die door de patiënten worden gedragen. Deze evolutie wijst op een mechanisme van **substitutie tussen verschillende vormen van facturatie** die ten laste van de patiënt blijven, waarbij bedragen die vroeger als supplementen werden geregistreerd mogelijk worden geherkwalificeerd als niet-terugbetaalbare prestaties. Dit leidt ertoe dat de verwachte effecten van de beperking van ereloonsupplementen worden geneutraliseerd of zelfs overstegen. In andere disciplines, zoals dermatologie of gynaecologie, nemen de supplementen niet af, maar juist toe, voornamelijk voor niet-VT-rechthebbenden, wijzend op een **verschuiving van de financiële last naar groepen die niet door de maatregel worden beschermd**.

Uit de resultaten blijkt dat de twee geïdentificeerde aanpassingsmechanismen elkaar niet uitsluiten, maar zich, naargelang de tariefstructuur en praktijk van het specialisme, op verschillende manieren combineren. Zij pleiten voor bijzondere aandacht voor de eigen dynamieken van elke discipline, naast een globale analyse.

Daarnaast kunnen recente wijzigingen in de officiële honoraria, die parallel met de onderzochte hervorming plaatsvinden, eveneens van invloed zijn op toekomstige evoluties. De nieuwe honoraria vastgelegd in 2026, worden gekenmerkt door een gedifferentieerde evolutie naargelang de accreditatiestatus: de honoraria voor raadplegingen dalen met 3 euro voor niet-geaccrediteerde artsen, terwijl ze licht stijgen voor geaccrediteerde artsen.

In een systeem waarin supplementen overeenkomen met het verschil tussen het door de zorgverlener vrij bepaald tarief en het officiële honorarium, leidt een verlaging van dat laatste bij een ongewijzigd aangerekend tarief automatisch tot een stijging van het supplement. Ter illustratie: voor een raadpleging gefactureerd aan 60 euro zou het supplement stijgen van 33,92 euro naar 36,92 euro, wat neerkomt op een automatische stijging met 3 euro (+8,8%) zonder enige gedragswijziging bij de zorgverlener.

Dit mechanisme is niet rechtstreeks waarneembaar in de hier geanalyseerde gegevens, die slaan op het jaar 2025, maar vormt een belangrijk element voor de interpretatie van toekomstige evoluties. Het suggereert dat vanaf 2026 een deel van de variaties in supplementen het gevolg kan

8 De officiële honoraria voor raadplegingen variëren aanzienlijk volgens specialisme en accrediteringsstatuuut. In 2026 bedragen zij voor de meeste disciplines 23,08 euro voor niet-geaccrediteerde artsen (en 33,74 euro voor geaccrediteerde artsen), terwijl sommige disciplines hogere niveaus vertonen, tot 67,79 euro voor bepaalde specialismen zoals oncologie (en 79,22 euro voor geaccrediteerde oncologen).

zijn van mechanische effecten die samenhangen met honorariumaanpassingen, los van enige wijziging in de praktijken.

In deze context roept de verlaging van de honoraria die uitsluitend geldt voor niet-geaccrediteerde artsen ook vragen op over haar stimulerende werking. In een systeem waarin supplementen (gedeeltelijk) zijn toegestaan, kan deze verlaging immers worden gecompenseerd door een automatische stijging van de supplementen bij een ongewijzigd tarief. Hierdoor verandert het inkomen van de zorgverlener niet noodzakelijk, maar wordt de financiële last wel doorgeschoven naar patiënten, vooral naar deze die geen beroep kunnen doen op beschermingsmechanismen.

4.5. Gevolgen van de uitbreiding van de maatregel in 2026

Alle besproken punten bieden belangrijke inzichten met het oog op de uitbreiding van de maatregel naar alle VT-rechthebbenden vanaf 2026.

Eenzijds wijst het waargenomen verschuivingsmechanisme erop dat een uitbreiding van de maatregel **de druk op niet-VT-rechthebbenden zou kunnen vergroten**, die dan een nog groter deel van de supplementen zouden moeten dragen. Dit risico verdient bijzondere aandacht, aangezien de categorie niet-VT-rechthebbenden zeer uiteenlopende sociaaleconomische situaties omvat. Door het binaire karakter van de toegang tot het VT-statuuut, omvat deze groep niet enkel huishoudens met een relatief hoog inkomen, maar ook huishoudens met een bescheiden inkomen dat dicht bij de inkomensgrens ligt, evenals personen die potentieel recht hebben op het VT-statuuut maar er geen beroep op doen. Voor deze groepen, die vaak grotere zorgbehoeften hebben, kan een toename van de eigen bijdragen het risico op uitstel of afzien van zorg vergroten, en meer algemeen, bijdragen tot het bestendigen van sociale gezondheidsongelijkheden.

Deze dynamieken kunnen ook vragen oproepen over de aanvaardbaarheid van het systeem tussen personen die van versterkte beschermingsmechanismen genieten en personen die, ondanks beperkte middelen, daar geen toegang toe hebben. Wanneer bescherming slechts gericht is op een deel van de bevolking, kan een toename van de financiële last voor niet-beschermde patiënten als onrechtvaardig worden ervaren en de steun voor de solidariteitsmechanismen, aan de grondslag van het gezondheidszorgsysteem, ondergraven.

Anderzijds zou de in 2025 waargenomen **herstructurering van de bijkomende kosten**, gekenmerkt door een stijgend aandeel van niet-terugbetaalbare prestaties, zich eveneens kunnen voortzetten. In dit verband lijken de huidige transparantiecodes slechts beperkt transparant: hun heterogene inhoud maakt een precieze interpretatie van de gefactureerde bedragen moeilijk, terwijl zij tegelijk ruimte bieden voor een grote flexibiliteit in het gebruik ervan.

Deze factoren wijzen erop dat, zonder aanpassing van het regelgevend kader, de uitbreiding van de maatregel bepaalde al waargenomen dynamieken zou kunnen versterken, waardoor de doeltreffendheid ervan voor het verbeteren van de financiële toegankelijkheid van zorg beperkt blijft.

5. Aanbevelingen

De resultaten van deze studie wijzen op een verschuiving van supplementen die de impact van het verbod op ereloon-supplementen op de financiële toegankelijkheid van zorg beperken. Om de doeltreffendheid van de maatregel te vergroten en ervoor te zorgen dat toekomstige hervormingen rekening houden met deze aanpassingsmechanismen, kunnen verschillende pistes worden overwogen.

(1) Niet-terugbetaalbare prestaties en transparantiecodes strikter omkaderen

Het gebruik van niet-terugbetaalbare prestaties via transparantiecodes vormt een van de belangrijkste waargenomen evoluties. In deze context bestaat een eerste prioriteit erin het regelgevend kader voor deze prestaties te versterken en de transparantie ervan te verbeteren. Dit zou kunnen gebeuren via:

- Een verduidelijking van het toepassingsgebied van prestaties die buiten de nomenclatuur mogen worden gefactureerd, vooral voor de ruimste categorieën van transparantiecodes, zoals de categorie 'niet-terugbetaalbare prestaties buiten de nomenclatuur';
- Een striktere regulering van bepaalde transparantiecodes, met name deze die betrekking hebben op prestaties buiten de nomenclatuur, door een nauwkeurigere omschrijving van hun inhoud;
- Een harmonisering en systematisering van het gebruik ervan, om de monitoring van de praktijken te vergemakkelijken.

Het doel is de garantie dat het verbod op ereloonsupplementen niet kan worden omzeild door een eenvoudige herkwalificatie van de gefactureerde bedragen, en tegelijk een verbeterde transparantie voor patiënten.

Met het oog op de uitbreiding van het verbod op supplementen naar alle VT-rechthebbenden in 2026, lijkt een dergelijke omkadering des te belangrijker. Zonder aanpassing van het regelgevend kader zouden niet-terugbetaalbare prestaties een steeds belangrijkere bron van bijkomende kosten kunnen vormen, waardoor het verwachte effect van de maatregel op de financiële toegankelijkheid van zorg beperkt blijft.

(2) De mechanismen voor monitoring en gerichte controle versterken

De resultaten tonen dat de facturatiepraktijken zich snel aanpassen aan reglementaire evoluties. In deze context hangt de doeltreffendheid van het verbod niet alleen af van het bestaan van regels, maar ook van het vermogen om potentieel niet-conforme situaties op te sporen, op te volgen en te behandelen. Dit impliceert onder meer:

- Een regelmatige opvolging van de evolutie van supplementen en niet-terugbetaalbare prestaties, opgesplitst per specialisme, om rekening te houden met de heterogeniteit in facturatiepraktijken;
- Gedifferentieerde analyses volgens het sociaal statuut van patiënten om eventuele verschuivingen van bijkomende kosten tussen patiëntengroepen of een toename van niet-terugbetaalbare prestaties;
- De invoering van gerichte controles op bepaalde atypische facturatiepraktijken (bijvoorbeeld intensief gebruik van transparantiecodes of facturatieprofielen die sterk afwijken van wat binnen het betrokken specialisme gebruikelijk is).

Een versterking van de monitoring moet gepaard gaan met een reflectie over de beschikbare actiemiddelen na detectie. Op dit moment kunnen de verzekeringsinstellingen bijdragen aan het identificeren van situaties die mogelijk strijdig zijn met het verbod op ereloonsupplementen, maar hun mogelijkheden om op te treden zijn beperkt. In het bijzonder bestaat er geen wettelijke basis om de terugbetaling van een prestatie te weigeren omdat er mogelijk onrechtmatig een supplement werd aangerekend. Een dergelijke werkwijze zou de patiënt-e bovendien extra kunnen benadelen, aangezien die dan zowel het onterecht aangerekende supplement als het verlies van de terugbetaling waarop die recht heeft, zou moeten dragen. De

ziekenfondsen beschikken evenmin over rechtstreekse middelen om de betrokken zorgverleners te sanctioneren. Een verduidelijking van het wettelijk kader en van de opvolgingsmechanismen zou dan ook kunnen bijdragen tot een grotere doeltreffendheid van de maatregel, onder meer door de mogelijkheden voor melding, opvolging en rechtzetting van problematische situaties te versterken.

(3) Rekening houden met de socio-economische gradiënt die verder reikt dan het VT-statuu

De hervorming berust op een binaire beschermingslogica die contrasteert met de realiteit van een continue sociaaleconomische gradiënt. De resultaten suggereren dat deze aanpak kan leiden tot een verschuiving van de financiële last naar patiënten die zich net boven de toegangsdrempel voor het VT-statuu bevinden. In dit perspectief kunnen verschillende pistes worden onderzocht:

- De ontwikkeling van progressieve beschermingsmechanismen die drempel-effecten vermijden;
- Een betere afstemming tussen de bestaande beschermingsinstrumenten (VT, MAF en andere financiële beschermingsmechanismen).

Dergelijke evoluties zouden een betere bescherming bieden aan de tussengroepen binnen de sociale gradiënt en de geobserveerde verschuivingseffecten beperken.

(4) De impact voor patiënten systematisch integreren in beleidsevaluatie

Tot slot onderstrepen de resultaten het belang om hervormingen niet alleen te evalueren op basis van facturatievolumes, maar ook vanuit hun concrete impact op patiënten. Daarom wordt aanbevolen om:

- Regelmatig indicatoren op te stellen die de eigen bijdragen en de financiële last meten in relatie tot het inkomen;
- De evolutie van uitstel en afstel van zorg om financiële redenen op te volgen;
- De verdeling van de eigen bijdragen tussen bevolkingsgroepen te analyseren.

Een dergelijke benadering zou toelaten de reële effecten van beleidsmaatregelen op de billijkheid en toegankelijkheid van zorg beter te begrijpen.

Conclusie

Deze studie toont aan dat het gerichte verbod op ambulante ereloonsupplementen gepaard gaat met ingrijpende aanpassingen van de facturatiepraktijken. Hoewel de maatregel leidt tot een aanzienlijke daling van de supplementen voor de betrokken rechthebbenden, vertaalt dit zich niet in een algemene daling van de bijkomende kosten ten laste van patiënten. Dat komt zowel door een verschuiving van kosten naar patiënten die niet door de maatregel worden beschermd als door een herstructurering van de bijkomende kosten, gekenmerkt door een toenemend aandeel van niet-terugbetaalbare prestaties. Bovendien blijkt dat de totale eigen bijdragen – voor alle zorgvormen samen en niet enkel voor ambulante zorg – tussen 2024 en 2025 voor geen enkele patiëntencategorie dalen.

Uit deze ontwikkelingen blijken de beperkingen van een regulering die focust op één enkel instrument, in dit geval ereloon-supplementen, evenals die van een strikt gerichte financiële bescherming in een context gekenmerkt door een continue sociaaleconomische gradiënt. Het binaire onderscheid tussen personen met en zonder VT-statuuut weerspiegelt immers slechts onvolledig de diversiteit aan financiële situaties. Onder de personen zonder VT-statuuut bevinden zich zowel welgestelde huishoudens als huishoudens met lage of gemiddelde inkomens, waarvan sommige zich dicht bij de inkomensgrens voor toegang tot het VT-statuuut bevinden. Verder zijn er ook personen die potentieel recht hebben op het VT-statuuut, maar hiervan geen gebruik maken door onwetendheid over hun rechten of de complexiteit van administratieve procedures.

De resultaten roepen vragen op over het concrete nut van de nieuwe facturatiecodes ingevoerd om verboden supplementen te onderscheiden van andere bijkomende kosten. Hoewel deze codes mogelijk bijdragen tot een betere administratieve opvolging en beleidsevaluatie, bieden ze patiënten niet meer inzicht in de reële kostprijs die hun zal worden aangerekend voor zorg. In veel gevallen kunnen zij de totale kostprijs van zorg vóór de behandeling nog steeds niet duidelijk inschatten, vooral bij de raadpleging van een niet-geconventioneerde zorgverlener.

In dit licht suggereren de resultaten dat beleidsmaatregelen, gericht op een betere financiële toegankelijkheid van zorg, niet alleen rekening moeten houden met de gefactuurerde bedragen, maar ook met de aanpassingseffecten in de facturatiepraktijken. Een meer globale benadering van de eigen bijdragen, die alle mogelijke bijkomende kosten voor patiënten omvat, lijkt noodzakelijk om de impact van de hervormingen volledig te kunnen beoordelen.

Verschillende aanvullende onderzoekspistes zijn te overwegen. De analyse van de effecten van de uitbreiding van de maatregel naar alle VT-rechthebbenden vanaf 2026, zal daarbij heel belangrijk zijn. Verder konden bepaalde potentiële effecten – met name rond toegang tot zorg, patiëntselectie of weigering van zorg op basis van het VT-statuuut – niet worden onderzocht binnen deze studie en verdienen zij specifieke aandacht.

Tot slot zullen we, in bredere zin, aandacht moeten besteden aan de structurele tegenstrijdigheid binnen het zorgsysteem die in deze studie aan het licht komt: hoewel sommige mechanismen zijn ontworpen om de meest kwetsbare patiënten financieel te beschermen, wordt de reikwijdte ervan beperkt door het bestaan van mechanismen die zorgverleners een grote vrijheid geven bij het bepalen van hun tarieven. Dit naast elkaar bestaan van instrumenten van collectieve solidariteit en tariefvrijheid vermindert de effectiviteit van de financiële bescherming die het systeem biedt en ondermijnt de doelstellingen rond billijkheid. De resultaten suggereren dan ook dat beschermende maatregelen voor kwetsbare groepen gedeeltelijk ineffectief dreigen te blijven zolang tegelijk mechanismen bestaan die deze ongelijkheden in de hand werken.

Dit nodigt uit tot een reflectie over de grenzen van solidariteitsmechanismen wanneer zij functioneren in een omgeving gestructureerd door marktmechanismen. Deze vraag reikt immers verder dan enkel de gezondheidszorg en verwijst naar een fundamenteel debat over het vermogen van solidariteitsmechanismen om de door de markten voortgebrachte ongelijkheden te corrigeren. Wanneer herverdelings- en correctiemechanismen voornamelijk achteraf ingrijpen, zonder de factoren aan te pakken die prijs- of toegankelijkheidsverschillen veroorzaken, dreigt hun doeltreffendheid slechts partieel te zijn. In die context kan solidariteit ertoe worden gedwongen voortdurend de effecten te compenseren van een systeem waarvan bepaalde regels tegelijk bijdragen tot het ontstaan van de ongelijkheden die ze juist tracht te verminderen. De studieresultaten suggereren dan ook dat, naast de omvang van de doelgerichtheid van de bescherming van kwetsbare bevolkingsgroepen, de centrale vraag ook ligt in de verenigbaarheid tussen de doelstelling van collectieve solidariteit en de institutionele mechanismen die de zorgmarkt organiseren. Effectieve bescherming veronderstelt immers niet alleen robuuste corrigerende mechanismen, maar ook een voldoende herverdelend kader dat voorkomt dat ongelijkheden voortdurend al in een vroeg stadium worden gereproduceerd.

Bibliografie

- Avalosse, H., Vandeleene, G., & De Spiegeleer, T. (2023). Meer begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming in België. *Gezondheid & Samenleving*, 5, 6-33.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). KCE Reports 334*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- CM. (2026). *Verhoogde tegemoetkoming: betaal minder voor medische zorg en krijg extra voordelen*. Opgehaald van <https://www.cm.be/leef/preventie-en-gezondheid/geldzaken/verhoogde-tegemoetkoming>.
- De Wolf, F., Willaert, D., & Landtmeters, B. (2023). *Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement du médecin prestataire - Actualisation données 2022*. Bruxelles: AIM Agence Intermutualiste.
- Intermutualistisch Agentschap. (2026). *IMA-Atlas*. Opgehaald van <https://atlas.ima-aim.be/>.
- Koninklijk Besluit van 12 maart 2024 tot uitvoering van het hoofdstuk 2 van de wet van 29 november 2022 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, wat betreft de toepassing van het verbod op ereloonsupplementen voor geneeskundige verzorging verleend door artsen aan rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming. *Belgisch Staatsblad*, 22 maart 2024, 35197-35203.
- Noirhomme, C., & Noirhomme, C. (2026). Ongelijkheden in gezondheidszorg begrijpen. *Gezondheid & Samenleving*, 18, 4-47.
- RIZIV. (2026a). *Financiële toegankelijkheid van uw gezondheidszorg*. Opgehaald van <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid>.
- RIZIV. (2026b). *Verhoogde tegemoetkoming: betere vergoeding van medische kosten*. Opgehaald van <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/de-verhoogde-tegemoetkoming>.
- RIZIV. (2026c). *Verhoogde tegemoetkoming: grensbedragen van de inkomsten*. Opgehaald van <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/verhoogde-tegemoetkoming-grensbedragen-van-de-inkomsten>.
- RIZIV. (2026d). *De maximumfactuur (MAF) houdt medische kosten binnen de perken*. Opgehaald van <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/de-maximumfactuur-maf>.
- STATBEL. (2026). *Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale*. Opgehaald van <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/risque-de-pauvrete-ou-dexclusion-sociale>.
- Verordening van 7 augustus 2024 van de FOD Sociale Zekerheid tot vaststelling van de pseudocodes voor de aanvullende gegevens die door de artsen aan de verzekeringsinstellingen moeten overgemaakt worden. *Belgisch Staatsblad*, 18 september 2024, 108464-108466.

Bijlagen

Bijlage 1: Evolutie van het totale volume aan bijkomende kosten gefactureerd tussen S1 2024 en S1 2025 volgens VT-statuuut en facturatiecircuit – Waargenomen gegevens voor CM-leden (Bron: Ruwe CM-gegevens)

Statuut	Facturatiecircuit en type bijkomende kosten	In miljoen euro		Verdeling bedragen 2025	Evolutie 2024-2025
		S1 2024	S1 2025		
VT 'sociaal recht'	Elektronische facturatie - Supplementen (zonder transparantiecodes)	3,8	1,4	39%	-65%
	Elektronische facturatie - Supplementen (met transparantiecodes)	/	0,0	0%	
	Andere circuits – Supplementen	1,2	0,6	18%	-51%
	Alle supplementen	5,1	2,0	57%	-61%
	Niet-terugbetaalbare prestaties (transparantiecodes)	/	1,5	43%	
	Alle bijkomende kosten	5,1	3,5	100%	-32%
VT 'inkomen'	Elektronische facturatie - Supplementen (zonder transparantiecodes)	4,4	4,3	62%	-2%
	Elektronische facturatie - Supplementen (met transparantiecodes)	/	0,0	0%	
	Andere circuits – Supplementen	1,7	0,9	14%	-45%
	Alle supplementen	6,1	5,2	76%	-14%
	Niet-terugbetaalbare prestaties (transparantiecodes)	/	1,7	24%	
	Alle bijkomende kosten	6,1	6,9	100%	14%
Niet-VT	Elektronische facturatie - Supplementen (zonder transparantiecodes)	55,0	67,5	71%	23%
	Elektronische facturatie - Supplementen (met transparantiecodes)	/	0,2	0%	
	Andere circuits - Supplementen	20,4	12,8	13%	-37%
	Alle supplementen	75,5	80,5	84%	7%
	Niet-terugbetaalbare prestaties (transparantiecodes)		15,0	16%	
	Alle bijkomende kosten	75,5	95,5	100%	27%
Totaal	Elektronische facturatie - Supplementen (zonder transparantiecodes)	63,3	73,1	69%	16%
	Elektronische facturatie - Supplementen (met transparantiecodes)	/	0,2	0%	
	Andere circuits - Supplementen	23,4	14,3	14%	-39%
	Alle bijkomende kosten	86,6	87,7	83%	1%
	Niet-terugbetaalbare prestaties (transparantiecodes)	/	18,2	17%	
	Alle bijkomende kosten	86,6	105,9	100%	22%

Bijlage 2: Evolutie van de gemiddelde bijkomende kosten gefactureerd tussen SI 2024 en SI 2025 volgens VT-statut en facturatiecircuit, schatting voor België (Bron: Gewogen CM-gegevens)

		Gemiddeld bedrag / patiënt-e in euro			Gemiddeld bedrag / prestatie in euro			Gemiddeld bedrag / arts in euro		
		S1 2024	S1 2025	Evolutie 2024- 2025	S1 2024	S1 2025	Evolutie 2024- 2025	S1 2024	S1 2025	Evolutie 2024- 2025
VT'sociaal recht'	Elektronische facturatie - supplementen*	10,5	3,8	-64%	0,39	0,14	-64%	312	110	-65%
	Andere circuits - supplementen	4,5	2,4	-47%	1,67	0,90	-46%	131	85	-35%
	Alle supplementen	13,1	5,3	-59%	0,48	0,20	-58%	379	152	-60%
	Niet-terugbetaalbare prestaties (transparantiecodes)	/	25,4		/	13,14		/	852	
	Alle bijkomende kosten	13,1	9,4	-28%	0,48	0,35	-27%	379	269	-29%
VT 'inkomen'	Elektronische facturatie - supplementen*	11,0	10,6	-4%	0,50	0,48	-4%	352	330	-6%
	Andere circuits - supplementen	5,6	3,3	-41%	2,37	1,58	-33%	177	136	-23%
	Alle supplementen	14,4	12,3	-15%	0,65	0,56	-14%	452	385	-15%
	Niet-terugbetaalbare prestaties (transparantiecodes)	/	26,6		/	14,10		/	938	
	Alle bijkomende kosten	14,4	16,3	13%	0,65	0,73	12%	452	510	13%
Niet-VT	Elektronische facturatie - supplementen*	16,4	20,0	21%	0,88	1,05	19%	3.692	4.311	17%
	Andere circuits - supplementen	7,9	5,1	-36%	3,61	2,70	-25%	1.854	1.289	-30%
	Alle supplementen	20,8	22,0	6%	1,12	1,17	4%	4.666	4.832	4%
	Niet-terugbetaalbare prestaties (transparantiecodes)	/	30,6		/	16,58		/	4.719	
	Alle bijkomende kosten	20,8	26,1	25%	1,12	1,37	22%	4.666	5.723	23%
Totaal	Elektronische facturatie - supplementen*	15,3	17,3	13%	0,77	0,86	12%	4.285	4.691	9%
	Andere circuits - supplementen	7,3	4,6	-37%	3,26	2,34	-28%	1.799	1.308	-27%
	Alle supplementen	19,4	19,3	0%	0,98	0,97	-1%	5.385	5.286	-2%
	Niet-terugbetaalbare prestaties (transparantiecodes)	/	29,5		/	15,88		/	5.485	
	Alle bijkomende kosten	19,4	23,4	21%	0,98	1,16	18%	5.385	6.395	19%

*Inclusief supplementen geregistreerd met transparantiecodes (categorie 1).

Noot: de berekening van de gemiddelden gebeurt op basis van het aantal personen dat de betrokken prestaties heeft ontvangen, het totaal aantal prestaties (inclusief de prestaties waarvoor de bijkomende kosten nul zijn) en het aantal artsen dat de betrokken prestaties heeft verricht.

Bijlage 3: Evolutie van de gemiddelde bijkomende kosten gefactureerd per arts tussen S1 2024 en S1 2025 volgens medisch specialisme, schatting voor België (Bron: Gewogen CM-gegevens)

	Supplementen in euro			Alle bijkomende kosten in miljoen euro		
	S1 2024	S1 2025	Evolutie 2024-2025	S1 2024	S1 2025	Evolutie 2024-2025
Huisartsen	1.125	1.170	4%	1.125	1.319	17%
Arts-specialisten	8.011	7.773	-3%	8.011	9.461	18%
Oogheelkunde	26.036	18.252	-30%	26.036	30.810	18%
Gynaecologie-verloskunde	14.114	15.962	13%	14.114	17.322	23%
Dermatologie	22.128	27.695	25%	22.128	30.345	37%
Radiodiagnostiek	13.528	14.484	7%	13.528	15.430	14%
Klinische biologie	36.920	33.501	-9%	36.920	55.328	50%
Orthopedie	17.453	17.635	1%	17.453	19.228	10%
Cardiologie	6.439	6.359	-1%	6.439	6.775	5%
Stomatologie	16.197	16.044	-1%	16.197	19.896	23%
Urologie	12.610	13.593	8%	12.610	14.043	11%
Fysische geneeskunde	9.454	7.712	-18%	9.454	10.636	13%
NKO	7.246	7.790	8%	7.246	8.141	12%
Heelkunde	3.906	4.193	7%	3.906	4.436	14%
Pathologische anatomie	13.798	13.735	0%	13.798	15.468	12%
Pediatrie	1.789	1.917	7%	1.789	2.106	18%
Plastische chirurgie	11.271	10.671	-5%	11.271	11.982	6%
Gastro-enterologie	3.473	3.163	-9%	3.473	3.652	5%
Psychiatrie	1.274	1.328	4%	1.274	1.374	8%
Neurochirurgie	10.098	9.327	-8%	10.098	9.581	-5%
Anesthesie-reanimatie	645	544	-16%	645	779	21%
Reumatologie	4.911	3.961	-19%	4.911	5.594	14%
Neurologie	1.704	1.695	-1%	1.704	1.925	13%
Pneumologie	1.477	1.154	-22%	1.477	2.089	42%
Nucleaire geneeskunde	1.925	906	-53%	1.925	3.341	74%
Radiotherapie	7.115	4.181	-41%	7.115	4.210	-41%
Inwendige geneeskunde	632	459	-27%	632	692	10%
Endocrinologie	1.109	998	-10%	1.109	1.104	0%
Medische oncologie	620	489	-21%	620	492	-21%
Neuropsychiatrie	3.177	2.756	-13%	3.177	2.761	-13%

Bijlage 4: Gemiddelde bijkomende kosten gefactureerd met transparantiecodes in SI 2025 volgens VT-statuut, schatting voor België
(Bron: Gewogen CM-gegevens)

	Gemiddeld bedrag / patiënt-e in euro			Gemiddeld bedrag / prestatie in euro			Gemiddeld bedrag / arts in euro		
	VT 'sociaal recht'	VT 'inkomen'	Niet-VT	VT 'sociaal recht'	VT 'inkomen'	Niet-VT	VT 'sociaal recht'	VT 'inkomen'	Niet-VT
Categorie 1	13	28	31	9	19	21	159	413	2.808
Categorie 2	15	16	18	9	9	11	829	858	3.743
Categorie 3	26	27	30	16	17	19	678	754	3.771
Categorie 4	32	35	43	18	19	23	563	658	3.544

Bijlage 5: Evolutie van de gemiddelde bijkomende kosten gefactureerd per prestatie tussen S1 2024 en S1 2025 volgens medisch specialisme, schatting voor België (Bron: Gewogen CM-gegevens)

	Supplementen in miljoen euro						Niet-terug- betaalbare prestaties in miljoen euro	Alle bijkomende kosten in miljoen euro		
	Raadplegingen, bezoeken en adviezen			Andere prestaties						
	S1 2024	S1 2025	Evolutie 2024- 2025	S1 2024	S1 2025	Evolutie 2024- 2025		S1 2025	S1 2024	S1 2025
Huisartsen	0,4	0,4	8%	0,1	0,1	-18%	22,3	0,4	0,4	17%
Arts-specialisten	6,1	6,4	5%	0,6	0,5	-7%	15,6	1,2	1,4	17%
Oogheelkunde	6,8	4,8	-29%	2,7	1,9	-30%	18,6	3,9	4,2	7%
Gynaecologie- verloskunde	8,9	10,3	16%	2,3	2,8	24%	24,0	5,5	6,9	26%
Dermatologie	11,0	14,0	27%	2,5	3,8	51%	18,5	7,9	10,7	36%
Radiodiagnostiek	1,2	2,3	91%	1,7	1,8	8%	19,7	1,7	1,9	15%
Klinische biologie	0,6	0,0	-98%	0,2	0,2	-14%	8,5	0,2	0,3	45%
Orthopedie	11,9	12,3	3%	5,0	4,2	-16%	23,1	10,7	11,5	8%
Cardiologie	4,8	5,0	3%	1,3	1,2	-8%	14,5	2,4	2,5	4%
Stomatologie	9,4	9,2	-2%	4,9	3,6	-26%	247,9	6,1	5,9	-3%
Urologie	8,4	9,4	11%	2,4	2,5	4%	11,1	5,7	6,3	11%
Fysische geneeskunde	5,8	5,5	-5%	1,2	0,8	-34%	34,6	2,3	2,6	14%
NKO	4,3	4,8	12%	0,4	0,5	15%	15,9	1,6	1,9	16%
Heelkunde	5,9	6,3	7%	1,5	1,9	28%	21,9	4,0	4,7	18%
Pathologische anatomie	11,3	19,7	75%	1,9	2,2	14%	33,6	1,9	2,4	27%
Pediatrie	2,2	2,6	19%	0,5	0,4	-33%	24,4	1,8	2,2	25%
Plastische chirurgie	14,0	14,3	2%	24,5	22,7	-7%	130,5	15,9	17,2	8%
Gastro-enterologie	3,5	3,4	-3%	2,0	1,8	-13%	17,1	3,0	3,2	8%
Psychiatrie	2,5	2,8	12%	0,2	0,3	74%	33,6	1,9	2,6	34%
Neurochirurgie	12,3	11,7	-5%	0,9	0,7	-30%	20,8	11,5	11,0	-4%
Anesthesie- reanimatie	2,8	2,6	-6%	0,9	0,7	-20%	48,4	1,8	2,3	30%
Reumatologie	3,1	3,1	-1%	2,8	1,0	-65%	31,6	3,0	3,3	10%
Neurologie	1,8	1,8	0%	0,1	0,1	-8%	27,5	0,5	0,5	6%
Pneumologie	0,9	0,9	-3%	0,0	0,0	0%	10,3	0,0	0,0	33%
Nucleaire geneeskunde	0,9	1,1	30%	0,5	0,1	-72%	32,3	0,5	0,9	71%
Radiotherapie	1,4	1,0	-31%	2,4	1,4	-42%	23,5	2,3	1,3	-41%
Inwendige geneeskunde	0,8	0,8	-5%	0,2	0,1	-47%	23,4	0,3	0,4	21%
Endocrinologie	0,7	0,7	-5%	2,8	2,0	-27%	37,5	0,9	0,9	-1%
Medische oncologie	1,2	1,0	-13%	0,0	0,0	-100%	12,1	0,6	0,6	-7%
Neuropsychiatrie	5,9	5,3	-9%	1,1	2,7	157%	11,1	4,8	4,9	3%

Bijlage 6: Evolutie van het totale volume bijkomende kosten gefactureerd tussen S1 2024 en S1 2025 volgens medisch specialisme en VT-statuut, schatting voor België (Bron: Gewogen CM-gegevens)

		Supplementen in miljoen euro						Niet-terug- betaalbare prestaties in miljoen euro	Alle bijkomende kosten in miljoen euro		
		Consultaties, bezoeken en adviezen			Andere prestaties						
		S1 2024	S1 2025	Evolutie 2024-2025	S1 2024	S1 2025	Evolutie 2024-2025		S1 2025	S1 2024	S1 2025
Huisartsen	VT 'sociaal recht'	0,80	0,42	-47%	0,02	0,01	-45%	0,11	0,81	0,54	-34%
	VT 'inkomen'	1,06	1,03	-3%	0,02	0,01	-7%	0,13	1,07	1,18	10%
	Niet-VT	14,30	15,35	7%	0,18	0,24	33%	1,95	14,48	17,53	21%
Arts- specialisten	VT 'sociaal recht'	7,13	2,33	-67%	5,45	2,71	-50%	4,11	12,57	9,14	-27%
	VT 'inkomen'	8,98	8,01	-11%	5,89	4,75	-19%	4,37	14,87	17,14	15%
	Niet-VT	90,66	100,67	11%	70,86	69,14	-2%	32,36	161,53	202,18	25%
Oogheekunde	VT 'sociaal recht'	1,27	0,34	-73%	0,97	0,19	-80%	1,23	2,23	1,77	-21%
	VT 'inkomen'	1,73	1,01	-42%	1,28	0,78	-39%	1,55	3,01	3,34	11%
	Niet-VT	12,35	9,58	-22%	12,17	9,39	-23%	11,87	24,52	30,85	26%
Gynaecologie- verloskunde	VT 'sociaal recht'	0,86	0,27	-68%	0,19	0,09	-53%	0,12	1,05	0,48	-54%
	VT 'inkomen'	1,16	1,19	2%	0,23	0,30	31%	0,16	1,39	1,65	19%
	Niet-VT	15,55	18,45	19%	4,29	5,24	22%	1,89	19,85	25,58	29%
Dermatologie	VT 'sociaal recht'	0,66	0,19	-71%	0,11	0,04	-60%	0,14	0,77	0,38	-51%
	VT 'inkomen'	1,00	1,17	16%	0,16	0,20	29%	0,16	1,16	1,53	32%
	Niet-VT	13,79	18,13	31%	1,78	2,75	55%	1,85	15,57	22,73	46%
Radio- diagnostiek	VT 'sociaal recht'	0,00	0,00	-68%	0,93	0,29	-69%	0,18	0,93	0,47	-49%
	VT 'inkomen'	0,00	0,00	96%	1,12	0,85	-24%	0,19	1,12	1,04	-7%
	Niet-VT	0,01	0,02	114%	19,65	22,27	13%	1,16	19,66	23,45	19%
Klinische biologie	VT 'sociaal recht'	0,00	0,00	-100%	1,67	1,24	-26%	1,29	1,67	2,53	52%
	VT 'inkomen'	0,00	0,00		1,52	1,29	-15%	1,15	1,52	2,44	60%
	Niet-VT	0,00	0,00	-98%	13,53	11,88	-12%	7,11	13,54	18,99	40%
Orthopedie	VT 'sociaal recht'	1,41	0,49	-65%	0,15	0,08	-47%	0,20	1,56	0,77	-51%
	VT 'inkomen'	1,66	1,52	-8%	0,17	0,12	-29%	0,22	1,83	1,86	2%
	Niet-VT	16,09	18,01	12%	1,40	1,11	-20%	1,51	17,48	20,64	18%
Cardiologie	VT 'sociaal recht'	0,35	0,08	-79%	0,20	0,06	-72%	0,05	0,56	0,18	-67%
	VT 'inkomen'	0,44	0,37	-16%	0,24	0,21	-13%	0,06	0,68	0,64	-6%
	Niet-VT	4,08	4,66	14%	2,43	2,40	-1%	0,40	6,51	7,46	15%
Stomatologie	VT 'sociaal recht'	0,10	0,05	-48%	0,17	0,18	8%	0,05	0,27	0,29	7%
	VT 'inkomen'	0,17	0,17	-1%	0,20	0,20	1%	0,07	0,36	0,44	20%
	Niet-VT	1,92	1,89	-1%	2,94	3,00	2%	1,19	4,86	6,08	25%
Urologie	VT 'sociaal recht'	0,35	0,10	-71%	0,08	0,03	-67%	0,05	0,43	0,18	-59%
	VT 'inkomen'	0,38	0,38	1%	0,08	0,08	-1%	0,02	0,46	0,49	5%
	Niet-VT	3,86	4,65	20%	0,96	1,05	10%	0,14	4,82	5,84	21%
Fysische geneeskunde	VT 'sociaal recht'	0,26	0,09	-65%	0,15	0,07	-56%	0,14	0,41	0,30	-27%
	VT 'inkomen'	0,27	0,21	-21%	0,15	0,10	-34%	0,16	0,42	0,47	12%
	Niet-VT	2,55	2,59	2%	1,72	1,15	-33%	1,31	4,27	5,06	18%
NKO	VT 'sociaal recht'	0,24	0,08	-66%	0,06	0,02	-59%	0,04	0,30	0,14	-52%
	VT 'inkomen'	0,30	0,29	-4%	0,06	0,07	16%	0,03	0,36	0,39	7%
	Niet-VT	3,49	4,09	17%	0,67	0,80	20%	0,18	4,16	5,07	22%
Heelkunde	VT 'sociaal recht'	0,34	0,14	-60%	0,04	0,02	-45%	0,03	0,38	0,19	-50%
	VT 'inkomen'	0,39	0,40	0%	0,04	0,06	43%	0,02	0,44	0,48	10%
	Niet-VT	3,27	3,72	14%	0,71	0,83	17%	0,25	3,98	4,79	21%

Bijlage 6: Evolutie van het totale volume bijkomende kosten gefactureerd tussen SI 2024 en SI 2025 volgens medisch specialisme en VT-statuut, schatting voor België (Bron: Gewogen CM-gegevens)

Pathologische anatomie	VT 'sociaal recht'	0,00	0,00	5%	0,20	0,18	-10%	0,04	0,20	0,22	11%
	VT 'inkomen'	0,00	0,00	288%	0,21	0,24	13%	0,06	0,21	0,30	41%
	Niet-VT	0,00	0,01	174%	4,19	4,26	2%	0,49	4,19	4,77	14%
Pediatrie	VT 'sociaal recht'	0,11	0,07	-33%	0,02	0,02	-36%	0,05	0,13	0,14	7%
	VT 'inkomen'	0,13	0,14	8%	0,02	0,01	-34%	0,04	0,15	0,20	31%
	Niet-VT	2,47	2,83	15%	0,16	0,11	-33%	0,22	2,63	3,16	20%
Plastische chirurgie	VT 'sociaal recht'	0,15	0,06	-58%	0,05	0,03	-47%	0,02	0,21	0,12	-44%
	VT 'inkomen'	0,19	0,17	-12%	0,05	0,03	-25%	0,04	0,23	0,24	1%
	Niet-VT	1,96	2,11	8%	0,77	0,60	-22%	0,31	2,72	3,01	11%
Gastro-enterologie	VT 'sociaal recht'	0,13	0,05	-64%	0,04	0,02	-59%	0,05	0,17	0,11	-37%
	VT 'inkomen'	0,15	0,14	-7%	0,05	0,03	-28%	0,06	0,20	0,23	17%
	Niet-VT	1,77	1,82	3%	0,57	0,48	-16%	0,29	2,34	2,59	11%
Psychiatrie	VT 'sociaal recht'	0,18	0,08	-55%	0,01	0,01	5%	0,03	0,19	0,12	-36%
	VT 'inkomen'	0,34	0,30	-11%	0,01	0,01	-52%	0,01	0,35	0,32	-8%
	Niet-VT	1,97	2,31	17%	0,04	0,03	-35%	0,05	2,01	2,39	19%
Neuro-chirurgie	VT 'sociaal recht'	0,24	0,09	-64%	0,00	0,00	-36%	0,01	0,25	0,10	-59%
	VT 'inkomen'	0,25	0,21	-18%	0,00	0,00	16%	0,01	0,25	0,22	-15%
	Niet-VT	1,74	1,78	2%	0,01	0,00	-42%	0,04	1,75	1,82	4%
Anesthesie-reanimatie	VT 'sociaal recht'	0,10	0,03	-71%	0,05	0,03	-48%	0,09	0,15	0,15	-2%
	VT 'inkomen'	0,09	0,07	-28%	0,03	0,03	0%	0,08	0,13	0,18	42%
	Niet-VT	0,76	0,79	3%	0,27	0,20	-24%	0,33	1,03	1,32	28%
Reumatologie	VT 'sociaal recht'	0,09	0,03	-67%	0,04	0,01	-83%	0,05	0,13	0,09	-32%
	VT 'inkomen'	0,09	0,09	-1%	0,03	0,01	-59%	0,06	0,12	0,16	31%
	Niet-VT	0,75	0,81	8%	0,27	0,11	-60%	0,33	1,03	1,25	22%
Neurologie	VT 'sociaal recht'	0,14	0,03	-79%	0,04	0,03	-40%	0,04	0,19	0,10	-47%
	VT 'inkomen'	0,09	0,08	-15%	0,03	0,03	-17%	0,02	0,13	0,13	4%
	Niet-VT	0,69	0,82	18%	0,17	0,21	25%	0,10	0,86	1,14	31%
Pneumologie	VT 'sociaal recht'	0,03	0,01	-71%	0,05	0,02	-71%	0,07	0,08	0,10	18%
	VT 'inkomen'	0,03	0,02	-10%	0,05	0,03	-37%	0,08	0,08	0,14	74%
	Niet-VT	0,40	0,41	3%	0,35	0,24	-33%	0,44	0,75	1,09	45%
Nucleaire geneeskunde	VT 'sociaal recht'	0,00	0,00	-55%	0,05	0,01	-80%	0,08	0,05	0,09	66%
	VT 'inkomen'	0,00	0,00	56%	0,05	0,01	-83%	0,07	0,06	0,09	50%
	Niet-VT	0,08	0,11	38%	0,28	0,09	-69%	0,45	0,36	0,65	80%
Radiotherapie	VT 'sociaal recht'	0,01	0,00	-46%	0,09	0,00	-98%	0,00	0,10	0,01	-94%
	VT 'inkomen'	0,01	0,00	-52%	0,05	0,00	-94%	0,00	0,05	0,01	-85%
	Niet-VT	0,10	0,07	-28%	1,18	0,73	-38%	0,00	1,28	0,81	-37%
Inwendige geneeskunde	VT 'sociaal recht'	0,03	0,01	-49%	0,02	0,02	-36%	0,02	0,05	0,05	1%
	VT 'inkomen'	0,04	0,03	-18%	0,02	0,01	-40%	0,02	0,06	0,06	8%
	Niet-VT	0,36	0,36	0%	0,23	0,10	-55%	0,23	0,59	0,69	17%
Endocrinologie	VT 'sociaal recht'	0,03	0,01	-64%	0,02	0,01	-30%	0,01	0,06	0,03	-38%
	VT 'inkomen'	0,03	0,03	-9%	0,01	0,01	10%	0,01	0,04	0,05	8%
	Niet-VT	0,29	0,30	5%	0,06	0,04	-42%	0,03	0,35	0,37	5%
Oncologie	VT 'sociaal recht'	0,02	0,01	-68%	0,00	0,00	-100%	0,00	0,02	0,01	-68%
	VT 'inkomen'	0,02	0,01	-47%	0,00	0,00		0,00	0,02	0,01	-46%
	Niet-VT	0,16	0,16	-4%	0,00	0,00	-90%	0,00	0,17	0,16	-5%
Neuropsychiatrie	VT 'sociaal recht'	0,01	0,00	-69%	0,00	0,00		0,00	0,01	0,00	-65%
	VT 'inkomen'	0,01	0,01	-30%	0,00	0,00	-32%	0,00	0,01	0,01	-30%
	Niet-VT	0,10	0,08	-18%	0,01	0,01	36%	0,00	0,10	0,09	-15%



Werken en toch in bestaansonzekerheid of armoede leven in Brussel

Samenvatting van het rapport 2025 van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad door L. Noël

Constance Vandendorpe — Studiedienst CM-MC

Samenvatting

Dit artikel bevat de grote lijnen van het thematisch rapport 2025 *Werken en toch in bestaansonzekerheid of armoede leven in Brussel*, van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Het doel en de meerwaarde ervan zijn een beschrijving van de concrete realiteit van werkenden in armoede en bestaansonzekerheid (WAB) op basis van een analyse van hun situatie, hun verhalen en het volgen van hun traject, om zo te vatten wat niet kwantificeerbaar is en moeilijk meetbaar via de institutionele statistische definitie.

De WAB vormen een heterogene groep, maar toch zijn er terugkerende tendensen die toelaten deze groep te definiëren: de noodzaak om arbeidsstelsels te combineren en te diversifiëren, leidend tot de frequente cumul van statuten, en gevoelens van een gebrek aan keuzes die hun leven bepalen, van niet geholpen te worden en van persoonlijk verantwoordelijk en schuldig te zijn voor de bestaansonzekerheid. Alle aspecten van het leven van WAB worden sterk beïnvloed door bestaansonzekerheid: inkomen, schuldenlast, voeding, huisvesting, gezin, gezondheid, het digitale, vrijetijdsbesteding en cultuur. De toegang tot en behoud van werk worden gestructureerd door sociale, etnoraciale, leeftijds- en intergenerationele verhoudingen, de fysieke of psychische gezondheid en digitale ongelijkheden. Het rapport besluit met verschillende voorstellen tot verandering in al deze aspecten. Tot slot wordt, vanuit een perspectief eigen aan het ziekenfonds, bijzondere aandacht besteed aan gezondheidsuitdagingen rond armoede en bestaansonzekerheid.

Sleutelwoorden: Armoede, bestaansonzekerheid, werk, voor u gelezen

Inleiding

Hoewel contra-intuïtief, is werk vandaag voor sommigen geen garantie meer om de eindjes aan elkaar te kunnen knopen en een waardig leven te kunnen leiden. Volgens de nationale indicatoren is in België 4,7% van de werkenden een werkende arme – dat is behorend tot de bevolking van 18 jaar of ouder, die aangeeft te werken als werknemer of zelfstandige, en die het risico lopen op armoede (Statbel, 2026). Blootstelling aan een armoederisico wordt door Statbel gedefinieerd als een equivalent beschikbaar inkomen ontvangen lager dan 60% van het nationaal mediaan equivalent beschikbaar inkomen. **In het Brussels Gewest is dit percentage het hoogste van het land, met 9,6% werkende armen**, tegenover 5% in het Waals Gewest en 3,7% in het Vlaams Gewest.

Hoewel nuttig, verhult dit soort normatieve standaardindicator een reeks situaties, statuten en vormen van activiteiten die niet binnen deze norm vallen, gegeven de heterogeniteit die de groep ‘werkende armen’ kenmerkt. Een niet te verwaarlozen deel van hen bevindt zich tegelijk in klassieke stelsels (werknemers, zelfstandigen) en zogeheten ‘atypische’ activiteiten (studentenarbeid, uitzendarbeid, platformwerk, flexi-jobs, voorzieningen voor hulp bij tewerkstelling (PWA) en opleiding, enz.) of zelfs in onzichtbare vormen van werk, zoals informele werknemers (‘zwartwerk’).

Het rapport van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (studie- en informatiedienst van VIVALIS) tracht verder te gaan dan de klassieke kwantitatieve indicatoren door **een beschrijving te geven van de concrete realiteit van werkenden in armoede en bestaansonzekerheid (WAB) op basis van een analyse van hun situatie, hun persoonlijk verhaal en de opvolging van hun traject** (Noël, 2025b). Door rekening te houden met het persoonlijk oogpunt van de WAB ontstaat een preciezer beeld van hun omstandigheden en worden niet-kwantificeerbare kwetsbaarheidsfactoren zichtbaar gemaakt. Dit rapport is opgesteld op basis van 117 interviews¹ met professionals en Brusselse WAB, geselecteerd op basis van een verruimde definitie van blootstelling aan een armoederisico, geformaliseerd door de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO) in de vorm van een Resolutie voor een wijziging van

statistieken, en getest voor de opmaak van het rapport². Een bestaansonzekere of werkende arme wordt in dit rapport dus gedefinieerd als een werkende (1) die aangeeft gedurende een jaar meer dan de helft van de tijd gewerkt te hebben, (2) meent de eindjes niet aan elkaar te kunnen knopen om de kosten van het levensonderhoud te dragen en (3) van wie het equivalent beschikbaar inkomen lager is dan 60% van het mediaan equivalent beschikbaar inkomen (werkende arme) of iets boven het gewaarborgd gemiddeld maandelijks minimuminkomen ligt (bestaansonzekere werkende). Dit leidt tot gegevens over de thematiek en tot **een complex beeld van precair werk in het Brussels Gewest, dat verder reikt dan de binariteit werk/geen werk, en dat rekening houdt met het dynamische en instabiele aspect van de situatie van de betrokkenen**.

We vatten hierna de voornaamste punten van dit rapport samen: wat kenmerkt de werkenden in armoede en bestaansonzekerheid in het Brussels Gewest? Wat zijn hun levensomstandigheden, vooral op vlak van gezondheid? Welke structurele ongelijkheden versterken de precariteit? En tot slot, welke perspectieven zijn er om deze problematiek aan te pakken?

1. Wie zijn de werkenden in armoede en bestaansonzekerheid?

1.1. Een definitie door de eerste betrokkenen

De meerwaarde van dit rapport ligt in de integratie van het persoonlijk oogpunt van diegenen die het meest direct bij de problematiek betrokken zijn: de WAB en de professionele hulpverleners die dagelijks met hen werken. De gevraagde Brusselse werkenden benadrukken vooral het **gebrek aan keuze dat hun leven bepaalt**: de noodzaak om meerdere activiteiten te cumuleren waarvan de modaliteiten worden opgelegd (en soms illegaal zijn), waardoor ze soms niet in aanmerking komen voor sociale rechten, een inkomen niet in verhouding tot de inspanning van de

1 24 verkennende interviews (universitair, juristen, ambtenaren, verenigingswerkers, advocaten en preciaire werkenden); 59 interviews met Brusselse WAB; 34 interviews met professionele hulpverleners: ervaringsdeskundigen, juristen, magistraten, maatschappelijk werkers, vakbondsafgevaardigden, gewestelijke en federale overheidsambtenaren. De interviews zijn afgenomen tussen maart 2020 en december 2021.

2 Voor meer informatie: <https://ilostat.ilo.org/fr/about/standards/icls/icls-documents/#20e-icls-10-19-octobre-2018>.

activiteit (vaak lastig en uitputtend) en ontoereikend om behoorlijk te kunnen wonen en leven, een zeer grote instabiliteit en machts-/afhankelijkheidsverhoudingen in arbeidsrelaties. Ook het **gevoel niet geholpen te worden en zich persoonlijk verantwoordelijk en schuldig te voelen voor de bestaansonzekerheid is sterk aanwezig, terwijl deze situaties het gevolg zijn van structurele dynamieken.** De professionele hulpverleners delen deze voorgaande aspecten en voegen eraan toe dat de WAB soms informatie missen over hun eigen rechten, waardoor zij geen beroep doen op justitie of administratieve klachten wanneer ze te maken krijgen met mechanismen van uitbuiting of schendingen van het arbeidsrecht. Bepaalde misbruiken aan werkgeverszijde zijn reeds aangetoond: uitbesteding, onderaannemingsketen, opgelegde extreme flexibiliteit of precariserende contractuele voorwaarden, zwartwerk, druk, gebrek aan respect, enz.

1.2. Drie kanten van het Brusselse precariaat

Op basis van de analyse van hun situatie en statuut, kunnen **drie groepen en situaties** WAB onderscheiden worden ('gezichten') volgens de kwetsbaarheid waarin zij evolueren. Sommigen behoren tot de **zichtbare en formele kant**, met vooral geregistreerde arbeidsovereenkomsten die toch gekenmerkt worden door langdurige bestaansonzekerheid. Hieronder vallen zeer uiteenlopende situaties, gaande van de werknemer met een voltijds contract van onbepaalde duur in de overheidssector tot de geregistreerde platformwerker of de jobstudent-e met variabel uurrooster. Een ander groot deel behoort tot de **grijze en hybride kant**, bestaande uit 'gemengde' statuten, meestal aangegeven en formeel, maar soms deels informeel en niet aangegeven. Deze hybride situaties komen frequent voor bij Brusselse werkende armen, die noodgedwongen verschillende vormen van activiteit combineren om het hoofd te bieden aan bestaansonzekerheid. Tot deze categorie behoren werkenden die uit noodzaak sociale uitkeringen combineren met informele activiteiten om aan armoede te ontsnappen, met het risico hun rechten te verliezen. Tot slot behoort een niet te verwaarlozen deel tot de **onzichtbare kant**, verwijzend naar situaties waarin werkenden het grootste deel van hun uren verrichten in niet-aangegeven stelsels ('in het zwart'), met het risico op uitbuiting in verschillende gradaties, gaande van 'interindividuele onderaanneming' tot mensenhandel.

Doorheen deze groepen zien we een **algemene tendens bij WAB van de noodzaak van een combinatie en diversificatie van werkregelingen**, wat leidt tot een frequente cumul van statuten. Er ontstaan steeds meer vage situaties gebaseerd op een diversiteit van stelsels die weinig bijdragen aan de sociale zekerheid (tijdelijk werk, studentenwerk, flexi-jobs, verenigingswerk of vrijwilligerswerk) en onzichtbaar zijn voor de statistieken, wat leidt tot **grote problemen rond sociale bescherming voor deze werkenden**. Degenen die beroepsactiviteiten combineren met een aanvullende sociale uitkering, krijgen te maken met tegenstrijdige eisen: enerzijds controle en een culpabiliserend discours in geval van inactiviteit en anderzijds het risico op sancties en verlies van rechten in geval van een te omvangrijke activiteit. Zo ontstaat de vicieuze cirkel van bestaansonzekerheid, waarbij de noodzaak om eender welke vorm van werk te aanvaarden ertoe kan leiden dat men geen aanspraak meer kan maken op rechten die juist beschermen tegen die bestaansonzekerheid.

2. In welke omstandigheden leven de WAB?

2.1. Algemeen

Naast werk worden **alle dimensies van het leven van de WAB geraakt door bestaansonzekerheid**. Hun al dan niet stabiel inkomen blijft onvoldoende om de basisbehoeften te dekken, met als gevolg een blijvende financiële onzekerheid, een quasi-onmogelijkheid om te sparen en een risico op schuldenlast. Zoals eerder uitgelegd, is het hebben van meerdere inkomensbronnen soms een voorwaarde om te overleven, des te meer als er kinderen in het huishouden zijn. Beroep doen op voedselhulp, netwerken van wederzijdse hulp of steun van familie is courant. De steun van de omgeving, vooral voor huisvesting, is een factor die het niveau van kwetsbaarheid en onzekerheid van de WAB die er gebruik van maken aanzienlijk vermindert. Afgezien van deze situaties van wederzijdse hulp, is **huisvesting een centrale factor van bestaansonzekerheid**: in Brussel slokken de huurprijzen een disproportioneel deel van het budget op voor woningen die vaak krap, van slechte kwaliteit en soms onbewoonbaar zijn, en gekenmerkt worden door een grote wooninstabiliteit (gedwongen *cohousing*, frequent verhuizen, uithuiszettingen). De onvermijdelijke uitgaven voor mobiliteit drukken eveneens op het budget,

terwijl de reistijd de beschikbare tijd voor het privé- en gezinsleven nog verder vermindert. Tot slot beperkt bestaansonzekerheid sterk de toegang tot vrijetijdsbesteding, vakantie, sport en cultuur, aangezien deze dimensies op de achtergrond verdwijnen gezien de urgentie van materiële behoeften.

2.2. Impact op de gezondheid

Bestaansonzekerheid heeft een grote impact op de gezondheid van de WAB, op meerdere niveaus. **De financiële toegang tot zorg, behandelingen en uitkeringen komt vaak in het gedrang:** de verplichte dekking gaat soms verloren en het afsluiten van een aanvullende verzekering of hospitalisatieverzekering is zeldzaam. Voor degenen die verzekerd zijn, is het vaak onmogelijk om het geld te moeten voorschieten en te wachten op terugbetaling. **Uitstel en afzien van zorg komen frequent voor** door een gebrek aan financiële middelen of tijd, of de afwezigheid van dekking. Veel huishoudens maken een afweging en doen enkel een beroep op zorg of behandelingen voor de kinderen. De meeste WAB hebben een job die ongunstig is voor de gezondheid, met vaak zware en stressvolle omstandigheden (onregelmatige uurroosters, fysiek uitputtende taken, repetitieve taken, overmatige controle, onmenselijk management, plaats in de hiërarchie, enz.) en een zware psychosociale belasting, waardoor **werk een sterk verzwakende factor voor de gezondheid wordt**, bovenop de langdurige blootstelling aan bestaansonzekerheid. Een beperkt aantal sociale contacten, een ongunstige omgeving (lawaaï, geur, koude, extreme hitte), lange reistijden, de excessen verbonden aan *lean management*³ (toename van het aantal taken, van flexibiliteit, afname van de werktijd, van pauzes en het aantal werkenden) en de arbeidsomstandigheden die verband houden met nieuwe technologieën zijn bijkomende factoren met gevolgen voor de gezondheid van werkenden. **Een dubbele bestraffing kenmerkt de WAB, aangezien zij door hun arbeidsomstandigheden meer kans hebben om arbeidsongeschikt of invalide te worden**, wat hun sociaaleconomische situatie nog verder verslechtert. **Angst maakt deel uit van het dagelijks leven**, zeker voor de WAB die regelmatig schommelen tussen werk en werkloosheid: zij kunnen geconfronteerd worden met de stress om niet snel opnieuw een contract te vinden, de huur, de facturen of de schoolkosten al dan niet te kunnen betalen, en met angst om hun rechten te verliezen (gesanctioneerd

worden, geen uitkering ontvangen tijdens een stage, een oproep of verplichting in het kader van activeringsprocedures missen of niet hun volledige loon ontvangen).

De verzamelde getuigenissen brengen een **grote diversiteit aan gezondheidsproblemen** aan het licht. De bevroagde Brusselse WAB rapporteren zowel fysieke aandoeningen (tandproblemen, rug- en gewrichtsproblemen, reuma, spier- en musculoskeletale aandoeningen, schildklieraandoeningen of diabetes) als geestelijke gezondheidsproblemen (zoals stress, angst, depressie of een zware mentale en psychosociale belasting). Sommige personen leven ook met een ongeneeslijke aandoening zoals polyartritis of hiv. Tot slot vermeldden meerdere WAB ook ernstige aantastingen van hun fysieke of psychische integriteit en/of die van hun naasten (bedreigingen) in het kader van verhoudingen van extreme uitbuiting of mensenhandel.

3. Een versterker van armoede en bestaansonzekerheid: ongelijkheden

Ongelijkheden beïnvloeden de toegang tot en het behoud van werk, de arbeidsomstandigheden evenals de functies die werkenden innemen. Zij zijn niet de enige verklarende factor voor situaties van bestaansonzekerheid of armoede die de WAB ervaren, maar ze kunnen – vooral als ze zich opstapelen – een al ongunstige sociale positie versterken. **Ongelijkheden op vlak van werk zijn er op meerdere niveaus: op basis van geslacht of genderidentiteit, op basis van etnoraciale⁴ identiteit, op basis van leeftijd of tussen generaties, op grond van toegang tot digitale middelen en ten slotte op grond van de lichamelijke of geestelijke gezondheid.** Zoals uiteengezet in de samenvatting van het rapport van het Observatorium: “Vrouw zijn, Brusseelaar van subsaharaanse origine, van vreemde nationaliteit, houder van een verblijfsvergunning die moet worden verlengd, jongere, oudere, gehandicapte, zieke, niet in het bezit van een smartphone, niet vertrouwd met digitale technologie, reeds in een precair statuut, enz.: dit zijn allemaal situaties die de toegang tot en het behoud van werk en activiteit bemoeilijken en die mensen blootstellen aan het

3 Methode voor beheer en organisatie van werk, erop gericht de prestaties (kwaliteit en rendabiliteit) van een onderneming te maximaliseren.

4 Gedefinieerd als “op basis van toebedeelde vreemde afkomst, nationaliteit of migratiestatus” (Noël, 2025a, p. 11).

risico op slechtere omstandigheden voor tewerkstelling en activiteit.” (Noël, 2025a, p. 11).

Parallel met deze sociale situaties en individuele kenmerken, spelen een aantal meer structurele factoren een rol: de aard van de werkaanbiedingen, keuzes met betrekking tot interne organisatie (*just-in-time* of op vraag), het omzeilen van arbeidsrechtelijke of socialezekerheidswetgeving, macro-economische logica's ('crises', inflatie, concurrerende markten, kosten, winsten, enz.) en sociale logica's (individualisering, concurrentie tussen individuen, versnelling, enz.). Het geheel van sociale, individuele en structurele factoren moet in aanmerking worden genomen om de trajecten van de WAB te kunnen begrijpen en analyseren.

4. Perspectieven

De bevraagde WAB wijzen op verschillende zaken die kunnen bijdragen aan het indijken van de mechanismen van armoede en bestaansonzekerheid: billijke en voldoende verloning, verbeterde arbeidsomstandigheden, voldoende jobs, een diepgaand begrip van situaties van bestaansonzekerheid via ervaring en beleving om beter te kunnen beslissen en handelen (zoals uitgewerkt in het rapport van het Observatorium), meer stabiliteit in contracten, verbe-

tering van de PWA-maatregelen om contracten duurzamer te maken, versterkte kennis bij sociale hulpverleners – vooral rond hybride situaties (cumul en opeenvolging van periodes van werk en uitkeringen), financiële zekerheid voor niet-gekozen hybride situaties, stabilisering van het behoud van sociale rechten in combinatie met een arbeidssituatie om de dynamiek van verarming te vermijden (activiteit en sociale bescherming niet tegenover elkaar plaatsen), versoepeling van inkomensdrempels, versterking van de arbeidsinspectiediensten en maatregelen voor groepen werkende armen die sterker worden blootgesteld.

De professionele eerstelijns hulpverleners voegen hieraan de noodzaak toe om overheidsadministraties en inspectiediensten te versterken om fraude inzake arbeids- en socialezekerheidsrecht te bestrijden, burgers beter te informeren over hun sociale rechten, de informatiekanalen naar rechten en rechtsinstanties te vereenvoudigen, gunstige arbeidsvormen en het sociale zekerheidssysteem te herzien en te versterken, en de praktijk van het beroep doen op onderaanneming ('in keten') door werkgevers een halt toe te roepen.

Finaal benadrukt het Observatorium eveneens de noodzaak om de statistieken te verbeteren en minder zichtbare groepen werkenden zichtbaar te maken via gegevens (door – zoals voor het rapport – gebruik te maken van de door de IAO gehanteerde nomenclatuur), en dus door gegevens te produceren over hybride en informele situaties.

Bibliografie

Noël, L. (2025a). *Samenvatting van het Thematisch rapport: Werken en toch in bestaansonzekerheid of armoede leven in het Brussels Gewest 2025*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie - Vivalis: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad.

Noël, L. (2025b). *Werken en toch in bestaansonzekerheid of armoede leven in Brussel 2025*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie - Vivalis: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad.

Statbel. (2026). *Revenu disponible administratif*. Opgehaald van STATBEL - La Belgique en chiffres: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/revenu-disponible-administratif>.



Gezondheid & Samenleving is het driemaandelijkse tijdschrift van de Studiedienst van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. Het bevat de resultaten van de belangrijkste CM-studies evenals achtergrondinformatie over de regionale en federale systemen van sociale bescherming, andere takken van de sociale zekerheid en het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Het adressenbestand wordt uitsluitend gebruikt voor de verspreiding van het tijdschrift en wordt conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) beheerd en bewaard. Je kan op elk moment vragen om je persoonsgegevens te raadplegen, aan te passen of te verwijderen. Onjuiste of onvolledige gegevens kan je bovendien kosteloos laten verbeteren. Voor meer informatie in verband met de verwerking van je persoonsgegevens en de uitoefening van je rechten, kan je de privacyverklaring raadplegen op onze website <https://www.cm.be/disclaimer/privacyverklaring-cm>

Indien je vragen hebt over het rechtmatig verwerken van je persoonsgegevens, kan je contact opnemen met onze Data Protection Officer. Dit kan zowel:

- Schriftelijk: door een brief te sturen ter attentie van de data protection officer naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek, België
- Per mail: naar privacy@cm.be

Indien je klachten hebt, dan kan je je eveneens tot de CM-Ombudsman richten:

- Schriftelijk door een brief te sturen ter attentie van CM-Ombud naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek
- Per mail: naar cm.ombud@cm.be

Indien je *Gezondheid & Samenleving* niet meer wenst te ontvangen, kan je dit laten weten:

- Schriftelijk: door een brief te sturen ter attentie van Mieke Hofman naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten – Studiedienst, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek
- Per mail: naar GezondheidEnSamenleving@cm.be

Inhoud

Edito: Duurzaam beschermen · 02

Studie: De financiële situatie van personen in invaliditeit · 06

Literatuuroverzicht · 10

Methode · 11

Resultaten · 15

Bespreking · 29

Aanbevelingen · 31

Studie: Het verbod op ambulante ereloonsupplementen voor rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming · 38

Context · 42

Methodologie · 44

Resultaten · 46

Bespreking · 59

Aanbevelingen · 62

Voor u gelezen: Werken en toch in bestaansonzekerheid of armoede leven in Brussel · 74

Colofon

Verantwoordelijke uitgever

Luc Van Gorp, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel

Hoofdredactie

Nicolas Rossignol

Eindredactie

Rebekka Verniest, Svetlana Sholokhova

Redactiecomité

Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens, Clara Noirhomme, Nicolas Rossignol, Svetlana Sholokhova, Mattias Van Hulle, Rebekka Verniest

Lay-out

Gevaert Graphics

Druk

Albe De Coker

Retouradres

CM-MC Studiedienst, Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel

Copyright

De studies van Gezondheid & Samenleving worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons "by/nc/nd"