

Ongelijkheden in gezondheidszorg begrijpen

De invloed van het inkomensniveau op de gezondheidstoestand, het zorggebruik en de eigen bijdragen in België

Clara Noirhomme — Studiedienst CM-MC

Dank aan Sophie Cès, Hervé Avalosse, Svetlana Sholokhova, Nicolas Rossignol en Tom de Spiegeleer

Samenvatting

Deze studie onderzoekt de rol van de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg binnen de sociale gezondheidsongelijkheden in België en toont aan hoe economische ongelijkheden gevolgen hebben voor zowel de gezondheid, het zorggebruik als de zorgkosten ten laste van patiënten. Op basis van gegevens representatief voor de Belgische bevolking en van een territoriale inkomensindicator, wijst de studie vooreerst op een continue en uitgesproken socio-economische gradiënt: hoe armer de wijk, hoe hoger de mortaliteit en de morbiditeit, en hoe meer deze ongelijkheden toenemen in de tijd. Ze toont vervolgens aan dat deze ongelijkheden, deels verklaard door ongunstige leefomstandigheden van kwetsbare bevolkingsgroepen, versterkt worden door de werking van het gezondheids-systeem: het zorggebruik is niet in verhouding tot de noden. In de meest kansarme wijken zien we een ondergebruik van planbare zorg, evenals een groter gebruik van spoeddiensten, wat wijst op een belemmerde toegang tot gepaste zorg. Dit ondergebruik is te verklaren door de opeenstapeling van drempels – financieel, organisatorisch en administratief – die de toegang tot zorg afremmen. Ondanks het bestaan van financiële beschermingsmechanismen, besteden patiënten met de laagste inkomens, in verhouding tot hun inkomen, tot zes keer meer dan de meest vermogende patiënten, vooral als gevolg van niet-geplafonneerde supplementen. Verschillende blinde vlekken in de financiële beschermingsmechanismen worden blootgelegd: niet-gebruik van rechten, onvoldoende bescherming voor bepaalde huishoudens met een laag inkomen en de situatie van personen wiens zorggebruik te laag is om de plafonneringsmechanismen te activeren. De studie besluit met concrete aanbevelingen om de financiële bescherming en de effectieve toegang tot zorg te versterken.

Sleutelwoorden: Sociale gezondheidsongelijkheden, Maximumfactuur (MAF), verhoogde tegemoetkoming (VT), financiële toegankelijkheid, ongelijkheden in toegang tot zorg, kwantitatieve studie

Inhoudstafel

Inleiding	6
1. Conceptueel kader	7
1.1. De sociale gezondheidsgradiënt en haar determinanten	7
1.2. Van gezondheid naar zorggebruik: als behoeften toenemen maar de zorg niet volgt	7
1.3. Van gezondheid naar eigen bijdragen: financiële bescherming en remgelden	8
2. Methodologie	10
2.1. Ongelijkheden in gezondheid en zorggebruik	10
2.1.1. Databronnen en onderzoekspopulatie	10
2.1.2. Socio-economische schaal	10
2.1.3. Meten van gezondheid en zorggebruik	10
2.1.4. Voorbehouden bij de interpretatie en beperkingen	11
2.2. Kosten ten laste van patiënten en financiële beschermingsmechanismen	11
2.2.1. Onderzoekspopulatie	11
2.2.2. Opgenomen kostengegevens	12
2.2.3. Analysestrategie	12
2.2.4. Beperkingen	12
3. Resultaten	13
3.1. Gezondheid en socio-economisch niveau	13
3.2. Zorggebruik en socio-economisch niveau	15
3.2.1. Curatieve zorg	15
3.2.2. Preventieve zorg	18
3.2.3. Eerstelijnszorg	19
3.3. Kosten ten laste van de patiënt-e	21
3.3.1. De MAF als vertrekpunt voor de analyse van financiële ongelijkheden	21
3.3.2. Een voorwaardelijke financiële bescherming: effectieve dekking en beperkingen van de MAF	22
3.3.3. Financiële last van zorg volgens het inkomen	26
4. Bespreking	32
4.1. Een uitgesproken en toenemende gezondheidsgradiënt	32
4.2. Ondergebruik van zorg ondanks grotere behoeften	33
4.3. Een gedeeltelijke en regressieve financiële bescherming in verhouding tot het inkomen	34
5. Aanbevelingen	36
5.1. Gezondheidsongelijkheden verminderen en financiële bescherming als transversale doelstelling	36
5.2. Rechten openen vóór de obstakels zich opstapelen	37
5.3. Een MAF werkelijk proportioneel aan het inkomen en aan de realiteit van huishoudens	37
5.4. Effectieve toegang verzekeren: financiële obstakels op het moment van zorggebruik verminderen	39
Conclusie	41
Bibliografie	42
Bijlagen	44

Inleiding

Sociale gezondheidsongelijkheden zijn een van de meest hardnekkige en best gedocumenteerde fenomenen in Europa (EuroHealthNet & Centre for Health Equity Analytics (CHAIN), 2025). Ze verwijzen naar vermijdbare en onrechtvaardige verschillen in gezondheid tussen sociale groepen, die samenhangen met leefomstandigheden en de socio-economische status (SES), vooral inkomen, opleiding en beroepssituatie. België vormt daarop geen uitzondering: de levensverwachting, prevalentie van chronische ziektes en de toegang tot bepaalde zorg variëren sterk volgens de SES (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022; Otavova, et al., 2024; Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Deze verschillen weerspiegelen niet enkel individuele verschillen, maar nemen de vorm aan van een **continue sociale gradiënt**: naarmate de middelen afnemen, **verslechtert de gezondheid**. Maar bovenal **gaat deze verslechtering van de gezondheid niet gepaard met een zorggebruik in verhouding tot de behoeften**. Naarmate de SES daalt, neemt de zorgbehoefte toe, terwijl het effectieve zorggebruik neigt af te nemen: zorg wordt vaker uitgesteld, bepaalde behandelingen gestopt of er is laattijdig toegang tot zorg via de spoeddienst in plaats van via de eerstelijnszorg (Cès & Baeten, 2020).

Dit ondergebruik wordt verklaard door de cumul van financiële, organisatorische en administratieve drempels die de toegang tot zorg langsheen de socio-economische gradiënt belemmeren (Cès & Baeten, 2020; Cès, 2021). In België moeten verschillende beschermingsmechanismen deze obstakels neutraliseren (verhoogde tegemoetkoming, maximumfactuur, derdebetalersregeling), maar die vertonen beperkingen: laattijdige activering, onvolledige dekking, administratieve complexiteit en *non-take-up* (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020; WHO, 2023), waardoor de verwachte bescherming zich niet altijd vertaalt in een reële bescherming. **Deze discrepantie voedt de gedachte dat financiële ongelijkheden gecompenseerd worden, terwijl zij juist een centraal element blijven van de sociale gradiënt in de toegang tot zorg**. In deze context dragen huishoudens onderaan de gradiënt een onevenredig zware financiële last, vooral door niet-geplafondeerde supplementen en uitgaven die buiten de beschermingsmechanismen vallen.

Tegen de achtergrond hiervan wil deze studie de rol aantonen van de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg in sociale gezondheidsongelijkheden door **drie dimensies die doorgaans afzonderlijk worden onderzocht samen te brengen**: (1) **gezondheid**, (2) **zorggebruik** en (3) **effectief door patiënten gedragen kosten**, en deze te analyseren langsheen éénzelfde **socio-economische gradiënt**.

Het gebruik van gegevens van bijna vier miljoen CM-leden, gewogen om representatief te zijn voor de Belgische bevolking, en de combinatie van een benadering op basis van het gezinsinkomen (via de MAF) en een benadering op basis van het gemiddeld wijkinkomen, laat toe:

- De omvang van de sociale ongelijkheid in gezondheid en zorggebruik te vergelijken tussen 2011 en 2023 om de evolutie in de tijd te analyseren;
- Na te gaan of sociale ongelijkheden zich op consistente wijze manifesteren over de drie dimensies: gezondheid, zorggebruik en door patiënten gedragen kosten;
- De financiële last van de eigen bijdragen te kwantificeren volgens het inkomensniveau;
- Proportionele aanpassingen in de financiële beschermingsmechanismen te identificeren die de billijkheid van het systeem zouden kunnen verbeteren.

Hoewel deze studie focust op de **socio-economische gradiënt gemeten op basis van inkomen**, mag men niet vergeten dat deze gradiënt niet genderneutraal is en samenhangt met elkaar kruisende discriminaties. In België, net als elders, hebben vrouwen gemiddeld een lager inkomen, dragen zij meer familiale lasten, leven zij vaker in eenoudergezinnen – een sociaaleconomisch zeer kwetsbare situatie – en brengen zij meer jaren door in slechte gezondheid (Sholokhova, 2023). Gezondheidsongelijkheden gaan dus gepaard met financiële, professionele, familiale of territoriale ongelijkheden. Intersectionele dynamieken – de cumul van moeilijkheden gelinkt aan gender, SES of migratiecontext – versterken de drempels in de toegang tot zorg en het vermogen om zorgkosten te dragen (European Institute for Gender Equality (EIGE), 2021).

1. Conceptueel kader

1.1. De sociale gezondheidsgradiënt en haar determinanten

Gezondheidsongelijkheden volgen een **continue sociale gradiënt**: naarmate de SES afneemt, verslechtert de gezondheid (Marmot, 2010). Dit uitgebreid gedocumenteerd fenomeen toont dat elke sociale positie gemiddeld overeenkomt met een ander niveau van morbiditeit, vroegtijdige sterfte of zelfgerapporteerde gezondheid, volgens een geleidelijke relatie die de volledige sociale hiërarchie doorkruist en die veel verder rijkt dan de loutere tegenstelling tussen arm en niet-arm (Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley, & Marks, 1997; Marmot, 2003; Marmot & Allen, 2014).

De **indicatoren van socio-economische status** zijn talrijk. Zoals Marmot benadrukt, vloeit de positie van een individu in de sociale hiërarchie voornamelijk voort uit het opleidingsniveau, het inkomen en de professionele positie (het beroep), waarbij elk van deze dimensies via specifieke mechanismen de gezondheid beïnvloedt (Marmot, 2010). Vanuit dit perspectief laat het gebruik van een fijnmazige maat voor SES, bijvoorbeeld door de bevolking in te delen in inkomensdecielen in plaats van enkel 'welgestelde' en 'kansarme' groepen tegenover elkaar te plaatsen (zoals voorgesteld in deze studie), toe om de continuïteit van de sociale gezondheidsgradiënt volledig te vatten.

Deze gradiënt zien we in tal van gezondheidsdimensies (levensverwachting, prevalentie van chronische ziektes, mentale gezondheid, functionele beperkingen) en in vele nationale contexten, ongeacht het zorgsysteem (Marmot & Bell, 2012; Petrovic, et al., 2018; Vincens, Emmelin, & Stafström, 2017). In België is de trend bijzonder uitgesproken: in 2011 bedroeg het verschil in gezonde levensverwachting op 25 jaar tussen mensen met het laagste en het hoogste opleidingsniveau 10,5 jaar (mannen) en 13,4 jaar (vrouwen) (Renard, Devleeschauwer, Van Oyen, Gadeyne, & Deboosere, 2019). Bovendien hebben inwoners van de meest kansarme wijken een kans op vroegtijdig overlijden die 2 keer (mannen) en 1,8 keer (vrouwen) hoger ligt dan deze in de meest gegoede wijken (Otavova, et al., 2024).

De sociale gradiënt weerspiegelt de grote invloed van de **sociale determinanten van gezondheid**: de omstandigheden waarin mensen geboren worden, opgroeien, leven,

werken en oud worden, stellen hen ongelijk bloot aan gezondheidsrisico's en leiden tegelijk tot structurele ongelijkheden in de toegang tot zorg. Deze determinanten zijn zelf gestructureerd door machtsverhoudingen, beleid, de verdeling van economische middelen en materiële ongelijkheden (Marmot, 2017; Marmot & Bell, 2012).

Naast dit statistisch verband tussen sociale positie en gezondheid, blijkt uit recent onderzoek dat sociale ongelijkheden zich in de loop van het leven biologisch 'incorporen'. De sociale omgeving, vooral in de eerste levensjaren, heeft een blijvende invloed op de biologische ontwikkeling via mechanismen als chronische stress, allostatische belasting¹ en epigenetische veranderingen die samenhangen met blootstelling aan tegenslag (Lang, Kelly-Irving, Lamy, Lepage, & Delpierre, 2016). Deze processen vertalen de ervaring van sociale omstandigheden letterlijk in het lichaam, wat verklaart waarom gezondheidsgedrag (roken, voeding, lichaamsbeweging) slechts een fractie van de gezondheidsverschillen verklaart: de gradiënt wordt grotendeels bepaald door structurele, psychosociale en omgevingsfactoren (Petrovic, et al., 2018). Al het onderzoek naar sociale gezondheidsongelijkheden convergeert zo naar de hypothese van sociale causaliteit, volgens dewelke sociaaleconomische omstandigheden gezondheidsverschillen produceren (Kröger, Pakpahan, & Hoffmann, 2016).

Kortom, de sociale gezondheidsgradiënt brengt verschillen aan het licht die door de hele sociale hiërarchie lopen en die vragen om structurele interventies die stroomopwaarts ingrijpen. De WHO-Commissie voor de sociale determinanten van gezondheid beveelt overigens aan om gelijktijdig op drie assen actie te ondernemen: verbeteren van de dagelijkse leefomstandigheden, beïnvloeden van de verdeling van macht, geld en middelen, en systematisch meten van verschillen en van effecten van ondernomen acties (WHO, Commission on Social Determinants of Health, 2008).

1.2. Van gezondheid naar zorggebruik: als behoeften toenemen maar de zorg niet volgt

De kwestie van toegang tot zorg en de afstemming daarvan op de behoeften, past in een lange traditie van analyses van sociale gezondheidsongelijkheden. Al in 1971 formuleerde Tudor Hart de *inverse care law* die stelt dat de beschikbaarheid van kwaliteitsvolle zorg omgekeerd even-

¹ Allostatische belasting verwijst naar de fysiologische slijtage die het lichaam oploopt wanneer het zich herhaaldelijk of langdurig moet aanpassen aan een stressvolle omgeving.

redig is aan de behoefte: hoe groter de behoefte, hoe minder beschikbaar de zorg (Tudor Hart, 1971). In landen met een hoog inkomensniveau komt dit mechanisme niet meer in zijn 'zuivere' vorm voor, maar in een meer genuanceerdere variant, omschreven als de **'wet van zorg disproportioneel aan de behoeften'** (*disproportionate care law*): sociaaleconomisch kwetsbare groepen hebben wel toegang tot zorg, maar minder, later en onder minder aangepaste omstandigheden dan hun behoeften zouden verantwoorden (Cookson, Doran, Asaria, Gupta, & Mujica, 2021).

België illustreert deze discrepantie duidelijk. Ondanks een bijna universele dekking, tonen studies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), aan de hand van de *fairness gap* – een indicator die het reële zorggebruik vergelijkt met het verwachte zorggebruik bij gelijke gezondheidsbehoeften – dat personen met een hoog inkomen of opleidingsniveau meer zorg gebruiken dan hun behoeften zouden voorspellen, terwijl **kwetsbare groepen een onrechtvaardig ondergebruik vertonen**, vooral voor ambulante gespecialiseerde zorg, tandzorg en eerstelijnszorg (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Tal van mechanismen liggen aan de basis van dit ondergebruik. Mensen in sociaaleconomisch kwetsbare omstandigheden moeten navigeren in een gefragmenteerd zorgsysteem, meerdere stappen zetten bij verschillende zorgverleners en bij elke stap specifieke drempels overwinnen, wat de toegang tot zorg nog complexer maakt. **De drempels stapelen zich op:** organisatorische beperkingen (wachttijden, beperkte beschikbaarheid in de eerstelijns), administratieve moeilijkheden (openen of behoud van rechten), communicatiebarrières (taal, begrip van het systeem). Door deze opeenstapeling is zorg niet prioritair, ondanks de vaak grotere behoeften, en vertaalt dit zich in een **hogere prevalentie van niet-inge vulde behoeften**, vooral voor tandzorg, geestelijke gezondheidszorg, gespecialiseerde en eerstelijnszorg (Op de Beeck, et al., 2025).

Deze toegangsongelijkheden namen de voorbije tien jaar toe, vooral voor personen geconfronteerd met plots inkomensverlies, gezinnen met betalingsachterstand of huurders, die opvallend hoge niveaus vertonen van on vervulde behoeften en uitgesteld zorggebruik. Deze dynamieken weerspiegelen de doorslaggevende rol van leefomstandigheden (moeilijkheden om de woning te verwarmen,

huisvestingsproblemen, onvermogen om in essentiële behoeften te voorzien) in de mogelijkheid om tijdig zorg te zoeken (Cès & Baeten, 2020).

1.3. Van gezondheid naar eigen bijdragen: financiële bescherming en remgelden

Onder de obstakels die zorggebruik belemmeren, nemen **eigen bijdragen** een centrale plaats in. Dit zijn **de uitgaven door patiënten bij het gebruik van zorg (na aftrek van het terugbetaalde bedrag door de ziekteverzekering)**: remgelden, supplementen (bij consultatie bij een arts of tijdens een ziekenhuisverblijf) en uitgaven voor niet-terugbetaalbare diensten en producten (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020). Zij komen dus overeen met het deel van de zorguitgaven dat rechtstreeks door de huishoudens wordt gefinancierd, in tegenstelling tot het deel gefinancierd door de verplichte ziekteverzekering (VP). In België vormen eigen bijdragen een belangrijk aandeel van de zorgfinanciering: 22% van de lopende gezondheidsuitgaven in 2023, tegenover gemiddeld 15% in de Europese Unie. Daarbovenop komt ongeveer 5% aan uitgaven voor premies voor private verzekeringen, zodat de totale financiële inspanning van de huishoudens 27% van de gezondheidsuitgaven bedraagt (Eurostat, 2026).

Vanuit gezondheidseconomisch perspectief zijn eigen bijdragen een regressieve financieringswijze van het gezondheidssysteem (in tegenstelling tot proportionele of progressieve financieringsvormen) omdat zij proportioneel zwaarder wegen op huishoudens met een laag inkomen (Wagstaff, et al., 1992). Ze dragen zo bij aan de socio-economische gradiënt in zorggebruik aangehaald in het vorig deel: wanneer de financiering sterk steunt op betalingen op het moment van zorggebruik, dreigen financiële drempels zich op te stapelen voor de meest kwetsbare huishoudens.

Verschillende financiële beschermingsmechanismen moeten de uitgaven beperken en kwetsbare bevolkingsgroepen beschermen tegen buitensporige uitgaven, maar deze vertonen belangrijke beperkingen. Uit analyses van het KCE en de WHO blijkt immers dat in België **catastrofale uitgaven**² tot de hoogste van West-Europa behoren en sterk geconcentreerd zijn in het eerste inkomenskintiel (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020; WHO, 2023).

2 Een uitgave wordt als catastrofaal beschouwd als zij meer dan 40% van de betalingscapaciteit van het huishouden bedraagt – dat wil zeggen het beschikbaar inkomen na dekking van de essentiële behoeften (WHO, 2026).

De **verhoogde tegemoetkoming** (VT-statuut) geeft recht op een hogere terugbetaling door het remgeld te verlagen voor mensen met een laag inkomen. Het kan automatisch worden toegekend (op basis van een bestaand sociaal recht) of na een inkomensonderzoek. Het voordeel van het VT-statuut gaat verder dan enkel een remgeldverlaging en biedt ook een ruimere toegang tot de derdebetalersregeling, past een meer beschermend plafond toe op de remgelden en beschermt sinds 2026 tegen ereloonsupplementen, waardoor de tariefzekerheid voor de meest kwetsbare huishoudens is versterkt³ (INAMI, 2024).

Recente evoluties tonen de **wil om de non-take-up van het VT-statuut te verminderen**. Sinds 1 oktober 2024 zijn er automatische toekenningsprocedures voor bepaalde kwetsbare groepen, namelijk alleenstaanden of eenoudergezinnen die langdurig werkloos of arbeidsongeschikt zijn, door het kruisen van administratieve gegevens, zonder dat administratieve stappen van de verzekerde nodig zijn. Deze automatisering is een belangrijke vooruitgang, maar dekt niet alle kwetsbare situaties en het effect ervan is nog maar gedeeltelijk observeerbaar in de beschikbare gegevens.

Het systeem blijft bovendien **binair**: men heeft wel of niet het VT-statuut. Deze logica sluit de facto personen uit met een inkomen net boven de toekenningsdrempels, maar wiens financiële draagkracht toch beperkt is. Ondanks de proactieve stromen van de ziekenfondsen om potentiële rechthebbenden te identificeren, blijft **non-take-up** bestaan, onder meer door de administratieve complexiteit, de instabiliteit van socio-professionele situaties en moeilijkheden bij het identificeren van rechthebbenden (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2023; Lefevre, Goedemé, De Wilde, & De Spiegeleer, 2019). In deze context dreigt elke wijziging van de toekenningscriteria die steunt op informatie die niet automatisch beschikbaar is in administratieve gegevens, het ondergebruik gevoelig te vergroten.

De **maximumfactuur (MAF)** vervolledigt de bescherming door op jaarbasis het gecumuleerd bedrag aan remgelden te plafonneren op het niveau van een huishouden⁴, begrepen als alle personen die op eenzelfde adres zijn gedomicilieerd, ongeacht hun onderlinge band. Het toegepaste plafond hangt af van het fiscale inkomen van het huishou-

den van twee jaar eerder met als principe: hoe lager het inkomen, hoe lager het plafond. Het doel is te voorkomen dat een huishouden een bedrag uitgeeft aan remgelden dat hoger ligt dan een niveau dat financieel draagbaar wordt geacht in verhouding tot het inkomen, zodat noch de socio-economische situatie noch de mogelijkheid om zorg te gebruiken worden aangetast (Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, 2026; INAMI, 2026).

Dit mechanisme kent echter meerdere structurele beperkingen:

1. Het plafond houdt geen rekening met de **grootte van het huishouden**, terwijl de zorgbehoeften en de financiële draagkracht sterk verschillen tussen een eenpersoons- en een groot huishouden met eenzelfde inkomensniveau.
2. De bescherming door de MAF wordt **a posteriori** geactiveerd: de teller wordt geleidelijk gevoed naarmate terugbetalingen door zorgverleners of patiënten worden doorgestuurd, wat tot aanzienlijke vertragingen kan leiden, vooral voor ziekenhuiszorg. Bovendien is de samenstelling van een huishouden pas definitief gekend na de administratieve stabilisatie aan het begin van het jaar, wat de effectieve activering van de bescherming verder kan vertragen. In de praktijk betekent dit dat patiënten vaak uitgaven moeten blijven voorschieten, zelfs na het bereiken van het MAF-plafond, met een regularisatie nadien door het ziekenfonds. Enkel in bepaalde situaties van elektronische facturatie met raadpleging van *MyCareNet*⁵ is een directe controle mogelijk. Het mechanisme biedt dus slechts beperkte bescherming tegen zorguitstel om financiële redenen, vooral aan het begin van het jaar.
3. De MAF omvat bepaalde belangrijke eigen bijdragen niet, waaronder **ereloon- en kamersupplementen**, niet-terugbetaalde zorg en psychiatrische ziekenhuisverblijven van meer dan één jaar⁶.

Vanuit deze vaststellingen wil deze studie de rol van de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg binnen de sociale gezondheidsongelijkheden in België onderzoeken en nagaan hoe economische ongelijkheden invloed hebben op zowel de gezondheid, het zorggebruik als de zorgkosten ten laste van patiënten.

3 De effecten van deze maatregel zijn in deze studie nog niet observeerbaar.

4 Bescherming die eveneens geïndividualiseerd kan worden in situaties van afhankelijkheid.

5 *MyCareNet* is een beveiligd elektronisch platform dat zorgverleners toelaat om in *realtime* bepaalde rechten van patiënten te raadplegen bij de verzekeringsinstellingen.

6 Deze uitzondering kwam vanaf 1 januari 2026 te vervallen.

2. Methodologie

2.1. Ongelijkheden in gezondheid en zorggebruik

2.1.1. Databronnen en onderzoekspopulatie

De analyse is gebaseerd op administratieve en facturatiegegevens van CM voor de jaren 2011, 2016 en 2023. Alle leden die aangesloten zijn in deze jaren zijn in de analyse opgenomen, met uitzondering van situaties waarin voor de analyse noodzakelijke informatie ontbreekt.

Om de representativiteit van de resultaten op nationaal niveau te waarborgen, worden **de gegevens gewogen** naar leeftijd, geslacht, provincie en VT-statuu, **zodat de structuur van de CM-populatie wordt afgestemd op die van de Belgische bevolking**, en dit voor elk betrokken jaar. Deze weging voorkomt dat kenmerken eigen aan CM de nationale schattingen beïnvloeden.

2.1.2. Socio-economische schaal

Bij gebrek aan individuele inkomensgegevens voor alle CM-leden, wordt de socio-economische status benaderd via het fiscale inkomen van de statistische sectoren (kleinste officiële onderverdeling van gemeenten in wijken of subwijken), gebruikt als **proxy** voor het inkomensniveau (gegevens afkomstig van STATBEL⁷). Elk CM-lid wordt aan diens sector gekoppeld via het woonadres.

Het gemiddeld inkomen per inwoner wordt berekend op basis van het totale netto belastbaar inkomen van de sector en het aantal inwoners. Deze keuze laat een relevantere schatting toe van het **niveau van beschikbare middelen per persoon** dan indicatoren gebaseerd op het inkomen per fiscale aangifte, die sterk worden beïnvloed door de huishoudstructuur⁸ en het type aangifte (gezamenlijk of individueel).

De statistische sectoren worden vervolgens op basis van dit gemiddeld inkomen per inwoner gerangschikt in **socio-economische decielen**, elk goed voor ongeveer 10% van de Belgische bevolking (zie Bijlage 1). Twee bijkomen-

de schijven (P5 en P95) maken het mogelijk de analyse te verfijnen. Deze benadering corrigeert de lichte onderverteenwoordiging van zeer kansarme wijken in de CM-gegevens en verfijnt zo de analyse van situaties van extreme armoede. De inkomensdrempels per inwoner die de decielen afbakenen, zijn opgenomen in bijlage 1.

Voor **analyses volgens regio**⁹ worden de decielen afzonderlijk per regio berekend om rekening te houden met inkomensverschillen tussen Wallonië, Brussel en Vlaanderen, en om coherente interne vergelijkingen binnen elk grondgebied te waarborgen.

2.1.3. Meten van gezondheid en zorggebruik

Voor elke socio-economische schijf berekenen we het gewogen aandeel **personen getroffen door een gezondheidsgebeurtenis** om de frequentie ervan langsheen de sociale gradiënt te vergelijken. Deze aandelen worden vervolgens **gestandaardiseerd** voor leeftijd en geslacht (referentiepopulatie: België 2023), zodat homogene vergelijkingen tussen groepen en in de tijd mogelijk zijn.

De administratieve CM-gegevens bevatten geen exhaustieve klinische informatie, maar laten wel de identificatie toe van heel wat relevante gebeurtenissen rond gezondheid en zorggebruik. Deze gebeurtenissen kunnen rechtstreeks worden geobserveerd (overlijden, hospitalisatie) of gecreëerd op basis van prestatiescodes en terugbetaald geneesmiddelengebruik. De analyse onderscheidt twee grote categorieën gezondheidsgebeurtenissen (operationele definities in Bijlage 2):

- De **gezondheid**, benaderd aan de hand van twee dimensies:
 - Mortaliteit, een exhaustieve en eenduidige maat gebaseerd op de administratieve registratie van alle overlijdens binnen de onderzochte populatie tijdens het observatiejaar, ongeacht de oorzaak;
 - Morbiditeit, benaderd via het gebruik van zorg of geneesmiddelen dat voldoende specifiek is om bepaalde chronische aandoeningen te identificeren, op basis van proxy's gedefinieerd door het Inter mutualistisch Agentschap (IMA).

7 De gebruikte fiscale gegevens hebben betrekking op het jaar van de onderzochte gebeurtenissen (gezondheidstoestand, zorggebruik): 2011, 2016 en 2023.

8 We zien dat hoe armer de wijk is, hoe minder fiscale aangiften er zijn voor eenzelfde aantal inwoners (zie Bijlage 1). In die context verhoogt een redenering per aangifte het risico om het lokale welvaartsniveau te karakteriseren op basis van een kleiner en potentieel minder representatief staal van fiscale huishoudens.

9 Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is op statistisch vlak bijzonder: het betreft een volledig verstedelijkte administratieve entiteit zonder geografische realiteit die vergelijkbaar is met de andere gewesten, met bovendien een aanzienlijk kleinere bevolking (1,2 miljoen inwoners) in vergelijking met Wallonië (3,7 miljoen) en Vlaanderen (6,8 miljoen).

- Het **zorggebruik**, geanalyseerd via drie dimensies:
 - Curatieve zorg omvat de toekenning van het statuut chronische aandoening, ziekenhuisopnames (klassiek en daghospitalisatie) en gebruik van spoeddiensten;
 - Preventie, geëvalueerd via de deelname aan borstkankerscreening, met een onderscheid tussen het georganiseerde (gratis) programma en opportunistische (diagnostische) mammografieën (buiten het screeningsprogramma en met eigen bijdragen);
 - Eerstelijnszorg, gemeten aan de hand van huisartscontacten, met een onderscheid tussen zorg per prestatie en forfaitaire zorg in wijkgezondheidscentra (WGC).

Naast de geobserveerde niveaus, worden ook **relatieve verschillen uitgedrukt in procenten** tussen de verschillende socio-economische schijven geanalyseerd, waardoor de omvang van de gradiënten en hun evolutie beoordeeld kunnen worden, los van de absolute niveaus¹⁰.

2.1.4. Voorbehouden bij de interpretatie en beperkingen

Het gemiddeld inkomen per inwoner op het niveau van de statistische sector is een **contextuele indicator** van de socio-economische status van de wijk. Hij is niet bedoeld om het individuele inkomen te meten, maar om na te gaan of de bestudeerde gebeurtenissen een **coherente socio-economische gradiënt** volgen op territoriaal niveau.

Deze keuze maakt het mogelijk geografische socio-economische ongelijkheden in kaart te brengen die samenhangen met verschillen in materiële middelen, woonkwaliteit, omgeving, beschikbaarheid van gezondheidsdiensten en, ruimer, de leefomstandigheden van de wijk. Er zijn evenwel enkele beperkingen. Het inkomen per inwoner is een fiscale maat, afhankelijk van belastingvoorwaarden, en rekent kinderen mee in de noemer, wat het gemiddelde niveau in sectoren met een hoog aandeel minderjarigen automatisch kan verlagen. Deze beperkingen worden aanvaard, aangezien het doel is socio-economische contexten te vergelijken en de daarmee samenhangende financiële draagkracht zo goed mogelijk weer te geven.

Het gebruik van een territoriale proxy impliceert ten slotte dat de **waargenomen ongelijkheden de neiging hebben afgezwakt te worden** ten opzichte van analyses gebaseerd op individuele inkomensgegevens; de gemeten gradiënten moeten dan ook worden geïnterpreteerd als minimale schattingen van de grootteorde.

2.2. Kosten ten laste van patiënten en financiële beschermingsmechanismen

2.2.1. Onderzoekspopulatie

De analyse heeft betrekking op alle CM-leden, zoals geregistreerd in het administratief uittreksel van december 2024. **Om de coherentie van de financiële analyses te garanderen, worden enkel monomutualistische huishoudens (waarvan alle leden aangesloten zijn bij CM) behouden** (88% van de oorspronkelijke populatie). De uiteindelijke populatie omvat **3,98 miljoen personen**, verdeeld over 1,92 miljoen huishoudens. De resultaten worden gewogen op de structuur van de Belgische bevolking 2024, volgens dezelfde methodologie als deze gebruikt voor de indicatoren van gezondheidsongelijkheden.

In het kader van de uitvoering van de MAF, wordt aan het ziekenfonds een fiscaal referentie-inkomen (verder geïd als *MAF-inkomen*) bezorgd wanneer het huishouden het eerste plafond bereikt, namelijk een jaarlijks cumulatief bedrag van 250 euro aan remgelden (verminderd met 100 euro in geval van chronische uitgaven), geïndexeerd tot 254,99 euro in 2024 (INAMI, 2026). Deze eigenschap bepaalt de wijze waarop het inkomen in de analyses wordt gebruikt (zie verder).

De sociodemografische variabelen omvatten leeftijd, regio, VT-statuuut en verzekeraarbaarheid (op 31/12/2024), en specifieke statuten (leefloon, arbeidsongeschiktheid, werkloosheid), gedefinieerd zodra ten minste één vergoede dag is vastgesteld in 2024.

¹⁰ De berekeningen zijn uitgevoerd op basis van niet afgeronde waarden; eventuele verschillen die kunnen optreden bij het reconstrueren van de verschuivingen op basis van de in de figuren weergegeven waarden zijn toe te schrijven aan afrondingen uitgevoerd om leesbaarheidsredenen.

2.2.2. Opgenomen kostengegevens

De analyse is gebaseerd op alle zorgprestaties, in 2024 door CM geregistreerd in het kader van de VP, ongeacht of ze wel of zijn terugbetaald¹¹, afkomstig uit de ambulante, ziekenhuis- en farmaceutische facturatiebestanden. Voor elke prestatie maakt de databank een onderscheid tussen het door de persoon effectief betaalde remgeld, het deel dat door de MAF is gecompenseerd en de gekende supplementen en niet-terugbetaalbare prestaties. Deze indeling laat enerzijds toe de resterende last (netto remgeld + supplementen/niet-terugbetaalbare bedragen) te isoleren en anderzijds het beschermingsniveau dat via de MAF wordt gemobiliseerd. In de analyse worden alle supplementen en niet-terugbetaalbare bedragen opgenomen in de categorie 'supplementen'.

2.2.3. Analysestrategie

De **analyse van de eigen bijdragen** verloopt in verschillende stappen.

- Analyse op huishoudniveau:
 - Structuur van de eigen bijdragen op huishoudniveau, volgens inkomensschijf en met onderscheid tussen huishoudens die wel of niet de MAF bereiken;
 - Gemiddelde financiële last voor de huishoudens, los van een eventuele MAF-tussenkost, om de verdeling ervan over de volledige socio-economische gradiënt te observeren.
- Analyse op individueel niveau:
 - Berekening van de gemiddelde kosten per persoon, waardoor wegen en directe standaardisatie (leeftijd en geslacht, referentiepopulatie: België 2024) mogelijk worden, wat homogene vergelijkingen tussen groepen garandeert. Dit is niet mogelijk op huishoudniveau bij gebrek aan exhaustieve informatie over de huishoudstructuur in de algemene bevolking.

Om **de financiële last van gezondheidszorg in verhouding tot het inkomen** te schatten, wordt het huishoudinkomen vervolgens geïndividualiseerd. Aangezien de beschikbare gegevens bestaan uit inkomensschijven gebruikt bij de uit-

voering van de MAF, wordt aan elk huishouden één inkomen toegekend, namelijk het gemiddelde van de onder- en bovengrens van zijn schijf; voor de hoogste schijf wordt een bovengrens geschat (factor 1,33). Dit inkomen wordt vervolgens gedeeld door de vierkantswortel van de grootte van het huishouden, een methode die berust op de idee dat de behoeften van een huishouden toenemen met elk bijkomend lid, maar minder dan evenredig vanwege schaalvoordelen, en die een realistischer schatting oplevert van de financiële draagkracht van huishoudens volgens de samenstelling (OECD, 2011).

Aangezien het MAF-inkomen enkel gekend is voor huishoudens die het eerste plafond hebben bereikt, blijft het onbekend voor huishoudens met een lager zorggebruik. Om **inkomensgegevens voor de volledige bevolking** te bekomen, worden daarom twee complementaire inkomensproxy's gebruikt:

- **Het gemiddeld inkomen van de wijk** (zie deel 2.1.2.), beschikbaar voor iedereen;
- **Het aandeel van het mediane wijkinkomen dat wordt besteed aan zorg**, berekend door de eigen bijdragen van elke persoon te relateren aan de mediane inkomensdrempel van diens territoriale schijf (bijvoorbeeld P5 = 11.992 euro, P95 = 34.853 euro).

Met deze laatste indicator kunnen tegelijk personen zonder eigen bijdragen geobserveerd worden, de verdeling van het niveau van eigen bijdragen bij personen die er wel hebben, en de wijze waarop deze verdeling varieert langs de territoriale rijkdomsgradiënt.

2.2.4. Beperkingen

Er moet rekening worden gehouden met enkele beperkingen. Ten eerste houdt de analyse geen rekening met de eventuele rol van facultatieve verzekeringen: noch de betaalde premies, noch de toegekende terugbetalingen zijn observeerbaar. Ten tweede valt zorg die volledig buiten de VP ligt, en dus niet geregistreerd is in de ziekenfondsgegevens, buiten de analyse, met als gevolg een potentiële onderschatting van de reële uitgaven voor sommige personen.

¹¹ De niet-terugbetaalbare prestaties opgenomen in de analyse betreffen vooral niet-terugbetaalbare prestaties en geneesmiddelen die in een ziekenhuiscontext worden geregistreerd, alsook pijnstillers die inmiddels geïntegreerd zijn in de facturatie van openbare apotheken.

3. Resultaten

3.1. Gezondheid en socio-economisch niveau

In België komen sociale gezondheidsongelijkheden niet tot uiting in de vorm van een scherpe breuk tussen 'arme' en 'rijke' wijken, maar als een gradiënt, een **gelijkmatig continuüm tussen de socio-economische groepen**: naarmate het gemiddeld inkomensniveau van wijken daalt, neemt de levensverwachting geleidelijk af, komen chronische aandoeningen vaker voor en is de toegang tot zorg beperkter. De **verschillen** tussen elke aangrenzende categorie zijn op zich beperkt, maar cumulatief over de volledige gradiënt vertegenwoordigen ze **grote en in de tijd persistente gezondheidsongelijkheden**.

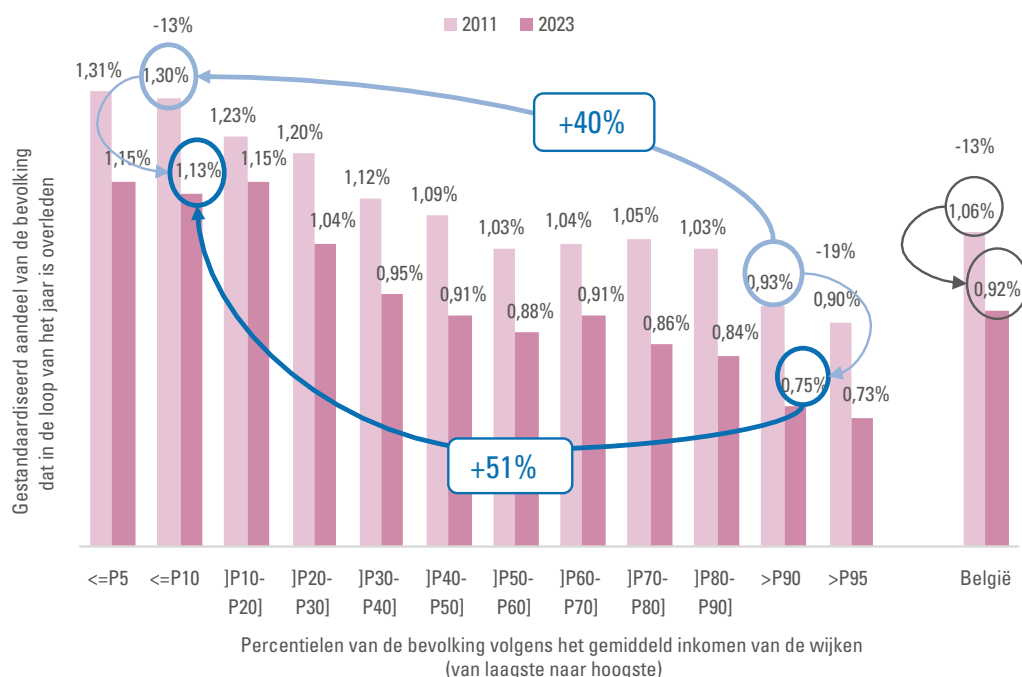
Zelfs indien de nationale gezondheidsindicatoren verbeteren, komt deze vooruitgang meer ten goede aan de meest bevoorrechte groepen. Zo daalt tussen 2011 en 2023 de nationale **mortaliteit** met 13%¹² (van 1,06% naar 0,92%, zie Figuur 1), maar is deze daling sterker bij de 10% van de bevolking die in de rijkste wijken woont (van 0,93%

naar 0,75% in P90, of -19%) dan bij de 10% die in de armste wijken woont (van 1,30% naar 1,13% in P10, of -13%). De **sociale gradiënt neemt dus toe**: de kloof tussen deze twee groepen stijgt in deze periode van 40% naar 51%, wat neerkomt op 151 overlijdens in P10 voor slechts 100 overlijdens in P90 (waarde gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht).

Wat de **morbiditeit** betreft, worden niet alle aandoeningen even betrouwbaar waargenomen in de ziekenfondsgegevens, aangezien deze uitsluitend gebaseerd zijn op zorggebruik. Aandoeningen die een regelmatige opvolging of specifieke onderzoeken vereisen, lopen het risico ondergediagnosticeerd te zijn bij bevolkingsgroepen die minder op consultatie gaan. Hierdoor worden de waargenomen gezondheidsverschillen volgens socio-economisch niveau in realiteit onderschat wegens de moeilijker toegang tot zorg en dus tot detectie.

Diabetes vormt een referentie-indicator: de diagnose berust op eenvoudige onderzoeken, de behandeling is in principe toegankelijk en wordt vergoed, waardoor deze aandoening een vaak gebruikte indicator is voor de studie van sociale gezondheidsongelijkheden (zie onder meer

Figuur 1: Evolutie van de mortaliteit tussen 2011 en 2023 in België volgens gemiddeld wijkinkomen (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht)



¹² De evolutie in de tijd wordt als volgt berekend: $(0,92\% - 1,06\%) / 1,06\% = -13\%$.

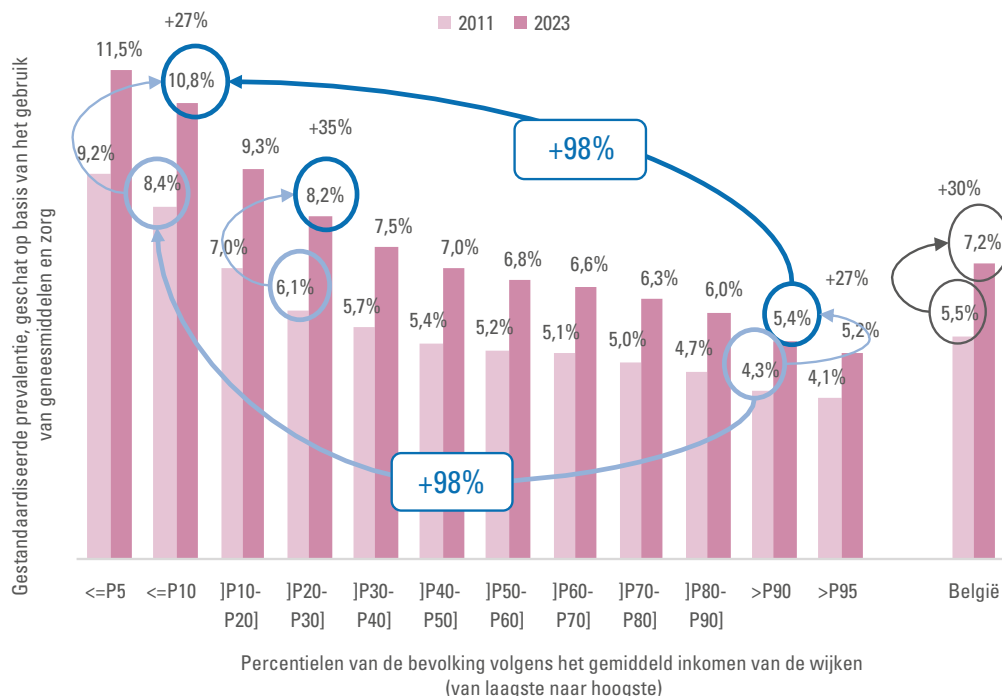
Gerken, et al., 2024). In 2023 is **de prevalentie van (gediagnosticeerde) diabetes twee keer zo hoog in de armste wijken als in de rijkste (10,8% versus 5,4%)**, een relatief verschil van 98%, stabiel ten opzichte van 2011 (8,4% versus 4,3%, zie Figuur 2). Op nationaal niveau stijgt de prevalentie met 30% tussen 2011 en 2023 (van 5,5% naar 7,2%). Deze stijging is aanzienlijk en treft alle socio-economische groepen, maar blijft sterker in de tussengelegen kansarme decielen (bijvoorbeeld P20-P30: +35%) dan in de uiterste (+27% in P10 en P90). Dat de toename geringer is in P10 terwijl het risico er hoger ligt, wijst op een **toenemende onderdiagnose**, waardoor de vastgestelde gradiënt wellicht een onderschatting is.

De **regionale verschillen** versterken deze vaststelling. In 2023 bereikt de prevalentie van diabetes 8,0% in Brussel, 8,6% in Wallonië en 6,3% in Vlaanderen. De omvang van de gradiënt varieert sterk: het relatieve verschil tussen P10 en P90 bedraagt 149% in Brussel, tegenover 80% in

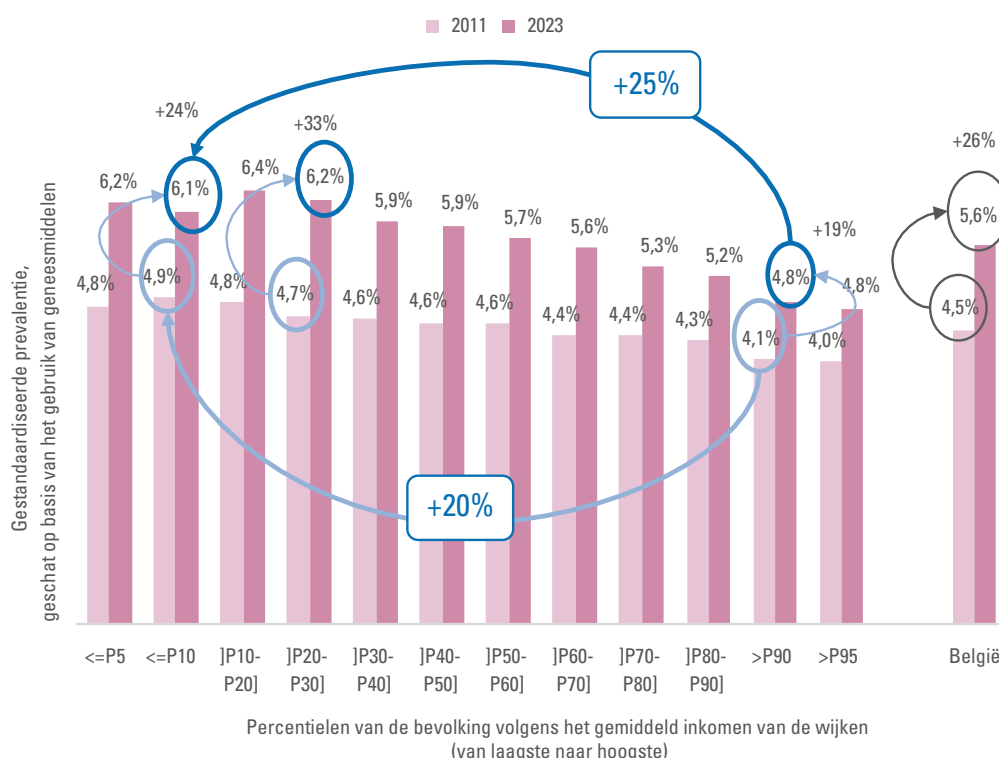
Wallonië en 75% in Vlaanderen. In Brussel is het contrast het grootst: de rijkste wijken vertonen er een lagere prevalentie dan in eender welke andere regio (4,9%), terwijl de armste wijken 12,3% bereiken, het hoogste waargenomen niveau. Deze bijzonder uitgesproken gradiënt weerspiegelt de grotere socio-economische heterogeniteit van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Op Belgisch niveau neemt ook de prevalentie van **obstructieve luchtwegaandoeningen** toe, van 4,5% in 2011 naar 5,6% in 2023 (+26%, zie Figuur 3). Deze stijging treft de ganse bevolking, maar is sterker in de kansarme decielen (P10-P30: +24% tot +33%) en blijft beperkter in de rijke wijken (+19%). De sociale ongelijkheden nemen dus toe: het relatieve verschil tussen arme (P10) en rijke wijken (P90) stijgt van 20% naar 25%. De sociale gradiënt blijft duidelijk aanwezig en weerspiegelt een reële ongelijkheid, al is die minder lineair dan in 2011: in 2023 vertonen de armste wijken licht lagere niveaus dan de aangrenzende segmenten.

Figuur 2: Evolutie van de prevalentie van (gediagnosticeerde) diabetes tussen 2011 en 2023 in België volgens gemiddeld wijkinkomen (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht)



Figuur 3: Evolutie van de prevalentie van obstructieve luchtwegaandoeningen (gediagnosticeerd) tussen 2011 en 2023 in België volgens gemiddeld wijkinkomen (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht)



3.2. Zorggebruik en socio-economisch niveau

3.2.1. Curatieve zorg

Het logische vervolg van de sociale gezondheidsgradiënt is de vraag naar het zorggebruik: zich nu verzorgen of later? Beroep doen op preventieve zorg, naar de huisarts gaan of wachten? Zich laten hospitaliseren of uitstellen omdat men niet weet wie voor de kinderen zal zorgen of uit vrees voor de bijhorende kosten? Deze gedwongen keuzes geven vorm aan de sociale gradiënt in zorggebruik: hoe groter de behoeften en hoe talrijker de obstakels, hoe vaker het traject van curatieve, preventieve of eerstelijnszorg een opeenvolging is van geen beroep doen op en uitstellen van zorg.

Deze dynamiek komt duidelijk tot uiting bij drie indicatoren van curatieve zorg. De eerste is het **statuut chronische aandoening**, toegekend bij hoge zorguitgaven gedurende twee opeenvolgende jaren. De toekenning van dit statuut, dat ook wijst op een verslechterde gezondheid en op de

mogelijkheid om beroep te doen op zware behandelingen, is sterk toegenomen: 11,0% van de bevolking in 2016 tegenover 17,3% in 2023 (+57%, zie Figuur 4). De toename doet zich voor in alle wijken, maar is proportioneel groter in de welgestelde (+60% in P90). Het zorggebruik neemt dus overal toe, maar sterker in de welgestelde wijken. In 2023 beschikt 19,4% van de bewoners van de armste wijken (P10) over dit statuut, tegenover 14,9% in de rijkste wijken (P90). Dit relatief verschil van 30% is een daling met 42% in vergelijking met 2016. Dit kan positief lijken, maar afgemeten aan de verslechtering van de gezondheidsgradiënt, suggereert dit veeleer dat inwoners van kansarme wijken, hoewel zij **zieker zijn**, geen volledige toegang hebben tot chronische zorg die toelaat dit statuut te verkrijgen. De ongelijkheid in toegang neemt toe daar waar de behoeften het grootst zijn.

Deze trend komt nog duidelijker naar voren in de evolutie van **opnames in algemene ziekenhuizen** (dag- en klassieke opname samen). Tussen 2011 en 2023 daalt het aandeel personen met minstens één hospitalisatie op nationaal niveau van 10,3% naar 9,2% (-11%, zie Figuur 5).

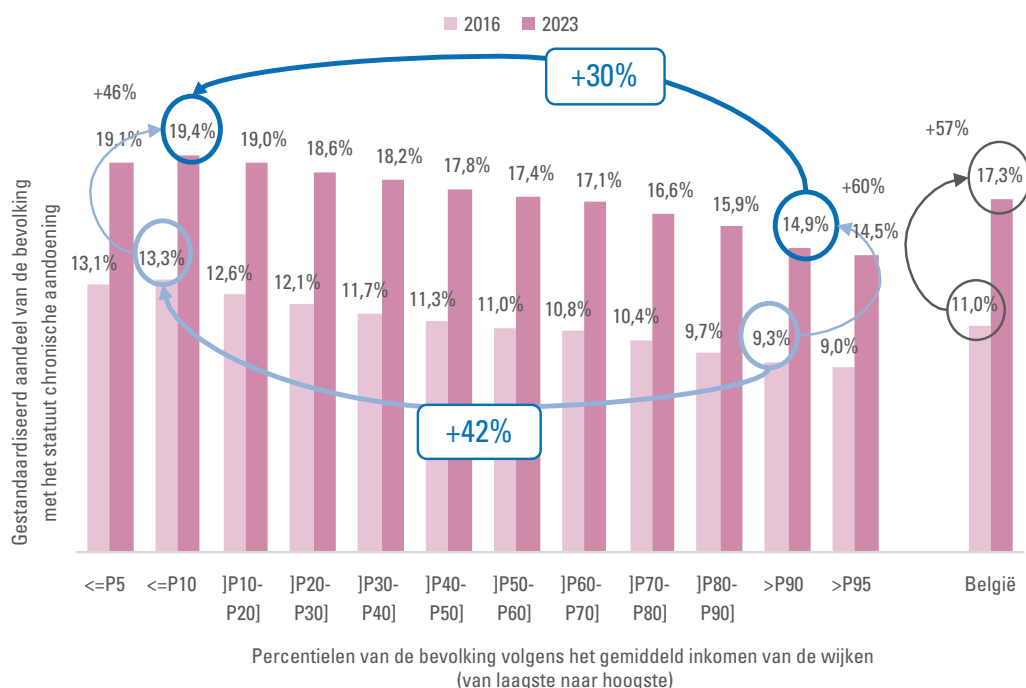
Die daling is echter niet uniform en aanzienlijk sterker in de armste wijken (-15% tot -16% voor P10/P5) dan in de rijkste wijken (-9% voor P90/P95). In 2011 gold: hoe welvarender de wijk, hoe minder frequent het gebruik van hospitalisatie (relatief verschil P10-P90: 26%). In 2023 is dit verschil teruggelopen tot 18%, niet omdat de meest kansarmen gezonder zouden zijn, maar omdat hun zorggebruik sneller daalt dan elders. De curve wordt bol: de intermediaire wijken (P20-P30) vertonen nu de hoogste gebruiksniveaus (9,8%), terwijl de armste wijken daaronder komen. Waar de behoeften het grootst zouden moeten zijn, zien we nu minder hospitalisaties. Dit is het duidelijkste signaal van een **toenemend ondergebruik van ziekenhuiszorg in kansarme buurten**.

In deze context van afnemend gebruik van hospitalisaties, is de evolutie van het **gebruik van spoeddiensten** veelzeggend. Tussen 2011 en 2023 stijgt het globale aandeel mensen dat langsging bij een spoeddienst van 14,6% naar 17,9% (+23%, zie Figuur 6). Het bedraagt dan 23,8% in de armste wijken (P10) tegenover 14,9% in de rijkste (P90), omgerekend een relatief verschil van 60%, iets lager dan in 2011 (+66%). Ook hier is de afname van de gradiënt niet het gevolg van een daling van het gebruik in de arme wijken (waar het gebruik met 18% stijgt en hoog blijft), maar

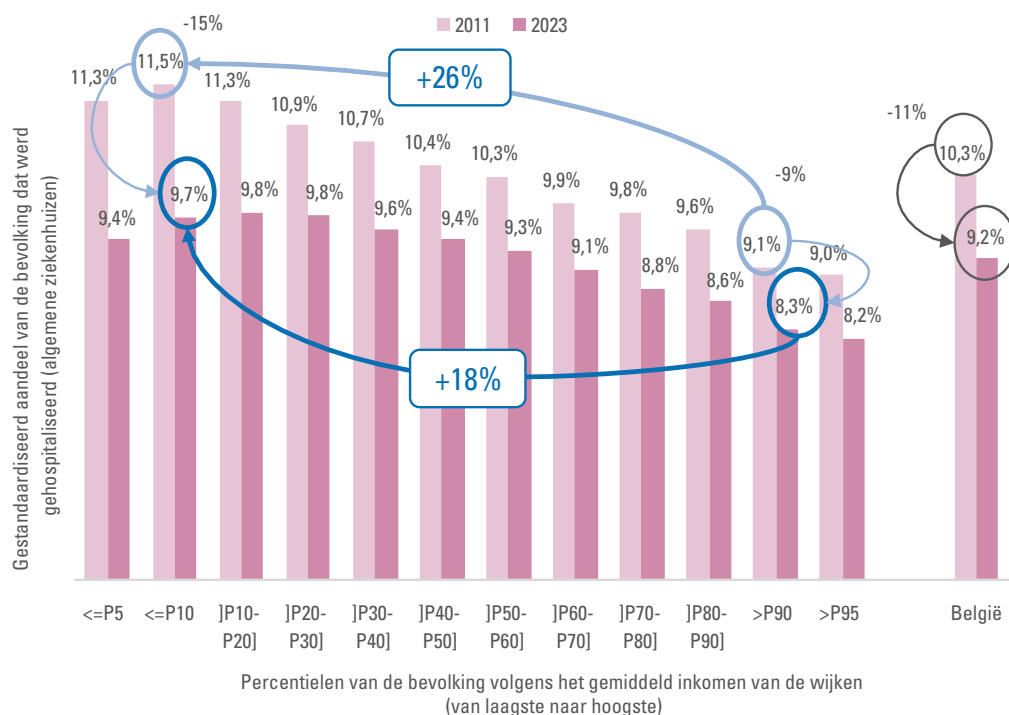
van een proportioneel sterkere stijging in de welvarende wijken (+23%). De spoeddiensten blijven dus de toegangspoort die men gebruikt wanneer de andere deuren van de zorg niet snel of gemakkelijk opengaan. Men gaat erheen omdat men geen andere keuze had, omdat men te lang heeft gewacht, omdat reguliere zorg niet mogelijk was.

De drie indicatoren samen laten hetzelfde patroon zien: het zorggebruik neemt vooral toe in de welgestelde wijken (statuut chronische aandoening), terwijl het afneemt in de kansarme wijken zodra het gaat om geplande of zware zorg (hospitalisaties). In deze context blijven de spoeddiensten veelvuldig gebruikt door de inwoners van arme wijken, ook al is de relatieve toename er minder uitgesproken dan elders. Met andere woorden: het gebruik van spoeddiensten compenseert de daling van ziekenhuisgebruik niet; het wijst veeleer op een situatie waarin men laat aankomt bij gebrek aan vroegere behandeling. De sociale gradiënt van het zorggebruik wordt zo een gradiënt van **gedwongen afwegingen**: men wordt minder gehospitaliseerd wanneer men dat het hardst nodig heeft, en men belandt op de speed, niet omdat men er vaker naartoe gaat, maar omdat de andere deuren gesloten zijn.

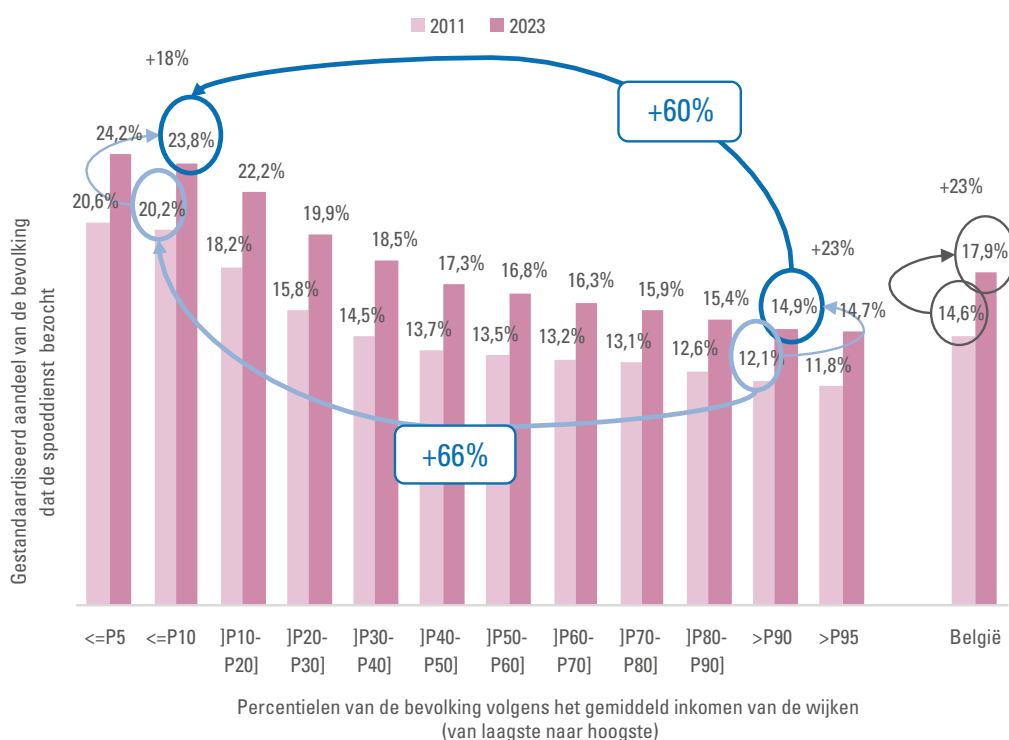
Figuur 4: Evolutie van het aandeel van de bevolking met het statuut chronische aandoening tussen 2016 en 2023 in België volgens gemiddeld wijkinkomen (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht)



Figuur 5: Evolutie van het aandeel van de bevolking dat werd gehospitaliseerd tussen 2011 en 2023 in België volgens gemiddeld wijkinkomen (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht)



Figuur 6: Evolutie van het aandeel van de bevolking dat beroep deed op een spoeddienst tussen 2011 en 2023 in België volgens gemiddeld wijkinkomen (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht)



3.2.2. Preventieve zorg

In tegenstelling tot curatieve zorg, volgt het gebruik van preventieve zorg een **omgekeerde gradiënt**: hoe hoger het gemiddeld wijkinkomen, hoe groter het zorggebruik. Het gebruik van **borstkankerscreening** (zowel de door de gemeenschappen georganiseerde screening als diagnostische onderzoeken) illustreert dit. In België blijft het aandeel vrouwen van 50 tot 69 jaar dat een mammografie ondergaat globaal stabiel (63% in 2011-2012 en in 2023-2024), maar deze stabiliteit verbergt uiteenlopende evoluties naargelang het socio-economisch niveau (zie Figuur 7).

In 2023-2024 onderging 71% van de vrouwen uit de meest welgestelde wijken (P90) een screening, tegenover 45% voor de minst welgestelde (P10), omgerekend een relatief verschil van -38%, dat groter is dan in 2011-2012 (-29%). De kloof wordt groter: de lichte stijging vastgesteld in de rijke wijken (+4%) contrasteert met de daling in de kansarme wijken (-8%). Met andere woorden: de globale stabiliteit van de screening maskeert in werkelijkheid een **toename van de sociale ongelijkheden**.

De **regionale verschillen**, die nauw samenhangen met het gebruik van het gratis screeningsprogramma georganiseerd door de gefedereerde entiteiten, werpen een

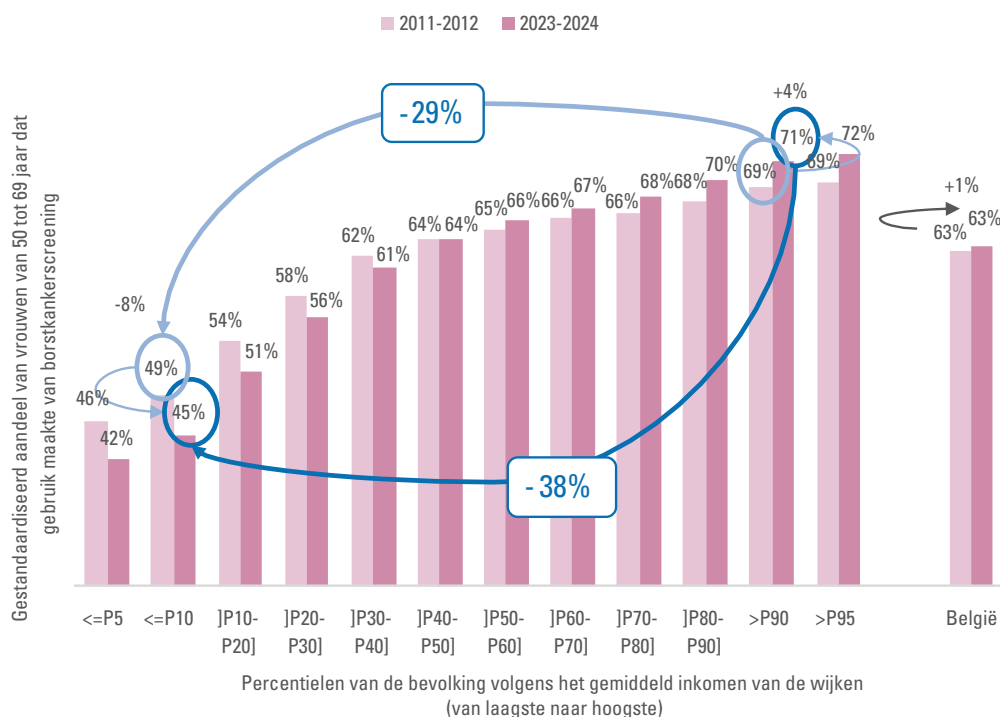
bijkomend licht op de situatie (zie Tabel 1). In Vlaanderen is de deelname aan het gratis programma hoog en licht stijgend (50% van de vrouwen in 2011-2012 tegenover 52% in 2023-2024), terwijl zij zeer laag blijft en zelfs daalt in Brussel (12% tegenover 11%) en in Wallonië (8% tegenover 5%). Wat het gratis programma betreft, is de sociale gradiënt zwak in Wallonië (zelfs licht in het voordeel van kansarme wijken) en vergelijkbaar in Brussel (verschil van 17% in het voordeel van de arme wijken tussen P10 en P90 in 2023). In Vlaanderen daarentegen verslechtert de gradiënt, ondanks een hoog algemeen gebruik: geen gradiënt in 2011, maar een negatieve gradiënt in 2023 omdat de deelname daalt in arme en toeneemt in rijke wijken (verschil van ongeveer -18%).

Wat de betalende diagnostische mammografieën betreft, zijn de ongelijkheden veel duidelijker – wat te verwachten is gezien de eigen bijdrage. In 2023 is de gradiënt sterk in het nadeel van arme wijken (relatieve verschillen tussen P90 en P10 van -39% in Vlaanderen, -36% in Wallonië en -38% in Brussel). Met andere woorden: de toegangsweg tot screening (gratis versus betalend) bepaalt de vorm van de gradiënt. Waar het gratis programma weinig wordt gebruikt (Wallonië, Brussel), ligt het globale screeningsniveau laag en leunt men meer op de betalende variant, wat de sociale kloof versterkt. Samengenomen (gratis en beta-

Tabel 1: Aandeel vrouwen van 50 tot 69 jaar dat een borstkankerscreening onderging in 2011-2012 en 2023-2024 volgens gemiddeld wijkinkomen (Bron: Gewogen CM-gegevens)

		Brussel		Wallonië		Vlaanderen	
		2011-2012	2023-2024	2011-2012	2023-2024	2011-2012	2023-2024
Alle programma's	Regionaal gebruiksniveau	53%	52%	55%	55%	68%	69%
	P10	43%	41%	47%	43%	62%	55%
	P90	62%	59%	63%	64%	71%	74%
	Relatief verschil P10-P90	-29%	-30%	-25%	-32%	-13%	-25%
Gratis programma	Regionaal gebruiksniveau	12%	11%	8%	5%	50%	52%
	P10	14%	11%	8%	5%	48%	41%
	P90	11%	9%	8%	5%	46%	50%
	Relatief verschil P10-P90	20%	17%	8%	6%	3%	-18%
Betalend programma	Regionaal gebruiksniveau	41%	41%	49%	50%	19%	19%
	P10	31%	32%	40%	38%	15%	16%
	P90	52%	51%	57%	59%	26%	25%
	Relatief verschil P10-P90	-41%	-38%	-29%	-36%	-40%	-39%

Figuur 7: Evolutie van het aandeel vrouwen van 50 tot 69 jaar dat een borstkankerscreening onderging tussen 2011-2012 en 2023-2024 in België volgens gemiddeld wijkinkomen (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht)



lend samen) is de gradiënt het sterkst in Wallonië (relatief verschil van -32% ten nadele van arme wijken), gevolgd door Brussel (-30%) en Vlaanderen (-25%), waarbij dit laatste zorgwekkend is aangezien die in 2011 slechts -13% bedroeg. Omgekeerd is het algemene niveau beter waar het gratis programma goed wordt benut (Vlaanderen), maar duikt de gradiënt opnieuw op door een daling van het gebruik in de meest kansarme wijken de voorbije jaren.

3.2.3. Eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg vormt de toegangspoort tot het gezondheidssysteem. Twee financieringsmodellen bestaan naast elkaar: enerzijds **zorg per prestatie**, waarbij elke consultatie afzonderlijk wordt gefactureerd; anderzijds het **forfaitaire model**, via wijkgezondheidscentra (WGC), waar patiënten zich inschrijven bij een multidisciplinair team en met een financiering via een maandelijks forfait rechtstreeks betaald door de ziekenfondsen (geen eigen bijdrage voor patiënten). Deze twee wegen tekenen niet dezelfde sociale gradiënt, en juist hun combinatie werpt een licht op de recente evolutie van ongelijkheden in toegang.

Tussen 2011 en 2023 vertoont het gebruik van zorg per prestatie (minstens één contact met een huisarts die per prestatie factureert in de loop van het jaar) een stabiele structuur (zie Figuur 8):

- De hoogste gebruiksniveaus van huisartsen betaald per prestatie situeren zich in de intermediaire wijken (84% in P50-P90 in 2023);
- Het iets lagere gebruik in de meest welgestelde wijken (82% in P95) hangt samen met lagere gezondheidsbehoeften;
- Daartegenover vertonen kansarme wijken een veel lager gebruiksniveau (60% in P5), terwijl de gezondheidsbehoeften er groter zijn.

Er is sprake van een onderbenutting van eerstelijnszorg per prestatie, wat een duidelijke indicator is van sociale ongelijkheden. De evolutie in de tijd bevestigt deze kloof: het gebruik van huisartsenzorg per prestatie stijgt op nationaal niveau (van 78% naar 81%), een toename aangedreven door de meest welgestelde wijken (+6% in P90), terwijl de armste wijken een lichte daling kennen (-1% in P10).

In 2011 bedroeg het verschil tussen inwoners van de armste (P10) en de rijkste wijken (P90) ongeveer -16%. Het relatieve verschil tussen P10 en P90 vergroot zo van -16% naar -21% in twaalf jaar tijd.

Tegelijkertijd wint het **forfaitaire model** duidelijk terrein: het aandeel van de bevolking ingeschreven in een WGC stijgt van 2% in 2011 naar 5% in 2023. Deze groei is vooral uitgesproken in de armste wijken, waar deze structuren van oudsher zijn opgezet om in te spelen op noden rond betaalbaarheid, opvolging en continuïteit. Zeer kansarme wijken (P5 en P10), ondervertegenwoordigd in het per-prestatie model, registreren de grootste toename: in P5 stijgt het aandeel ingeschreven bewoners van 13% naar 24%, en in P10 van 10% naar 19%, terwijl rijkere wijken (P70-P95) een toename van slechts 1% tot 2% kennen.

Wanneer we **de twee gebruiksmodaliteiten (per prestatie en forfaitair) samenvoegen**, verandert de waargenomen dynamiek aanzienlijk (zie Figuur 9):

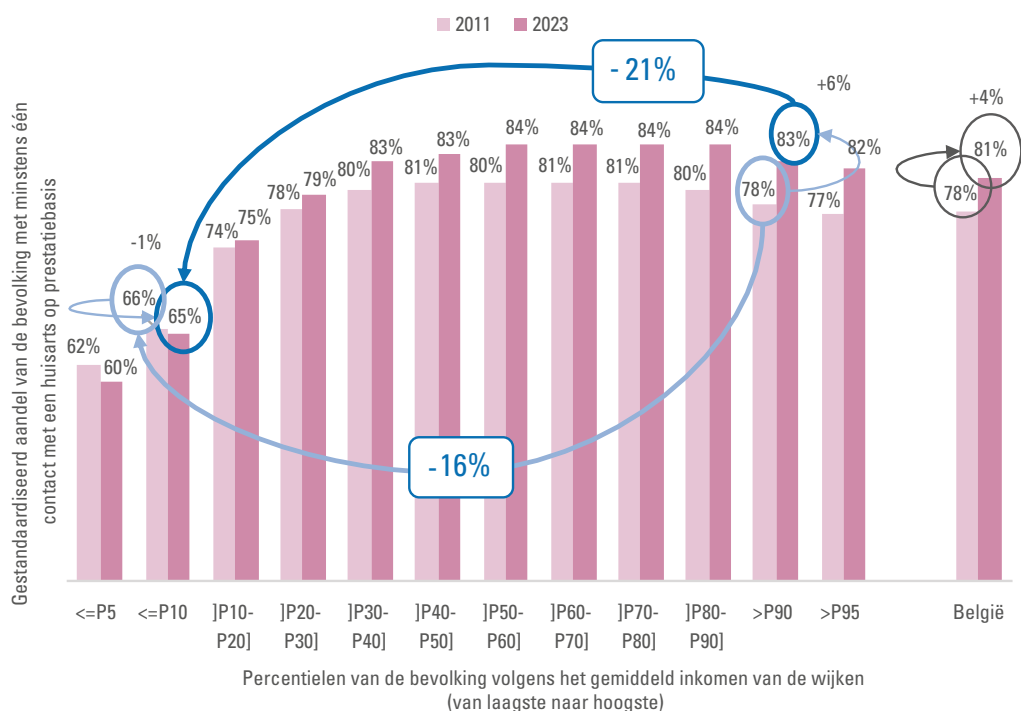
- Op nationaal niveau stijgt tussen 2011 en 2023 het totale aandeel van de bevolking dat beroep deed op een huis-

arts, alle modaliteiten samen, van 80% naar 86% (+8%), wijzend op een globale verbetering van de dekking in de eerstelijnszorg;

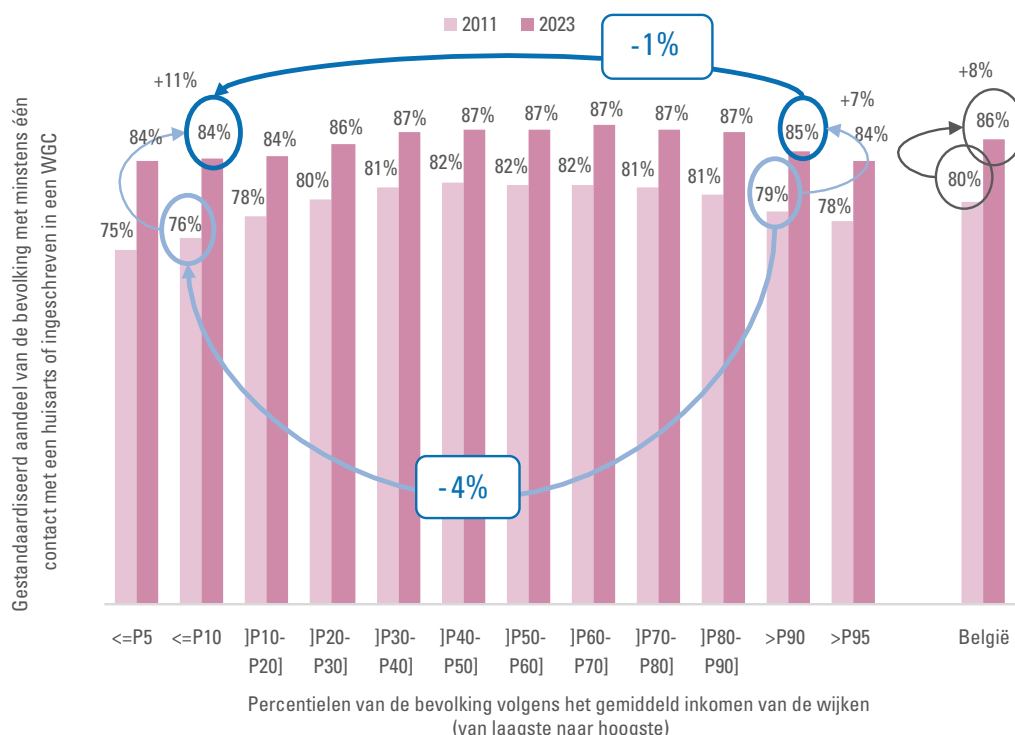
- De integratie van WGC in de berekening zwakt de ongelijkheden die zichtbaar zijn op basis van enkel per-prestatie-contacten sterk af: in 2011 bedroeg het verschil tussen P10 en P90 -4%; in 2023 daalt dit tot -1%, wat neerkomt op een **quasi-verdwijnen van de sociale gradiënt**. De cijfers bevestigen dit herstel van het evenwicht: in P10 stijgt het gebruik van 76% in 2011 naar 84% in 2023 (+11%), terwijl het in P90 stijgt van 79% naar 85% (+7%).

Kortom, de WGC compenseren een persistent ondergebruik per prestatie in de meest kansarme buurten. Hun opkomst vergroot er de toegang: met een toegang zonder directe financiële drempel, met continuïteit en coördinatie, brengt het forfaitaire model een deel van de gezinnen opnieuw in contact met de eerstelijnszorg. Dit resultaat is wel te nuanceren: in arme gebieden, waar de gezondheidsbehoeften groter zijn, zouden we een hoger gebruiksniveau verwachten. De schijnbare gelijkheid verhult dus een aanhoudende ongelijkheid.

Figuur 8: Evolutie van het aandeel van de bevolking met huisartscontacten per prestatie tussen 2011 en 2023 in België volgens gemiddeld wijkinkomen (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht)



Figuur 9: Evolutie van het aandeel van de bevolking met huisartscontacten per prestatie of ingeschreven in een WGC tussen 2011 en 2023 in België volgens gemiddeld wijkinkomen (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht)



3.3. Kosten ten laste van de patiënt-e

3.3.1. De MAF als vertrekpunt voor de analyse van financiële ongelijkheden

Om de ongelijkheden in financiële toegang en hun bijdrage aan de eerder aangetoonde sociale gradiënt in zorggebruik te vatten, is een analyse nodig van de **effectief door patiënten gedragen uitgaven**, na tussenkomst van de mechanismen bedoeld om deze te beperken.

In dat kader vormt de MAF een centraal vertrekpunt. Enerzijds gaat het om een expliciet mechanisme van plafonnering van remgelden, waarvan de effecten rechtstreeks in de gegevens kunnen worden waargenomen. Anderzijds **vormt de MAF het enige kanaal waarlangs gedeeltelijke informatie over het inkomen van huishoudens beschikbaar is in de ziekenfondsgegevens, wat het tot een essentiële hefboom maakt voor de studie van financiële ongelijkheden.**

In 2024 (referentie-inkomens 2022) variëren de jaarlijkse remgeldplafonds in het kader van de MAF van 254,99 euro tot 2.067,66 euro, naargelang de inkomensschijf van het huishouden, met een vermindering van 114,87 euro in geval van chronische uitgaven (zie Tabel 2). Naast de inkomens-MAF bestaan ook een sociale MAF (plafond van 516,92 euro voor VT-huishoudens) en een MAF voor min-19-jarigen (plafond van 746,66 euro per kind).

Hoewel de nominale plafonds stijgen met het inkomensniveau, blijft de relatieve inspanning die van huishoudens wordt gevraagd proportioneel groter voor de laagste inkomens. In de tweede laagste inkomensschijf kan het plafond oplopen tot 4,1% van het jaarlijks inkomen, tegenover maximaal 3,5% in de hoogste inkomensschijf (zie Tabel 2). **De MAF vertoont dus een progressieve structuur**, met plafonds die stijgen naarmate het inkomen hoger is, **maar de relatieve effecten zijn regressief.**

Tabel 2: Referentiebedragen – MAF-jaar 2024

Jaarlijks netto huishoudinkomen (2022)	Huishouden zonder lid met chronische zorguitgaven		Huishouden met ten minste één lid met chronische zorguitgaven	
	Remgeldplafond	Theoretisch % van het inkomen besteed aan zorg	Remgeldplafond	Theoretisch % van het inkomen besteed aan zorg
€ 0 tot € 12.681,18	€ 254,99	Min. 2%	€ 140,12	Min. 1,1%
€ 12.681,19 tot € 22.687,05	€ 516,92	2,3 - 4,1%	€ 402,05	1,8 - 3,2%
€ 22.687,06 tot € 34.877,09	€ 746,66	2,1 - 3,3%	€ 631,79	1,8 - 2,8%
€ 34.877,10 tot € 47.067,18	€ 1.148,70	2,4 - 3,3%	€ 1.033,83	2,2 - 3,0%
€ 47.067,19 tot € 58.749,33	€ 1.608,18	2,7 - 3,4%	€ 1.493,31	2,5 - 3,2%
Vanaf € 58.749,34	€ 2.067,66	Max. 3,5%	€ 1.952,79	Max. 3,3%

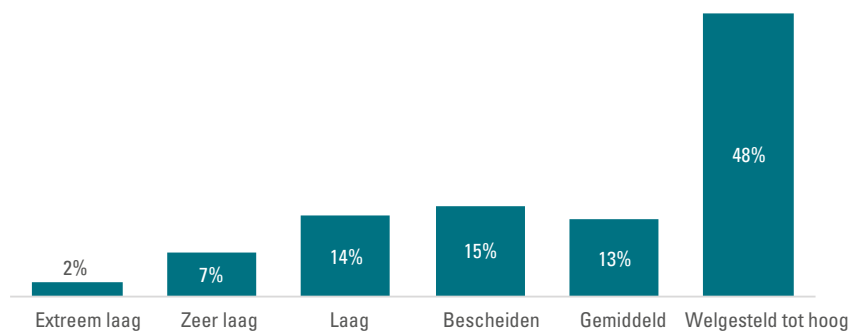
3.3.2. Een voorwaardelijke financiële bescherming: effectieve dekking en beperkingen van de MAF

Ter herinnering: de informatie-uitwisseling met het RIZIV over het huishoudinkomen gebeurt pas wanneer het eerste plafond is bereikt. De toegang tot de financiële bescherming door de MAF is dus onlosmakelijk verbonden met zorggebruik: **enkel een voldoende zorggebruik maakt zowel de vaststelling van het huishoudinkomen als desgevallend de activering van de plafonnering van de remgelden mogelijk**. Deze werkwijze beïnvloedt sterk de sociale samenstelling van de groep mensen die effectief door het systeem wordt beschermd.

Een sociaal asymmetrische verdeling van de vastgestelde inkomens

Voor de personen wiens inkomensschijf gekend is (64% van de Belgische bevolking¹³), is de verdeling over de inkomensschijven volgens onze analyses sterk asymmetrisch: de categorieën 'extreem laag' en 'zeer laag' inkomen vertegenwoordigen samen slechts 10% van de geïdentificeerde personen, terwijl bijna de helft (48%) behoort tot de categorie 'welgesteld tot hoog inkomen' (zie Figuur 10). De mediaan situeert zich dus op de grens tussen 'gemiddeld inkomen' en 'welgestelde tot hoog inkomen'. In de praktijk betekent dit dat **de effectieve progressiviteit van de MAF beperkt blijft tot inkomens onder het mediane inkomen**, terwijl daarboven één enkel plafond zeer heterogene levensstandaarden samenbrengt. Voor de rijkste huishou-

Figuur 10: Verdeling van de bevolking waarvan de inkomensschijf bekend is (uitvoering MAF 2024) (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens)



13 Gegevens geschat op basis van de gewogen CM-populatie.

dens blijft het gewicht van de eigen bijdragen in verhouding tot het inkomen dus zeer beperkt.

Sociale reikwijdte van de MAF-inkomensschijven ten opzichte van de armoedegrenzen

Om te begrijpen wat de MAF-inkomensschijven sociaal gezien inhouden, is het nuttig ze te vergelijken met de armoederempels vastgesteld door Statbel. Voor het referentiejaar van de MAF-inkomens 2024 (inkomens 2022) zijn deze als volgt:

- 1.367 euro netto/maand voor een alleenstaande;
- 2.187 euro netto/maand voor een huishouden bestaande uit één volwassene en twee kinderen;
- 2.870 euro netto/maand voor een huishouden met twee volwassenen en twee kinderen.

In het licht van deze referenties, stemmen de MAF-inkomensschijven voor de meeste gezinssamenstellingen overeen met inkomensniveaus die ver onder deze drempels liggen:

- De eerste schijf (< 12.681 euro/jaar, of < 1.057 euro/maand) komt overeen met inkomens die ruimschoots onder de armoederempel liggen, zelfs voor een alleenstaande;
- De tweede schijf (1.057–1.890 euro/maand) ligt onder de armoederempel voor elk huishouden met kinderen;
- De derde schijf (1.890–2.906 euro/maand) blijft ontoe-

reikend voor een huishouden van gemiddelde grootte (twee volwassenen, twee kinderen).

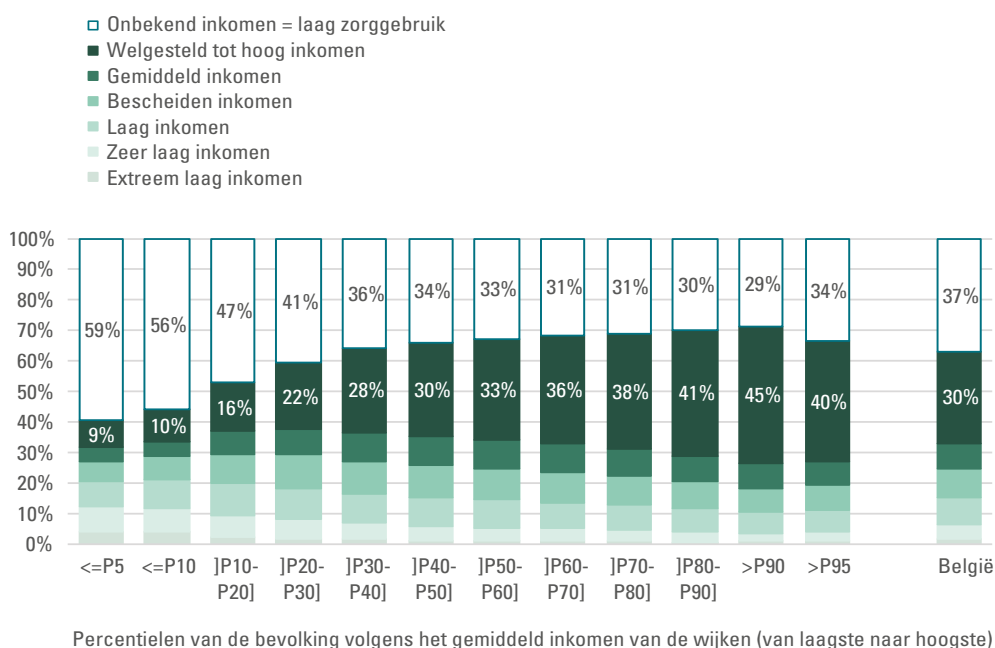
Voor elk huishouden met meer dan één persoon verwijzen de eerste drie MAF-inkomensschijven in werkelijkheid naar zeer precare levensstandaarden

De MAF-categorisering, die berust op absolute bedragen, niet geëquivaliseerd volgens huishoudgrootte, heeft dus de neiging de beperkte financiële draagkracht van sommige gezinnen in armoedesituaties te onderschatten, vooral gezinnen met kinderen. Op basis hiervan worden de MAF-inkomensschijven in de analyse benoemd volgens een typologie gaande van 'extreem laag inkomen' tot 'welgesteld tot hoog inkomen', waarbij deze laatste categorie zeer heterogene niveaus van financiële draagkracht omvat.

Territoriale verschillen in de identificatie van het MAF-inkomen en socio-economisch profiel van de geïdentificeerde personen

Wanneer we de MAF-inkomenscategorie kruisen met het gemiddeld inkomen van de statistische sectoren (zie Figuur 11), blijkt dat in de armste wijken (P5) **59% van de personen geen gekend MAF-inkomen** heeft, tegenover 34% in de rijkste wijken (P95). Dus hoe lager het welvaartsniveau van de wijk, hoe kleiner de kans dat huishoudens via de MAF worden geïdentificeerd, wat wijst op een lager zorggebruik in kansarme wijken (lager dan 254,99 euro).

Figuur II: Verdeling van de bevolking volgens MAF-inkomensschijf (uitvoering MAF 2024) volgens gemiddeld wijkinkomen in 2023 (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens)



We zien eveneens een sterke socio-economische homogeniteit op territoriaal niveau: in de armste wijken behoort het merendeel van de geïdentificeerde personen tot de categorieën 'extreem laag inkomen' of 'zeer laag inkomen', terwijl in de rijkste wijken de categorieën 'gemiddeld inkomen' en 'welgesteld/hoog inkomen' ruim domineren (zie Figuur 11).

Het sociodemografisch profiel van de MAF-groepen bevestigt deze bevindingen (zie Tabel 3). 'Extreem laag inkomen' stemt overeen met situaties van grote sociale kwetsbaarheid, met een groot aandeel jongeren (35% van de personen in deze categorie is tussen 0 en 24 jaar), personen met een handicap (17%), met een leefloon (15%), die in België verblijven¹⁴, en een meerderheid van VT-gerechtigden (70%).

De categorie 'inkomen onbekend' wordt dan weer gekenmerkt door een oververtegenwoordiging van jongvolwassenen (25-39 jaar), werklozen, Brusselaars en VT-gerechtigden (33%) ten opzichte van het Belgische gemiddelde (21%). Het feit dat deze personen weinig beroep doen op zorg – tot het punt dat zij het eerste MAF-plafond niet bereiken – ondanks hun fragiel socio-economisch profiel, wijst dus op een structureel ondergebruik van zorg veeleer dan op een afwezigheid van behoeften.

De **hiaten in de financiële bescherming** worden hiermee duidelijk zichtbaar. Personen wiens inkomen niet wordt geïdentificeerd ('inkomen onbekend'), sterk aanwezig in kansarme wijken, hebben geen toegang tot enige plafonnering via de MAF. Een aanzienlijk deel van hen beschikt

Tabel 3: Sociodemografisch profiel volgens MAF-inkomensschijf
(Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens)

		Extreem laag	Zeër laag	Laag	Matig	Gemiddeld	Welgesteld tot hoog	Onbekend	België
Leeftijd	0-24	35%	19%	18%	21%	27%	33%	28%	28%
	25-39	19%	10%	11%	13%	18%	18%	25%	19%
	40-59	23%	19%	16%	18%	23%	31%	27%	26%
	60 en ouder	23%	53%	56%	48%	32%	18%	20%	28%
Regio	Vlaanderen	43%	49%	58%	60%	62%	67%	54%	59%
	Wallonië	38%	39%	34%	33%	32%	28%	31%	31%
	Brussel	19%	12%	9%	7%	6%	5%	15%	10%
Hoedanigheid (verzekeraarheid)	Arbeider	8%	17%	13%	16%	20%	14%	20%	17%
	Bediende	7%	9%	9%	12%	17%	26%	21%	19%
	Zelfstandige	6%	3%	4%	4%	6%	7%	6%	6%
	Personen verblijvend in België	11%	1%	1%	0%	0%	0%	4%	2%
	Personen met een handicap	17%	2%	1%	0%	0%	0%	1%	1%
	Gepensioneerden en weduwen/weduwnaars	12%	44%	41%	40%	26%	13%	15%	21%
	Kinderen	31%	17%	16%	20%	25%	30%	24%	25%
	Personen ten laste	6%	5%	14%	5%	3%	1%	4%	4%
Specifiek statuut	VT	70%	67%	27%	12%	7%	3%	33%	21%
	Leefloon	15%	2%	1%	0%	0%	0%	5%	2%
	Arbeidsongeschiktheid	5%	18%	11%	11%	11%	7%	6%	8%
	Werkloosheid	4%	7%	5%	6%	7%	4%	9%	7%

¹⁴ De verzekerbaarheidscode 161 komt overeen met de categorie "verblijvende in België" die door verzekeringsinstellingen wordt gebruikt voor personen die in België verblijven zonder identificeerbare socio-professionele status (noch werknemer, noch zelfstandige, noch gepensioneerde, enz.). Het betreft kwetsbare profielen, vaak met lage of onregelmatige inkomens. We zien in onze gegevens dat 50% van hen een leefloon heeft, zij oververtegenwoordigd zijn in arme wijken (26% woont in P10), dat 88% het VT-statuuut heeft, 43% tussen 25 en 39 jaar is, 55% vrouw, 29% in Brussel woont en 75% over een onbekend inkomen beschikt (beperkt zorggebruik).

bovendien niet over het VT-statuuut. In de P10-wijken is dit 39% van de personen met een ‘inkomen onbekend’, waardoor zij tegelijk geen plafonnering kennen, geen toegang hebben tot een beschermend statuut¹⁵ en beperkt gebruik maken van zorg.

Bovendien heeft **zelfs een niet-verwaarloosbaar aandeel van de huishoudens geïdentificeerd in de laagste MAF-inkomensschijven niet het VT-statuuut**. In de twee laagste schijven is 70% van de personen met een ‘extreem laag’ inkomen en 67% van deze met een ‘zeer laag’ inkomen VT-gerechtigd, en dus respectievelijk 30% en 33% binnen deze categorieën niet, ondanks MAF-inkomens onder of dicht bij de theoretische toegangsdrempels¹⁶. Voor deze huishoudens gaat het uitblijven van een verlaging van de remgelden (via VT) gepaard met een onzekerheid over het bereiken van de MAF-plafonds, waardoor zij worden blootgesteld aan proportioneel hoge eigen bijdragen, met name bij supplementen.

Wie bereikt effectief het plafond?

In 2024 opent 10,7% van de bevolking een recht op de MAF. Met andere woorden: **één persoon op tien heeft een zorggebruik dat als hoog wordt beschouwd in verhouding tot diens inkomensschijf**.

In de categorie ‘extreem laag inkomen’ bereikt praktisch iedereen die wordt geïdentificeerd het eerste plafond en opent dus quasi iedereen een recht op de MAF (99,6%¹⁷, gestandaardiseerde gegevens). Vervolgens bereikt respectievelijk 39,1% en 32,6% van de personen met een ‘zeer laag’ of ‘laag’ inkomen hun MAF-plafond, tegenover 18,1% van de personen met een ‘bescheiden’ inkomen en 8,2% van de personen met een ‘gemiddeld’ inkomen. Aan het andere uiteinde van de verdeling bereikt slechts 3,9% van de personen in de categorie ‘welgesteld tot hoog inkomen’ het plafond van 2.067,66 euro, wat een veel hoger zorggebruik vereist.

Los van het MAF-inkomen **varieert de effectieve dekking sterk volgens het welvaartsniveau van de wijken**. Na standaardisatie voor leeftijd en geslacht, bereikt 14,4% van de personen die in P10-wijken wonen de MAF, tegenover 7,7% in P90-wijken, omgerekend een relatief verschil van 80%. De waargenomen gradiënt weerspiegelt zowel de structuur van het mechanisme (huishoudens met een laag inkomen bereiken sneller hun plafond) als grotere zorgbehoefte in kansarme wijken.

Ten slotte bereiken bepaalde sociodemografische groepen vaker de MAF, zoals personen met een handicap (42%), personen ouder dan 60 jaar, VT-gerechtigden, personen in arbeidsongeschiktheid en mensen met een leefloon (zie Tabel 4).

Tabel 4: Aandeel personen dat in 2024 het MAF-plafond bereikt volgens sociodemografisch profiel (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens)

		Plafond bereikt
Leeftijd	0-24	8%
	25-39	6%
	40-59	7%
	60 en ouder	20%
Regio	Vlaanderen	10%
	Wallonië	12%
	Brussel	10%
Specifiek statuut	VT	19%
	Leefloon	16%
	Arbidsongeschiktheid	17%
	Werkloosheid	7%
	Personen met een handicap	42%

15 Personen geclassificeerd onder ‘onbekend inkomen’ en in de armste wijken wonen, kunnen zich boven de drempels voor toegang tot het VT-statuuut bevinden. Bij gebrek aan informatie over hun fiscaal inkomen is het echter niet mogelijk om deze situaties in de gegevens te onderscheiden.

16 Deze situatie kan evenwel niet uitsluitend worden geïnterpreteerd als een gebrek aan dekking of een niet gebruik van rechten. Zij weerspiegelt ook structurele verschillen tussen de stelsels, die zowel verband houden met verschillen in referentieperiodes als met de gehanteerde inkomensconcepten. De inkomens die in aanmerking worden genomen voor de berekening van de MAF zijn voornamelijk gebaseerd op fiscale gegevens, die bepaalde inkomensvormen kunnen onderschatten, terwijl bij het onderzoek van het recht op het VT-statuuut ook middelen worden meegenomen die niet noodzakelijk fiscaal belast zijn (bijvoorbeeld buitenlandse of laag belaste inkomsten).

17 Het aandeel ligt licht onder 100% als gevolg van door de regelgeving van de MAF voorziene uitzonderingen (vooral langdurige psychiatrische verblijven).

3.3.3. Financiële last van zorg volgens het inkomen

Gemiddelde eigen bijdragen per huishouden volgens de opening van het MAF-recht

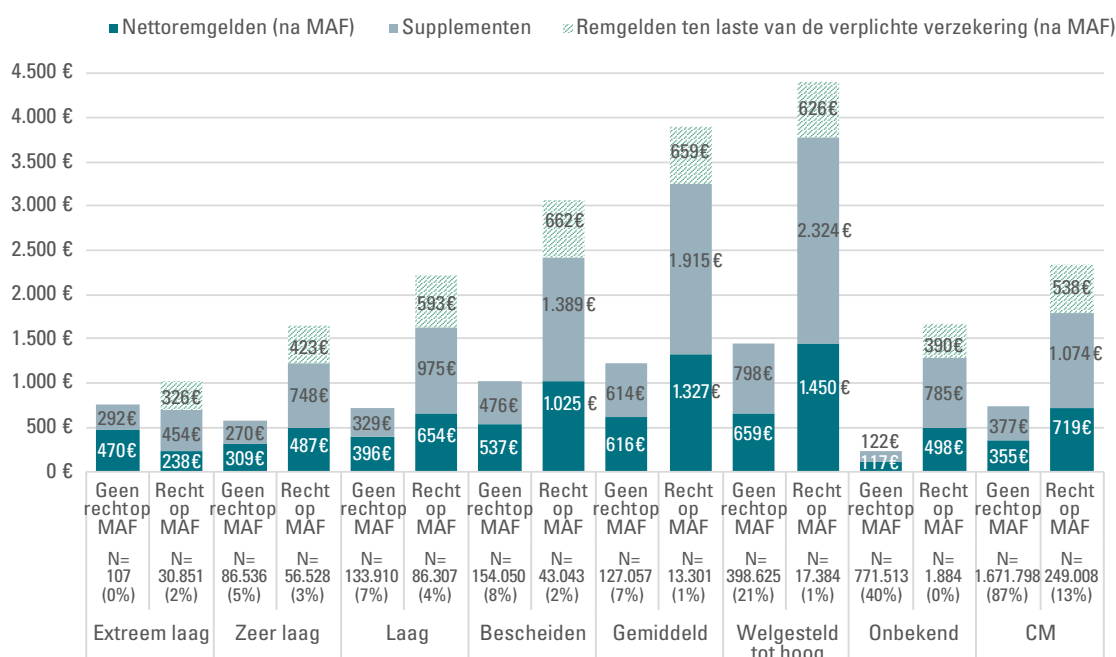
Figuur 12 verdeelt de eigen bijdragen, per MAF-inkomensschijf, in drie componenten: (1) de netto remgelden (ten laste van het huishouden), (2) supplementen (niet gedekt door de MAF), en (3) de remgelden geneutraliseerd door de VP zodra het MAF-plafond is bereikt.

Wanneer we een onderscheid maken tussen de huishoudens met en deze zonder opening van het MAF-recht, tekent zich een duidelijk patroon af: **hoe hoger het MAF-inkomensniveau, hoe hoger de gemiddelde eigen bijdragen, en hoe hoger de bedragen die door de VP worden geneutraliseerd**. Dit hangt samen met de werking van het mechanisme: in hogere inkomensschijven bereiken enkel huishoudens met zeer hoge uitgaven plafonds die op hun beurt hoger liggen.

Omgekeerd blijven bij huishoudens met een extreem laag inkomen die hun MAF-recht openen de gemiddelde eigen bijdragen weliswaar lager, maar zijn zij verre van nul: gemiddeld 692 euro per huishouden, waarvan 238 euro netto remgelden en 454 euro supplementen. Deze vaststelling wijst op een beperking van de bescherming door de MAF: **de plafonnering is niet van toepassing op supplementen** die nochtans een substantieel deel uitmaken van de eigen bijdragen. De bescherming is dus maar partieel, zelfs wanneer het plafond is bereikt.

Figuur 12 toont ook aan dat **het niet bereiken van de MAF niet noodzakelijk gelijkstaat aan lage eigen bijdragen**. In de categorie 'zeer laag inkomen' dragen de 86.536 huishoudens die de MAF niet bereiken (61% van de huishoudens in deze schijf) gemiddeld 579 euro aan uitgaven, waarvan 309 euro netto remgelden en 270 euro supplementen. Huishoudens met een laag inkomen kunnen dus geconfronteerd blijven met aanzienlijke eigen bijdragen zonder te

Figuur 12: Gemiddelde eigen bijdragen van huishoudens in 2024 volgens MAF-inkomensschijf en opening van het MAF-recht¹⁸
(Bron: Niet-gewogen CM-gegevens)



Noot: Het aantal huishoudens (N) en het aandeel ten opzichte van alle huishoudens in de onderzochte populatie worden onder elke categorie vermeld.

¹⁸ De gemiddelde remgelden van huishoudens die de MAF hebben bereikt liggen iets lager dan de theoretische plafonds die aan hun inkomensschijf verbonden zijn. Dit verschil is te verklaren door de toepassing van specifieke plafonds, onafhankelijk van het inkomen, zoals de vermindering voor chronische aandoeningen, de sociale MAF of de MAF voor jongeren onder de 19 jaar, die het effectief toepasbare plafond voor bepaalde huishoudens verlagen.

kunnen rekenen op een plafonnering van de remgelden, nochtans bedoeld om de financiële risico's voor de meest kwetsbare huishoudens te beperken.

In geringere mate dragen ook sommige huishoudens met een extreem laag inkomen hoge bedragen aan remgelden zonder het MAF-recht te openen (gemiddeld 470 euro). Hoewel het een beperkt aantal huishoudens betreft (107 in totaal), toont dit aan dat in het kader van de in de regelgeving voorziene afwijkingen, door huishoudens effectief betaalde remgelden niet worden opgenomen in de remgeldtellers die de opening van het MAF-recht mogelijk maken.

Gemiddelde eigen bijdragen per huishouden, alle situaties samen

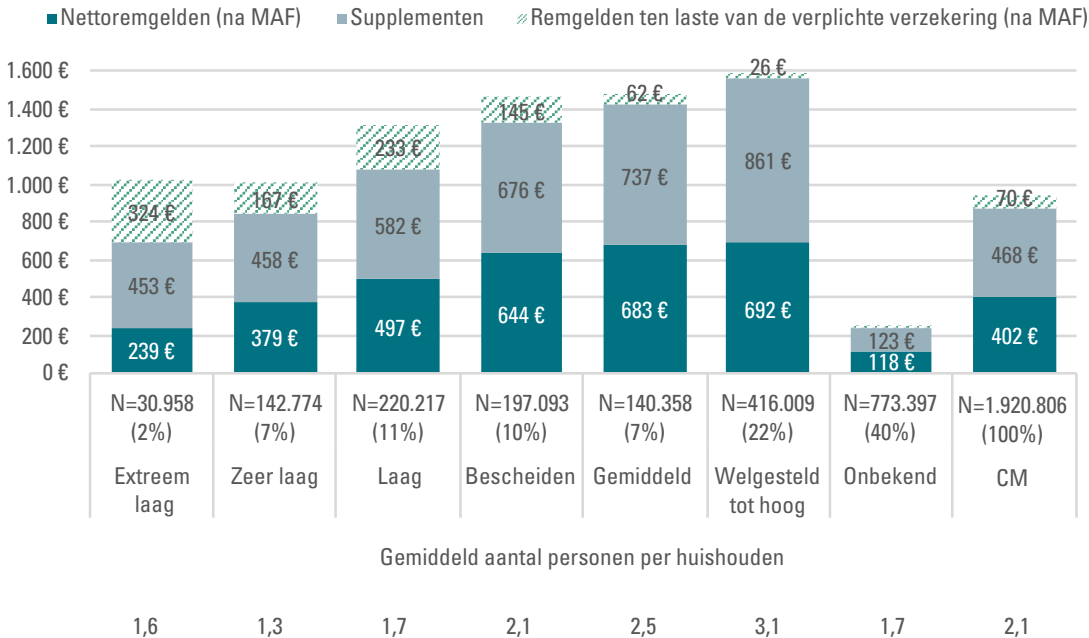
Figuur 13 toont de eigen bijdragen van huishoudens, alle situaties samen, dus **ongeacht of zij hun MAF-recht hebben geopend of niet**, en volgens de inkomensschijf. Deze benadering laat toe de bedragen weer te geven die gemiddeld effectief door alle huishoudens worden gedragen, door het 'vergrootglaseffect' te neutraliseren dat ontstaat wanneer men zich uitsluitend concentreert op huishou-

dens die hun plafond hebben bereikt, waar de hoogste uitgavenniveaus automatisch samenkomen (bijvoorbeeld meer dan 3.750 euro gemiddeld bij welgestelde huishoudens die de MAF bereiken, zie Figuur 12).

Globaal genomen nemen de eigen bijdragen toe met het inkomensniveau, maar de verschillen tussen de schijven verkleinen sterk wanneer alle huishoudens in aanmerking worden genomen: huishoudens met een extreem laag inkomen dragen gemiddeld 692 euro aan jaarlijkse zorgkosten, waarvan een belangrijk deel onder de vorm van supplementen (453 euro). Huishoudens met een zeer laag inkomen dragen gemiddeld 837 euro per jaar, die met een laag inkomen 1.079 euro, en die met een welgesteld tot hoog inkomen 1.553 euro.

Dit resultaat maakt een centraal punt duidelijk: de MAF houdt voor de berekening van het plafond uitsluitend rekening met **remgelden die binnen het wettelijke toepassingsgebied vallen**. Niet alle bedragen die huishoudens betalen, dragen dus bij tot de activering of de berekening van het plafond. Vooral **supplementen** blijven, ongeacht

Figuur 13: Gemiddelde eigen bijdragen van huishoudens in 2024 volgens MAF-inkomensschijf (Bron: niet-gewogen CM-gegevens)



Noot: Het aantal huishoudens (N) en het aandeel ten opzichte van alle huishoudens in de onderzochte populatie worden onder elke categorie vermeld, evenals het gemiddeld aantal personen per huishouden.

het inkomensniveau, volledig ten laste, en vormen een belangrijke component van de eigen bijdragen¹⁹ in alle waargenomen categorieën.

Een tweede bepalend element bij de interpretatie van deze kosten is de **huishoudgrootte**. Huishoudens met de laagste inkomens tellen gemiddeld 1,3 tot 1,6 personen (zie Figuur 13), wat automatisch het gecumuleerde zorggebruik en dus de totale kosten op huishoudniveau beperkt. Omgekeerd tellen welgestelde huishoudens gemiddeld 3,1 personen, wat bijdraagt tot hogere absolute bedragen op huishoudniveau.

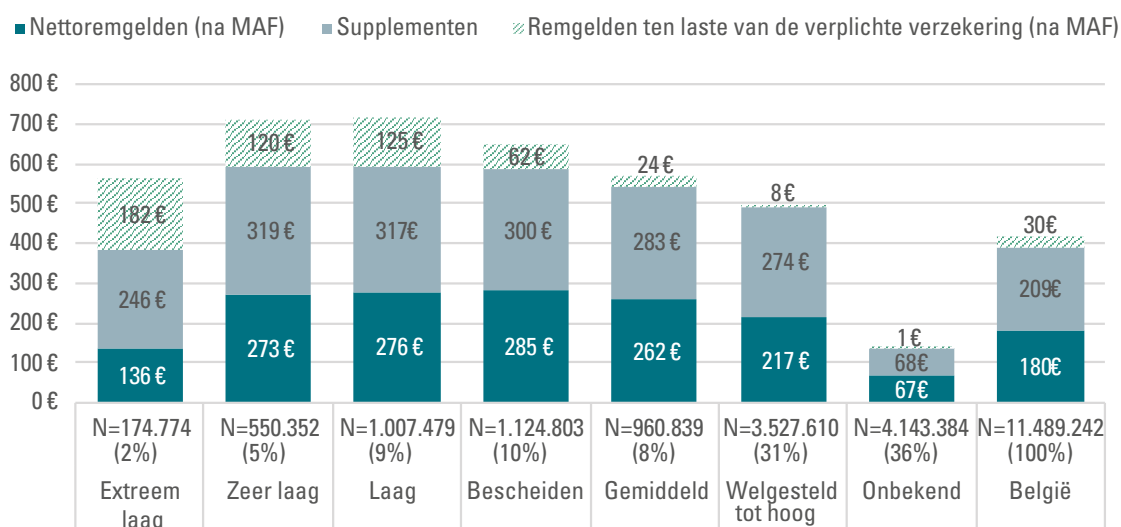
Deze dimensie van gezinssamenstelling verklaart gedeeltelijk waarom de kosten op huishoudniveau in absolute termen hoger lijken in de welgestelde inkomensgroepen. Om deze reden stellen we in het volgend deel een **geïndividualiseerde** analyse van de eigen bijdragen voor, om het effect van de huishoudgrootte te neutraliseren en de financiële druk voor personen verfijnder te meten.

Individualisering van uitgaven om de reële financiële druk te meten

De geïndividualiseerde analyse van de eigen bijdragen (zie Figuur 14) kan vertekeningen die samenhangen met de huishoudgrootte vermijden. Door de resterende kosten op individueel niveau te bekijken, worden meer homogene vergelijkingen tussen inkomenscategorieën mogelijk en ontstaat een betrouwbaarder beeld van de financiële druk die mensen daadwerkelijk ervaren bij zorggebruik.

Vanaf de categorie 'zeer laag inkomen' is een uitgesproken gradiënt waarneembaar: **hoe lager het inkomen, hoe hoger de gemiddelde eigen bijdrage per individu**. Deze tendens keert alleen om voor de eerste inkomenscategorie ('extreem laag inkomen'), waar de vastgestelde bedragen lager liggen. Dit resultaat kan worden verklaard door de combinatie van vaker aanwezige beschermingsmechanismen, vooral het VT-statuuut (dat 71% van de personen in deze categorie heeft), door de leeftijdsstructuur van deze categorie (meer personen jonger dan 24 jaar dan in de an-

Figuur 14: Geïndividualiseerde gemiddelde eigen bijdragen in 2024 volgens inkomensschijf (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens)



Noot: Het aantal personen (N) en het aandeel ten opzichte van de volledige onderzochte populatie worden onder elke categorie vermeld.

¹⁹ Deze bedragen houden geen rekening met eventuele facultatieve verzekeringen, die bepaalde kosten dekken, noch met niet terugbetaalde zorg buiten de mutualistische facturatie.

dere categorieën), maar ook door het uitstel van zorg dat in deze groep vaker voorkomt. Verder blijkt dat supplementen (gemiddeld 246 euro) in deze categorie 64% van de totale eigen bijdragen vertegenwoordigen (tegenover 56% in de hoogste inkomenscategorie).

Personen met een zeer laag inkomen betalen gemiddeld 592 euro aan eigen bijdragen, waarvan 319 euro aan supplementen en niet-terugbetaalbare prestaties (54% van het totaal). Dit is veruit het hoogste bedrag aan supplementen dat over alle inkomenscategorieën wordt waargenomen, en bijzonder hoog in verhouding tot hun financiële draagkracht. Ter vergelijking: personen met een 'welgesteld tot hoog' inkomen betalen gemiddeld 274 euro aan supplementen.

Wanneer deze bedragen worden **gestandaardiseerd** om de effecten van leeftijdsstructuur en geslacht te neutraliseren (zie Figuur 15), **wijzigt de waargenomen gradiënt aanzienlijk**. Vóór tussenkomst van de MAF blijft het gestandaardiseerde restbedrag hoger voor de laagste inkomens. **Na toepassing van de MAF wordt het licht hoger bij de hogere inkomens**, hoewel **de verschillen beperkt blij-**

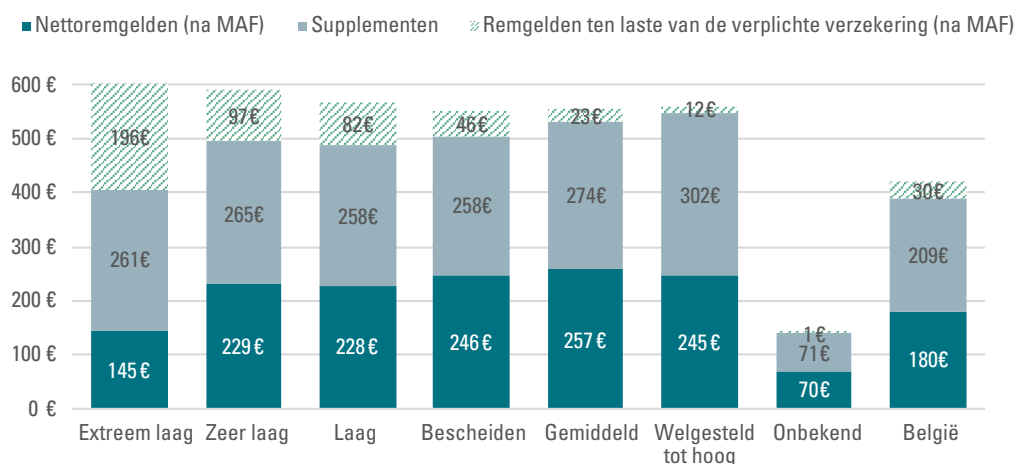
ven in verhouding tot de inkomensverschillen. Ter illustratie, bedragen de gestandaardiseerde eigen bijdragen gemiddeld **494 euro** bij personen met een zeer laag inkomen, tegenover **547 euro** bij personen met een welgesteld tot hoog inkomen, omgerekend een verschil van ongeveer **11%**. Dit verschil blijft zeer klein in het licht van het verschil in financiële draagkracht tussen deze groepen.

Deze resultaten benadrukken dat **de MAF, ook al tempert die deels de verschillen in eigen bijdragen** die samenhangen met grotere zorgnoden, ze **de ongelijkheden in financiële druk tussen socio-economische groepen niet opheft**. Daarom analyseert het volgend deel **het aandeel van het inkomen** dat aan zorg wordt besteed, wat de **meest pertinente indicator** is om de financiële last van eigen bijdragen te meten.

Een onevenredig hoge financiële last voor de laagste inkomens

Figuur 16 toont het **gemiddelde, gestandaardiseerde aandeel van het geschatte individuele inkomen**²⁰ dat aan eigen bijdragen wordt besteed, waarbij zowel remgelden als supplementen in rekening zijn gebracht. Door een analyse

Figuur 15: Gemiddelde geïndividualiseerde en gestandaardiseerde (leeftijd en geslacht) eigen bijdragen in 2024 volgens inkomensschijf (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens)



²⁰ Geïndividualiseerd huishoudinkomen, verkregen door het midden van de inkomensschijf te delen door de vierkantswortel van het aantal leden van het huishouden.

op individueel niveau, kunnen de gegevens gewogen worden om ze representatief te maken voor de Belgische bevolking en ze te standaardiseren naar leeftijd en geslacht.

De resultaten tonen **uitgesproken verschillen volgens het inkomensniveau. Personen met een extreem laag inkomen besteden gemiddeld 8% van dat inkomen aan zorg**, wat neerkomt op een aandeel dat **bijna zes keer hoger ligt** dan bij personen met een welgesteld inkomen (1,4%). Wanneer enkel naar de remgelden gekeken wordt, doet zich hetzelfde verschil voor: 2,8% van het inkomen voor de laagste inkomens, tegenover 0,6% voor de hoogste.

Figuur 16 illustreert eveneens het **effect van de MAF**. Zonder plafonnering zouden personen met de laagste inkomens bijna 12% van hun inkomen aan eigen bijdragen besteden. De MAF verlaagt deze last aanzienlijk, maar grijpt enkel in op het deel remgelden. Aangezien de supplementen volledig ten laste blijven, blijft het aandeel van het inkomen dat aan zorg wordt besteed in de laagste inkomenscategorieën hoog.

Figuur 17 geeft de **verdeling van het aandeel van het inkomen** dat aan zorg wordt besteed, eveneens op individueel niveau. De resultaten tonen een sterke spreiding in de laagste inkomenscategorieën: **bij personen met een extreem laag inkomen besteedt 5% meer dan 26,6% van hun inkomen aan zorg (P95)**, tegenover 4,9% bij personen met een welgesteld tot hoog inkomen. Deze relatieve niveaus van

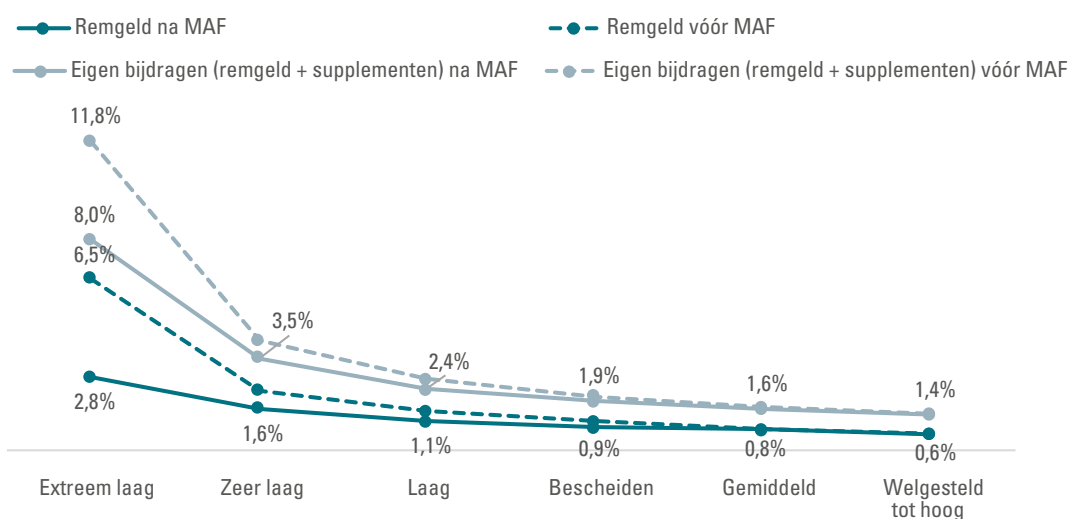
eigen bijdragen zijn bijzonder hoog gezien de beperkte financiële draagkracht van de laagste inkomenscategorieën.

Deze uitgesproken **regressiviteit** – het aandeel van het inkomen besteed aan zorg neemt af naarmate het inkomensniveau stijgt – kan niet uitsluitend worden verklaard door een frequentere activering van de MAF in de laagste inkomenscategorieën. Zelfs wanneer de analyse wordt beperkt tot personen die het MAF-plafond hebben bereikt, blijven de verschillen: personen met een extreem laag inkomen besteden gemiddeld 8% van hun inkomen aan zorg, tegenover 4,9% bij diegenen met een zeer laag inkomen en 3,6 tot 4% in de twee hoogste inkomenscategorieën.

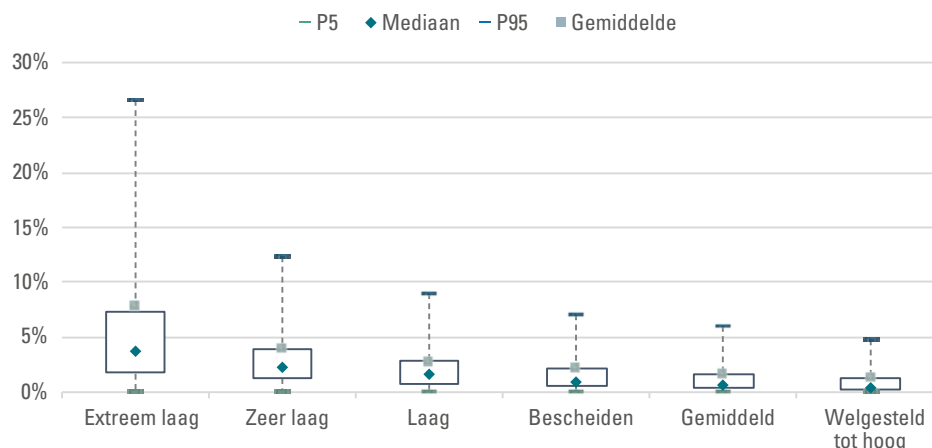
Territoriale benadering: een bevolkingsanalyse van de eigen bijdragen

Om de beperkingen van analyses op basis van het MAF-inkomen te ondervangen, is ook een territoriale benadering gehanteerd, gebaseerd op het **gemiddeld beschikbaar inkomen per inwoner van de statistische sector** als proxy voor het socio-economisch niveau van een wijk. Deze maakt het mogelijk om **alle bewoners** te omvatten, met inbegrip van diegenen wiens MAF-inkomen niet wordt geïdentificeerd wegens een laag zorggebruik (lager dan 254,99 euro in 2024). Deze benadering laat toe om zowel het **aandeel van het gemiddelde territoriale inkomen (fiscale proxy) besteed aan eigen bijdragen** als het **aandeel personen zonder eigen bijdrage** te analyseren.

Figuur 16: Gemiddeld gestandaardiseerd aandeel van het geïndividualiseerd inkomen dat in 2024 aan eigen bijdragen wordt besteed volgens inkomensschijf (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens)



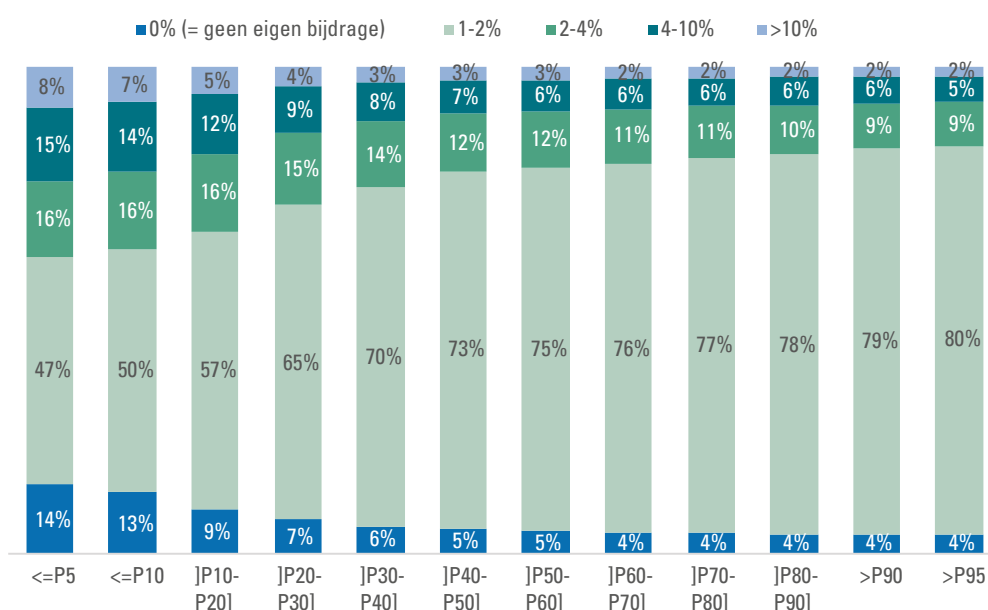
Figuur 17: Verdeling van het aandeel van het geïndividualiseerd inkomen dat in 2024 aan eigen bijdragen wordt besteed volgens inkomensschiif (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens)



Figuur 18 toont een uitgesproken **socio-territoriale gradient**. Naarmate het gemiddeld inkomen van wijken daalt, neemt het aandeel personen zonder eigen bijdrage toe.

Deze situatie kan wijzen op een niet-gebruik van zorg of op een vorm van zorggebruik zonder directe betaling, zoals zorg verleend in een WGC. Tegelijk is het aandeel personen dat een groot deel van het inkomen aan zorg besteedt duidelijk groter in wijken met een laag inkomen.

Figuur 18: Percentage van het gemiddeld beschikbaar inkomen (proxy) dat in 2024 aan eigen bijdragen wordt besteed (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens)



In wijken van het eerste inkomensdecil (P5) heeft 14% geen eigen bijdrage, terwijl 15% tussen 4% en 10% van het gemiddeld wijkinkomen aan zorg besteedt en 8% meer dan 10%. Ter vergelijking: in de meest welgestelde wijken is dit respectievelijk 4%, 5% en 2%. Bovendien vertoont het **gemiddeld percentage van de eigen bijdrage** (niet weergegeven in de figuur) eveneens een sociale gradiënt: 1,7% in P5 tegenover 1,4% in P95. Deze resultaten tonen aan dat, **zelfs wanneer de analyse alle personen omvat** (ook diegenen zonder eigen bijdrage), het aandeel van het inkomen besteed aan zorg **hoger en sterker gespreid blijft in kwetsbare wijken** dan in welgestelde wijken.

Deze territoriale lezing vervolledigt de geïndividualiseerde analyse door **bevolkingsgroepen die deels onzichtbaar blijven in de MAF-gegevens opnieuw op te nemen** en door de **frequentie van hoge financiële bijdragen** in kwetsbare wijken te documenteren. Ze biedt tevens een relevant kader voor de opvolging van recente hervormingen, zoals het **verbod op supplementen in de ambulante zorg voor personen met VT-statuu**t, waarvan de territoriale verdelende effecten in latere analyses kunnen worden geëvalueerd.

4. Bespreking

De resultaten van deze studie bevestigen dat ongelijkheden zich voordoen volgens een **continue socio-economische gradiënt**. Elke daling van het socio-economisch niveau gaat gepaard met een geleidelijke verslechtering van de gezondheidstoestand, een lager zorggebruik in verhouding tot de behoeften, en een relatief zwaardere financiële last.

Afzonderlijk bekeken illustreren deze gradiënten het bestaan van hardnekkige structurele ongelijkheden. Gezamenlijk beschouwd brengen ze een **systemisch mechanisme** aan het licht waarbij de zorgbehoeften het grootst zijn precies daar waar de financiële middelen om eraan tegemoet te komen het meest beperkt zijn. Deze bespreking gaat in op het cumulatieve karakter van sociale nadelen en de beperkingen van de huidige mechanismen om zowel ondergebruik van zorg als blootstelling aan een onevenredig zware financiële last voor de meest kwetsbare bevolkingsgroepen te voorkomen.

4.1. Een uitgesproken en toenemende gezondheidsgradiënt

De resultaten bevestigen niet alleen het bestaan van een socio-economische gezondheidsgradiënt in België, maar precisieren ook **de temporele dynamiek** ervan, evenals **bepaalde beperkingen die samenhangen met een meting op basis van zorggebruik**. De waargenomen gradiënt is continu en regelmatig, zonder scherpe breuk, en doorkruist de hele sociale hiërarchie. Dit wijst erop dat gezondheidsongelijkheden zich niet beperken tot de meest extreme situaties, maar de ganse bevolking betreffen.

Een eerste centrale vaststelling is de **verdieping van de gezondheidsongelijkheden**. Tussen 2011 en 2023 daalt de mortaliteit in België globaal met 13%, maar deze verbetering komt vooral ten goede aan rijke buurten. Daardoor neemt de relatieve sterfte-ongelijkheid tussen de armste en rijkste buurten toe van 40% in 2011 tot meer dan 50% in 2023. Dit resultaat is bijzonder belangrijk aangezien mortaliteit een objectieve indicator van gezondheid is, onafhankelijk van zorggebruik en onderdiagnose. Deze dynamiek is ook vastgesteld in Europese vergelijkingen: België wordt gekenmerkt door een **bijzonder sterke toename van sociale gezondheidsongelijkheden** in vergelijking met andere Europese landen (European Social Survey 2014-2024), met

een globale achteruitgang van de gezondheid en een snellere verslechtering bij groepen met een lagere scholingsgraad (EuroHealthNet & Centre for Health Equity Analytics (CHAIN), 2025).

Deze vaststellingen zijn zeer confronterend omdat verschillen in mortaliteit structurele ongelijkheden weerspiegelen in een gedifferentieerde en cumulatieve blootstelling aan gezondheidsdeterminanten gedurende de levensloop. Omgevingsfactoren, sociale en economische omstandigheden en effectieve toegang tot zorg werken samen en leiden tot duurzame verschillen in gezondheid. In dit perspectief vormt een verbetering van de leefomstandigheden een centrale hefboom om een aanzienlijk deel van de vroegtijdige sterfte en vermijdbare morbiditeit te voorkomen, bovenop de interventies van het zorgsysteem zelf.

Chronische aandoeningen bevestigen de omvang van deze socio-economische gradiënt. In 2023 ligt de prevalentie van diabetes ongeveer **twee keer zo hoog** in de meest kansarme buurten dan in de rijkste buurten, wat wijst op uitgesproken ongelijkheden in blootstelling aan risicofactoren en in de ontwikkeling van chronische ziekten.

Een tweede belangrijke bevinding betreft het **gedeeltelijk onderschatte karakter** van ongelijkheden gemeten op basis van administratieve gegevens over zorggebruik, die veeleer diagnose en zorggebruik weerspiegelen dan de werkelijke ziekteprevalentie. Tussen 2011 en 2023 neemt de prevalentie van diabetes (en andere chronische aandoeningen zoals obstructieve luchtwegaandoeningen) in de armste buurten minder sterk toe dan in aangrenzende socio-economische groepen, terwijl het risico er hoger ligt. Dit suggereert een systematische **onderdiagnose** in kansarme buurten, waardoor de omvang van gezondheidsverschillen voor chronische ziekten kunstmatig wordt afgevlakt. Deze hypothese wordt ondersteund door de resultaten van de gezondheidsenquête van Sciensano (2018), die de totale prevalentie van diabetes op 10% schatten, waarvan meer dan een derde (37%) niet gediagnosticeerd is (Sciensano, 2025), met een grotere onderdiagnose bij kortgeschoolde personen. Ons resultaat – een gediagnosticeerde prevalentie van 7,2% in 2023 – sluit hierbij aan en suggereert dat een aanzienlijk deel van de diabetes onopgemerkt blijft, in het bijzonder in sociaal kwetsbare groepen.

Dat de gradiënt wordt onderschat, wordt bevestigd door vergelijkingen met indicatoren op basis van individuele inkomensgegevens. In België toont een studie aan dat bij personen van 40-64 jaar het overlijdensrisico vijf keer ho-

ger ligt bij mannen en vier keer hoger bij vrouwen in het laagste inkomensdecil in vergelijking met deze in het hoogste decil (Decoster, Minten, & Spinnewijn, 2021). Onze resultaten op basis van territoriale proxy's moeten dan ook worden geïnterpreteerd als een **minimale grootte-orde** van de reële gezondheidsongelijkheden.

Samengenomen tonen deze elementen dat de meest kansarme bevolkingsgroepen **een slechtere gezondheid combineren met een grotere blootstelling aan drempels in de toegang tot zorg**, wat het vertrekpunt vormt van de gradiënten in zorggebruik en financiële bescherming die hierna worden geanalyseerd. De vastgestelde gezondheidsongelijkheden zijn dus noch toevallig noch residuair, maar structureel, cumulatief en dynamisch.

4.2. Ondergebruik van zorg ondanks grotere behoeften

De resultaten wijzen op een **systematische kloof tussen gezondheidsbehoeften en effectief zorggebruik**: daar waar de gezondheid het meest verslechterd is, ligt het zorggebruik proportioneel lager in verhouding tot de vastgestelde behoeften.

Binnen de curatieve zorg staat de **afname van het gebruik van ziekenhuiszorg** in kansarme wijken in scherp contrast met de toename van de morbiditeit. Deze daling wijst duidelijk op een **ondergebruik van geplande zorg** door financiële, organisatorische of informatiebarrières. Ook de toekenning van het statuut chronische aandoening neemt minder snel toe in de meest kansarme buurten, hoewel gezondheidsproblemen er frequenter zijn. Dit wijst op moeilijkheden om toegang te krijgen tot regelmatige opvolging of gespecialiseerde behandelingen. Omgekeerd getuigt het vaker beroep doen op spoeddiensten in arme buurten van **laattijdige en noodgedwongen zorg**, typerend voor situaties waarin andere toegangspoorten tot het systeem er niet zijn op het moment dat problemen zich voordoen (Cès & Baeten, 2020).

Preventieve zorg vertoont een nog uitgesprokener dynamiek: het gebruik van borstkankerscreening neemt toe in rijke buurten en daalt in kansarme, ondanks het bestaan van programma's zonder eigen bijdrage. Dit toont aan dat **gratis toegang geen garantie is voor effectieve toegang tot preventie** wanneer het aanbod weinig zichtbaar, onvoldoende beschikbaar of niet voldoende lokaal ondersteund is.

Dit blijkt ook uit recente studies die het belang aantonen van lokale verbindingspersonen, begeleiding en vertrouwensrelaties om sociaal kwetsbaren te bereiken (Jacobs, Vanden Bossche, Willems, & Vanthomme, 2025). Waar preventie deels steunt op betalende onderzoeken, weerspiegelen ongelijkheden in zorggebruik nog directer de ongelijkheden in financiële draagkracht.

Naast de gecumuleerde bedragen, kunnen ook **indirecte of schijnbaar marginale kosten** – zoals organisatorische beperkingen op vlak van tijd, beschikbaarheid en vervoer of gangbare remgelden en medische hulpmiddelen – volstaan om zorggebruik af te remmen of uit te stellen, vooral bij gezinnen met zeer beperkte middelen. Deze obstakels maken van het zorgtraject een opeenvolging van keuzes, waarbij bepaalde zorg wordt uitgesteld, onderbroken of vermeden (Cès & Baeten, 2020; Levesque, Harris, & Russell, 2013).

De resultaten tonen echter evenzeer aan dat **de organisatie van het aanbod deze gradiënt gedeeltelijk kan temperen**. Het forfaitaire model van WGC vermindert de ongelijkheden in toegang tot de eerstelijns aanzienlijk door een toegang zonder voorschotten en met continue opvolging. Waar dit model aanwezig is, verkleinen de verschillen in zorggebruik, vooral in de meest kwetsbare gebieden. Dit bevestigt dat ondergebruik geen onvermijdelijk gevolg is van behoeften, maar nauw samenhangt met financiële en organisatorische toegangsmodaliteiten. Het effect blijft evenwel gedeeltelijk: het verkleint de verschillen zonder ze volledig weg te werken en neutraliseert niet de moeilijkheden in toegang tot gespecialiseerde of preventieve zorg.

Dit patroon wijst op een **structurele spanning**: hoe slechter de socio-economische situatie, hoe meer het zorgtraject een opeenvolging is van kiezen voor en afzien van. De combinatie van een meer fragiele gezondheid, moeilijkere toegang en proportioneel zwaardere eigen bijdragen creëert een vicieuze cirkel waarin zorg laat en vaak in ongunstige omstandigheden wordt ingeroepen als gevolg van ervaren drempels op meerdere dimensies van zorgtoegankelijkheid (gevoeligheid, beschikbaarheid, aanvaardbaarheid en betaalbaarheid; Cès, 2021). Dit mechanisme vormt een centrale schakel tussen de gezondheidsgradiënt en de financiële beschermingsgradiënt die in het volgende deel wordt besproken.

4.3. Een gedeeltelijke en regressieve financiële bescherming in verhouding tot het inkomen

Een sterk regressieve financiële last

Uit de resultaten blijkt dat de **eigen bijdragen sterk regressief** zijn: het aandeel van het inkomen besteed aan zorg daalt naarmate het inkomensniveau stijgt. Personen met een extreem laag inkomen besteden gemiddeld bijna 8% van hun inkomen aan zorg; voor zeer lage inkomens is dit 3,5%, voor lage inkomens 2,4% en dit daalt verder geleidelijk tot 1,4% bij de hoogste inkomens. De druk op zeer lage inkomens blijft, zelfs wanneer de MAF wordt geactiveerd: **hoewel dit systeem in zijn structuur progressief is** – het remgeldplafond stijgt met het inkomen – **neutraliseert het de verschillen in financiële draagkracht tussen huishoudens niet**. Zo dragen, zelfs onder de personen die het plafond bereiken, huishoudens met een laag inkomen een proportioneel veel grotere financiële last dan welgestelde huishoudens, vanwege hun veel beperktere middelen om zorguitgaven op te vangen.

Binnen het methodologisch kader van de WHO wordt een gezondheidsuitgave als catastrofaal beschouwd wanneer ze meer dan **40% van de betalingscapaciteit van het huishouden** overschrijdt, gedefinieerd als het beschikbare inkomen na dekking van de basisbehoeften. Deze benadering vertrekt van de vaststelling dat de financiële draagkracht bij arme huishoudens zeer laag of zelfs nihil kan zijn, waardoor een relatief bescheiden aandeel van het totale inkomen dat aan zorg wordt besteed al onhoudbaar kan worden. Deze definitie markeert een evolutie ten opzichte van eerdere benaderingen gebaseerd op het aandeel van de uitgaven of het totale inkomen dat aan gezondheidszorg wordt besteed – met name de grenswaarden van 10% of 25% – en die noch rekening houden met het daadwerkelijk beschikbare inkomen na dekking van de essentiële uitgaven, noch situaties vatten waarin de gezondheidsuitgaven het inkomen van het huishouden overschrijden (Social Health Protection Network, 2025). In dat opzicht bevinden de niveaus waargenomen in onze gegevens, hoewel onze schattingen gebaseerd zijn op een maatstaf van de financiële last in verhouding tot het totale inkomen, zich al in een zone die als financieel onhoudbaar wordt beschouwd voor huishoudens met een laag inkomen.

Deze lezing wordt versterkt door recent onderzoek naar **referentiebudgetten in België**, die het minimumniveau bepalen van middelen nodig om een adequate maatschappelijke participatie mogelijk te maken, uitgaande van personen in goede gezondheid en met een standaardtoe-

gang tot zorg (REMI-REDI, 2026). Voor huishoudens met een laag inkomen overschrijden de in deze studie waargenomen bedragen ruimschoots de beschikbare financiële marge binnen deze budgetten. Bijvoorbeeld, voor personen met een maandelijks inkomen lager dan 1.057 euro (eerste inkomensschijf van de MAF) concurreren zorguitgaven rechtstreeks met onvermijdbare uitgavenposten zoals huisvesting, voeding of energie, waardoor het onmogelijk wordt om tegelijk in de basisbehoeften en de zorgkosten te voorzien, wat de gezondheid rechtstreeks schaadt. Daarnaast heeft financiële onzekerheid ook een grote impact op de mentale gezondheid (chronische stress, psychosociale druk, sociale isolatie) (Guan, Guariglia, Moore, Xu, & Al-Janabi, 2022). Deze catastrofale financiële situatie, die wellicht vooral huishoudens met een bescheiden inkomen treft, dreigt hen in een vicieuze cirkel te sluiten waarin de verslechtering van de gezondheid het budget ontwricht, verhindert dat basisbehoeften worden ingevuld en leidt tot een gelijktijdige verergering van zowel economische moeilijkheden als gezondheidsproblemen.

Deze vaststellingen benadrukken dat, **zelfs onder de internationale drempels voor catastrofale uitgaven, de financiële last van zorg sociaal onhoudbaar kan zijn voor huishoudens met een bescheiden inkomen**, niet door de uitzonderlijke hoogte in absolute waarde, maar vooral gezien de context waarin de middelen al onvoldoende zijn om in de basisbehoeften te voorzien.

Supplementen: blinde vlek van de bescherming

Het partieel karakter van de financiële bescherming wordt grotendeels verklaard door de centrale rol van honorariumsupplementen, die volledig buiten het toepassingsgebied van de MAF vallen. Deze vormen vandaag de belangrijkste component van de resterende kosten voor de laagste inkomenscategorieën, waar zij 64% van de eigen bijdragen vertegenwoordigen, tegenover 56% bij personen met een welgesteld tot hoog inkomen. Dit verschil benadrukt het structurerende gewicht van supplementen in het ontstaan van financiële ongelijkheden in zorg.

Het vermogen om zich tegen deze bijkomende kosten te beschermen is bovendien sociaal gedifferentieerd. Huishoudens met een stabielere arbeidssituatie en hogere inkomens doen vaker beroep op facultatieve verzekeringen of aanvullende dekkingen, waardoor de financiële impact van supplementen wordt afgezwakt (Schokkaert, Van Ourti, De Graeve, Lecluyse, & Van de Voorde, 2010). Omgekeerd blijven huishoudens met beperkte middelen blootgesteld aan deze kosten, wat de financiële stratificatie van

het systeem en de algemene regressiviteit van de zorglast versterkt.

De structurele beperkingen van de MAF

Deze regressiviteit houdt ook verband met **het niveau van de MAF-plafonds zelf**. In de laagste inkomensschijven liggen de huidige plafonds te hoog in verhouding tot de werkelijk beschikbare middelen, met theoretische maximale percentages van gecumuleerde remgelden in verhouding tot het inkomen, die hoger zijn dan in alle andere schijven. In de hogere schijven is de situatie heterogeen: sommige huishoudens beschikken inderdaad over een comfortabel inkomen, maar andere – met name grote gezinnen – hebben een aanzienlijk lagere draagkracht per persoon en een onvoldoende beschermend plafond.

De **huishoudgrootte** vormt dus een transversale factor waarmee de MAF geen rekening houdt. Vandaag geldt voor een huishouden met één volwassene en een eenoudergezin met meerdere kinderen exact hetzelfde plafond voor eenzelfde fiscaal inkomen, hoewel hun reële financiële draagkracht grondig verschilt. Geen rekening houden met de verdunning van het inkomen binnen het huishouden leidt automatisch tot een onderbescherming van grote gezinnen of eenoudergezinnen.

Non-take-up van het VT-statuu

In onze gegevens heeft ongeveer **30% van de personen in de laagste inkomensschijven van de MAF niet het VT-statuu**. Dit cijfer moet wel met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, aangezien de MAF en het VT-statuu werken met verschillende referentieperiodes en inkomensconcepten. Niettemin is de grootteorde in lijn met de beschikbare schattingen in de Belgische literatuur, waaruit blijkt dat een aanzienlijk deel van de rechthebbenden het VT-statuu niet effectief benut. Zo schatte het KCE dat in 2016 een derde van de personen die het risico lopen op armoede geen gebruik maakte van dit voordeel (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020), terwijl recentere studies in het kader van het TAKE-project de *non-take-up* van het VT-statuu ramen op ongeveer 45% bij de in aanmerking komende personen van 18 tot 64 jaar en op 24% bij de 65-plussers (Goedemé et al., 2022).

Statistische onzichtbaarheid en noodgedwongen ondergebruik

Naast deze beperkingen is er een meer verborgen mechanisme: de **niet-identificatie van een aanzienlijk deel van de arme huishoudens door de MAF**. Aangezien de inkomensschijf pas gekend is vanaf een minimale drempel van zorggebruik, blijven veel kwetsbaren onzichtbaar voor het

systeem. Dit betreft vooral personen wiens zorggebruik laag is door financiële beperkingen. Bij gebrek aan voldoende zorggebruik om de beschermingen te activeren, vallen zij buiten de plafonnering door de MAF en soms ook buiten het VT-statuuut, waardoor zij obstakels opstapelen in een systeem dat nochtans bedoeld is om hen te beschermen. Het mechanisme heeft zo de neiging om vooral personen te kennen en te beschermen die al ‘voldoende’ zorg gebruiken, met het risico dat diegenen worden vergeten wier noden zich niet (of te laat) vertalen in zorggebruik. Dit mechanisme verwijst fundamenteel naar het a posteriori-karakter van de MAF: het systeem biedt huishoudens geen voorafgaand zicht op hun MAF-teller en laat dus niet toe om uitstel of afstel van zorg om financiële redenen te voorkomen.

Analyses gebaseerd op MAF-inkomens beschrijven bijgevolg voornamelijk de financiële last bij zorggebruikers en laten een niet-verwaarloosbaar deel van de bevolking buiten beeld. De **territoriale benadering**, gebaseerd op het fiscale inkomen van wijken als proxy, maakt het mogelijk deze personen opnieuw te integreren en toont aan dat, zelfs wanneer rekening wordt gehouden met situaties zonder eigen bijdrage, het aandeel van het inkomen besteed aan zorg hoger en sterker gepolariseerd blijft in kansarme wijken: we zien er tegelijk een groter aandeel personen zonder eigen bijdragen (14% in de armste wijken tegenover slechts 4% in de rijkste), wat wijst op niet-gebruik, én op personen met een verhoogde blootstelling aan hoge financiële lasten in verhouding tot het inkomen.

Dit resultaat sluit aan bij de literatuur waaruit blijkt dat in systemen waarin de financiële bescherming hoofdzakelijk a posteriori wordt geactiveerd en berust op het voorschieten van kosten, **huishoudens met beperkte middelen geneigd zijn hun zorggebruik te beperken ondanks hoge noden** (Cès & Baeten, 2020; Levesque, Harris, & Russell, 2013; Cès, 2021). Door de toegang tot plafonnering te koppelen aan voorafgaand gebruik, draagt de MAF zo bij aan een vorm van **structureel, financieel noodgedwongen ondergebruik**, waarbij precies de meest kwetsbare huishoudens het moeilijkst toegang krijgen tot de bescherming die bedoeld is om hen te dekken.

Samengevat beschermt de huidige structuur vooral wie al veel zorg gebruikt, maar bereikt zij onvoldoende degenen bij wie de noden groot zijn en het zorggebruik wordt beperkt door een lage financiële draagkracht. De gradiënt van de eigen bijdragen reproduceert en versterkt zo de initiële gezondheidsgradiënt.

5. Aanbevelingen

De resultaten van deze studie tonen aan dat de vastgestelde ongelijkheden niet voortkomen uit geïsoleerde tekortkomingen van het zorgsysteem, maar uit een structurele keten: daar waar de gezondheid fragieler is en de zorgnoden groter zijn, is het zorggebruik later of beperkter, vooral als gevolg van een financiële last voor zorg die proportioneel zwaarder weegt op het inkomen, en die door de bestaande mechanismen van financiële bescherming niet wordt geneutraliseerd.

Om deze gradiënten te keren volstaat het niet een afzonderlijk mechanisme bij te sturen of een drempel aan te passen. Zonder te pretenderen alle sociale determinanten van gezondheid te omvatten, kaderen de onderstaande aanbevelingen in een transversale aanpak die erop gericht is de door deze analyse aangetoonde ongelijkheden duurzaam te verminderen (5.1.). Vervolgens richten ze zich op de hefboomen binnen het zorgsysteem door de doeltreffendheid van de bestaande mechanismen van financiële bescherming te versterken: vroegtijdige opening van rechten (5.2.), afstemming van de beschermingsmechanismen op de reële financiële draagkracht van huishoudens (5.3.), zodat zij de meest kwetsbare bevolkingsgroepen daadwerkelijk in staat stellen toegang te krijgen tot zorg (5.4.).

5.1. Gezondheidsongelijkheden verminderen en financiële bescherming als transversale doelstelling

Gezondheidsongelijkheden maken deel uit van een ruimer geheel van sociale determinanten van gezondheid – inkomen, werk, huisvesting, leefmilieu – waarop het zorgsysteem slechts gedeeltelijk invloed uitoefent, maar waarvan het de effecten kan versterken wanneer de financiële bescherming onvoldoende is. In deze context kan de vermindering van sociale gezondheidsongelijkheden niet uitsluitend berusten op technische aanpassingen van de financieringsmechanismen of van de organisatie van de zorg, hoe noodzakelijk deze ook zijn. Zij veronderstelt dat **het doel van gelijkheid in gezondheid en financiële bescherming expliciet wordt geïntegreerd in alle relevante overheidsbeleidsmaatregelen**, in overeenstemming met de principes van proportioneel universalisme – waarbij proportionele maatregelen nodig zijn om iedereen in staat te stellen een vergelijkbaar gezondheidsniveau te bereiken (Marmot, 2010) – en *Health in All Policies* (WHO, 2023).

Toegepast op het zorgsysteem impliceert deze benadering dat **elke hervorming** die betrekking heeft op de arbeidsmarkt, de sociale rechten of de organisatie van de zorg, wordt geëvalueerd op basis van **haar verdelende effecten op de toegang tot zorg en de financiële draagkracht van huishoudens**. De operationele aanbevelingen hierna sluiten aan bij deze logica: zonder dit transversale kader dreigen de correcties die aan bestaande mechanismen worden aangebracht de vastgestelde verschillen slechts marginaal te verminderen, zonder de in deze studie aangetoonde reproductiedynamieken van ongelijkheid duurzaam stop te zetten.

In dit perspectief is het ook essentieel om het beheer van het gezondheidszorgbeleid beter te structureren rond **expliciete doelstellingen over prestaties en dekking van zorgnoden**, gesteund op gedeelde indicatoren en continue evaluatiecycli, om de tekortkomingen van het systeem zichtbaar te maken en hervormingen doeltreffender te oriënteren in het voordeel van de vermindering van gezondheidsongelijkheden (Cès & Noirhomme, 2025).

5.2. Rechten openen vóór de obstakels zich opstapelen

De resultaten van deze studie tonen aan dat **laattijdige of onvolledige toegang tot financiële beschermingsmechanismen** een centrale factor vormt in de financiële last die door huishoudens met een laag inkomen wordt gedragen. In deze context lijkt de **effectieve en vroege opening van het VT-statuu**t een prioritaire hefboom om de blootstelling aan remgelden te beperken en het opstapelen van financiële obstakels te vermijden. Het is daarom noodzakelijk om:

1. **Het VT-statuu**t automatisch toe te kennen waar mogelijk
De toekenning van het VT-statuu

2. *De automatische toekenning aan te vullen met gerichte proactieve maatregelen*

Wanneer een automatische toekenning niet mogelijk is, blijven **gerichte proactieve maatregelen** essentieel, in het bijzonder voor huishoudens die in de ziekenfondsgegevens geïdentificeerd zijn als beschikkend over een zeer laag inkomen, maar die het VT-statuu

3. Deze acties zijn des te belangrijker in het licht van recente evoluties in het arbeidsmarktbeleid, die voorzien in het uitstappen van een groot aantal personen uit het stelsel van de werkloosheidsverzekering. Hoewel het VT-statuu

5.3. Een MAF werkelijk proportioneel aan het inkomen en aan de realiteit van huishoudens

De MAF vormt het centrale instrument ter bescherming tegen buitensporige zorguitgaven in België. De resultaten van deze studie tonen echter aan dat de huidige werking ervan niet toelaat om de **reële financiële draagkracht van huishoudens** adequaat te weerspiegelen. Verschillende structurele aanpassingen zijn noodzakelijk om haar progressiviteit en billijkheid te herstellen.

1. Overgaan van administratief naar reëel huishouden.

De berekening van het plafond zou moeten aansluiten bij het reële huishouden, zoals gedefinieerd in het kader van het VT-statuuut, in plaats van bij het administratieve huishouden gebaseerd op domiciliëring op hetzelfde adres. De huidige aanpak leidt tot een overschatting van de financiële draagkracht van bepaalde huishoudens – met name in geval van *cohousing* – door ten onrechte financiële solidariteit te veronderstellen tussen leden van het ‘huishouden’.

2. De basisplafonds voor remgelden aanpassen in functie van het inkomen.

De plafonds die van toepassing zijn op de laagste inkomensschalen zouden moeten worden verlaagd om een relatief hogere financiële inspanning dan in andere schalen te verminderen. Omgekeerd zou een gematigde verhoging van de plafonds in de hogere schalen de globale progressiviteit van het systeem versterken.

3. De gezinsgrootte integreren in de berekening van het plafond.

De gezinsgrootte dient systematisch te worden geïntegreerd. Bij gelijk inkomen vermindert de verdeling van middelen over meerdere personen immers sterk de reële financiële draagkracht, vooral voor grote gezinnen en eenoudergezinnen, die vandaag door het systeem onderbeschermd zijn.

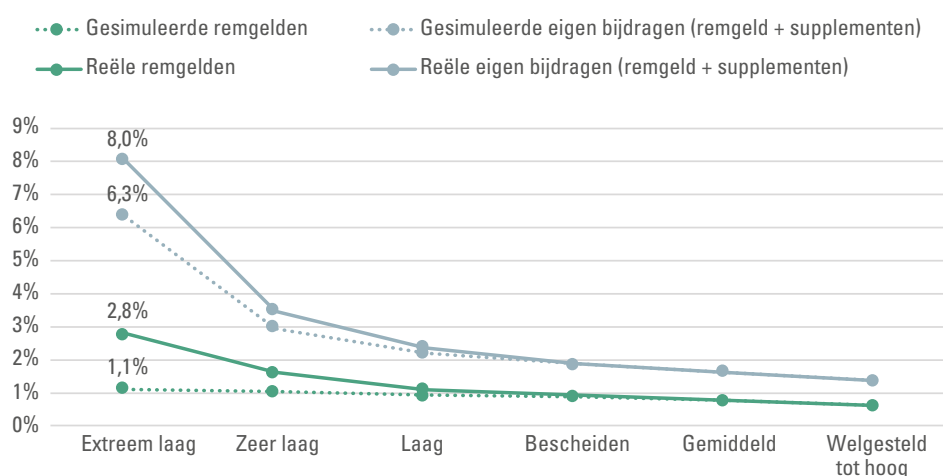
4. De inkomensschalen verfijnen.

De hoogste categorie van de MAF omvat momenteel de helft van de bevolking waarvan het inkomen bekend is en dekt zeer uiteenlopende situaties, van welgesteld tot zeer hoog. Deze aggregatie verhindert een daadwerkelijke progressiviteit aan de bovenkant van de verdeling. De invoering van bijkomende schalen zou de verticale gelijkheid van het systeem verbeteren.

Voorbeeld van nieuwe MAF-plafonds

We hebben een voorbeeldscenario gesimuleerd voor de aanpassing van de MAF-plafonds, dat toelaat om de **financiële last van de meest kwetsbare huishoudens aanzienlijk te verminderen**, terwijl tegelijk de progressiviteit van het mechanisme wordt versterkt (zie Bijlage 3 voor de gedetailleerde methodologie). Voor huishoudens met een zeer laag inkomen zouden de remgelden, uitgedrukt als aandeel van het inkomen, dalen van 2,8% naar 1,1%, wat zou leiden tot een vermindering van de totale eigen bijdragen van 8% naar 6,3% van het inkomen (zie Figuur 19). Omgekeerd zou het effect quasi nihil zijn voor welgestelde huishoudens, waarvan vandaag slechts een klein aandeel de bestaande plafonds bereikt. Dit voorbeeld toont aan dat een gerichte hervorming van de MAF-plafonds, zonder wijziging van de algemene architectuur van het systeem, het mogelijk zou maken om de **financiële bescherming van kwetsbare huishoudens doeltreffend te versterken**, terwijl zij haalbaar blijft voor de verplichte verzekering.

Figuur 19: Gemiddeld gestandaardiseerd aandeel van het geïndividualiseerde inkomen dat in 2024 aan eigen bijdragen wordt besteed, na simulatie van alternatieve MAF-plafonds (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens)



Het is bovendien belangrijk eraan te herinneren dat het **recente verbod op de aanrekening van honorariumsupplementen in de ambulante zorg voor VT-gerechtigde patiënten** de reële structuur van de resterende kosten in de komende jaren waarschijnlijk zal wijzigen, door een component te verminderen die onevenredig zwaar weegt op arme huishoudens. Dit effect komt nog niet tot uiting in onze simulatie, maar zal een centraal element vormen van een latere studie.

5.4. Effectieve toegang verzekeren: financiële obstakels op het moment van zorggebruik verminderen

De vermindering van financiële ongelijkheden kan slechts ten volle effect sorteren als de beschermingsmechanismen kunnen worden gemobiliseerd op het moment dat personen ze nodig hebben. Een aanzienlijk deel van het zorgverzuim is niet te wijten aan een gebrek aan dekking, maar aan **concrete belemmeringen in de toegang tot zorg**: te hoge voorschotten, laattijdige activering van de MAF of onbekendheid met rechten. Deze barrières zijn geconcentreerd in kwetsbare wijken en spelen een rol nog vóór de structurele mechanismen van financiële bescherming hun werking kunnen doen (Cès & Baeten, 2020).

1. **De eigen bijdragen maximaal beperken**, in het bijzonder voor min-18-jarigen..
Eigen bijdragen vormen een directe hinderpaal voor een effectieve toegang tot zorg voor huishoudens met een laag inkomen. In een sociaal verzekeringsstelsel zou het aandeel van de kosten dat rechtstreeks door patiënten wordt gedragen niet in de tijd mogen toeneemen, met het risico op een uitholling van de financiële toegankelijkheid op het moment van het zorggebruik. Het aanhouden van de niet-indexering van de remgelden draagt bij tot het behoud van dit herverdelend effect van de verplichte ziekteverzekering.

In deze logica vormt de **effectieve kosteloosheid van zorg voor kinderen** een specifieke prioriteit. België behoort immers tot de weinige Europese landen waar nog remgelden bestaan voor huisarts- en specialistenzorg voor kinderen uit gezinnen met een laag inkomen (Baptista, Guio, Marlier, & Perista, 2023). Sociale gezondheidsongelijkheden ontstaan al vanaf de kindertijd, en bestaande bijdragen – zelfs wanneer zij beperkt zijn – kunnen de toegang tot pediatrie en preventieve zorg afremmen in de meest kwetsbare gezinnen.

2. **Het derdebetalersregeling uitbreiden voor ambulante zorg en essentiële screenings.**

Een eerste prioritaire hefboom bestaat erin het voorschot te beperken, met name voor ambulante zorg en essentiële diagnostische onderzoeken. Voor personen met een laag inkomen kunnen zelfs bescheiden bedragen een onmiddellijke barrière vormen voor zorggebruik. De uitbreiding van de derdebetalersregeling voor deze prestaties zou een centrale hinderpaal voor de toegang tot eerstelijnszorg en vroege diagnosestelling wegnemen.

3. **Beperken van de financiële blootstelling vóór de volledige activering van de MAF.**

De MAF treedt vandaag pas in werking na het overschrijden van al aanzienlijke drempels en soms met een zekere vertraging – onder meer als gevolg van administratieve termijnen en wettelijke beperkingen eigen aan de uitwisseling en consolidatie van de gegevens nodig voor de activering ervan (gezinssamenstelling, inkomen, sociale statuten) – waardoor kwetsbare huishoudens aan het begin van het traject blootgesteld blijven aan een belangrijke financiële last. In deze context is het noodzakelijk om, in overleg met de betrokken actoren (RIZIV, Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, ziekenfondsen), te onderzoeken in welke mate mechanismen van pre-identificatie – zoals tussentijdse plafonds, automatische waarschuwingen of proactieve controles voor huishoudens met een zeer laag inkomen – de vooruitbetaling van kosten zouden kunnen verminderen en de onzichtbaarheid kunnen beperken van personen van wie het zorggebruik financieel beperkt blijft ondanks hoge zorgnoden.

4. **Wijkgezondheidscentra versterken als toegangspoort in kwetsbare gebieden.**

De wijkgezondheidscentra spelen een essentiële rol als voorzieningen met toegang zonder eigen bijdrage en die continue begeleiding bieden in de wijken waar de noden het grootst zijn. Hun aanwezigheid helpt om de sociale gradiënt in het vastgestelde gebruik van eerstelijnszorg (per prestatie) af te vlakken. De ongelijke spreiding van zorgnoden op het grondgebied vereist dan ook een expliciete reflectie over de geografische spreiding van het eerstelijnsaanbod. Het verzekeren van toegankelijkheid, opvangcapaciteit en een voldoende vestiging van wijkgezondheidscentra in kwetsbare gebieden – en het ondersteunen van de forfaitaire financiering die hun basis vormt – is een structurele hefboom om de effectieve toegang tot zorg te verbeteren daar waar financiële en organisatorische obstakels het meest uitgesproken zijn.

Naast deze onmiddellijke financiële hefboomen hangt de effectieve toegang tot zorg ook af van organisatorische en informatieve factoren. De resultaten tonen aan dat de kosteloosheid van een dienst, bijvoorbeeld op het vlak van preventie of screening, onvoldoende is om ongelijkheden te verminderen wanneer het aanbod weinig zichtbaar, weinig beschikbaar of lokaal onvoldoende ondersteund is. Eveneens belemmert een **beperkt begrip van de rechten** – in het bijzonder van de draagwijdte van de MAF, van de supplementen en van de bedragen ten laste vóór plafonnering – het effectieve gebruik van bestaande beschermingen. In deze context **spelen de ziekenfondsen al een centrale rol en dienen zij, gezien de blijvende structurele ongelijkheden, hun acties op het vlak van informatie, begeleiding en opvolging verder te versterken**, om ervoor te zorgen dat de bestaande regelingen zich daadwerkelijk vertalen in toegang tot zorg voor de meest kwetsbare bevolkingsgroepen. De sociale diensten van de ziekenfondsen spelen vandaag al een sleutelrol bij het identificeren van kwetsbare situaties, het toelichten van rechten en het begeleiden van verzekerden bij vaak complexe administratieve procedures. Aanvullend vormen nabijheidsinitiatieven die gericht zijn op het versterken van gezondheidsvaardigheden en de toegang tot rechten, zoals initiatieven van het type *Community Health Workers*, een relevant instrument om doelgroepen te bereiken die bijzonder ver van institutionele voorzieningen verwijderd zijn. Het verankeren van dergelijke initiatieven blijkt dan ook een belangrijke uitdaging, zodat zij op lange termijn de effectieve toegang tot zorg in de meest kwetsbare gebieden kunnen versterken.

Tot slot zou een **regelmatige monitoring van mogelijke signalen van zorgverzuim** – zoals het langdurig ontbreken van contact met de eerstelijns ondanks een risicoprofiel, het optreden van laattijdig zorggebruik via de spoedgevallen of de onderbreking van chronische behandelingen die normaliter continu zouden moeten verlopen – toelaten om vroegtijdig trajectbreuken op te sporen in de meest kwetsbare buurten en om vooraf gerichte acties van begeleiding of informatie te organiseren. Het gaat er niet om individueel gedrag te monitoren, maar om **bevolkingsgerichte tendensen** in bepaalde gebieden te identificeren, met als doel de collectieve aanpak beter te ondersteunen, zodat bestaande financiële beschermingen zich daadwerkelijk en duurzaam vertalen in toegang tot zorg voor de meest kwetsbare groepen.

Conclusie

De resultaten van deze studie tonen aan dat in België sociale ongelijkheden in gezondheid, zorggebruik en eigen bijdragen voor zorg geen losstaande realiteiten zijn, maar drie manifestaties van éénzelfde fenomeen: een continue socio-economische gradiënt, die voor verschillende indicatoren bovendien toeneemt. Naarmate de middelen afnemen, daalt het aandeel personen in goede gezondheid, terwijl de financiële last van zorg almaar zwaarder weegt op het beschikbare inkomen. Tegelijkertijd volgt het zorggebruik de evolutie van de zorgnoden niet: hoewel de noden langsheen de sociale gradiënt toenemen, is de effectieve toegang tot zorg steeds minder in verhouding tot die noden. Met andere woorden, de gezondheidsgradiënt verscherpt, terwijl de zorggebruikgradiënt zich omkeert. Deze sociale gradiënt is allesbehalve toevallig: zij ontstaat uit de wisselwerking tussen gezondheidstoestand, reële financiële draagkracht en de financieringsbronnen van het zorgaanbod.

Door het inkomen van buurten te combineren met informatie uit de MAF, maakt deze studie het mogelijk om beter te begrijpen hoe deze ongelijkheden zich structureren en waar de belangrijkste tekortkomingen van het systeem van financiële bescherming zich bevinden, met name voor huishoudens met de laagste inkomens. In deze groepen weerspiegelt een laag zorggebruik vaak situaties van uitstellen of afzien van zorg. De analyse van de eigen bijdragen toont het vaak partiële karakter van de bestaande bescherming aan: de combinatie van remgelden, supplementen en een laag inkomensniveau leidt voor een deel van de bevolking tot een onevenredige, zelfs catastrofale financiële last.

Deze resultaten vragen om de vastgestelde ongelijkheden niet te beschouwen als geïsoleerde tekortkomingen, maar als het resultaat van een systeem waarin de financiële bescherming vaak te laat komt en waarin praktische obstakels – voorschotten, administratieve complexiteit, gebrek aan informatie – zwaarder wegen op degenen die over de minste manoeuvreerruimte beschikken. Deze beperkingen dragen bij aan het verhinderen van een zorggebruik aangepast aan de noden en zo een verdere verslechtering van de gezondheidstoestand. De studie wijst dan ook op een centrale beleidsuitdaging: **een aanzienlijk deel van de morbiditeit en mortaliteit langsheen de sociale gradiënt is vermijdbaar**. Het terugdringen van sociale gezondheidsongelijkheden vergt gelijktijdige actie op de gezondheidstoestand, het zorggebruik en de financiële bescherming, maar vooral **het vroeger en doeltreffender beschermen van diegenen met de grootste noden**.

De studie opent tevens perspectieven voor opvolging. Zij biedt een basis om de evolutie van supplementen – vandaag een belangrijke factor van regressiviteit – te monitoren, om de impact te analyseren van recente hervormingen zoals het verbod op ambulante supplementen voor VT-gerechtigden, en om te meten in welke mate eventuele aanpassingen aan de MAF zouden bijdragen tot een vermindering van het aandeel van het inkomen dat aan zorg wordt besteed. Het doel van een rechtvaardig zorgsysteem is niet louter om zorg in theorie toegankelijk te maken voor iedereen, maar om ieder in de praktijk toe te laten er op het juiste moment gebruik van te maken, zonder dat dit iemands gezondheid en economische zekerheid in het gedrang brengt. In deze overgang van formele gelijkheid naar reële toegankelijkheid ligt de meest betekenisvolle vooruitgangsmarge voor de komende jaren.

Bibliografie

- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijk in gezondheid: Kwantitatief onderzoek van economische ongelijkheden op vlak van gezondheid en gebruik van gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 6-31.
- Avalosse, H., Vandeleele, G., & De Spiegeleer, T. (2023). Meer begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming. Interpretatie van de grote tendensen van de laatste jaren. *Gezondheid & Samenleving*, 5, 6-33.
- Banque Carrefour de la Sécurité Sociale. (2026). *Maximum à facturer (MAF social, MAF revenus)*. Opgehaald van www.ksz-bcss.fgov.be/fr/project/maximum-a-factorer-maf-social-maf-revenus.
- Baptista, I., Guio, A., Marlier, E., & Perista, P. (2023). *Access for children in need to the key services covered by the European Child Guarantee: An analysis of policies in the 27 EU Member States*. European Social Policy Analysis Network (ESPAN). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?* Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). Health Services Research (HSR). Brussels: KCE Reports 334.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels: European Social Observatory.
- Cès, S., & Noirhomme, C. (2025). Doelstellingen bepalen voor een betere dekking van de gezondheidszorgbehoeften. *Gezondheid & Samenleving*, 14, 30-57.
- Cookson, R., Doran, T., Asaria, M., Gupta, I., & Mujica, F. (2021). The inverse care law re-examined: a global perspective. *The Lancet*, 397, 828-838.
- Decoster, A., Minten, T., & Spinnewijn, J. (2021). The Income Gradient in Mortality during the Covid-19 Crisis: Evidence from Belgium. *The Journal of Economic Inequality*, 19, 551-570.
- EuroHealthNet & Centre for Health Equity Analytics (CHAIN). (2025). *Social inequalities in health in the EU: Are countries closing the health gap?* Brussels.
- European Institute for Gender Equality (EIGE). (2021). *Gender Equality Index 2021 - Health*. Luxembourg: Publication Office of the European Union.
- Eurostat. (2026). *Health care expenditure by financing scheme*. Opgehaald van https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hf_custom_20838663/.
- Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., ... Meeus, P. (2024). *Performance du système de santé belge - Rapport 2024*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Goedemé, T., Janssens, J., Derboven, J., Van Gestel, R., Lefevère, E., & Verbist, G. (2022). *AKE: Reducing poverty through improving the take up of social policies. Final Report*. Brussels: Belgian Science Policy Office.
- Guan, N., Guariglia, A., Moore, P., Xu, F., & Al-Janabi, H. (2022). Financial stress and depression in adults: A systematic review. *PLoS One*, 17(2), 1-20.
- INAMI. (2024). *Médecins : Interdiction de facturer des suppléments en ambulatoire aux bénéficiaires de l'intervention majorée*. Opgehaald van <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/exercice-du-metier/medecins-interdiction-de-factorer-des-supplements-en-ambulatoire-aux-beneficiaires-de-l-intervention-majorée>.
- INAMI. (2026). *Le maximum à facturer (MàF) limite vos dépenses de soins de santé*. Opgehaald van www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/maximum-a-factorer-maf.
- Jacobs, I., Vanden Bossche, D., Willems, S., & Vanthomme, K. (2025). Understanding the profile of community health workers in breast cancer screening education: women's preferences and insights from a qualitative focus group study. *International Journal for Equity in Health*, 24(193), 1-25.
- Kröger, H., Pakpahan, E., & Hoffmann, R. (2016). What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. *European journal of public health*, 28(2), 382.
- Lang, T., Kelly-Irving, M., Lamy, S., Lepage, B., & Delpierre, C. (2016). Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? *Philosophie de la santé*, 28(2), 169-179.
- Lefevère, E., Goedemé, T., De Wilde, M., & De Spiegeleer, T. (2019). Non-recours à l'intervention majorée et octroi automatique de droits. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 251-284.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9.
- Marmot, M. (2003). Understanding Social Inequalities in Health. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46, 9-23.
- Marmot, M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*. London: The Marmot Review.
- Marmot, M. (2017). Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journal of Epidemiology*, 32, 537-546.
- Marmot, M., & Allen, J. (2014). Social determinants of health equity. *American journal of public health*, 104, 517-519.
- Marmot, M., & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126, S4-S10.

- Marmot, M., Ryff, C., Bumpass, L., Shipley, M., & Marks, N. (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social science & medicine*, 44(6), 901-910.
- OECD. (2011). *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*. Paris: OECD Publishing.
- Op de Beeck, E., Ledegen, H., Slechten, G., Van Olmen, J., De Loof, H., Bastiaens, H., & Masquillier, C. (2025). Understanding challenges in healthcare access: qualitative insights from healthcare providers and people living in socio-economically vulnerable circumstances. *International Journal for Equity in Health*, 24(259), 1-20.
- Otavova, M., Masquelier, B., Faes, C., van den Borre, L., Vandeninden, B., de Clercq, E., & Devleesschauwer, B. (2024). Trends in socio-economic inequalities in cause-specific premature mortality in Belgium, 1998-2019. *BMC Public Health*, 24(470), 1-16.
- Petrovic, D., De Mestral, C., Bochud, M., Bartley, M., Kivimäki, M., Vineis, P., . . . Stringhini, S. (2018). The contribution of health behaviors to socioeconomic inequalities in health: A systematic review. *Preventive medicine*, 113, 15-31.
- REMI - REDI. (2026). Récupéré sur Centre d'expertise sur <https://remiredi.be/gezondheid>.
- Renard, F., Devleesschauwer, B., Van Oyen, H., Gadeyne, S., & Deboosere, P. (2019). Evolution of educational inequalities in life and health expectancies at 25 years in Belgium between 2001 and 2011: a census-based study. *Archives of Public Health*, 77(6), 1-10.
- Schokkaert, E., Van Ourti, T., De Graeve, D., Lecluyse, A., & Van de Voorde, C. (2010). Supplemental health insurance and equality of access in Belgium. *Health Economics*, 19(4), 377-395.
- Sciensano (2025). *Niet-Overdraagbare Aandoeningen: Diabetes, Health Status Report*, 30 September 2025, Brussel, België, <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/diabetes>.
- Sholokhova, S. (2023). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen? *Gezondheid & Samenleving*, 7, 40-63.
- Social Health Protection Network (2025). *Révision de l'indicateur 3.8.2 des objectifs du Millénaire pour le développement : Une nouvelle approche pour mesurer la protection financière en matière de santé*. Opgehaald van <https://p4h.world/fr/news/revision-de-lindicateur-3-8-2-des-objectifs-du-millenaire-pour-le-developpement-une-nouvelle-approche-pour-mesurer-la-protection-financiere-en-matiere-de-sante/>.
- Tudor Hart, J. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405-412.
- Vincens, N., Emmelin, M., & Stafström, M. (2017). (2017). Social capital, income inequality and the social gradient in self-rated health in Latin America: A fixed effects analysis. *Social science & medicine*, 196, 115-122.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E., Calonge, S., Christiansen, T., Gerfin, M., Gottschalk, P., . . . Nolan, B. (1992). Equity in the finance of health care: some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 11(4), 361-387.
- WHO. (2019). *World Health Organization. Regional Office for Europe (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe: summary*. Barcelona: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- WHO. (2023). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium*. Barcelona: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2023). *Working together for equity and healthier populations: sustainable multisectoral collaboration based on health in all policies approaches*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2026). *The Global Health Observatory*. Opgehaald van <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4989>.
- WHO, Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: WHO.

Bijlagen

Bijlage 1: Verdeling van de bevolking en CM-leden volgens inkomenspercentiel van wijken en veranderingen in inkomensdrempels (2011 en 2023)

2011						
Inkomens-categorie	Aantal belasting-aangiften	Aantal mensen wonend in de sector	% bevolking	Aantal CM-leden	% bevolking CM	Inkomensdrempel (gemiddeld/hoofd van de bevolking)
<=P10	549.902	1.075.406	9,8%	199.786	4,4%	<= € 11.757
[P10 tot P20]	608.208	1.076.523	9,8%	276.005	6,1%	] € 11.757 tot € 13.601]
[P20 tot P30]	617.913	1.075.919	9,8%	374.198	8,2%	] € 13.601 tot € 14.773]
[P30 tot P40]	618.991	1.075.393	9,8%	445.535	9,8%	] € 14.773 tot € 15.646]
[P40 tot P50]	623.171	1.077.346	9,8%	484.059	10,7%	] € 15.646 tot € 16.400]
[P50 tot P60]	623.884	1.076.184	9,8%	484.352	10,7%	] € 16.400 tot € 17.040]
[P60 tot P70]	621.740	1.075.199	9,8%	492.299	10,8%	] € 17.040 tot € 17.758]
[P70 tot P80]	622.199	1.076.833	9,8%	496.226	10,9%	] € 17.758 tot € 18.666]
[P80 tot P90]	616.003	1.076.503	9,8%	480.480	10,6%	] € 18.666 tot € 20.003]
>P90	611.997	1.076.445	9,8%	467.189	10,3%	> € 20.003
Onbekend	107.976	189.456	1,7%	342.473	7,5%	
TOTAAL	6.221.984	10.951.207	100,0%	4.542.602	100,0%	
<=P5	256.522	537.765	4,9%	87.570	1,9%	<= € 10.064
>P95	308.795	538.375	4,9%	232.523	5,1%	> € 21.538

2023						
Inkomens-categorie	Aantal belasting-aangiften	Aantal mensen wonend in de sector	% bevolking	Aantal CM-leden	% bevolking CM	Inkomensdrempel (gemiddeld/hoofd van de bevolking)
<=P10	602.162	1.149.760	9,8%	215.679	4,7%	<= € 16.470
[P10 tot P20]	661.028	1.149.994	9,8%	283.527	6,2%	] € 16.470 tot € 19.248]
[P20 tot P30]	679.843	1.151.089	9,8%	373.713	8,1%	] € 19.248 tot € 21.184]
[P30 tot P40]	686.183	1.151.060	9,8%	447.690	9,7%	] € 21.184 tot € 22.636]
[P40 tot P50]	689.398	1.150.829	9,8%	509.748	11,1%	] € 22.636 tot € 23.798]
[P50 tot P60]	689.120	1.150.531	9,8%	534.474	11,6%	] € 23.798 tot € 24.849]
[P60 tot P70]	686.347	1.148.836	9,8%	539.881	11,7%	] € 24.849 tot € 26.021]
[P70 tot P80]	688.896	1.152.294	9,9%	547.874	11,9%	] € 26.021 tot € 27.265]
[P80 tot P90]	680.184	1.150.490	9,8%	548.932	11,9%	] € 27.265 tot € 29.329]
>P90	670.665	1.150.708	9,8%	517.128	11,2%	> € 29.329
Onbekend	112.360	191.877	1,6%	81.692	1,8%	
TOTAAL	6.846.186	11.697.468	100,0%	4.600.338	100,0%	
<=P5	284.676	574.776	4,9%	94.888	2,1%	<= € 14.165
>P95	336.137	575.285	4,9%	252.380	5,5%	> € 31.459

Percentielen geconstrueerd op basis van het gemiddeld belastinginkomen per inwoner van de statistische sectoren (Statbel-gegevens)

Tussen 2011 en 2023 steeg de P10 van 11.757 euro naar 16.470 euro (+40%) en de P90 van 20.003 euro naar 29.329 euro (+47%). Met andere woorden, de 10% van de bevolking in de rijkste wijken, zag hun belastinginkomsten meer stijgen dan die in de armste wijken, wat een **groeijende inkomenskloof tussen wijken** weerspiegelt.

Bijlage 2: Operationele definities van de gezondheids- en zorggebruiksindicatoren geanalyseerd in de studie

Categorie	Geanalyseerde gebeurtenis	Noemer	Gebruikte codes (ATC / voordelen)
Gezondheid	Sterfte binnen het jaar	Totale bevolking (Gewogen CM-populatie om de Belgische bevolking te vertegenwoordigen)	Overlijdens in het jaar waargenomen in administratieve gegevens
	Diabetes		- Code ATC A10 - Diabetesovereenkomst: 770033, 770055, 770070, 771573, 771595, 772450, 772461, 773113, 773231, 773253, 773275, 773393, 773496, 773592, 774115, 774130, 774152, 775456, 775471, 789751, 789773, 789795, 789810, 789832, 789854, 789876, 789891, 789913, 789935 - Nomenclatuur van diabetesmonitoring (voorheen diabetespaspoort): 102852, 109594 - Diabeteszorgtraject: 107015, 107030, 107052, 107074 - Multidisciplinair zorgtraject: 785573, 785595, 785610, 785632, 785654, 785676, 785691, 785713, 785735, 785750, 785772, 785794, 785816, 785831, 785853, 785875, 785890, 785912, 785934, 785956, 788756, 788771, 788793, 788815, 788830, 788852, 788874, 788896, 788911, 788933, 788955
	Obstructieve luchtwegaandoeningen		Uitsluiting van vrouwen die gedurende het jaar zijn bevallen (om zwangerschapsdiabetes te voorkomen) ATC-code: R03, 90 DDD en meer
Curatieve zorg	Heeft een chronische aandoening		Gebeurtenis vastgesteld in administratieve gegevens
	Opname in een algemeen ziekenhuis		Opnames in algemene ziekenhuizen, vastgesteld in administratieve gegevens, met uitzondering van de afdelingen G, A, K, T en S
	Naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis gaan		Uitgaven voor onderzoek/beheer in de ruimten van een erkende gespecialiseerde spoedeisende zorg: 590391, 590450, 590516, 590531, 590553, 590575, 590590, 590612, 590634, 590656, 590671, 590693, 590715, 590730, 590752, 590774, 590796, 590811, 590833, 590855, 590870, 590892, 590914, 590951, 590973, 590995
Preventie	Borstkankerscreening	Vrouwen tussen 50 en 69 jaar	Mammo-test of diagnostische mammografie, het betreffende jaar + het jaar daarop - Door de gemeenschap georganiseerde screenings: 450192, 450203, 450214, 450225 - Mammografieën: 450354, 450365, 450096, 461090
Eerstelijns-zorg	Minstens één huisartscontact	Totale bevolking	- Consultaties: 101010, 101032, 101076 - Bezoeken: 103110, 103132, 103213, 103235, 103412, 103434, 104215, 104230, 104252, 104355, 104510, 104532, 104554, 104650, 104753, 106610, 106691, 109045, 109060, 109082, 109701, 109723 - Tele-/videoconsultaties: 101673, 101710, 101732 Uitsluiting van patiënten ingeschreven in een WGC
	Ingeschreven in een WGC		Medisch zorgpakket: 109616

Bijlage 3: Methodologie van de simulatie van de aanpassing van MAF-plafonds

We simuleren een aanpassing van de MAF-plafonds in twee fasen:

1. **Het verlagen van de basisplafonds voor de laagste inkomens en het verhogen voor de hoogste inkomens;**
2. Aanpassing van de plafonds volgens **huishoudgrootte** om rekening te houden met de effectieve financiële mogelijkheden van het huishouden, die afneemt naarmate het aantal personen dat van hetzelfde inkomen afhankelijk is, toeneemt. Voor elke bijkomende persoon in het huishouden wordt het plafond met 10% verlaagd²¹ volgens de volgende formule:

$$\text{Finaal plafond} = \text{gecorrigeerd plafond} \times \frac{1}{1+0,10 \times (n-1)}$$

waarbij n het aantal personen in het huishouden is. Er wordt een limiet van vijf personen toegepast om buitensporige correcties te voorkomen, waarbij huishoudens

met meer dan vijf personen slechts 1,5% van de onderzochte bevolking vertegenwoordigen.

Op basis van het daadwerkelijk door het huishouden betaalde remgeld en het huidige plafond (bereikt of niet), wordt een nieuw remgeld voor het huishouden berekend volgens het nieuwe gesimuleerde plafond. Dit bedrag wordt vervolgens verdeeld onder de huishoudleden in verhouding tot de initiële verdeling van het remgeld, om een consistente verdeling binnen het huishouden te behouden. De supplementen blijven ongewijzigd.

Voor elke persoon krijgen we zo een gesimuleerde eigen bijdrage (gesimuleerde remgelden + supplementen), een extra uitgave/winst voor de VP en het gesimuleerde aandeel van het inkomen besteed aan zorg, door deze resterende eigen uitgaven te relateren aan het geïndividualiseerde inkomen. De resultaten zijn voorgesteld als gewogen en gestandaardiseerde gemiddelden (leeftijd en geslacht), om het effect van deze veranderingen op de totale bevolking te evalueren en om inkomenscategorie-

Tabel 5: Voorstel voor alternatieve MAF-plafonds

MAF Inkomens-categorie	Oude plafonds	Alternatieve plafonds (en de verdeling van CM-huishoudens die door deze situatie worden getroffen in de categorie)					Kosten van aanpassing voor de VP op Belgisch niveau (schatting op basis van gewogen CM-gegevens)
		Huishouden 1 persoon	Huishouden 2 personen	Huishouden 3 personen	Huishouden 4 personen	Huishouden 5 personen en meer	
Extreem laag inkomen (G)	€ 255	€ 105 (72%)	€ 95 (12%)	€ 87 (6%)	€ 81 (5%)	€ 75 (5%)	€ 12.749.437
Zeer laag inkomen (B)	€ 517	€ 317 (82%)	€ 288 (11%)	€ 264 (3%)	€ 244 (2%)	€ 226 (2%)	€ 51.421.628
Laag inkomen (C)	€ 747	€ 647 (48%)	€ 588 (42%)	€ 539 (5%)	€ 497 (3%)	€ 462 (2%)	€ 41.695.772
Bescheiden inkomen (D)	€ 1.149	€ 1.199 (21%)	€ 1.090 (60%)	€ 999 (9%)	€ 922 (7%)	€ 856 (4%)	€ 9.211.259
Gemiddeld inkomen (E)	€ 1.608	€ 1.958 (12%)	€ 1.780 (52%)	€ 1.632 (16%)	€ 1.506 (14%)	€ 1.399 (6%)	€ -2.593.788
Welgesteld tot hoog inkomen (F)	€ 2.068	€ 2.668 (4%)	€ 2.425 (33%)	€ 2.223 (22%)	€ 2.052 (29%)	€ 1.905 (11%)	€ -3.872.656
Totale kosten							€ 108.611.652

21 De gebruikte coëfficiënt (-10% per bijkomende persoon) is gebaseerd op schalen zoals de 'aangepaste OESO', die +0,5 consumptie-eenheden toevoegt voor een extra volwassene en +0,3 per kind. Dit komt neer op een daling van ongeveer 23% in betaalbaarheid voor een huishouden met volwassenen + kind (1 - 1/1,3 ≈ 0,23). Onze keuze vertegenwoordigt een conservatieve versie van deze orde van grootte, aangepast aan het MAF mechanisme en consistent met het bestaan van een specifieke limiet voor < 19-jarigen.

en met dezelfde structuur te vergelijken. Deze simulatie illustreert in hoeverre een aanpassing van de plafonds rekening houdend met de huishoudgrootte de financiële last van laaginkomenshuishoudens kan verminderen, terwijl de bijbehorende budgettaire inspanning voor de VP zichtbaar wordt. De budgettaire impact van een dergelijke aanpassing wordt geraamd op 108,6 miljoen euro, of ongeveer 0,25% van het RIZIV-budget in 2024. Dit bedrag blijft evenwel beperkt in verhouding tot de aanzienlijke verlichting van de financiële last voor huishoudens met een laag inkomen.

Plafond aangepast voor inkomen en huishoudgrootte

Tabel 5 toont de gesimuleerde plafonds. Deze dalen in alle inkomensklassen, behalve in bepaalde situaties aan de top van de verdeling, waar ze licht stijgen om het hogere betaalvermogen van kleine huishoudens met hogere inkomens (cursief weergegeven in de tabel) weer te geven.

Specifieke gevallen

- **Chronische patiënten:** de plafondverlaging wordt toegepast zoals in het reële mechanisme (plafond = 0 euro in

de eerste schijf) en vervolgens aangepast aan de grootte van het huishouden;

- **Gezinnen met recht op de sociale MAF:** het gebruikte plafond komt overeen met dat van categorie B (basisplafond: 317 euro), aangepast aan de grootte van het huishouden.

Theoretische progressiviteit van remgelden

De hervorming zou zorgen voor een veel regelmatigere en progressievere structuur van het theoretische percentage inkomen dat aan remgelden kan worden besteed. De maximale inspanning zou afnemen volgens de grootte van het huishouden en toenemen in lijn met het inkomen (zie Tabel 6).

Aandachtspunten

Men mag niet vergeten dat huishoudens in armoede die het eerste plafond voor remgelden niet bereiken, niet zijn opgenomen in de categorie ‘extreem laag inkomen’. Een hervorming van de plafonds zou daarom ook huishoudens ten goede komen die met het huidige mechanisme onzichtbaar zijn.

Tabel 6: Theoretisch percentage van het inkomen dat wordt toegekend aan remgelden met de invoering van alternatieve plafonds volgens de MAF-inkomencategorie en de huishoudgrootte

MAF Inkomencategorie	Huishouden 1 persoon	Huishouden 2 personen	Huishouden 3 personen	Huishouden 4 personen	Huishouden 5 personen en meer
Extreem laag inkomen (G)	min 0,8%	min 0,8%	min 0,7%	min 0,6%	min 0,6%
Zeër laag inkomen (B)	1,4% - 2,5%	1,3% - 2,3%	1,2% - 2,1%	1,1% - 1,9%	1,0% - 1,8%
Laag inkomen (C)	1,9% - 2,9%	1,7% - 2,6%	1,5% - 2,4%	1,4% - 2,2%	1,3% - 2,0%
Bescheiden inkomen (D)	2,5% - 3,4%	2,3% - 3,1%	2,1% - 2,9%	2,0% - 2,6%	1,8% - 2,5%
Gemiddeld inkomen (E)	3,3% - 4,2%	3,0% - 3,8%	2,8% - 3,5%	2,6% - 3,2%	2,4% - 3,0%
Welgesteld tot hoog inkomen (F)	maximaal 4,5%	maximaal 4,1%	maximaal 3,8%	maximaal 3,5%	maximaal 3,2%