

Het verbod op ambulante ereloonsupplementen voor rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming

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

Clara Noirhomme — Studiedienst CM-MC

Met dank aan Hervé Avalosse en Benoît Rousseau

Samenvatting

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

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

Inhoudstafel

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

Inleiding

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

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

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

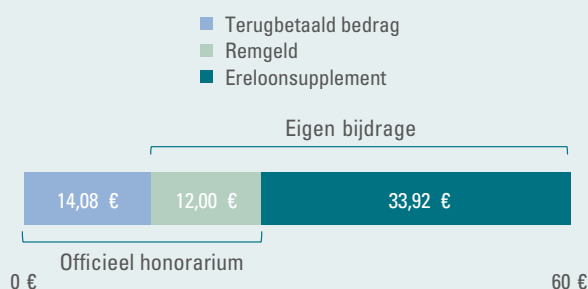
Omdat de hervorming expliciet de financiële toegankelijkheid van zorg wil verbeteren, is het belangrijk de toepassing ervan te evalueren om de reële effecten ervan te zien. De gelijktijdige invoering van nieuwe facturatiemechanismen van niet-terugbetaalbare prestaties, zoals transparantiecodes, versterkt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

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

✕ De verschillende componenten van een ambulante factuur

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

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



Indicatief bedrag niet-VT, prestatie 102012

facturatiepraktijken van artsen in de ambulante zorg.

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

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

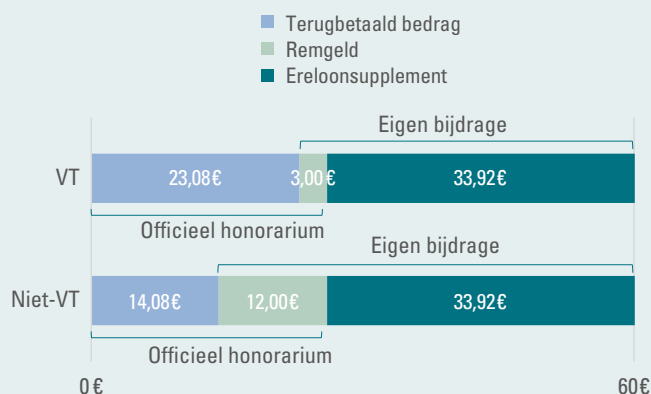
wogen met het oog op representatieve schattingen voor de Belgische bevolking. De analyse maakt een expliciet onderscheid tussen VT-rechthebbenden volgens de bron van dit recht (automatische toekenning of toekenning op basis van een inkomensonderzoek), een in de literatuur nog weinig onderzochte dimensie.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

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

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

✕ Principe van remgeldvermindering in het kader van het VT-statuut

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



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

1. Context

1.1. Het VT-statuuat en de bronnen

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

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

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

Inkomensplafonds voor het verkrijgen van het VT-statuuat

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Implementatie en toepassingsgebied

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

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

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

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

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

2. Methodologie

2.1. Gegevensbronnen en onderzoeksgebied

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2. Constructie van indicatoren en analysevariabelen

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

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

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

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

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

2.3. Registratie van facturatiegegevens

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

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

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

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

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

3 Hetzij uitkeringen voor primaire arbeidsongeschiktheid ($\leq$ één jaar), hetzij uitkeringen voor invaliditeit (arbeidsongeschiktheid $>$ één jaar).

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

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

2.4. Beperkingen

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

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

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

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

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

3. Resultaten

3.1. Rechthebbenden op het VT-statuuut en bron van het recht

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

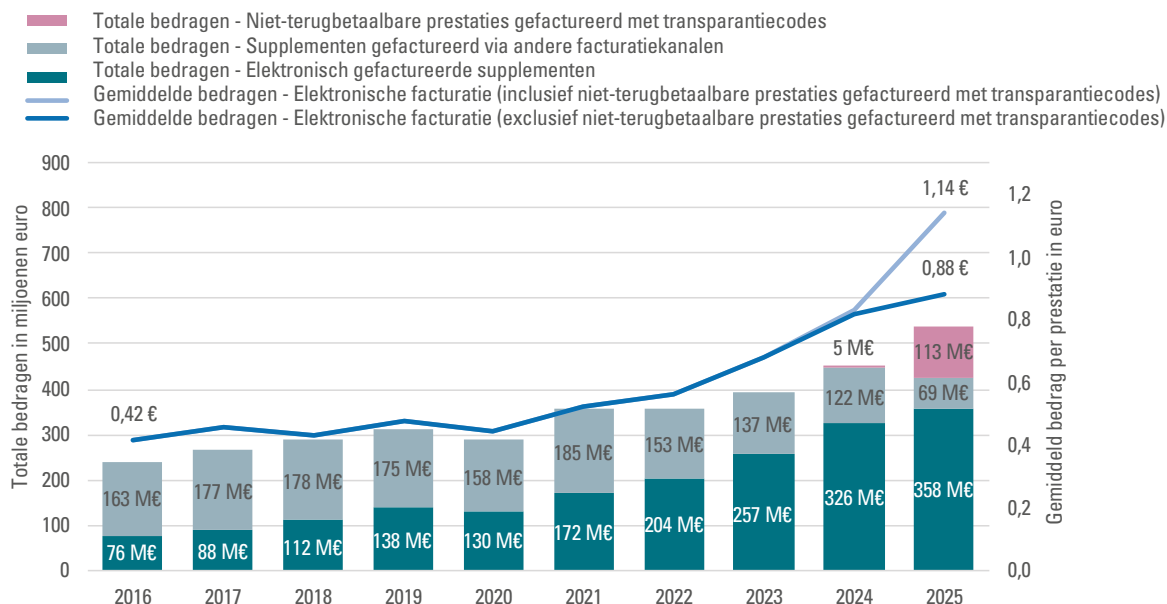
Om deze evolutie beter te vatten, wordt de indicator van de **totale bedragen** – die de globale evolutie van de supplementen weerspiegelt door volume- en prijseffecten te combineren – voorgesteld samen met een indicator van het **gemiddeld bedrag per elektronisch geattesteerde prestatie**, die minder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

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

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

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

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



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

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

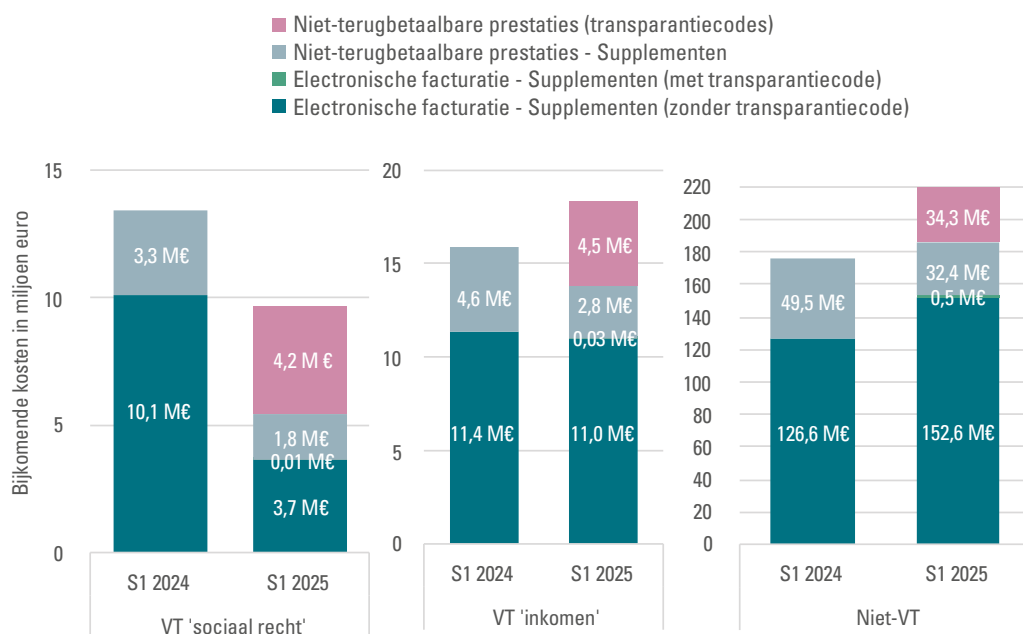
3.3. Gedifferentieerd effect van het verbod op de facturatie van supplementen volgens het statuut

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

rantiecodes, terwijl de opname daarvan de bevindingen aanzienlijk wijzigt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4.2. Aard van de gebruikte codes

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

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

3.5. Bijkomende kosten volgens type prestatie

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

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

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

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

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

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

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

3.6. Bijkomende kosten volgens specialisme

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

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

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

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

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

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

Toepassingsgebied: specialismen met supplementen > 0,1 miljoen euro

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

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

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

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

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

3.7. Gevolgen voor de patiënten

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

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

3.7.1. Evolutie van de eigen bijdragen volgens VT-statuut

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

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

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

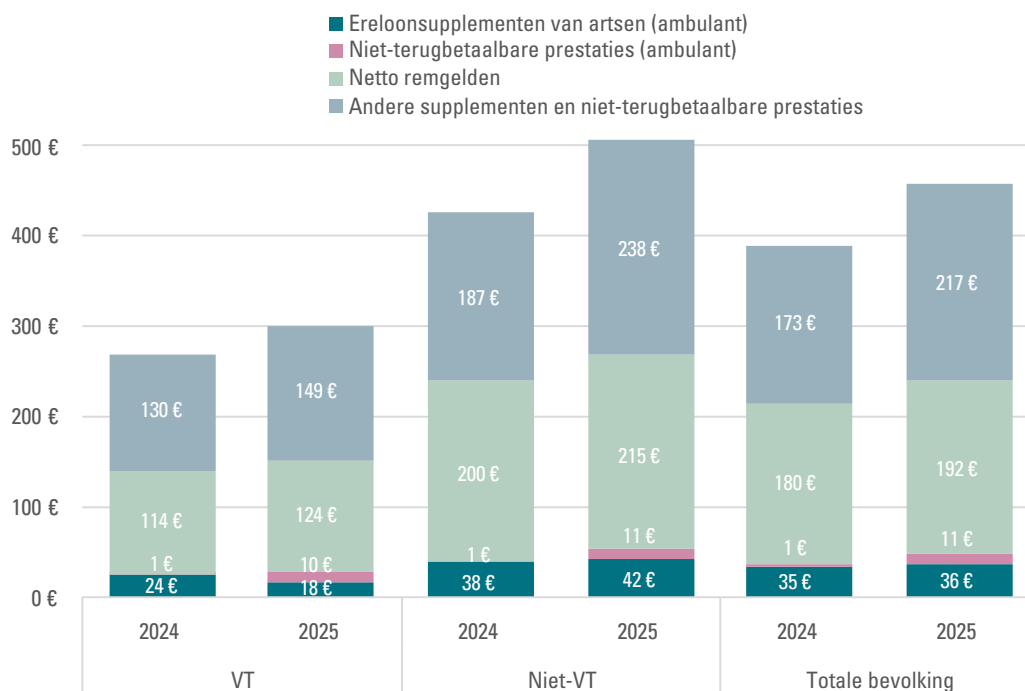
- Een **toename van de gemiddelde netto-remgelden** vergelijkbaar met die bij niet-VT-rechthebbenden (+8% tegenover +7%);
- Een **daling van de gemiddelde ereloonsupplementen (ambulant)** bij VT-rechthebbenden (-27%), als weerspiegeling van het gedeeltelijk verbod (dat in 2025 geldt voor VT 'sociaal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

3.7.2. Evolutie van de eigen bijdragen volgens inkomen

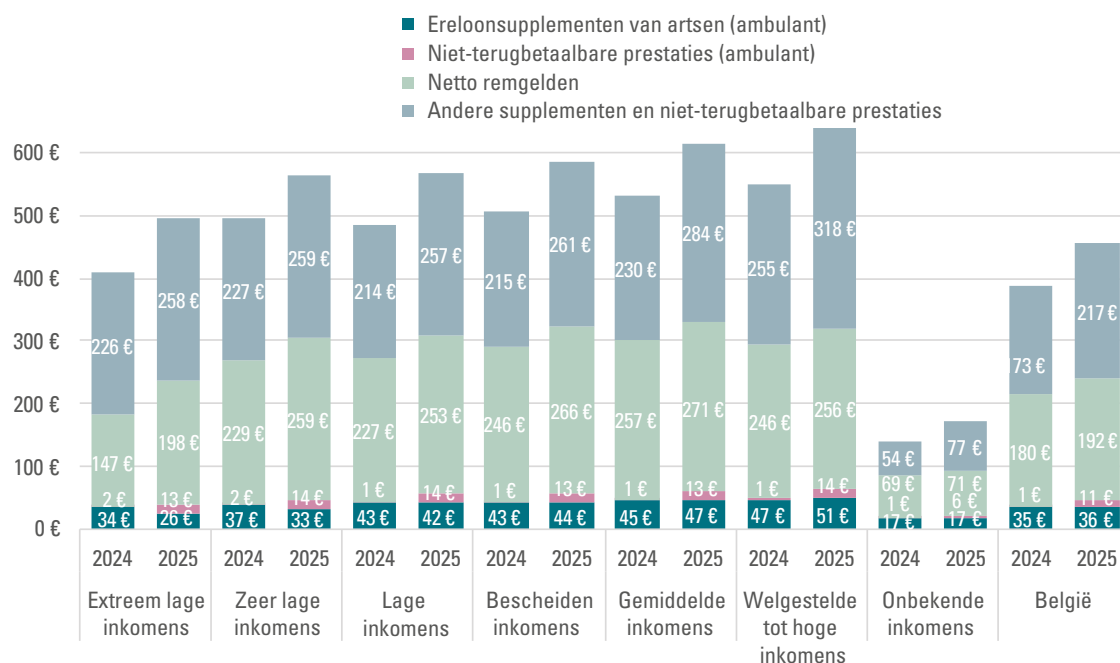
De analyse per inkomenscategorie (inkomensschijven gekend in het kader van de uitvoering van de MAF) toont een **structurele sociale gradiënt binnen de eigen bijdragen**. Qua niveau blijven de uitgaven hoger in de hogere inkomenscategorieën, onder meer door hogere bedragen aan supplementen en andere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

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

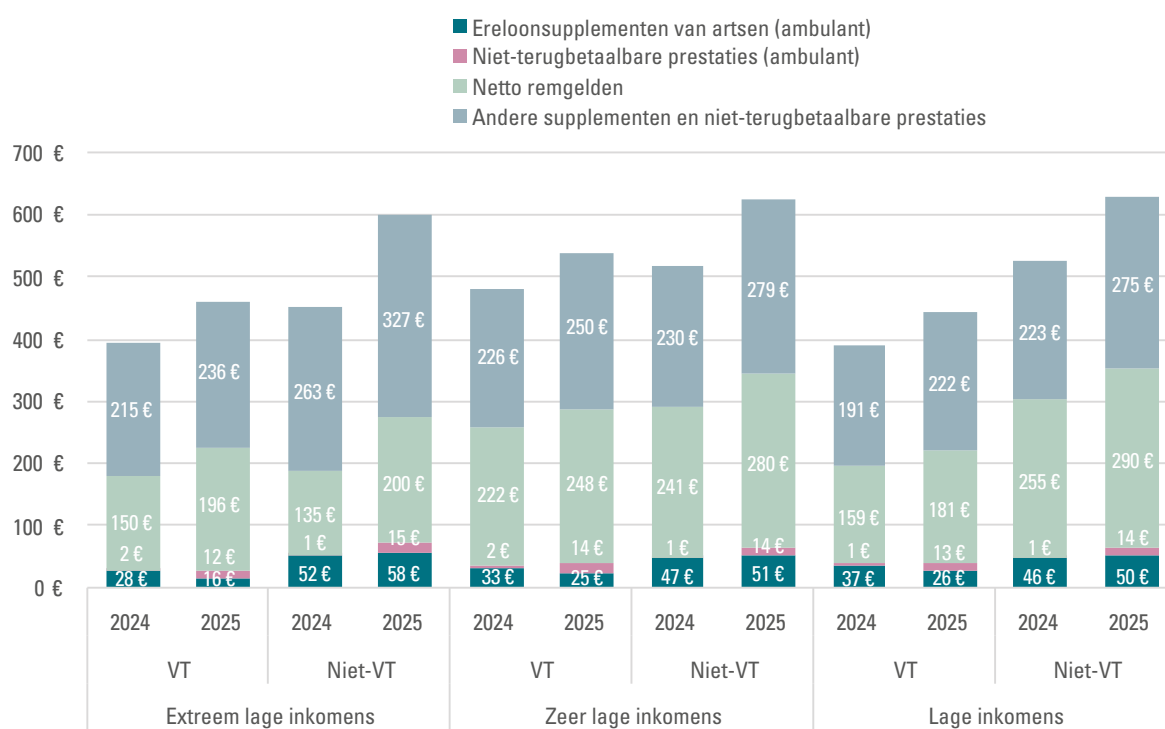
Figuur 3: Gemiddelde gestandaardiseerde eigen bijdragen (leeftijd en geslacht) in 2024 en 2025 volgens VT-status, schatting voor België (Bron: Gewogen CM-gegevens)



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



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



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

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

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

4. Bespreking

4.1. Profiel van VT-rechthebbenden

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

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

4.2. Verschuivingseffect eerder dan globale vermindering

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3. Beperkingen van een gerichte en binaire bescherming

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

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

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

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

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

4.4. Verschillende aanpassingsmogelijkheden volgens specialisme

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.5. Gevolgen van de uitbreiding van de maatregel in 2026

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

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

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

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

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

5. Aanbevelingen

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

(1) Niet-terugbetaalbare prestaties en transparantiecodes strikter omkaderen

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

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

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

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

(2) De mechanismen voor monitoring en gerichte controle versterken

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

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

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

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

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

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

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

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

(4) De impact voor patiënten systematisch integreren in beleidsevaluatie

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

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

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

Conclusie

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografie

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

Bijlagen

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

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

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

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

*Inclusief supplementen geregistreerd met transparantiecodes (categorie 1).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

