

& GEZONDHEID SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

04 Ongelijkheden in gezondheidszorg begrijpen

48 Groene ruimte en gebruik van
geestelijke gezondheidszorg in België

64 Wat zijn de voorspellende factoren
voor de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid?

18

juli 2026

**Van koers
veranderen**

Van koers veranderen

Editio



Ongelijkheden in de toegang tot zorg, mentale gezondheid, arbeidsongeschiktheid. Het zijn stuk voor stuk thema's die geregeld centraal staan op de politieke en media-agenda. Maar al te vaak worden debatten hierover herleid tot reflecties op het niveau van een individu: men moet gemotiveerd zijn, actief, sporten, gezonder eten, veerkrachtig zijn. Alsof de moeilijkheden waarmee iedereen te maken kan krijgen vooral het gevolg zijn van onvoldoende wilskracht of verkeerde keuzes. En alsof iedereen, geconfronteerd met gezondheidsproblemen, van dezelfde startlijn vertrekt en over dezelfde mogelijkheden beschikt.

In dit nummer van *Gezondheid & Samenleving* belichten we een heel andere realiteit. Wellicht ongemakkelijker, want complexer. Wellicht ook meer politiek. Door de verschillende artikels loopt een rode draad: gezondheidsongelijkheden zijn geen statische situaties, maar trajecten die zich in de tijd opbouwen. Trajecten die het resultaat zijn van een geleidelijke opstapeling van sociale, economische en omgevingsgebonden voor- en nadelen, zoals onder meer professor Dale Dannefer aantoonde. In zijn boek *Age and the Reach of Sociological Imagination* (2021) legt hij uit dat de evolutie van ieders gezondheid als een traject moet worden gelezen. Volgens hem wordt dat traject diepgaand gevormd door instellingen, ongelijkheden en machtsverhoudingen. Daarom pleit hij ervoor ons begrip van gezondheid en gezondheidssituaties te politiseren, en ze met andere woorden te zien als een product van de samenleving, eerder dan als iets natuurlijks, eerder dan ze te individualiseren. Meer nog: kwetsbaarheden sta-

pelen zich niet op volgens een eenvoudig model; ze grijpen in elkaar, verweven zich en versterken elkaar. Dat mechanisme verklaart goed waarom de verschillen groter worden met de leeftijd en waarom sommige groepen een zwaardere prijs betalen van gezondheids-, sociale of economische crises. Want de tijd wist ongelijkheden niet uit: hij versterkt ze.

De artikels in dit nummer belichten die dynamiek vanuit zeer verschillende invalshoeken. Het artikel *Ongelijkheden in gezondheidszorg begrijpen*, is gebaseerd op een analyse van gegevens representatief voor de Belgische bevolking. Ze benadrukt dat ongelijkheden niet alleen in een vroeg stadium ontstaan, in de leefomstandigheden, maar ook ingebed zijn in de infrastructuur van het zorgsysteem zelf. Zo brengt de studie een centraal mechanisme aan het licht: naarmate het socio-economisch niveau daalt, verslechtert de gezondheid en nemen de gezondheidsbehoeften toe. Het zorggebruik volgt die evolutie echter niet, maar wordt steeds minder evenredig met die behoeften. Dit ondergebruik van zorg situeert zich in een context van financiële druk voor mensen met de laagste inkomens, waarbij hun eigen bijdrage een buitensporig niveau kan bereiken – tot zes keer hoger in verhouding tot het inkomen vergeleken met de meest welgestelden. Beschermingsmaatregelen als de verhoogde tegemoetkoming of de maximumfactuur zijn onmisbaar om te vermijden dat men met buitensporige uitgaven geconfronteerd wordt. Vandaag lijken ze echter ruim onvoldoende om die ongelijkheden weg te werken. Verschillende blinde vlekken worden aangestipt: het niet opnemen van rechten, onvoldoende bescherming voor sommige gezinnen met een laag inkomen en de situatie van wie te weinig zorg gebruikt om het plafonneringsmechanisme voor remgeld te activeren. Daardoor kunnen die mechanismen het cumulatieve effect van opeenvolgende nadelen niet vermijden en de trajecten niet structureel bijsturen. Maar de resultaten tonen ook dat die trajecten niet onontkoombaar zijn: ze wijzen op concrete hefboomen om vroeger in te grijpen, beter te beschermen en de toegang tot zorg opnieuw meer in verhouding te brengen tot de behoeften.

Het artikel *Groene ruimte en gebruik van geestelijke gezondheidszorg in België*, onderzoekt de verbanden tussen wonen nabij groene ruimte en de mentale gezondheid. In deze studie zijn prestaties geestelijke gezondheidszorg van meer dan vier miljoen CM-leden gekoppeld aan de mate van groenbedekking per statistische sector. Met regressie-modellen is geanalyseerd in welke mate een toename van groenbedekking samenhangt met relatieve veranderingen in zorggebruik. De resultaten wijzen op een complexe realiteit waarbij niet iedereen gelijk is wat betreft de voordelen van een natuurlijke omgeving. Waar globaal een positief effect op de mentale gezondheid wordt vastgesteld van wonen nabij groene ruimte, blijkt dat voor personen met verhoogde tegemoetkoming (en die dus financieel kwetsbaar zijn) de samenhang omkeert: bij vergelijkbare blootstelling gaat meer groen samen met een relatief hoger gebruik van geestelijke gezondheidszorg. Dat betekent niet dat de aanwezigheid van groene ruimte voor deze groep schadelijk is. Het gaat om het traject. Eenzelfde omgeving werkt anders, afhankelijk van de voorafgaande opstapeling van tegenslagen: slechte huisvesting, chronische stress, bestaansonzekerheid, materiële beperkingen, sociaal isolement. De voordelen van groen hangen dus af van het traject.

In het artikel *Wat zijn de voorspellende factoren voor de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid?*, onderzoeken we hoe sociale breuklijnen het traject van terugkeer naar het werk kunnen beïnvloeden. Dit onderzoek is gebaseerd op drie bevragingen, uitgevoerd tussen november 2023 en maart 2025. In die periode volgden we de evolutie van personen die bij de start van de studie arbeidsongeschikt waren, om het profiel te bepalen van wie uit arbeidsongeschiktheid is uitgestroomd, evenals de factoren die ermee samenhangen, en dit naargelang men wel of niet begeleid is door een terug naar werk-coördinator. De resultaten zijn veelzeggend. De personen die sneller uit de arbeidsongeschiktheid uitstroomden, zijn ook diegenen die al over meer hulpbronnen beschikten: hogere scholingsgraad, intellectueel werk, voltijds

werk, vertrouwen in de eigen capaciteiten. Die vaststelling bekijken vanuit het perspectief van opstapeling, laat ons inzien dat het niet louter een kwestie is van motivatie of morele deugzaamheid, maar dat het te maken heeft met de optelsom van voor- en nadelen die zich al lang vóór de arbeidsongeschiktheid hebben opgebouwd. Bij een traject dat al gekenmerkt is door zwaar werk, kwetsbaarheid of discriminatie, maakt elke gezondheidsepisode de helling steiler. Een doeltreffend re-integratiebeleid moet rekening houden met die opstapeling van kwetsbaarheden en zijn aanpak afstemmen op ieders behoeften.

Samen nodigen de studies uit om gezondheid te politiseren en haar opnieuw te plaatsen binnen een collectief begrip, op het kruispunt van instellingen, machtsverhoudingen, de accumulatie van rijkdom en van discriminatie. Dan wordt duidelijk dat het er niet om gaat individueel gedrag te stimuleren of te sturen, maar om trajecten te begrijpen en in te grijpen op leefsituaties, arbeidsomstandigheden en de reële en continue toegang tot zorg. Want de uitdaging is dubbel: de initiële blootstelling aan nadelen verminderen en verhinderen dat door de herhaalde confrontatie met drempels, eenmalige moeilijkheden een vaststaand gezondheidsslot worden. Het creëren van kwetsbaarheden door beleid dat rechten aan voorwaarden verbindt, de toegang versnipperd en ongelijkheden laat opstapelen, moet stoppen. Strijden tegen gezondheidsongelijkheden betekent erkennen dat ze een geschiedenis hebben en collectief beslissen om hun koers te veranderen.

Nicolas Rossignol
Verantwoordelijke Studiedienst CM-MC

Bibliografie

Dannefer, D. (2021). *Age and the Reach of Sociological Imagination. Power, Ideology and the Life Course*. London: Routledge.

Ongelijkheden in gezondheidszorg begrijpen

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

Clara Noirhomme — Studiedienst CM-MC

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

Samenvatting

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

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

Inhoudstafel

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

Inleiding

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

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

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

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

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

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

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

1. Conceptueel kader

1.1. De sociale gezondheidsgradiënt en haar determinanten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dit mechanisme kent echter meerdere structurele beperkingen:

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

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

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

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

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

6 Deze uitzondering kwam vanaf 1 januari 2026 te vervallen.

2. Methodologie

2.1. Ongelijkheden in gezondheid en zorggebruik

2.1.1. Databronnen en onderzoekspopulatie

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

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

2.1.2. Socio-economische schaal

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

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

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

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

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

2.1.3. Meten van gezondheid en zorggebruik

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.4. Voorbehouden bij de interpretatie en beperkingen

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

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

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

2.2. Kosten ten laste van patiënten en financiële beschermingsmechanismen

2.2.1. Onderzoekspopulatie

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

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

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

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

2.2.2. Opgenomen kostengegevens

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

2.2.3. Analysestrategie

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

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

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

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

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

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

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

2.2.4. Beperkingen

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

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

3. Resultaten

3.1. Gezondheid en socio-economisch niveau

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

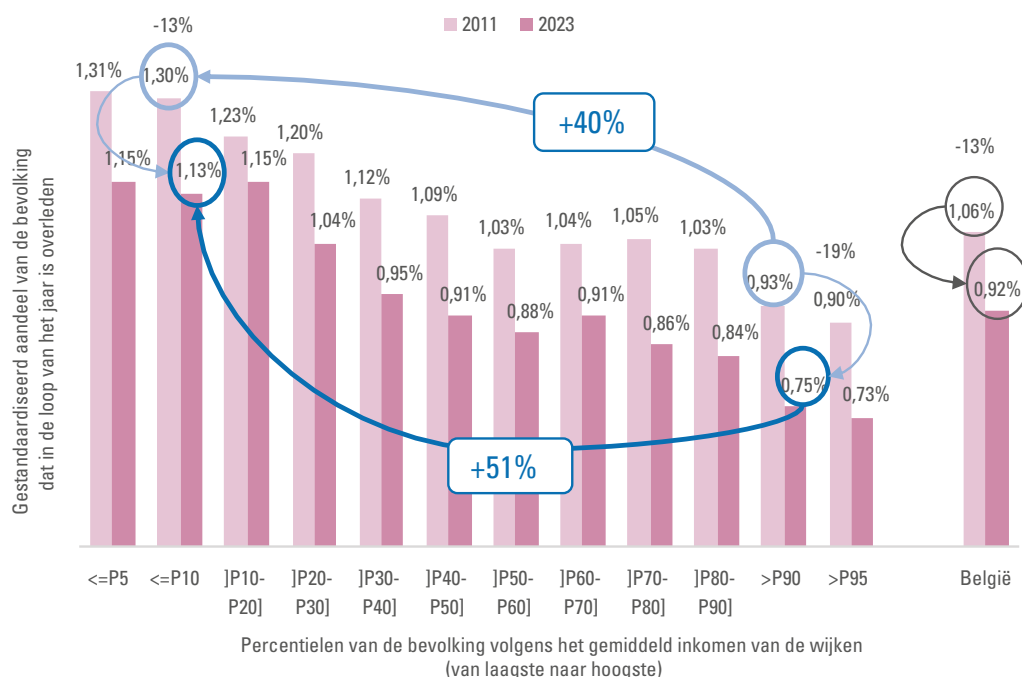
Zelfs indien de nationale gezondheidsindicatoren verbeteren, komt deze vooruitgang meer ten goede aan de meest bevoorrechte groepen. Zo daalt tussen 2011 en 2023 de nationale **mortaliteit** met 13%¹² (van 1,06% naar 0,92%, zie Figuur 1), maar is deze daling sterker bij de 10% van de bevolking die in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

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

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

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

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



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

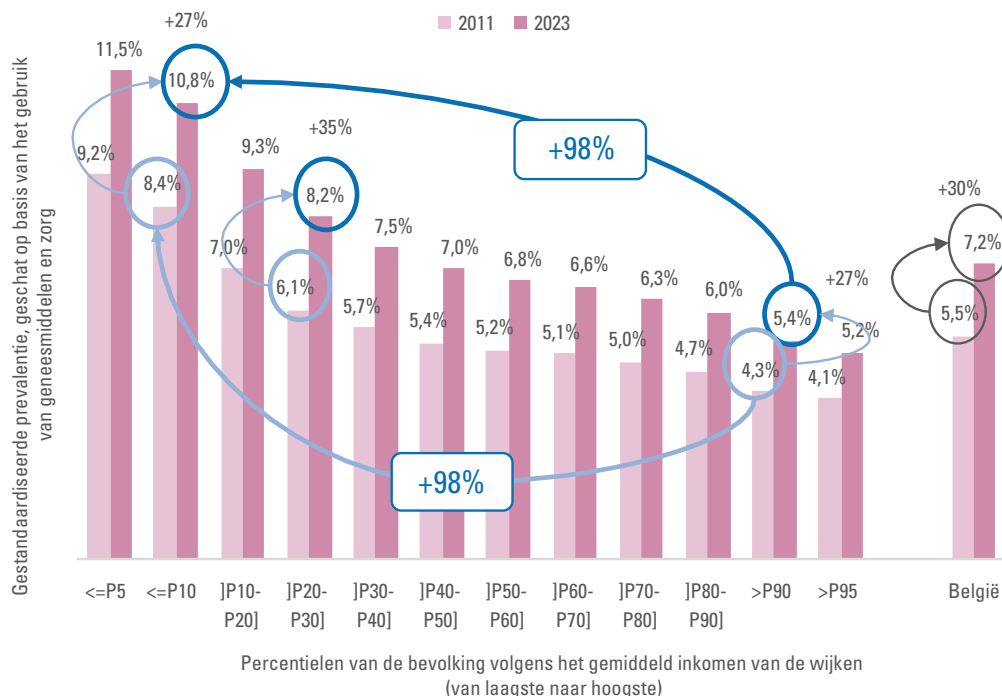
Gerken, et al., 2024). In 2023 is **de prevalentie van (gediagnosticeerde) diabetes twee keer zo hoog in de armste wijken als in de rijkste (10,8% versus 5,4%)**, een relatief verschil van 98%, stabiel ten opzichte van 2011 (8,4% versus 4,3%, zie Figuur 2). Op nationaal niveau stijgt de prevalentie met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

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

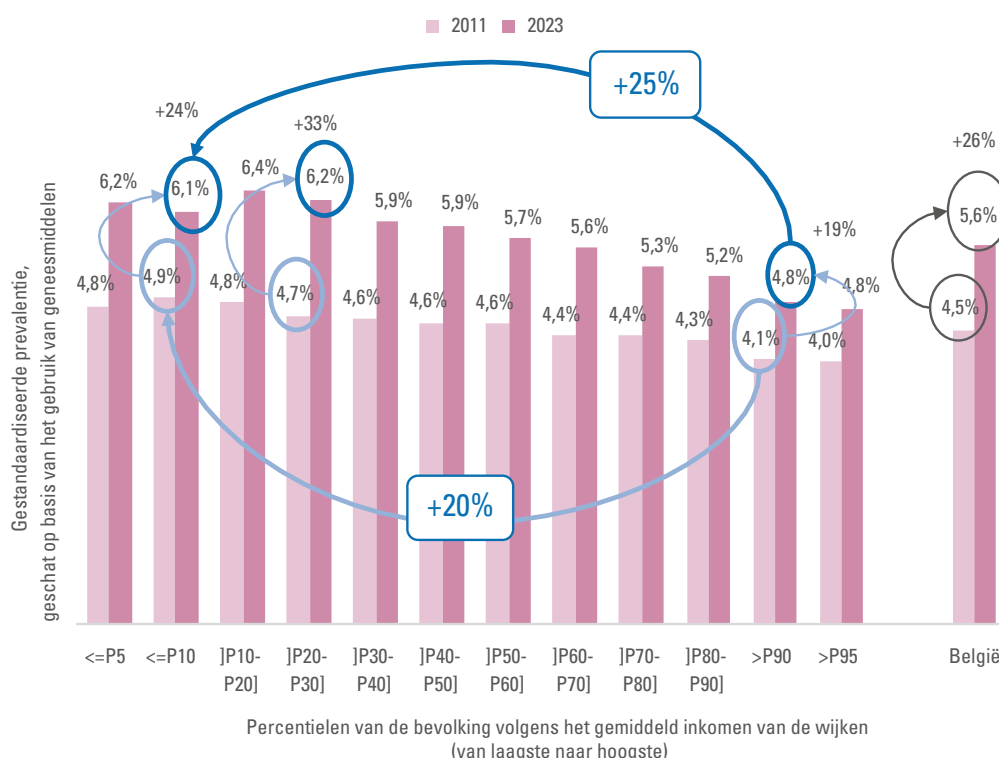
Wallonië en 75% in Vlaanderen. In Brussel is het contrast het grootst: de rijkste wijken vertonen er een lagere prevalentie dan in eender welke andere regio (4,9%), terwijl de armste wijken 12,3% bereiken, het hoogste waargenomen niveau. Deze bijzonder uitgesproken gradiënt weerspiegelt de grotere socio-economische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

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

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



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



3.2. Zorggebruik en socio-economisch niveau

3.2.1. Curatieve zorg

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

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

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

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

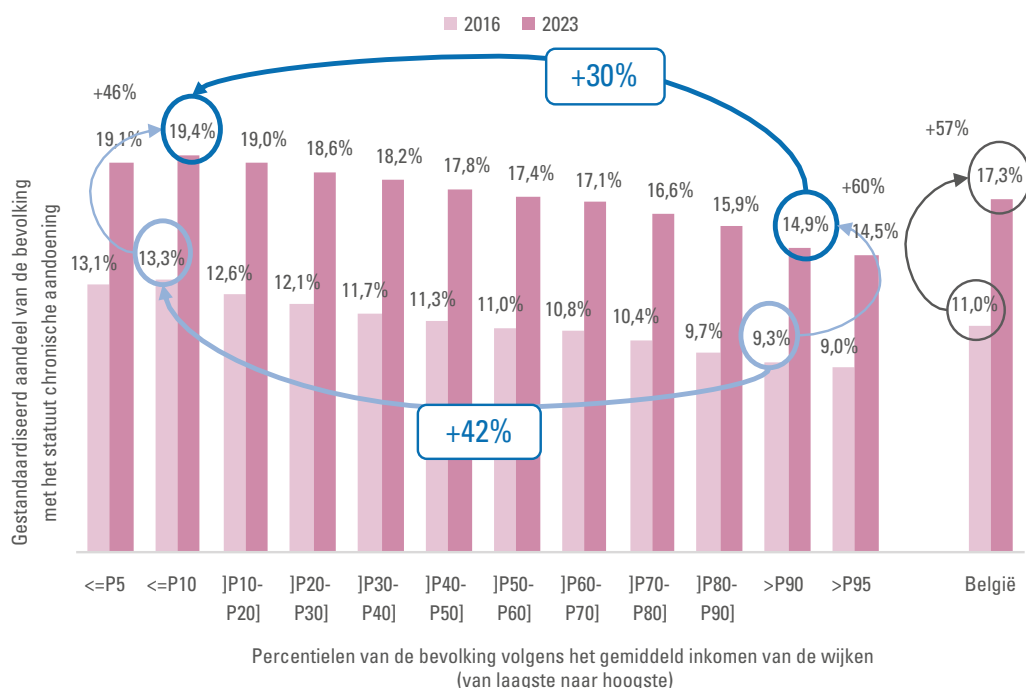
Die daling is echter niet uniform en aanzienlijk sterker in de armste wijken (-15% tot -16% voor P10/P5) dan in de rijkste wijken (-9% voor P90/P95). In 2011 gold: hoe welvarender de wijk, hoe minder frequent het gebruik van hospitalisatie (relatief verschil P10-P90: 26%). In 2023 is dit verschil teruggelopen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

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

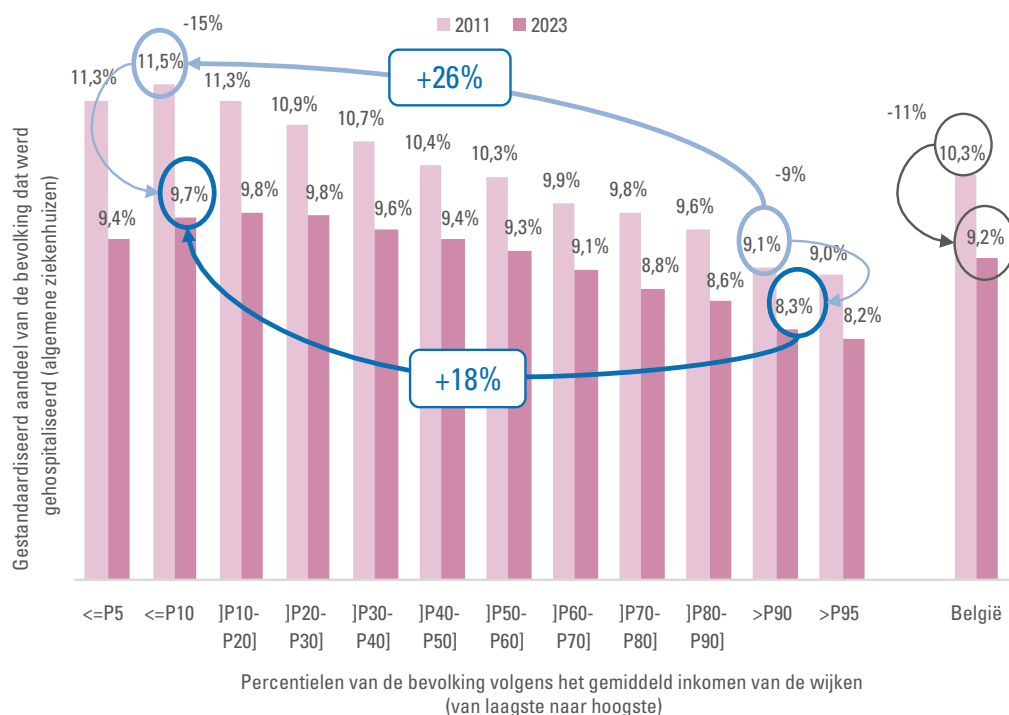
van een proportioneel sterkere stijging in de welvarende wijken (+23%). De spoeddiensten blijven dus de toegangspoort die men gebruikt wanneer de andere deuren van de zorg niet snel of gemakkelijk opengaan. Men gaat erheen omdat men geen andere keuze had, omdat men te lang heeft gewacht, omdat reguliere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

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

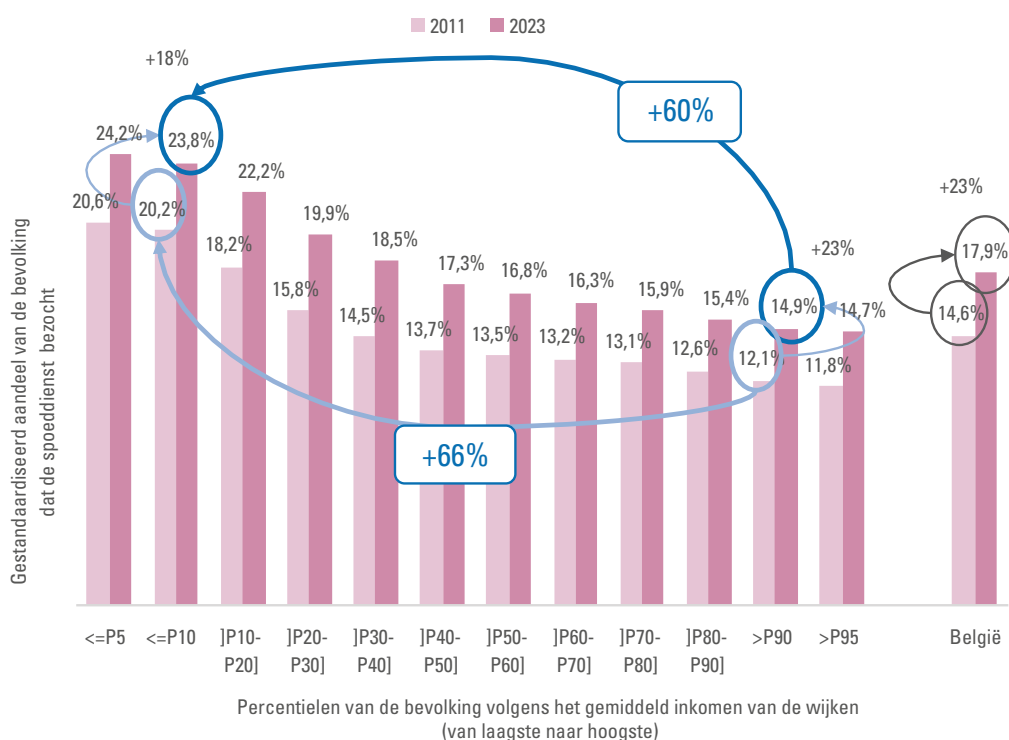
Figuur 4: Evolutie van het aandeel van de bevolking met het statuut chronische aandoening tussen 2016 en 2023 in België volgens gemiddeld wijkinkomen (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht)



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



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



3.2.2. Preventieve zorg

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

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

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

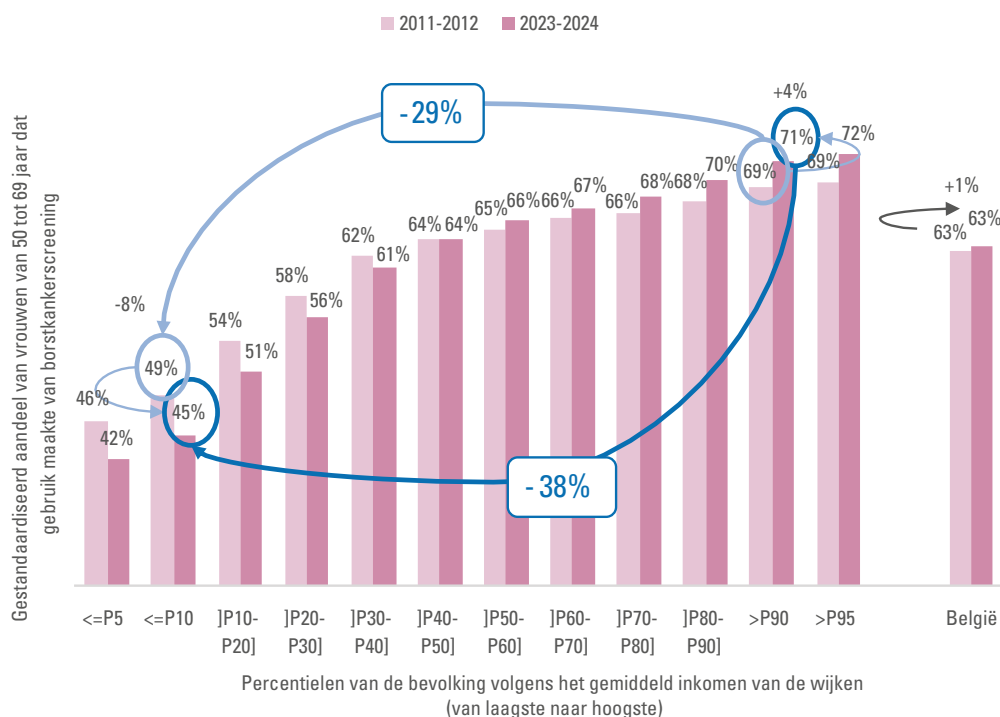
bijkomend licht op de situatie (zie Tabel 1). In Vlaanderen is de deelname aan het gratis programma hoog en licht stijgend (50% van de vrouwen in 2011-2012 tegenover 52% in 2023-2024), terwijl zij zeer laag blijft en zelfs daalt in Brussel (12% tegenover 11%) en in Wallonië (8% tegenover 5%). Wat het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

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

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

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

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



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

3.2.3. Eerstelijnszorg

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

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

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

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

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

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

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

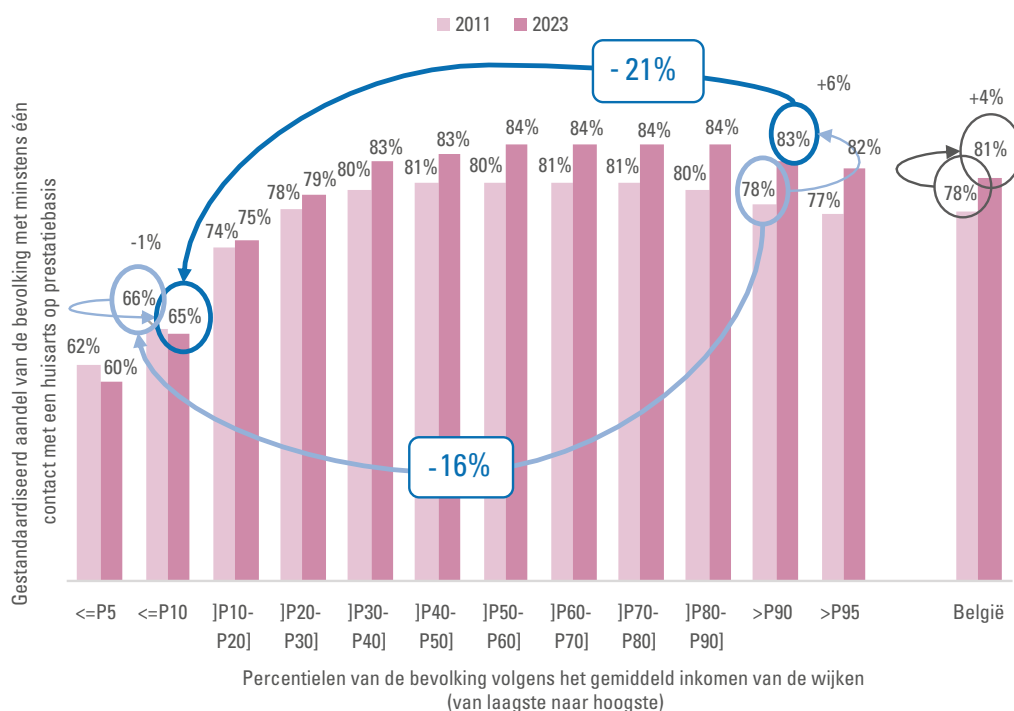
- Op nationaal niveau stijgt tussen 2011 en 2023 het totale aandeel van de bevolking dat beroep deed op een huis-

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

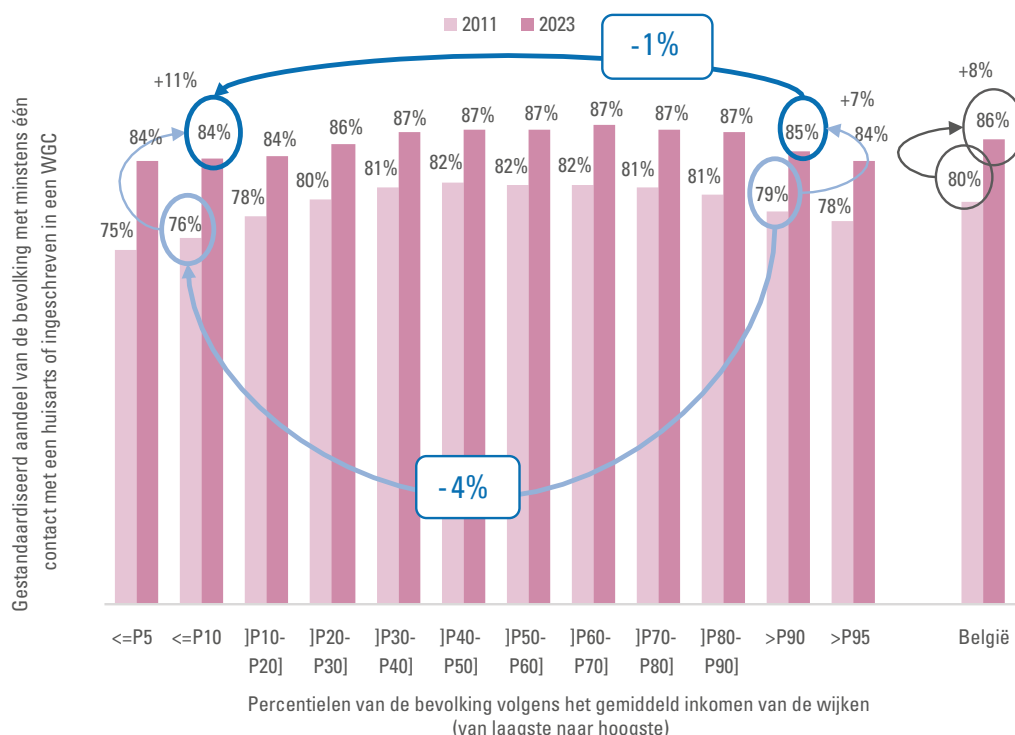
- De integratie van WGC in de berekening zwakt de ongelijkheden die zichtbaar zijn op basis van enkel per-prestatie-contacten sterk af: in 2011 bedroeg het verschil tussen P10 en P90 -4%; in 2023 daalt dit tot -1%, wat neerkomt op een **quasi-verdwijnen van de sociale gradiënt**. De cijfers bevestigen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

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

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



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



3.3. Kosten ten laste van de patiënt-e

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

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

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

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

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

Tabel 2: Referentiebedragen – MAF-jaar 2024

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

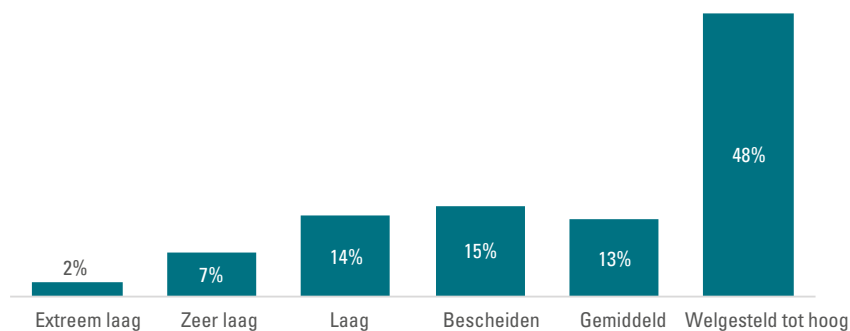
3.3.2. Een voorwaardelijke financiële bescherming: effectieve dekking en beperkingen van de MAF

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

Een sociaal asymmetrische verdeling van de vastgestelde inkomens

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

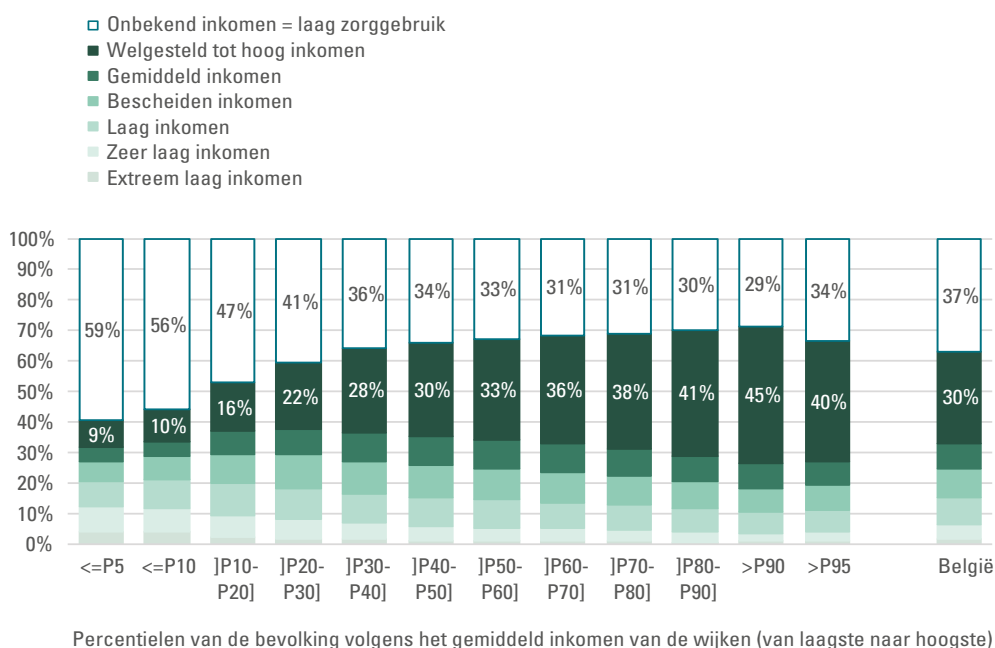
Voor elk huishouden met meer dan één persoon verwijzen de eerste drie MAF-inkomensschijven in werkelijkheid naar zeer precare levensstandaarden.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wie bereikt effectief het plafond?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.3. Financiële last van zorg volgens het inkomen

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

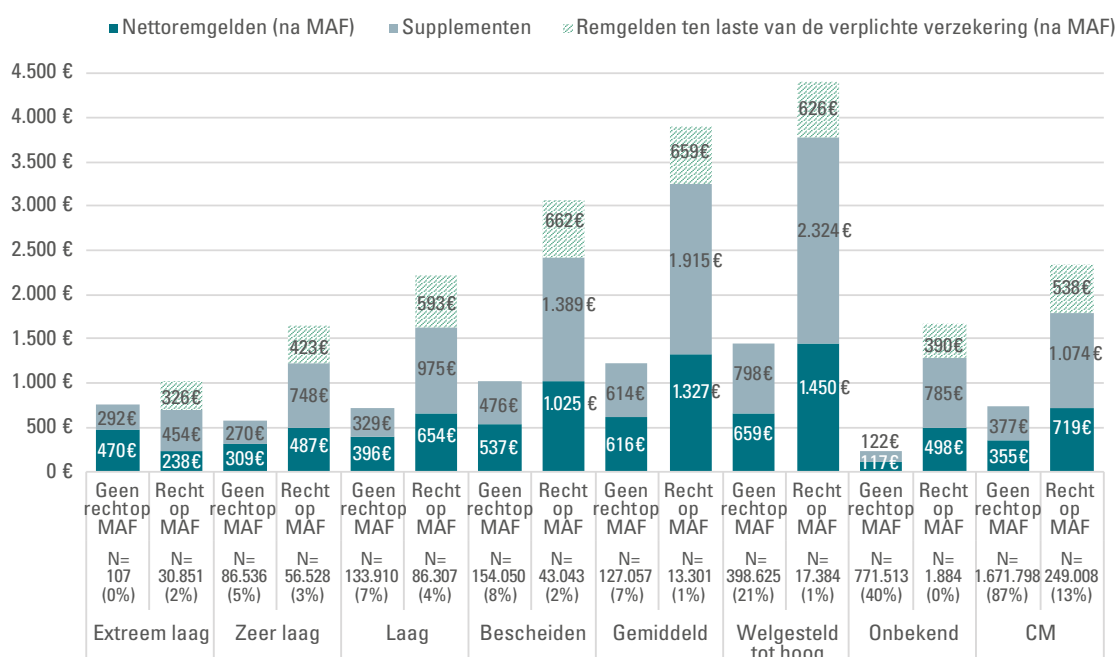
Figuur 12 verdeelt de eigen bijdragen, per MAF-inkomensschijf, in drie componenten: (1) de netto remgelden (ten laste van het huishouden), (2) supplementen (niet gedekt door de MAF), en (3) de remgelden geneutraliseerd door de VP zodra het MAF-plafond is bereikt.

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

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

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

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



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

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

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

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

Gemiddelde eigen bijdragen per huishouden, alle situaties samen

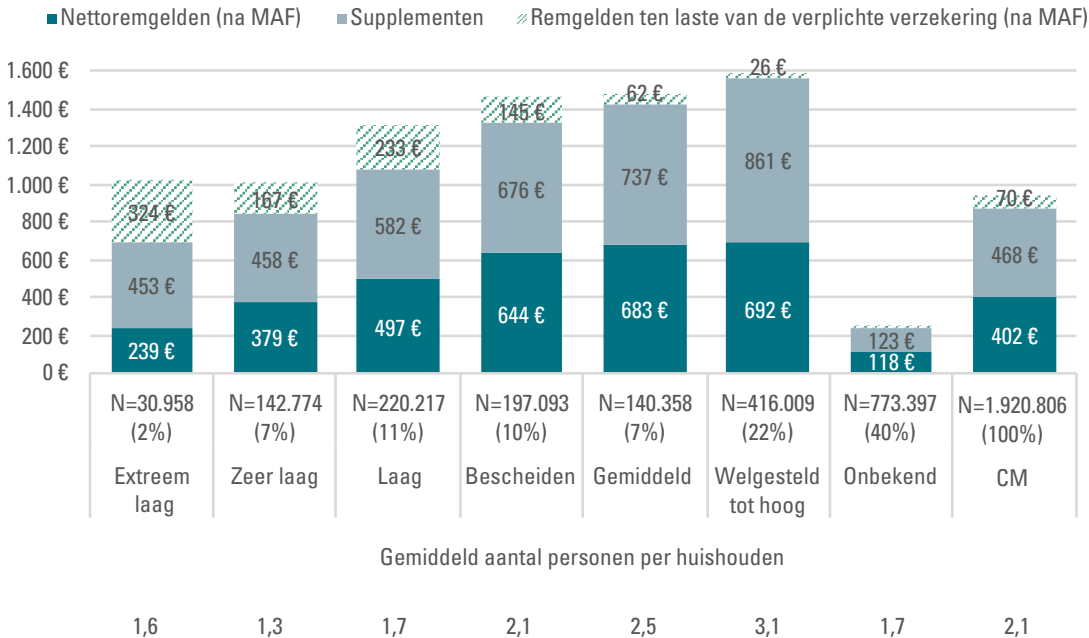
Figuur 13 toont de eigen bijdragen van huishoudens, alle situaties samen, dus **ongeacht of zij hun MAF-recht hebben geopend of niet**, en volgens de inkomensschijf. Deze benadering laat toe de bedragen weer te geven die gemiddeld effectief door alle huishoudens worden gedragen, door het 'vergrootglaseffect'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

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

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

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

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



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

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

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

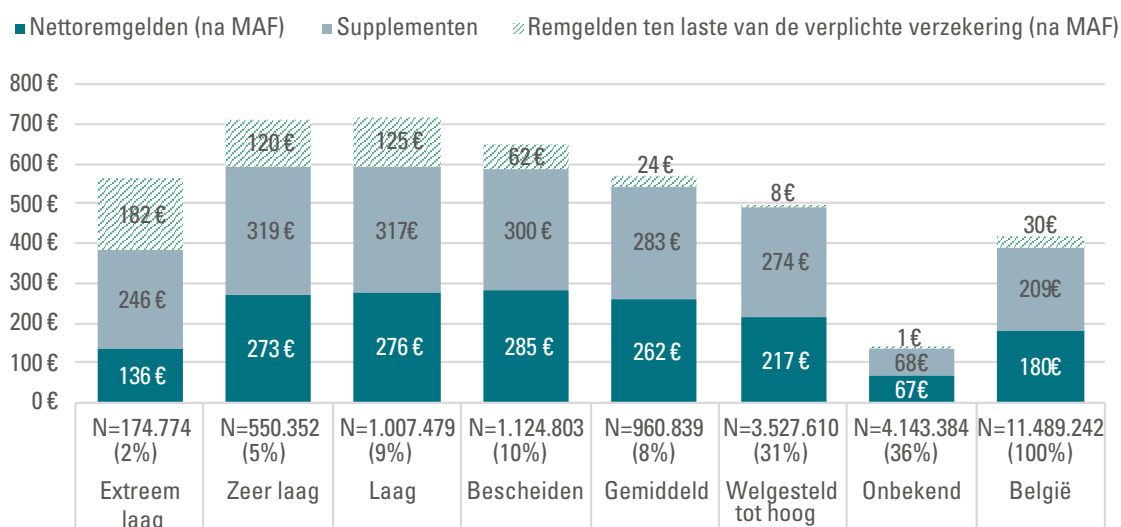
Deze dimensie van gezinssamenstelling verklaart gedeeltelijk waarom de kosten op huishoudniveau in absolute termen hoger lijken in de welgestelde inkomensgroepen. Om deze reden stellen we in het volgende deel een **geïndividualiseerde** analyse van de eigen bijdragen voor, om het effect van de huishoudgrootte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

Individualisering van uitgaven om de reële financiële druk te meten

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

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

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



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

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

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

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

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

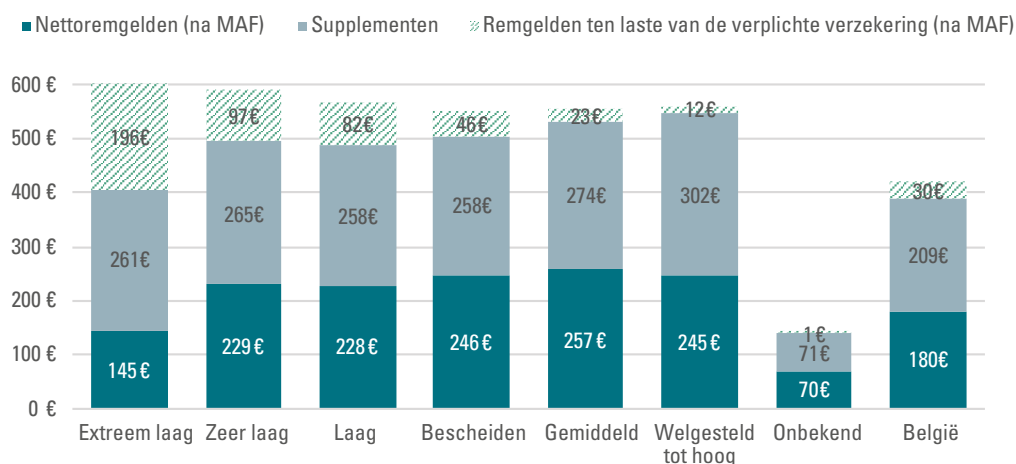
ven in verhouding tot de inkomensverschillen. Ter illustratie, bedragen de gestandaardiseerde eigen bijdragen gemiddeld **494 euro** bij personen met een zeer laag inkomen, tegenover **547 euro** bij personen met een welgesteld tot hoog inkomen, omgerekend een verschil van ongeveer **11%**. Dit verschil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

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

Een onevenredig hoge financiële last voor de laagste inkomens

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

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



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

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

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

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

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

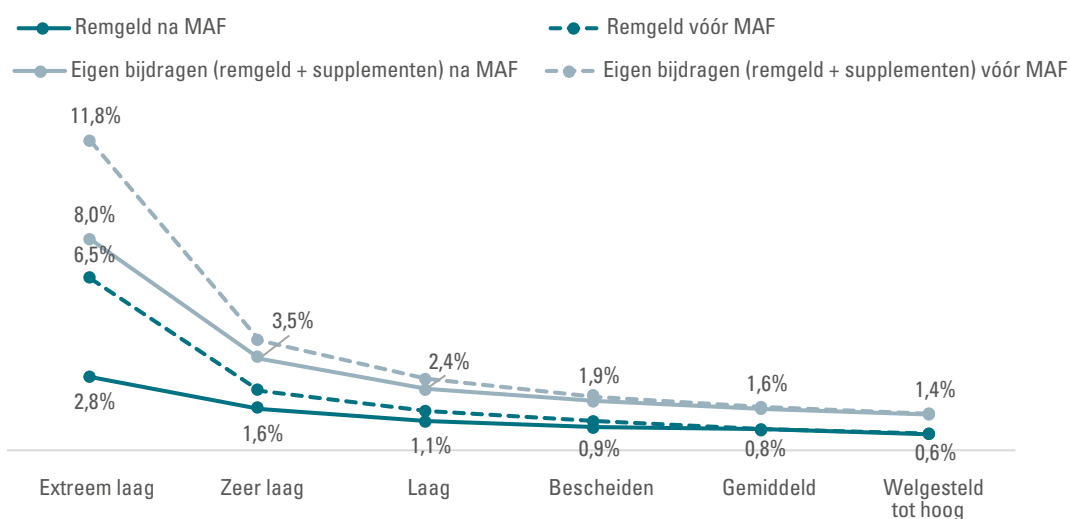
eigen bijdragen zijn bijzonder hoog gezien de beperkte financiële draagkracht van de laagste inkomenscategorieën.

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

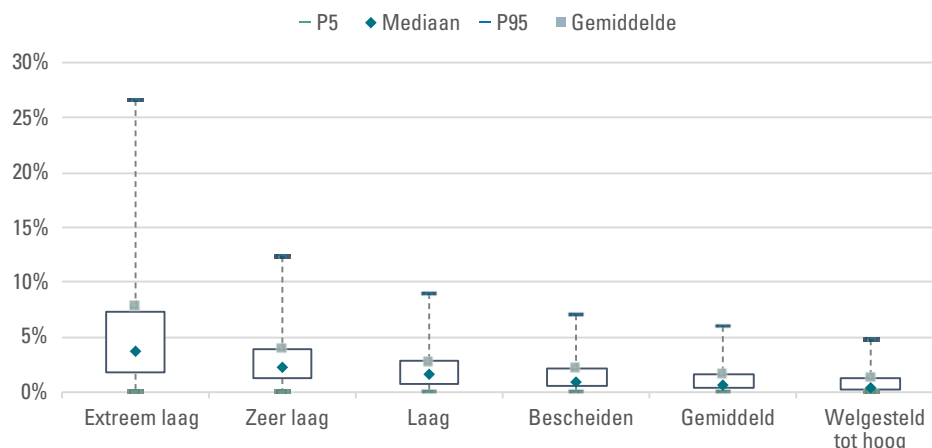
Territoriale benadering: een bevolkingsanalyse van de eigen bijdragen

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

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



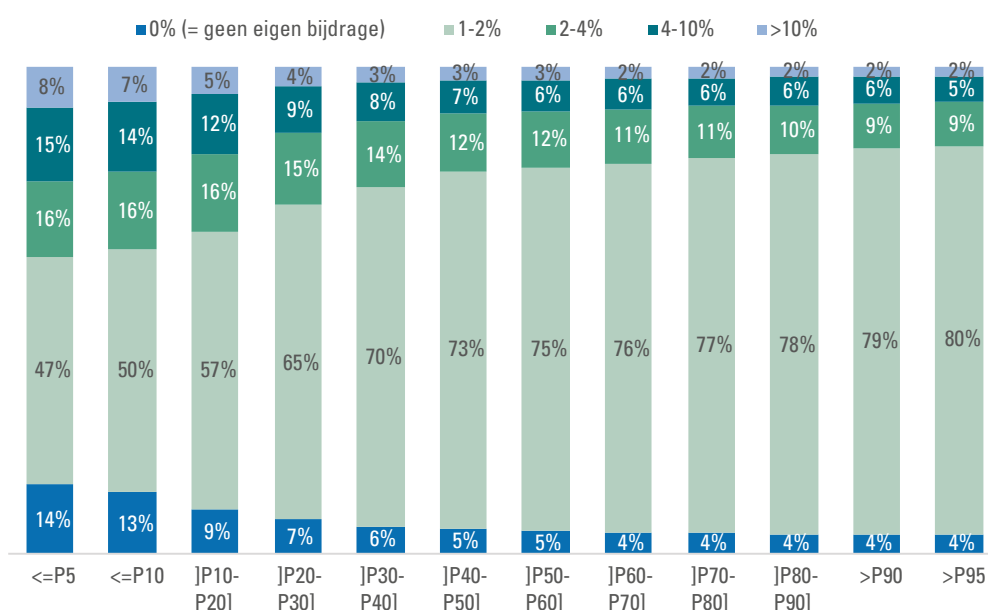
Figuur 17: Verdeling van het aandeel van het geïndividualiseerd inkomen dat in 2024 aan eigen bijdragen wordt besteed volgens inkomensschiif (Bron: Schattingen voor de Belgische bevolking op basis van gewogen CM-gegevens)



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

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

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



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

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

4. Bespreking

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

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

4.1. Een uitgesproken en toenemende gezondheidsgradiënt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2. Ondergebruik van zorg ondanks grotere behoeften

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

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

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

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

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

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

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

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

Een sterk regressieve financiële last

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

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

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

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

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

Supplementen: blinde vlek van de bescherming

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

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

het systeem en de algemene regressiviteit van de zorglast versterkt.

De structurele beperkingen van de MAF

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

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

Non-take-up van het VT-statuu

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

Statistische onzichtbaarheid en noodgedwongen ondergebruik

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

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

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

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

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

5. Aanbevelingen

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

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

5.1. Gezondheidsongelijkheden verminderen en financiële bescherming als transversale doelstelling

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

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

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

5.2. Rechten openen vóór de obstakels zich opstapelen

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

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

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

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

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

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

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

1. Overgaan van administratief naar reëel huishouden.

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

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

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

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

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

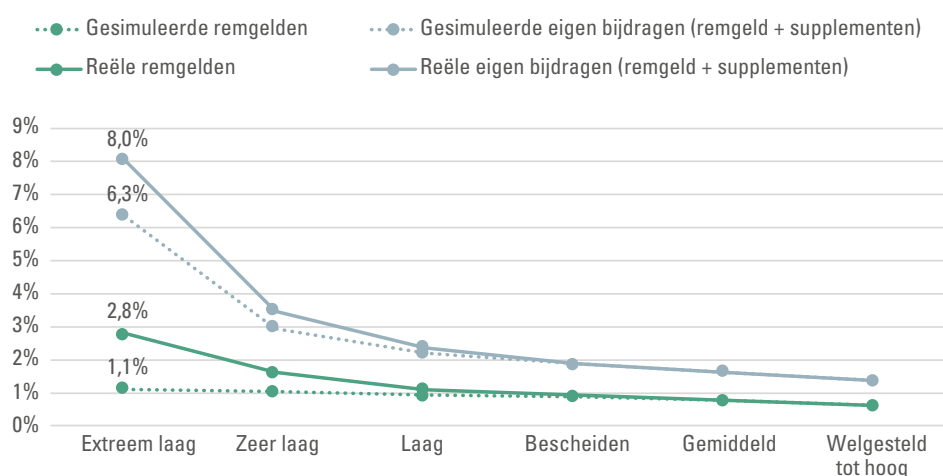
4. De inkomensschalen verfijnen.

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

Voorbeeld van nieuwe MAF-plafonds

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusie

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

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

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

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

Bibliografie

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

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

Bijlagen

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

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

<=P5	256.522	537.765	4,9%	87.570	1,9%	<= € 10.064
>P95	308.795	538.375	4,9%	232.523	5,1%	> € 21.538

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

<=P5	284.676	574.776	4,9%	94.888	2,1%	<= € 14.165
>P95	336.137	575.285	4,9%	252.380	5,5%	> € 31.459

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabel 5: Voorstel voor alternatieve MAF-plafonds

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

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

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

Plafond aangepast voor inkomen en huishoudgrootte

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

Specifieke gevallen

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

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

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

Theoretische progressiviteit van remgelden

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

Aandachtspunten

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

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

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

Groene ruimte en gebruik van geestelijke gezondheidszorg in België

Een verkennende studie naar relatieve risico's op populatieniveau met aandacht voor sociaaleconomische verschillen

Stijn Vos — Studiedienst CM-MC

Jordi Kipping, Esmée Bijmens — Open Universiteit Heerlen

Samenvatting

Het versterken van mentale gezondheid op populatieniveau vereist inzicht in omgevings- en sociale factoren die preventief kunnen worden ingezet. Groene leefomgevingen worden geassocieerd met beter mentaal welzijn, maar de relaties met het gebruik van geestelijke gezondheidszorg, bijhorende uitgaven en sociaaleconomische verschillen is minder onderzocht.

In dit onderzoek werden gegevens van meer dan vier miljoen leden van de Christelijke Mutualiteit gekoppeld aan groenbedekking per statistische sector. Met regressiemodellen werd onderzocht hoe een toename van 20 procentpunten in groenbedekking samenhangt met zorggebruik. Meer groen in de woonomgeving bleek geassocieerd met een consistente afname in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg, onafhankelijk van socio-economische indicatoren op buurt- en individueel niveau. Voor prestaties bij huisartsen kwam dit overeen met een risicodaling van 1,19%, voor eerstelijnspsychologische zorg met 3,73%. Ook voor psychiatrische en urgente psychiatrische zorg observeerden we risicodalingen (respectievelijk -3,34% en -2,57%). Dit verband was niet uniform: bij personen met recht op verhoogde tegemoetkoming werden omgekeerde associaties geobserveerd (hogere zorgconsumptie). Deze bevindingen suggereren dat groen kan bijdragen aan een lagere proportionele vraag naar geestelijke gezondheidszorg, maar dat rechtvaardige gezondheidswinst een holistische aanpak vereist die ook rekening houdt met sociaaleconomische kwetsbaarheid.

Sleutelwoorden: Groene ruimte, omgeving en gezondheid, geestelijke gezondheidszorg, mentale gezondheid, gezondheidsongelijkheid, (milieu)epidemiologie, kwantitatief onderzoek



Inhoudstafel

Inleiding	50
1. Literatuuroverzicht	51
2. Methode	53
3. Resultaten	54
3.1. Studiepopulatie en kenmerken	54
3.2. Verband met zorggebruik	55
3.3. Verband met geassocieerde zorguitgaven	56
3.4. Effectmodificatie door VT-statuu	56
4. Bespreking	57
5. Aanbevelingen	59
5.1. Structureel investeren in kwalitatieve groene woonomgevingen	59
5.2. Tegengaan van sociale ongelijkheden in het gebruik en effect van groene ruimte	59
5.3. Verder onderzoek ter ondersteuning van <i>evidence-based</i> beleid	60
Conclusie	60
Bibliografie	61



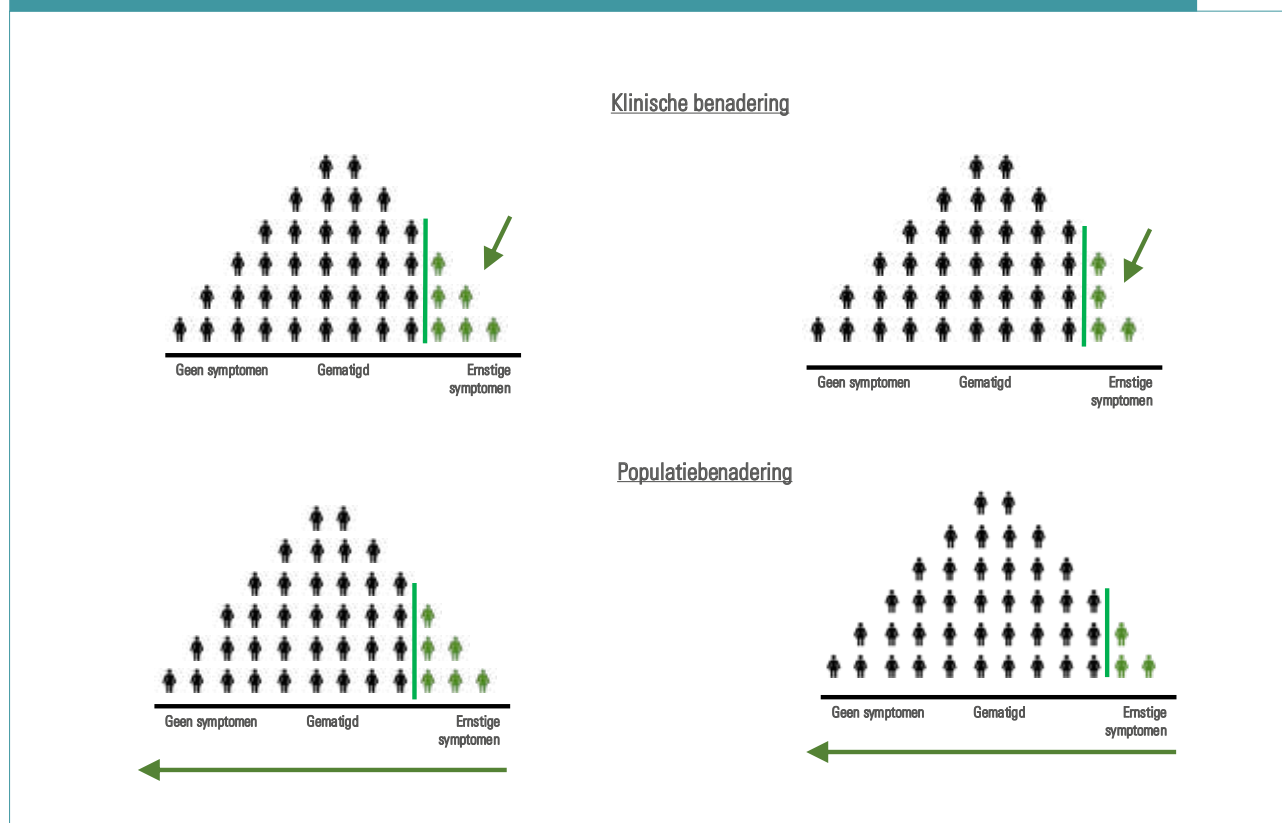
Inleiding

Geestelijke gezondheidsproblemen, en in het bijzonder angst- en depressieve stoornissen, behoren tot de meest voorkomende aandoeningen in België. Uit de *Preventiebarometer: geestelijke gezondheid* van Sciensano (Braekman & Hermans, 2023) blijkt dat 22% van de respondenten aangeeft een behoefte te ervaren aan psychologische ondersteuning. Deze cijfers zijn bovendien vermoedelijk een onderschatting, aangezien de reële behoefte aan psychologische hulp in gezondheidsenquêtes vaak ondergerapporteerd wordt. De nood aan mentale gezondheidszorg is ongelijk verdeeld over de bevolking: jongeren van 18 tot 29 jaar (42%), vrouwen (27% tegenover 17% bij mannen) en personen met financiële moeilijkheden (35%) rapporteren een aanzienlijk hogere zorgbehoefte. Ondanks deze hoge noden blijft een groot deel onbeantwoord: 41% van de personen met een zorgbehoefte krijgt geen zorg, wat overeenkomt met bijna 10% van alle deelnemers aan de BELHEALTH-enquête die kampen met niet-gedekte mentale gezondheidsproblemen (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023).

Hoewel de toegang tot terugbetaalde geestelijke gezondheidszorg de voorbije jaren is verbeterd (het aandeel CM-leden dat hiervan gebruikmaakt steeg van 12% in 2010 tot meer dan 15% in 2022), blijft de vraag groter dan het beschikbare aanbod. Dit benadrukt dat, naast de nood om te blijven inzetten op het toegankelijker maken van individuele behandelingen, er ook een grotere focus op preventieve maatregelen op bevolkingsniveau moet zijn (zie Figuur 1). Dergelijke populatiegerichte preventie kan de algemene verdeling van mentale klachten verschuiven naar een lager niveau, wat resulteert in een bredere gezondheidswinst ('*shifting the curve*').

Naast bekende risicofactoren zoals genetische aanleg en individuele gedragingen, krijgt de leefomgeving steeds meer aandacht als determinant van mentale gezondheid. Een groeiend aantal studies toont aan dat wonen in een groene omgeving geassocieerd is met betere fysieke en mentale gezondheid (Yang, et al., 2021; Wang, Feng, & Wang, 2025). Hogere blootstelling aan groen gaat onder andere gepaard met een lager algemeen sterfterisico, minder hart- en vaatziekten, een lager risico op diabetes en metabool syndroom, en gunstigere mentale gezondheidsuitkomsten (Wang, Feng, & Wang, 2025; Yang, et al., 2021).

Figuur 1: Klinische versus populatiebenadering van mentale gezondheid
(Bron: Derroitte, Janssens, Morissens, Noirhomme, & Verniest, 2024, p. 58)



De relevantie van groene ruimte in dit verband reikt verder dan louter een bijkomende beschermende factor voor mentale gezondheid. Groene omgevingen maken integraal deel uit van het dagelijkse leefmilieu van mensen en beïnvloeden stressniveau, herstel, sociale interactie en mogelijkheden tot ontspanning en beweging. Groene ruimtes zijn een structurele, collectieve factor: ze beïnvloeden grote bevolkingsgroepen tegelijkertijd en over een langere tijdspanne. In een context waarin mentale klachten wijdverspreid zijn en de toegang tot geestelijke gezondheidszorg onder druk staat, is het daarom fundamenteel te begrijpen of en hoe zulke omgevingskenmerken samenhangen met de zorgvraag. Als groene leefomgevingen bijdragen aan een lagere nood aan geestelijke gezondheidszorg, raakt dit aan kernvragen van preventie, gezondheidsongelijkheid en de rol van ruimtelijk en omgevingsbeleid in het bevorderen van mentaal welzijn. Groene ruimte is zo niet enkel een kwestie van levenskwaliteit, maar ook van volksgezondheid.

Vergroening kan dus bijdragen aan een betere mentale gezondheid en mogelijk voorkomen dat klachten verergeren. Dit betekent echter niet dat minder zorg voor iedereen wenselijk is. Voor sommige bevolkingsgroepen is de toegang tot geestelijke gezondheidszorg vandaag nog onvoldoende, en voor hen blijft een grotere zorgtoegang noodzakelijk.

De potentiële maatschappelijke winst gaat echter verder dan het versterken van de mentale gezondheid van een bevolking en het verminderen van zorguitgaven. De OESO schatte voor België dat mentale gezondheidsproblemen in 2018 verantwoordelijk waren voor 5,1% van het bruto binnenlands product, of meer dan 28 miljard euro (Willems, et al., 2024) (OESO/EU 2018). Slechts een kwart van dit bedrag heeft betrekking op zorguitgaven; een groot deel houdt verband met verminderde arbeidsparticipatie, wat vaak samenhangt met beperkingen in dagelijks functioneren en welzijn. Dit benadrukt dat de mogelijke voordelen van een gezondere leefomgeving niet alleen economisch van aard zijn, maar ook kunnen bijdragen aan een hogere levenskwaliteit, meer participatie in het maatschappelijk leven en een beter algemeen welzijn.

Groene ruimte zou dus een relevante hefboom kunnen zijn in een toekomst die meer gericht is op preventie en een meer populatiegerichte benadering van gezondheidszorg. Ondanks de groeiende evidentie voor de positieve effecten van groene leefomgevingen op mentaal welzijn, blijft het echter onduidelijk in welke mate deze verbanden zich vertalen naar verschillen in zorggebruik en zorguitgaven

voor geestelijke gezondheidsproblemen op populatieniveau. De relatie tussen groene ruimte en zorggebruik is in de Belgische context nauwelijks onderzocht. Bovendien is weinig bekend over de rol van sociaaleconomische factoren als mogelijke effectmodificatie in dit verband. Daarom onderzoekt deze studie of groene ruimte geassocieerd is met het gebruik van geestelijke gezondheidszorg op populatieniveau, gebruikmakend van facturatiegegevens van meer dan vier miljoen CM-leden. Daarnaast gaan we na we of dit verband verschilt volgens socio-economische status. Ten slotte maken we een schatting van de potentiële uitgavenvermindering voor zorg in groenere gebieden, zowel voor de ziekteverzekering als voor de patiënt-e. Deze studie draagt bij aan de bestaande kennishiaten door te focussen op (1) populatiebrede zorgdata, (2) meerdere indicatoren van zorggebruik, (3) de rol van socio-economische karakteristieken als potentiële effectmoderator, en (4) de mogelijke economische implicaties van een groenere leefomgeving.

1. Literatuuroverzicht

Wetenschappelijk onderzoek toont overtuigend aan dat blootstelling aan groene ruimte samenhangt met gunstige gezondheidsuitkomsten, waaronder mentale gezondheid. Systematische literatuurreviews en empirische studies bevestigen dat personen die in groenere woonomgevingen leven, gemiddeld lagere niveaus van depressie, angst en stress rapporteren (Houlden, Weich, de Albuquerque, Jarvis, & Rees, 2018; Zhang, Mavoa, Zhao, Raphael, & Smith, 2020). Het potentieel beschermend aspect van groene ruimte werd ook benadrukt tijdens de COVID-19-pandemie. Onderzoek in België toonde aan dat een grotere aanwezigheid van groen rondom de woning positief geassocieerd was met een betere stressbufferende respons tijdens de pandemie (Vos, et al., 2022). Deze relaties worden verklaard via verschillende mechanismen, waaronder invloed op de cortisolrespons, herstel van aandachtsbelasting, stimulatie van fysieke activiteit, bevordering van sociale cohesie en vermindering van omgevingsstressoren zoals hittestress (Roe, et al., 2013; Jennings & Bamkole, 2019; Soltanifard & Amani-Beni, 2025; Kreisler, Kambach, Becker, & Bruelheide, 2025; Song, et al., 2022; Huang, Qi, Li, Dong, & van den Bosch, 2021).

Hoewel de gezondheidsvoordelen van groene ruimte goed gedocumenteerd zijn, is internationaal onderzoek naar de relatie tussen groene ruimte en zorggebruik of zorguitgaven relatief recent. Verschillende studies buiten Europa suggereren dat groene ruimte kan bijdragen aan een lagere vraag naar gezondheidszorg. In Japan is bijvoorbeeld vastgesteld dat de nabijheid van stedelijke bossen geassocieerd is met lagere langetermijngezondheidsuitgaven per inwoner (Kabaya, 2021). In de Verenigde Staten rapporteerde een ecologische studie dat toegenomen toegang tot parken en recreatiefaciliteiten samenhangt met een daling van respectievelijk 0,18 US dollar (2013) en 0,16 US dollar (2014) aan gezondheidsuitgaven per persoon bij oudere volwassenen (Sato, Inoue, Du, & Funk, 2019). Een recente Australische studie bij 19.764 personen vond dat meer bezoeken aan groene ruimte geassocieerd zijn met 0,6% lagere uitgaven voor geestelijke gezondheidszorg (Buckley & Chauvenet, 2022). Ondanks verschillen in methoden en context, suggereren deze bevindingen dat investeringen in groene ruimte mogelijk een uitgavenvermindering kunnen zijn voor de gezondheidszorg.

In België is onderzoek naar het verband tussen groene ruimte en zorggebruik nog beperkt en richt geen enkele bestaande analyse zich specifiek op mentale gezondheidszorg. Een eerdere Belgische studie onderzocht de relatie tussen de hoeveelheid groene ruimte per statistische sector (gemiddelde oppervlakte 1,54 km²) en het aantal huisartsbezoeken bij leden van de onafhankelijke ziekenfondsen (Vranken, et al., 2023). In statistische sectoren met een groter aandeel bomen (>30%) zijn significant minder huisartsconsultaties vastgesteld, zowel binnen als buiten de kantooruren. Hoewel de individuele effecten klein waren, suggereren de auteurs dat de impact op bevolkingsniveau substantieel kan zijn. Het onderzoek maakte echter geen onderscheid tussen consultaties voor fysieke en mentale klachten, waardoor het niet mogelijk was om specifieke effecten voor geestelijke gezondheidszorg te identificeren.

Daarnaast zijn in België twee ecologische studies uitgevoerd die medicijnverkoop gebruikten als indirecte indicator voor zorggebruik. De eerste studie vond dat sectoren met meer groene ruimte lagere verkoopcijfers hadden voor cardiovasculaire medicatie (-0,71; 95%BI: -0,80 tot -0,61), onafhankelijk van luchtkwaliteit en sociaaleconomische

status (SES) (Aerts, et al., 2020). Regionale verschillen toonden dat de associatie sterker was in het relatief groen-schaarse Vlaamse Gewest, terwijl deze in het sterk verstedelijkte Brussels Hoofdstedelijk Gewest naar nul neigde. Een tweede studie onderzocht de verkoop van medicatie voor stemmingsstoornissen in relatie tot types en hoeveelheden groene ruimte (Aerts, et al., 2022). Een toename van 10% in de bedekking van bos, tuinen of grasland werd geassocieerd met een daling van 1-2% in medicatieverkoop, met sterkere associaties (1-3%) in stedelijke gebieden. In landelijke gebieden werden daarentegen geen beschermende effecten gevonden. Deze onderzoeken suggereren dat groene ruimte mogelijk bijdraagt aan lager zorggebruik en lagere medicijnverkoop, maar leverden geen direct bewijs over zorggebruik voor mentale gezondheid.

Naast hoofdeffecten krijgt de mogelijke invloed van de SES op de relatie tussen groene ruimte en gezondheid steeds meer aandacht. Het verband tussen groen en gezondheid kan mogelijk beïnvloed worden door omgevingsfactoren (zoals de afstand tot groene ruimte, toegankelijkheidsfactoren, ervaren veiligheid in de groene ruimte), sociale factoren (maatschappelijke context), maar ook individuele factoren (zoals geslacht, leeftijd en SES) (Nieuwenhuijsen, Khreis, Triguero-Mas, Gascon, & Dadvand, 2017). Personen met een lagere SES hebben gemiddeld een slechtere gezondheid, hogere zorguitgaven en wonen vaker in buurten met minder of minder kwalitatieve groene ruimte (Belcher, Murray, Reeves, & Fecht, 2024). Internationale onderzoeken naar effectmodificatie door SES leveren echter uiteenlopende resultaten op. Gidlow et al. (2016) rapporteerden dat het beschermend effect van groene ruimte op cardiovasculaire medicatiekosten vooral zichtbaar was in de minst achtergestelde buurten, terwijl er in meer achtergestelde buurten geen significante associaties werden gevonden. Becker et al. (2019) vonden daarentegen dat beschermende effecten van bos- en struikbedekking op zorguitgaven juist sterker waren in Amerikaanse *counties*¹ met lagere inkomens en lagere scholingsgraden (Becker, Browning, Kuo, & Van Den Eeden, 2019). Een latere studie van Becker & Browning (2021) vond over de meeste urbanisatieklassen vergelijkbare associaties tussen groen en zorguitgaven. Deze inconsistenties in eerder onderzoek wijzen op de rol van contextuele factoren zoals toegankelijkheid van groen, ervaren veiligheid, zorgzoekend gedrag en verschillen in het gebruik van groene ruimte.

1 Een *county* is een administratieve en bestuurlijke laag direct onder het niveau van de deelstaat, vergelijkbaar met een provincie of een groep gemeenten..

De bevindingen sluiten aan bij literatuur die suggereert dat groene ruimte een bufferende werking kan hebben tegen de negatieve effecten van sociaaleconomische achterstelling, onder meer op mentale gezondheid (Geary, et al., 2023).

Ondanks groeiende internationale aandacht, blijven verschillende belangrijke kennislacunes bestaan. Ten eerste ontbreken in België studies die expliciet de relatie tussen groene ruimte en zorggebruik of zorguitgaven voor geestelijke gezondheidsproblemen analyseren op individueel niveau. Ten tweede worden zorguitgaven in bestaande onderzoeken zelden gedetailleerd opgesplitst naar kostencomponenten, waardoor weinig bekend is over mogelijke minderuitgaven voor zowel de patiënt-e als de ziekteverzekering. Ten derde is effectmodificatie door SES nog onvoldoende in kaart gebracht, hoewel de literatuur suggereert dat sociaaleconomische verschillen in toegang tot én gebruik van groene ruimte een belangrijke rol kunnen spelen. Ten vierde is veel internationale literatuur mogelijk niet direct overdraagbaar op de Belgische context, gezien de specifieke kenmerken van het Belgische gezondheidszorgsysteem en de recente hervormingen in de eerstelijnspsychologische zorg (ELP).

Samengevat toont de bestaande literatuur dat groene ruimte een belangrijke rol kan spelen in de preventie van gezondheidsproblemen en mogelijk ook in de vermindering van zorggebruik en zorguitgaven. Desondanks is binnen de Belgische context nog geen onderzoek gevoerd naar het verband tussen groene ruimte en zorggebruik specifiek voor de geestelijke gezondheidszorg. De huidige studie speelt in op deze kennislacune door op populatieniveau te onderzoeken in welke mate de hoeveelheid groene ruimte in de leefomgeving samenhangt met het gebruik van en de uitgaven voor mentale gezondheidszorg, en of en hoe deze samenhangen verschillen volgens sociaaleconomische status.

2. Methode

We voerden een observationele populatiestudie uit op basis van administratieve gegevens van de Christelijke Mutualiteit (CM). De studiepopulatie omvatte alle personen die op 1 januari 2024 lid waren van CM en waarvoor alle noodzakelijke gegevens beschikbaar waren ($n = 4.377.581$). Alle analyses werden uitgevoerd op individueel niveau, waarbij elke persoon werd gekoppeld aan de statistische sector waarin die officieel woonde. Deze statistische sectoren vormen de kleinste administratieve ruimtelijke indeling in België waarvoor zowel sociaal-demografische als omgevingskenmerken systematisch beschikbaar zijn.

De blootstelling in deze studie betrof het percentage groene ruimte binnen de statistische sector van de woonlocatie. Deze indicator werd afgeleid uit de *Copernicus High Resolution Layers* (HRL) 2021, een onderdeel van de Europese *Copernicus Land Monitoring Service*. De HRL-kaarten bieden hoge-resolutiegegevens (10 meter) over vegetatiestructuren en landbedekking in de Europese Unie. Voor de constructie van onze groene-ruimtevariabele werden meerdere lagen gecombineerd, met name de lagen 'Grassland' (GRA) en 'Dominant Leaf Type' (DLT), die respectievelijk graslanden en bomen detecteren. Deze lagen werden samengevoegd om de totale hoeveelheid groene ruimte per statistische sector te bepalen, uitgedrukt in een percentage van de oppervlakte. Voor elke statistische sector werd het aandeel van de oppervlakte dat als groene ruimte werd geclassificeerd berekend en vervolgens gekoppeld aan elk individueel CM-lid.

De *outcomes* van interesse bestonden uit gegevens over zorggebruik en zorguitgaven, afkomstig uit de CM-facturatie-databank voor het jaar 2024. Voor zorggebruik is het aantal geregistreerde prestaties geteld in vier zorgdomeinen: prestaties bij huisartsen (als algemene indicator eerste-lijnzorg), prestaties binnen de conventie eerstelijnspsychologische zorg (ELP), prestaties binnen de psychiatrie (zowel ambulante, als in het ziekenhuis) en prestaties binnen urgente psychiatrische zorg. Daarnaast analyseerden we drie soorten zorguitgaven voor dezelfde domeinen: het bedrag ten laste van de ziekteverzekering, het remgeld dat door de patiënt-e wordt betaald, en de eventuele ereloon-supplementen aangerekend aan de patiënt-e.

Voor de analyse van het zorggebruik zijn Poisson-regressiemodellen gebruikt. Deze modellen schatten het verband tussen het percentage groene ruimte en het aantal zorgprestaties, en leveren relatieve risico's (RR) op met bij-

horende 95%-betrouwbaarheidsintervallen. Op basis van deze RR is bovendien de procentuele verandering in het relatieve risico berekend, zodat de grootte van het effect eenvoudiger te interpreteren is. Daarnaast onderzochten we of de relatie tussen groene ruimte en zorguitkomsten verschilde tussen personen met en zonder het statuut verhoogde tegemoetkoming (VT-statuuat) dat een indicatie is van financiële kwetsbaarheid. Hiervoor is een interactie-term tussen groene ruimte en VT-statuuat opgenomen in de Poisson-modellen voor zorggebruik. Voor beide groepen zijn vervolgens de strata-specifieke modelresultaten gerapporteerd, inclusief zowel de RR als de afgeleide procentuele verandering in RR.

Voor de analyse van de zorguitgaven is lineaire regressie gebruikt, waarbij de zorguitgaven als continue afhankelijke variabele zijn gemodelleerd en dezelfde covariaten zijn opgenomen. Uit deze modellen worden regressiecoëfficiënten bekomen die de verandering in gemiddelde zorguitgave per lid bekomen, geassocieerd met de blootstelling. Deze schattingen drukken dus uit hoeveel euro de uitgaven per persoon hoger of lager liggen, na correctie voor alle covariaten. Om de impact op het totale uitgavenniveau in de studiepopulatie te bepalen, zijn de geschatte verschillen in uitgave per lid vervolgens vermenigvuldigd met het totale aantal CM-leden in de onderzoekspopulatie.

Er is *a priori* gekozen om voor zowel individuele als contextuele kenmerken te corrigeren. Op individueel niveau beschikten we over informatie over VT-statuuat, geslacht, leeftijd, aard van het inkomen van niet-actieve personen, en sociaal statuut (arbeider, bediende, gepensioneerd, enz.), zoals geregistreerd in de CM-databanken. Op het niveau van de statistische sector gebruikten we de meest recent beschikbare gegevens van STATBEL, waaronder het mediaaninkomen (via de belastingaangiften), het interkwartielverschil in inkomen (als maat voor inkomensongelijkheid), de bevolkingsdichtheid, het percentage inwoners met de Belgische nationaliteit, het percentage inwoners dat korter geschoold is (ISCED 3 of lager)² en het percentage inwoners dat langer geschoold is (ISCED 6 of hoger). De gemeente is opgenomen om te corrigeren voor eventuele spatiale *confounding* (een schijnverband veroorzaakt door niet-gemeten factoren die geografisch samenhangen).

Ten slotte erkennen we enkele beperkingen van deze studie. De blootstelling is gemeten op het niveau van de

statistische sector, waardoor ecologische misclassificatie mogelijk is, aangezien individuele blootstelling of gebruik van groene ruimte onbekend blijft. Hoewel er voor een brede set covariaten is gecorrigeerd, kan residuele *confounding* door bijvoorbeeld leefstijl, gezondheidstoestand of zorgvoorkeuren niet volledig worden uitgesloten. Daarnaast is gebruik gemaakt van administratieve gegevens voor zorggebruik en zorguitgaven. Deze administratieve gegevens zijn mogelijk niet volledig. Tot slot betreft dit een observationele studie, waarvan de resultaten moeten worden geïnterpreteerd als associaties en niet als causale verbanden. Een bijkomende beperking is dat de ELP-conventie relatief recent is ingevoerd en dat de dekking ervan in de bestudeerde periode nog steeds beperkt is.

3. Resultaten

3.1. Studiepopulatie en kenmerken

De studiepopulatie bestond uit 4.377.581 CM-leden. Van deze populatie was 48,9% man ($n = 2.139.992$) en 51,1% vrouw ($n = 2.237.589$) (zie Tabel 1). De gemiddelde leeftijd bedroeg 44,6 jaar met een standaarddeviatie van 24,0 jaar, wat wijst op een brede leeftijdsverdeling binnen de onderzochte groep. Wat betreft het sociaal statuut, had 16,2% van de studiepopulatie het VT-statuuat ($n = 708.417$), terwijl 83,8% dit statuut niet had ($n = 3.669.164$). Op het niveau van de statistische sectoren bedroeg het mediaan inkomen gemiddeld 32.396 euro ($SD = 6.350$ euro). Het interkwartiel verschil (IQR) van het inkomen bedroeg gemiddeld 32.661 euro ($SD = 10.317$ euro). De sectoren werden verder gekenmerkt door een gemiddeld percentage inwoners met de Belgische nationaliteit van 84,5% ($SD = 15,7\%$). Wat betreft de opleidingsstructuur van de statistische sectoren, bedroeg het gemiddeld aandeel inwoners met ISCED-niveau 3 of lager 51,2% ($SD = 10,1\%$). Het aandeel inwoners met een langere scholingsgraad (ISCED 6 of hoger) bedroeg gemiddeld 22,1% ($SD = 8,9\%$). Het gemiddeld aandeel groenoppervlakte, inclusief grassen en bomen, in de statistische sectoren bedroeg 29,3% (+/- 18,4%). De verdeling vertoonde een duidelijke spreiding, met een eerste kwartiel van 16,0% en een derde kwartiel van 40,3%, wat resulteert in een interkwartielafstand van 24,3%.

2 ISCED (*International Standard Classification of Education*; UNESCO) is een internationale standaard voor het classificeren van scholingsgraad. ISCED 3 of lager omvat maximaal secundair onderwijs, terwijl ISCED 6 of hoger overeenkomt met een masterdiploma of hoger.

Tabel 1: Kenmerken van de studiepopulatie (n = 4.377.581)
(Bron: CM-data)

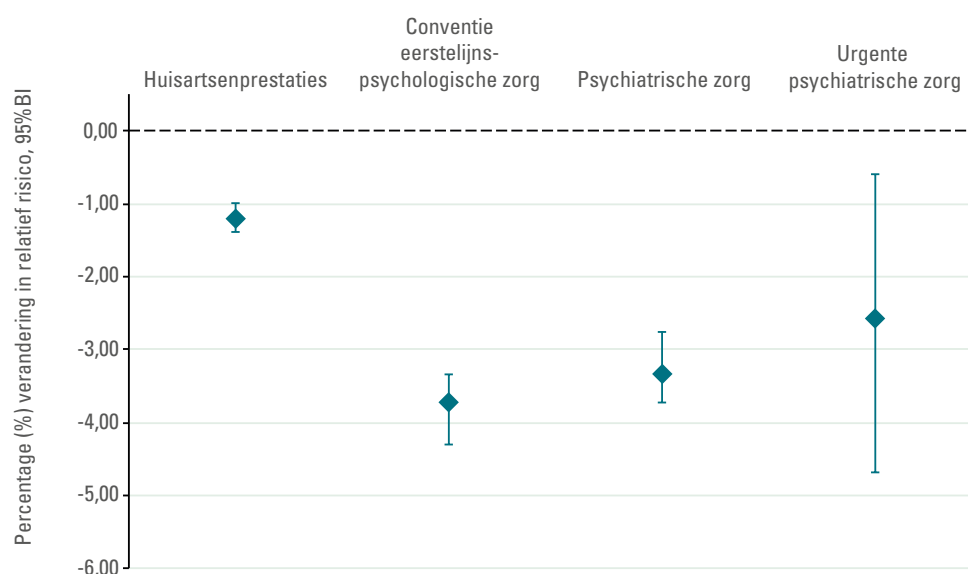
		Aantal (%)	Gemiddelde (+-SD)
CM-leden			
Geslacht	Man	2.139.992 (48,9%)	
	Vrouw	2.237.589 (51,1%)	
VT-status	VT	708.417 (16,2%)	
	Niet-VT	3.669.164 (83,8%)	
Leeftijd			44,6 (+- 24,0)
Statistische sectoren			
Inkomen	Mediaan inkomen		€ 32.396 (+- € 6.350)
	Interkwartiel verschil inkomen		€ 32.661 (+-€ 10.317)
Belgische nationaliteit			84,5% (+- 15,7%)
Scholingsgraad	ISCED3 of lager		51,2% (+- 10,1%)
	ISCED6 of hoger		22,1% (+- 8,9%)

3.2. Verband met zorggebruik

We pasten Poisson-regressiemodellen met log-link toe om de associatie tussen groenoppervlakte in statistische sectoren en het aantal uitgevoerde zorgprestaties te schatten. De uitkomsten worden gerapporteerd als *Relative Risks*

(RR), die de proportionele verandering in het aantal prestaties weergeven geassocieerd met een toename van 20 procentpunten (pp) in groencover. Uit de RR's werden ook de procentuele veranderingen afgeleid, deze resultaten worden weergegeven in figuur 2.

Figuur 2: Procentuele verandering (estimates en 95%BI) in relatief risico geassocieerd met een toename van 20 pp groencover (Bron: CM-data)



Gecorrigeerd voor verhoogde tegemoetkoming, geslacht, leeftijd, aard van het inkomen van niet-actieve personen, sociaal statuut, mediaan inkomen, inkomensongelijkheid, bevolkingsdichtheid, Belgische nationaliteit, scholingsgraad (kort/lang) en gemeente

Voor alle vier onderzochte zorguitkomsten was meer groene ruimte in de statistische sector geassocieerd met een lager relatief risico op geregistreerde zorgprestaties, waarbij de effectgroottes betrekking hebben op een toename van 20 procentpunt groene ruimte. Voor huisartsprestaties werd een RR van 0,988 vastgesteld (95%BI: 0,986–0,990), wat neerkomt op een 1,19% lager risico op zorggebruik per 20 procentpunt toename in groene ruimte (95%BI: -1,39% tot -1,00%). De sterkste associatie werd gevonden voor eerstelijnspsychologische zorg, met een RR van 0,963 (95%BI: 0,957-0,967), overeenkomend met een 3,73% verminderd risico (95%BI: -4,30% tot -3,34%). Ook voor psychiatrische zorg werd een duidelijke vermindering in relatief risico geobserveerd, met een RR van 0,967 (95%BI: 0,963–0,972), overeenkomend met een 3,34% lager risico (95%BI: -3,73% tot -2,76%). Voor urgente psychiatrische zorg werd een RR van 0,974 vastgesteld (95%BI: 0,953–0,994), wat overeenkomt met een 2,57% lager risico (95%BI: -4,69% tot -0,60%).

Omdat alle betrouwbaarheidsintervallen volledig onder 1 liggen (en de afgeleide procentuele veranderingen volledig onder 0%), wijzen de resultaten op statistisch significante verminderingen in relatief risico voor alle onderzochte vormen van zorggebruik bij een toename van 20 procentpunt groene ruimte.

3.3. Verband met geassocieerde zorguitgaven

Een toename van 20% groen op het niveau van de statistische sector gaat gepaard met veranderingen in diverse categorieën van zorguitgaven. Hoewel sommige van deze veranderingen statistisch significant zijn, blijven de absolute bedragen relatief beperkt in vergelijking met de totale zorguitgaven binnen deze domeinen.

Voor huisartsbezoeken wordt een toename in de uitgaven van de ziekteverzekering vastgesteld van 1.545.918 euro (95%BI: 558.202 euro tot 2.533.633 euro). De supplementen stijgen eveneens significant (+217.782 euro, 95%BI: 77.774 euro tot 357.790 euro). De verandering in remgeld is klein en niet statistisch significant (26.222 euro, 95%BI: -52.144 euro tot 104.589 euro).

In de eerstelijnspsychologische zorg worden dalingen in de uitgaven geobserveerd. De ziekteverzekeringsuitgaven nemen af met 1.866.460 euro (95%BI: -2.598.818 euro tot -1.134.101 euro), en de eigen bijdragen dalen met 121.397 euro (95%BI: -181.077 euro tot -61.716 euro). Ook hier blij-

ven de absolute bedragen, ondanks statistische significantie, bescheiden in verhouding tot de totale zorguitgaven in deze sector.

Binnen de psychiatrische zorg dalen de ziekteverzekeringsuitgaven met 1.648.034 euro (95%BI: -2.508.126 euro tot -787.942 euro), terwijl de supplementen afnemen met 196.793 (95%BI: -351.578 euro tot -42.008 euro). De verandering in remgeld is niet significant (-383.395 euro, 95%BI: -1.034.711 euro tot +267.920 euro). Ook hier gaat het om relatief beperkte bedragen.

Voor urgente psychiatrische zorg worden geen significante veranderingen gerapporteerd. De ziekteverzekeringsuitgaven vertonen een kleine, niet-significante verandering (50.370 euro, 95%BI: -150.049 euro tot 250.791 euro), en hetzelfde geldt voor het remgeld (-86 euro, 95%BI: -1.983 euro tot 1.810 euro).

Samenvattend tonen de resultaten dat een toename van groen in de statistische sector voornamelijk geassocieerd is met lichte verschuivingen in verschillende types zorguitgaven. Hoewel sommige associaties statistisch significant zijn, blijven de absolute budgettaire implicaties beperkt.

3.4. Effectmodificatie door VT-statuut

De interactieanalyse toont een duidelijke effectmodificatie door het statuut verhoogde tegemoetkoming (VT-statuut) in de relatie tussen groen op het niveau van de statistische sector en zorggebruik (zie Tabel 2). In alle onderzochte zorgdomeinen wordt een consistent patroon zichtbaar: bij personen met VT-statuut (16,2% van de studiepopulatie) wordt een toename in zorggebruik gevonden, terwijl bij personen zonder VT-statuut eerder een afname wordt waargenomen, met uitzondering van urgente psychiatrische zorg, waar de evidentie evenwel minder uitgesproken is.

Wanneer het zorggebruik van personen met en zonder VT-statuut wordt vergeleken, ontstaat over de verschillende zorgdomeinen heen een duidelijk uiteenlopend patroon. In wat volgt drukken alle percentages de procentuele verandering in het relatief risico (RR) uit.

Voor huisartsconsultaties wordt bij personen met VT-statuut een lichte, maar statistisch significante toename in relatief risico vastgesteld, met een RR van 1,016 (95%-BI: 1,012–1,020), overeenkomend met een +1,60% verandering. Bij personen zonder VT-statuut wordt daarentegen een

significante daling in relatief risico geobserveerd, met een RR van 0,978 (95%BI: 0,976–0,980) en een overeenkomstige -2,18% verandering (95%BI: -2,37% tot -1,98%).

In de eerstelijnspsychologische zorg zijn deze verschillen nog meer uitgesproken. Personen met VT-statuuut vertonen een duidelijke toename in relatief risico, met een RR van 1,064 (95%BI: 1,055–1,073), overeenkomend met +6,40% verandering (95%BI: +5,47% tot +7,33%). Personen zonder VT-statuuut tonen daarentegen een uitgesproken vermindering in relatief risico, met een RR van 0,944 (95%BI: 0,938–0,947), een daling van -5,67% (95%BI: -6,20% tot -5,26%).

Voor psychiatrische zorg wordt een gelijkaardige divergentie waargenomen. Personen met VT-statuuut hebben een verhoogd relatief risico op zorggebruik, met een RR van 1,028 (95%BI: 1,019–1,037), overeenkomend met +2,84% verandering (95%BI: +1,94% tot +3,74%). Personen zonder VT-statuuut laten opnieuw een afname zien, met een RR van 0,944 (95%BI: 0,939–0,949) en een -5,67% verandering (95%BI: -6,01% tot -5,07%).

Voor urgente psychiatrische zorg wijkt het patroon enigszins af. Personen met VT-statuuut vertonen hier een significante daling in relatief risico, met een RR van 0,947 (95%BI: 0,914–0,982), overeenkomend met -5,26% verandering in RR (95%BI: -8,62% tot -1,77%). Bij personen zonder VT-statuuut wordt geen statistisch significant effect vastgesteld: het RR bedraagt 0,984 (95%BI: 0,961–1,008), wat overeenkomt met een -1,59% verandering in RR (95%BI: -3,87% tot +0,75%).

Samengevat wijzen deze resultaten erop dat het VT-statuuut een belangrijke *effectmodifier* is in de associatie tussen omgevingsgroen en zorggebruik, waarbij personen met en deze zonder verhoogde tegemoetkoming duidelijk verschillende responsprofielen vertonen.

4. Bespreking

De bevindingen van deze studie tonen dat een relatief uitgesproken toename in omgevingsgroen geassocieerd is met kleine maar significante relatieve afnames in risico op zorggebruik binnen meerdere domeinen in de geestelijke gezondheidszorg. De geobserveerde risicoreducties sluiten aan bij recente systematische reviews waaruit bleek dat blootstelling aan groene omgeving doorgaans kleine maar consistente gezondheidsvoordelen oplevert voor mentale gezondheid, algemene gezondheid en cardiovasculaire uitkomsten, ondanks een aanzienlijke heterogeniteit in meetmethoden en contexten (Wang, Feng, & Wang, 2025).

Dat de gevonden risicoverschuivingen eerder bescheiden zijn, is niet verrassend: omgevingsinvloeden werken cumulatief, subtiel en over lange tijd, waardoor ook beperkte verschillen in relatieve risico's relevant kunnen zijn voor de volksgezondheid. Het is daarom zinvol om deze effectgroottes in perspectief te plaatsen.

Tabel 2: Resultaten van de interactieanalyse die de effectmodificatie door het VT-statuuut onderzoekt (Bron: CM-data)

		Relatief risico (RR), 95%BI	% verandering, 95%BI
Huisartsenprestaties	VT	1,016 (1,012 tot 1,020)*	+1,60% (+1,22% tot +2,01%)*
	Niet-VT	0,978 (0,976 tot 0,980)*	-2,18% (-2,37% tot -1,98%)*
Conventie eerstelijnspsychologische zorg	VT	1,064 (1,055 tot 1,073)*	+6,40% (+5,47% tot +7,33%)*
	Niet-VT	0,944 (0,938 tot 0,947)*	-5,67% (-6,20% tot -5,26%)*
Psychiatrie	VT	1,028 (1,019 tot 1,037)*	+2,84% (+1,94% tot +3,74%)*
	Niet-VT	0,944 (0,939 tot 0,949)*	-5,67% (-6,01% tot -5,07%)*
Urgente psychiatrische zorg	VT	0,947 (0,914 tot 0,982)*	-5,26% (-8,62% tot -1,77%)*
	Niet-VT	0,984 (0,961 tot 1,008)	-1,59% (-3,87% tot +0,75%)

De RR's en 95%-betrouwbaarheidsintervallen zijn geschat met een Poisson-regressiemodel. (*): resultaat significant op 95% betrouwbaarheidsniveau. Gecorrigeerd voor: verhoogde tegemoetkoming, geslacht, leeftijd, aard van het inkomen van niet-actieve personen, sociaal statuuut, mediaan inkomen, inkomensongelijkheid, bevolkingsdichtheid, Belgische nationaliteit, scholingsgraad (kort/lang) en gemeente.

In epidemiologie gelden relatieve risicoverschuivingen van slechts enkele procenten als betekenisvol wanneer de blootstelling wijdverspreid is. Dit wordt duidelijk in literatuur over luchtvervuiling, waar bijvoorbeeld een verhoging van $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ $\text{PM}_{2.5}$ ³ gepaard gaat met een stijging van het relatieve risico op *all-cause* mortaliteit tot 1,22 (Raza, Orru, Olstrup, & Sommar, 2026). Meta-analyses rond luchtvervuiling rapporteren RR's in de orde van 1,08–1,15 voor longkanker en mortaliteitsuitkomsten (Ramamoorthy, et al., 2024). Tegen die achtergrond zijn onze kleinere RR-reducties (0,963–0,988 per 20 procentpunten extra groenbedekking, overeenkomend met dalingen van 1% tot 3,7% in zorgprestaties) eveneens plausibel: groene ruimte beïnvloedt gezondheid namelijk meer indirect, via mechanismen zoals stressreductie, herstel en sociale cohesie. Dat de effecten kleiner zijn dan in studies naar vervuiling, is dus geen zwakte, maar ligt in de lijn der verwachtingen. Hoewel onze uitkomstmaten (zorgprestaties) verschillen van de klassieke morbiditeits- of mortaliteitsindicatoren in omgevingsonderzoek, blijft de vergelijking relevant omdat zorggebruik een vroege en gevoelige indicator kan zijn van onderliggende gezondheidsbelasting, zeker in domeinen zoals geestelijke gezondheid, waar problemen niet altijd in geregistreerde incidentie, maar wel in zorgvraag tot uiting kunnen komen. Het consistente patroon van dalingen over vier afzonderlijke zorgdomeinen binnen de GGZ, suggereert dat meer groen structureel samenhangt met een lagere zorgbehoefte. Daarmee sluiten onze bevindingen aan bij de bredere evidentie dat zelfs kleine, maar systematische effecten van omgevingskenmerken betekenisvol kunnen zijn op populatieniveau.

Dat het patroon omkeert in de populatie met VT-statuu (waar meer groen geassocieerd blijkt met hogere relatieve risico's op zorggebruik) vereist een voorzichtige interpretatie en moet begrepen worden als een reeks hypothesen, niet als conclusies uit de data. Een eerste hypothese is dat groen niet noodzakelijk bruikbaar of toegankelijk is voor kwetsbare groepen. Literatuuroverzichten tonen aan dat vrouwen, ouderen, kinderen en personen met een beperking vaak specifieke noden hebben op het vlak van veiligheid, onderhoud, infrastructuur en sociale context, waardoor objectief gemeten groenkwaliteit of oppervlakte niet automatisch overeenkomt met feitelijke toegankelijkheid (Kanav & Kumar, 2024).

Een tweede hypothese is dat de kwaliteit van het groen, zoals biodiversiteit en onderhoudsniveau, bepalender kan zijn dan de hoeveelheid; onderzoek laat zien dat groene ruimten nabij kwetsbare populaties geregeld een lagere biodiversiteit hebben, wat het gezondheidsbevorderend potentieel kan beperken (Kirilenko, 2024). Een derde hypothese is dat een hogere *baseline*-morbiditeit in deze groep de gevoeligheid voor omgevingsvoordelen vermindert. Een vierde hypothese kan zijn dat zorgzoekgedrag verschilt: lagere drempels tot zorggebruik kunnen ertoe leiden dat groene leefomgevingen eerder tot betere detectie en dus hoger zorggebruik leiden. Studies over toegankelijkheid en ongelijkheid in groen laten bovendien zien dat indicatoren van 'toegang' en 'kwaliteit/gebruik' uiteen kunnen lopen volgens sociodemografische groep (Heo & Bell, 2022). Tot slot blijft residuele *confounding* plausibel, aangezien bekende determinanten zoals verkeersdruk, luchtkwaliteit of sociale stress ongelijk verdeeld kunnen zijn tussen groenere en minder groene wijken.

Dit resultaat benadrukt eveneens dat, hoewel omgevingsfactoren een belangrijke rol spelen in gezondheidsverschillen, het cruciaal is te erkennen dat sociaaleconomische status (SES) een veelomvattende cluster van determinanten omvat waarvan de mogelijke impact doorgaans aanzienlijk is (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). Factoren zoals inkomen, scholingsgraad, huisvestingskwaliteit, werkzekerheid, psychosociale stressoren en toegang tot zowel preventieve als curatieve zorg, vormen samen een sterk verweven geheel dat gezondheid en zorggebruik kan beïnvloeden. Daarom moeten omgevingsinterventies gezien worden als onderdeel van een breder pakket aan maatregelen. Het blijft essentieel om structureel te werken aan de SES-gerelateerde oorzaken van gezondheidsongelijkheid. Een benadering die zowel de kwaliteit van de leefomgeving als de sociale en economische basisvoorwaarden versterkt, biedt de grootste kans op duurzame gezondheidswinst voor kwetsbare groepen.

Hoewel de geobserveerde verschillen in zorguitgaven relatief beperkt zijn in verhouding tot het totale gezondheidszorgbudget, zijn ze toch betekenisvol. Deze variaties wijzen op consistente patronen die inzicht geven in mogelijke onderliggende mechanismen die de relatie tussen leefomgeving en zorggebruik vormgeven. Belangrijk is ook dat de hier gerapporteerde zorguitgaven enkel betrekking hebben op de geanalyseerde zorgdomeinen.

3 $\text{PM}_{2.5}$ verwijst naar fijne deeltjes in de lucht met een aerodynamische diameter van minder dan 2,5 micrometer (μm). Een verhoging van $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ betekent dat de gemiddelde concentratie van deze deeltjes in de buitenlucht toeneemt met 10 microgram per kubieke meter lucht, een maat die vaak wordt gebruikt in epidemiologisch onderzoek naar gezondheidseffecten van luchtvervuiling.

Groene ruimte kan echter een veel bredere impact hebben op gezondheid en welzijn dan in deze analyse expliciet werd meegenomen. Dat betekent dat een deel van de potentiële gezondheidswinst, en dus mogelijke uitgavenvermindering, buiten beeld blijft. Daarnaast zijn er indirecte voordelen die in deze berekeningen niet zijn ingecalcu-leerd, maar wel bijdragen aan de totale maatschappelijke waarde van groene ruimte. Vanuit een epidemiologisch en beleidsmatig perspectief zijn deze bevindingen dus rele-vant en informatief, ook al leiden de berekende effecten op macroniveau niet onmiddellijk tot grote budgettaire ver-schuivingen.

In die zin is het opvallend dat het geobserveerde lagere risico bij huisartsenzorg zich niet vertaalt in lagere zorg-uitgaven bij prestaties door huisartsen. Het is mogelijk dat een daling in het relatieve risico op bepaalde vormen van zorggebruik samengaat met hogere zorguitgaven per con-tact, bijvoorbeeld doordat de resterende consulten com-plexer zijn, langer duren, of op andere wijze geassocieerd zijn met hogere uitgaven. Tegelijkertijd zagen we wél dalin-gen in uitgaven voor andere zorgdomeinen, namelijk pres-taties binnen de conventie eerstelijnspsychologische zorg, psychiatrie, en urgente psychiatrische zorg. Deze patronen wijzen erop dat de relatie tussen omgevingsgroen en zorg-uitgaven domeinspecifiek is, waarbij niet alle sectoren bin-nen de gezondheidszorg op dezelfde manier reageren op variaties in omgevingsblootstelling. Dat sommige vormen van geestelijke gezondheidszorg wel geassocieerd zijn met een uitgavendaling, kan erop wijzen dat bepaalde me-chanismen (zoals stressreductie, of verminderde escalatie van psychische klachten) juist binnen deze zorgdomeinen sterker tot uiting komen dan bijvoorbeeld binnen de huis-artsenzorg. Deze interpretatie wordt ook ondersteund door de observatie dat wat betreft de relatieve risico's de ef-fectgroottes voor deze *outcomes* groter waren dan voor de prestaties binnen de huisartsengeneeskunde.

De huidige studie draagt bij aan het groeiend bewijs van de relatie tussen omgevingsgroen en zorggebruik. Relatie-ve risicoreducties wijzen op gezondheidsvoordelen, maar zorggebruik wordt echter ook mee bepaald door zorgstruc-tuur en sociale kwetsbaarheid. Om deze complexe relaties verder te ontleden, blijft toekomstig onderzoek noodzake-lijk, met name studies die individuele groenblootstelling, kwaliteitsparameters, zorgpraktijkdata en quasi-experi-mentele ontwerpen combineren.

5. Aanbevelingen

De bevindingen van deze studie tonen aan dat woonomge-vingsgroen geassocieerd is met een lager relatief gebruik van verschillende vormen van geestelijke gezondheids-zorg binnen de Belgische bevolking. Hoewel de proportio-nele afnames op individueel niveau beperkt zijn, kunnen zij op populatieschaal betekenisvol zijn. Tegelijk wijzen de re-sultaten op uitgesproken sociaaleconomische verschillen in de mate waarin groene leefomgevingen zich vertalen in effectief gebruik van geestelijke gezondheidszorg. Deze inzichten onderstrepen de nood aan gerichte beleidsmaat-regelen en vormen de basis voor onderstaande aanbeve-lingen op het snijvlak van preventie-, welzijns- en ruimtelijk beleid, met een belangrijke rol voor lokale besturen en ge-meenten.

5.1. Structureel investeren in kwalitatieve groene woonomgevingen

De vastgestelde relatieve risicoreductie in zorggebruik, variërend van 1,19% voor huisartsenprestaties tot 3,73% voor eerstelijnspsychologische zorg, suggereert dat groe-ne omgevingen een rol kunnen spelen in het behouden en versterken van mentaal welzijn op populatieniveau. Be-leidsmakers, in het bijzonder op gemeentelijk niveau waar ruimtelijke inrichting en publieke ruimte vormkrijgen, kun-nen deze potentiële gezondheidswinst ondersteunen door systematisch te investeren in toegankelijke, veilige en kwalitatieve groene ruimtes dicht bij de woonomgeving. Dit omvat zowel grotere parken als kleinere voorzieningen (bijvoorbeeld *pocket parks*, groene straten en bomenrijen). Een uniforme spreiding over verschillende buurten, en ze-ker ook in dichtbebouwde wijken, is daarbij essentieel.

5.2. Tegengaan van sociale ongelijkheden in het gebruik en effect van groene ruimte

Een belangrijke bevinding van deze studie is dat voor personen met recht op verhoogde tegemoetkoming, een administratieve indicator van lagere inkomens, een om-gekeerde associatie werd aangetroffen: meer groen ging daar samen met een hoger relatief zorggebruik. Dit wijst erop dat de aanwezigheid van groen alleen niet volstaat om kwetsbare groepen te bereiken of te ondersteunen.

Beleidsmaatregelen zouden daarom moeten inzetten op:

- Het verbeteren van de feitelijke gebruiksmogelijkheden van groene ruimtes;
- Het versterken van de sociale cohesie en het veiligheidsgevoel in groene omgevingen;
- Het vermijden van onbedoelde effecten zoals groengentrificatie, waarbij investeringen in groene ruimte leiden tot stijgende woningprijzen en huurkosten, met mogelijke verdringing van kwetsbare bewoners als gevolg.

Het combineren van fysieke vergroening met sociale interventies, zoals buurtprojecten, *outreach*, welzijnsinitiatieven en een laagdrempelig aanbod in de publieke ruimte, kan helpen om deze ongelijkheden te verminderen.

5.3. Verder onderzoek ter ondersteuning van *evidence-based* beleid

Aangezien dit een observationele studie betreft, is verder onderzoek nodig om de onderliggende mechanismen en mogelijke causale *pathways* te ontrafelen. Dit omvat quasi-experimentele designs bij nieuwe groeninterventies, longitudinale analyses en studies die gegevens over zorggebruik koppelen aan feitelijk gebruik van groene ruimte, sociale cohesie en omgevingskwaliteit.

Deze studie benadrukt dat een groene omgeving een betekenisvolle bijdrage kan leveren aan de mentale gezondheid op populatieniveau, maar dat deze potentie ongelijk verdeeld is. Effectieve en rechtvaardige gezondheidswinst vergt daarom zowel investeringen in groene ruimte als gerichte inspanningen om sociale ongelijkheden in toegang, gebruik en effect te verminderen. Door sociale en ruimtelijke maatregelen te combineren, kunnen groenere leefomgevingen een hefboom zijn voor mentale gezondheidsbevordering in België.

Conclusie

Deze studie onderzocht de relatie tussen woonomgevingsgroen en het gebruik van geestelijke gezondheidszorg binnen een zeer grote en diverse Belgische populatie. Door administratieve zorggegevens van meer dan vier miljoen CM-leden te koppelen aan groencover in statistische sectoren, werd aangetoond dat een grotere aanwezigheid van groen geassocieerd is met een lichte maar consistente relatieve afname in het gebruik van verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg. De proportionele daling was het sterkst voor eerstelijnspsychologische zorg (-3,73%), gevolgd door psychiatrische zorg (-3,34%) en urgente psychiatrische zorg (-2,57%), terwijl huisartsencontacten een kleinere afname vertoonden (-1,19%). Deze patronen weerspiegelen een mogelijke protectieve rol van groene leefomgevingen in het ondersteunen van mentaal welzijn en het verminderen van zorggebruik op populatieniveau.

Tegelijkertijd bracht de studie sociaaleconomische verschillen aan het licht. Voor personen met recht op verhoogde tegemoetkoming werd een omgekeerde associatie vastgesteld, waarbij meer groen gepaard ging met een hoger relatief zorggebruik. Dit wijst op heterogene effecten van groene ruimte naargelang sociale kwetsbaarheid, en benadrukt dat het gezondheidsbevorderend potentieel van groene omgevingen niet noodzakelijk gelijk verdeeld is.

In zijn geheel toont deze studie dat groene ruimte een relevante, maar geen universele determinant van geestelijk gezondheidszorggebruik vormt. De bevindingen benadrukken het belang van een geïntegreerd beleid dat vergroening combineert met sociale ondersteuning en gelijke toegang.

Bibliografie

- Aerts, R., Nemery, B., Bauwelinck, M., Trabelsi, S., Deboosere, P., Van Nieuwenhuyse, A., . . . Casas, L. (2020). Residential green space, air pollution, socioeconomic deprivation and cardiovascular medication sales in Belgium: A nationwide ecological study. *Science of The Total Environment*, 712, 136426.
- Aerts, R., Vanlessen, N., Dujardin, S., Nemery, B., Van Nieuwenhuyse, A., Bauwelinck, M., . . . Nawrot, T. (2022). Residential green space and mental health-related prescription medication sales: An ecological study in Belgium. *Environmental Research*, 211, 113056.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijkheid in gezondheid. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 6-29.
- Becker, D., & Browning, M. (2021). Total area greenness is associated with lower per-capita medicare spending, but blue spaces are not. *City and Environment Interactions*, 11, 100063.
- Becker, D., Browning, M., Kuo, M., & Van Den Eeden, S. (2019). Is green land cover associated with less health care spending? Promising findings from county-level Medicare spending in the continental United States. *Urban Forestry & Urban Greening*, 41, 39-47.
- Belcher, R., Murray, K., Reeves, J., & Fecht, D. (2024). Socioeconomic deprivation modifies green space and mental health associations: A within person study. *Environment International*, 192, 109036.
- Braekman, E., & Hermands, L. (2023). *Preventiebarometer: gezondheidsvaardigheden en verwachtingen rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie*. Brussel: Sciensano.
- Buckley, R., & Chauvenet, A. (2022). Economic value of nature via healthcare savings and productivity increases. *Biological Conservation*, 272, 109665.
- Derroitte, E., Janssens, H., Morissens, A., Noirhomme, C., & Verniest, R. (2024). Geestelijke gezondheid: kruispunt van ongelijkheden. Samenvatting van de uiteenzetting van vier experts op de CM-studiedag van 27 april 2023. *Gezondheid & Samenleving*, 8, 44-67.
- Geary, R., Thompson, D., Mizen, A., Akbari, A., Garrett, J., Rowney, F., . . . Rodgers, S. (2023). Ambient greenness, access to local green spaces, and subsequent mental health: a 10-year longitudinal dynamic panel study of 2-3 million adults in Wales. *The Lancet Planetary Health*, 7(10), 809-818.
- Gidlow, C., Smith, G., Martinez, D., Wilson, R., Trinder, P., Gražulevičienė, R., & Nieuwenhuijsen, M. (2016). Research note: Natural environments and prescribing in England. *Landscape and Urban Planning*, 151, 103-108.
- Heo, S., & Bell, M. (2022). Investigation on urban greenspace in relation to sociodemographic factors and health inequity based on different greenspace metrics in 3 US urban communities. *Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology*, 33(2), 218-228.
- Houlden, V., Weich, S., de Albuquerque, J., Jarvis, S., & Rees, K. (2018). The relationship between greenspace and the mental wellbeing of adults: A systematic review. *PLOS One*, 13(9), e0203000.
- Huang, S., Qi, J., Li, W., Dong, J., & van den Bosch, C. (2021). The Contribution to Stress Recovery and Attention Restoration Potential of Exposure to Urban Green Spaces in Low-Density Residential Areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8713.
- Jennings, V., & Bamkole, O. (2019). The Relationship between Social Cohesion and Urban Green Space: An Avenue for Health Promotion. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 452.
- Kabaya, K. (2021). Empirical analysis of associations between health expenditure and forest environments: A case of Japan. *Ecological Economics*, 181, 106927.
- Kanav, A., & Kumar, J. (2024). Exploring the preferences of vulnerable populations in green spaces: a systematic review. *Socio-Ecological Practice Research*, 6, 411-432.
- Kirilenko, A. (2024). Biodiversity of Accessible Greenspace for Vulnerable Population Groups: Citizen Science Data Analysis. *Sustainability*, 16(23), 10492.
- Kreisler, T., Kambach, S., Becker, O., & Bruelheide, H. (2025). The relationship between greenspace and physical activity. A systematic review and meta-analysis. *Urban Forestry & Urban Greening*, 112, 128971.
- Nieuwenhuijsen, M., Khreis, H., Triguero-Mas, M., Gascon, M., & Davdand, P. (2017). Fifty Shades of Green: Pathway to Healthy Urban Living. *Epidemiology*, 28(1), 63-71.
- Noirhomme, C., Dispas, M., & Smith, P. (2023). De overeenkomst 'psychologische zorg' binnen de geestelijke gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, 7, 4-39.
- Ramamoorthy, T., Nath, A., Singh, S., Mathew, S., Pant, A., Sheela, S., . . . Mathur, P. (2024). Assessing the Global Impact of Ambient Air Pollution on Cancer Incidence and Mortality: A Comprehensive Meta-Analysis. *JCO Global Oncology*, 10, e2300427.
- Raza, W., Orru, H., Olstrup, H., & Sommar, J. (2026). The effect of long-term PM2.5 exposure on all-cause mortality estimated using meta-regression: a meta-analysis of concentration-response by air pollution exposure assessment method. *Air Quality, Atmosphere & Health*, 19(51), 1-19.

- Roe, J., Thompson, C., Aspinall, P., Brewer, M., Duff, E., Miller, D., . . . Clow, A. (2013). Green Space and Stress: Evidence from Cortisol Measures in Deprived Urban Communities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(9), 4086-4103.
- Sato, M., Inoue, Y., Du, J., & Funk, D. (2019). Access to parks and recreational facilities, physical activity, and health care costs for older adults: Evidence from U.S. counties. *Journal of Leisure Research*, 50, 220-238.
- Soltanifard, H., & Amani-Beni, M. (2025). The cooling effect of urban green spaces as nature-based solutions for mitigating urban heat: insights from a decade-long systematic review. *Climate Risk Management*, 49, 100731.
- Song, S., Tu, R., Lu, Y., Yin, S., Lin, H., & Xiao, Y. (2022). Restorative Effects from Green Exposure: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Control Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 1-22.
- Vos, S., Bijmens, E., Renaers, E., Croons, H., Van Der Stukken, C., Martens, D., . . . Nawrot, T. (2022). Residential green space is associated with a buffering effect on stress responses during the COVID-19 pandemic in mothers of young children, a prospective study. *Environmental Research*, 208, 112603.
- Vranken, A., Bijmens, E., Horemans, C., Leclercq, A., Kestens, W., Karakaya, G., . . . Bruyneel, L. (2023). Association of air pollution and green space with all-cause general practitioner and emergency room visits: A cross-sectional study of young people and adults living in Belgium. *Environmental Research*, 236(1), 116713.
- Wang, X., Feng, B., & Wang, J. (2025). Green spaces, blue spaces and human health: an updated umbrella review of epidemiological meta-analyses. *Frontiers in Public Health*, 13, 1505292.
- Willems, R., Catthoor, K., Cools, O., Morrens, M., Snoeck, P., Tecco, J., & Dom, G. (2024). Mental health services in Belgium. *International Review of Psychiatry*, 37(3-4), 229-241.
- Yang, B., Zhao, T., Hu, L., Browning, M., Heinrich, J., Dharmage, S., . . . Dong, G. (2021). Greenspace and human health: an umbrella review. *The Innovation*, 2(4), 100164.
- Zhang, Y., Mavoa, S., Zhao, J., Raphael, D., & Smith, M. (2020). The Association between Green Space and Adolescents' Mental Well-Being: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6640.



Wat zijn de voorspellende factoren voor de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid?

Hélène Henry – Studiedienst CM-MC

Met dank aan Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland, Stijn Vos en Andries De Hertogh

Samenvatting

In een context waarin België al meerdere jaren de begeleidings- en re-integratiemaatregelen voor langdurig zieke personen versterkt, beoogt deze studie de voorspellende factoren voor de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid te identificeren.

Dit onderzoek is gebaseerd op drie online-enquêtes, uitgevoerd door CM tussen november 2023 en maart 2025. Tijdens deze periode is de evolutie gevolgd van personen die bij aanvang van de studie arbeidsongeschikt waren, met als doel het profiel te identificeren van degenen die zijn uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid, evenals de factoren die deze uitstroom beïnvloedden, afzonderlijk voor personen die wel of niet zijn begeleid door een terug naar werk-coördinator.

Algemeen geven de resultaten aan dat personen met sterkere sociale en professionele hulpbronnen – meer bepaald diegenen met een diploma hoger onderwijs, die intellectueel werk uitoefenen en vóór de arbeidsongeschiktheid voltijds werkten – meer kans hebben om bij het derde meetmoment niet langer arbeidsongeschiktheid te zijn.

Op basis van de resultaten formuleren we diverse aanbevelingen om werkherleving na een periode van arbeidsongeschiktheid te faciliteren.

Sleutelwoorden: Arbeidsongeschiktheid, terugkeer naar werk, voorspellende factoren, longitudinale analyse, enquête, kwantitatieve studie

Inhoudstafel

Inleiding	66
1. Literatuuroverzicht	67
1.1. Resultaten van studies naar het effect van variabelen die de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid beïnvloeden	67
1.1.1. Invloed van sociodemografische variabelen	67
1.1.2. Invloed van omgevingsfactoren	67
1.1.3. Invloed van persoonlijke factoren	68
1.2. Ontwikkeling van het onderzoeksmodel	68
1.2.1. Effect van werkgerelateerde omgevingsfactoren	69
1.2.2. Effect van factoren gerelateerd aan de arbeidsongeschiktheid	69
1.2.3. Effect van persoonlijke factoren	69
2. Methode	70
2.1. Steekproef	70
2.2. Metingen	72
2.2.1. Sociodemografische en werkgerelateerde omgevingsvariabelen	72
2.2.2. Variabelen gerelateerd aan arbeidsongeschiktheid	73
2.2.3. Persoonlijke factoren	73
2.2.4. Uitstroom uit arbeidsongeschiktheid	74
2.3. Analyses	75
2.4. Beperkingen	75
3. Resultaten	76
3.1. Profieltype van deelnemers uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid op T3	76
3.2. Voorspellende factoren voor de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid	76
3.2.1. Resultaten voor de groep 'opgevolgd'	77
3.2.2. Resultaten voor de groep 'niet-opgevolgd'	78
4. Bespreking	80
4.1. Profiel van personen uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid	80
4.2. Voorspellende factoren voor personen niet opgevolgd door een TNW-coördinator	81
4.2.1. Effect van sociodemografische en werkgerelateerde factoren	81
4.2.2. Effect van het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting	81
4.3. Voorspellende factoren voor personen opgevolgd door een TNW-coördinator	82
4.3.1. Effect van de categorie en van het initiatief voor de opvolging	82
4.3.2. Effect verbonden aan taal	82
5. Aanbevelingen	83
Conclusie	87
Bibliografie	88

Inleiding

Eind 2025 telde België meer dan een half miljoen (576.643) personen in invaliditeit (arbeidsongeschiktheid langer dan een jaar) (RIZIV, 2026a). Het gaat om 537.728 werknemers of werkzoekenden, en 38.915 zelfstandigen of meehelpende echtgenoten. In de OESO-landen is voor gemiddeld 6% van de bevolking op actieve leeftijd een invaliditeitsuitkering de voornaamste inkomensbron (OECD, 2010). In België bedroeg in 2021 het inactiviteitspercentage wegens ziekte of handicap bij de 20 tot 64-jarigen ongeveer 7% (Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2024).

De toename van het aantal langdurig zieken in België staat op de politieke agenda als een voornamelijk budgettaire probleem. Voor 2025 schat het Monitoringcomité de uitgaven voor de prestaties voor loontrekkenden, zowel in primaire arbeidsongeschiktheid als in invaliditeit, op 14,2 miljard euro (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2026). In het kader van de begrotingsonderhandelingen versterkte de Belgische regering daarom recent haar terug naar werk-beleid om het aantal langdurig zieken dat het werk hervat te verhogen.

Al enkele jaren zijn in verschillende golven maatregelen ingevoerd om de werkhervatting na een periode van arbeidsongeschiktheid te bevorderen. In 2022 zijn terug naar werk-coördinatoren (TNW-coördinator) geïntegreerd binnen de ziekenfondsen. Hun rol wordt als volgt omschreven: “de “Terug Naar Werk-coördinator” neemt binnen het ziekenfonds alle nuttige maatregelen in het kader van het “Terug Naar Werk-traject” en contacteert, in samenspraak met de adviserend arts en met het akkoord van de gerechtigde, elke natuurlijke persoon of rechtspersoon die kan bijdragen tot de sociaalprofessionele re-integratie van deze gerechtigde, evenals ondersteunt hij de gerechtigde in de contacten met deze natuurlijke personen of rechtspersonen” (RIZIV, 2022, p. 55). De manier waarop deze begeleiding door CM-leden wordt ervaren, is in 2023 onderzocht (Henry, Avalosse & Vancorenland, 2024).

Vervolgens implementeerde de regering nog een reeks maatregelen. In 2023 zijn contacten volgens een vast ritme ingevoerd: in de vierde, zevende en elfde maand van het eerste jaar vindt een persoonlijk contact plaats tussen de zieke persoon en de adviserend arts van het ziekenfonds.

Daarnaast is beslist dat het in de toekomst niet langer mogelijk zal zijn een invaliditeitserkenning te krijgen met een duurtijd van langer dan een, twee of vijf jaar, behoudens belangrijke uitzonderingen (Vandenbroucke, 2025). Begin 2026 is een derde pakket maatregelen gelanceerd, waarbij bijkomende verantwoordelijkheden zijn toegekend aan werkgevers, werknemers, ziekenfondsen en artsen. Tot slot keurde de Ministerraad in februari 2026 een voorontwerp van wet goed om volgende prioriteiten te realiseren: het voorkomen van de instroom in arbeidsongeschiktheid door preventie en vroegdetectie, het versterken van de medische opvolging en de jaarlijkse herevaluatie van dossiers, het versnellen van de re-integratie en het responsabiliseren van alle betrokken actoren (Ministerraad, 2026).

De invoering van deze vier golven van maatregelen toont aan in welke mate de werkhervatting van langdurig zieken een fundamentele uitdaging vormt in België. In deze context is het onderzoeken van de factoren die de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid van deze personen voorspellen van essentieel belang.

Het is echter belangrijk te benadrukken dat, los van een louter budgettaire lezing van de problematiek, het risico om arbeidsongeschikt te zijn niet gelijk verdeeld lijkt binnen de bevolking en ook – en wellicht vooral – een maatschappelijke uitdaging vormt. Gegevens tonen aan dat onder de personen in invaliditeit meer kwetsbare groepen oververtegenwoordigd zijn: meer vrouwen (61%), meer werknemers ouder dan 50 jaar (64%) en meer arbeiders (63%)¹ (RIZIV, 2023a), evenals meer personen met recht op de verhoogde tegemoetkoming (49%, tegenover 21% in de totale bevolking)² (RIZIV, 2025). Bij invaliditeit wegens een psychische aandoening ligt het aandeel vrouwen nog hoger: bijna 70% van de langdurige arbeidsongeschiktheidsperiodes wegens burn-out, stemmings- of angststoornissen betreft vrouwen (Bruyneel et al., 2024). Deze gegevens suggereren dat sociodemografische factoren niet alleen de instroom in, maar waarschijnlijk ook de uitstroom uit invaliditeit beïnvloeden. Daarnaast wijst de wetenschappelijke literatuur (bijvoorbeeld Villotti et al., 2024) op het belang om tevens het effect van andere factoren te bestuderen, zoals omgevingsfactoren (bijvoorbeeld gerelateerd aan de werkomgeving) of persoonlijke factoren (bijvoorbeeld gerelateerd aan de percepties van individuen). Kennis van al deze factoren is onontbeerlijk om personen wiens gezondheidstoestand een werkhervatting toelaat optimaal te

1 Deze gegevens hebben betrekking op personen in invaliditeit binnen de algemene regeling in 2023.

2 Deze gegevens hebben betrekking op uitkeringsgerechtigden in invaliditeit binnen de algemene regeling en de regeling der zelfstandigen tijdens het eerste semester van 2025.

begeleiden, rekening houdend met hun kwetsbaarheid en de obstakels waarmee zij kunnen worden geconfronteerd. Daarom heeft deze nieuwe studie tot doel de factoren te identificeren die **de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid voorspellen bij personen die al dan niet zijn opgevolgd door terug naar werk-coördinatoren van CM**.

1. Literatuuroverzicht

Om de **voorspellende factoren voor de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid** (dus de variabelen die de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid kunnen beïnvloeden) te onderzoeken, biedt het IFC-model (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), aangepast voor het domein arbeid, interessante perspectieven (Heerkens, de Brouwer, Engels, van der Gulden & Kant, 2017). Deze classificatie, in 2001 aangenomen door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), maakt het mogelijk het functioneren van een persoon te beschrijven door rekening te houden met zowel lichamelijke functiestoornissen, beperkingen in activiteiten van het dagelijkse leven en in maatschappelijke participatie, als met de invloed van omgevingsfactoren (Chapireau, 2001). De integratie van deze laatste in het ICF-model betekende een belangrijke vooruitgang, omdat dit bijdroeg tot het inzicht dat “arbeidsongeschiktheid niet langer wordt begrepen als een kenmerk van het individu, maar eerder als het resultaat van een interactie tussen de persoon met een gezondheidsprobleem en omgevingsfactoren” (Heerkens, de Brouwer, Engels, van der Gulden & Kant, 2017, p. 188, eigen vertaling).

Specifiek aangepast voor het domein arbeid, maakt dit model het mogelijk om contextuele factoren die de arbeidsparticipatie kunnen beïnvloeden nauwkeuriger te identificeren. Het onderscheidt:

- **Werkgerelateerde omgevingsfactoren** zoals de inhoud van de taken (vereisten, autonomie), arbeidsvoorwaarden (arbeidstijden, uitrusting), sociale relaties op het werk, arbeidsomstandigheden (fysieke aspecten, chemische agentia), kenmerken van de onderneming (sector, grootte) en de macro-economische context (wetgeving, arbeidsmarkt);
- **Persoonlijke factoren**, met inbegrip van psychologische hulpbronnen (ervaren gezondheid, zelfvertrouwen), ziekte-gerelateerde elementen (ziekteperceptie, thera-

pietrouw), levensstijl (beweging, voedingsgewoonten) evenals werkgerelateerde persoonlijke factoren (de betekenis van het werk voor de persoon). Sociodemografische variabelen vallen eveneens onder de persoonlijke factoren, maar zijn geen contextuele factoren.

Dit model is onder meer gebruikt in een recente systematische literatuurstudie (Villotti et al., 2024) om voorspellende factoren voor werkhervatting te classificeren bij personen met musculoskeletale aandoeningen en courante psychische stoornissen. Mede op basis van deze classificatie presenteren wij in het vervolg van dit deel de resultaten van studies die factoren onderzochten die de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid beïnvloeden.

1.1. Resultaten van studies naar het effect van variabelen die de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid beïnvloeden

1.1.1. Inloed van sociodemografische variabelen

Meerdere onderzoeken bestudeerden de invloed van de verschillende ICF-factoren op werkhervatting, waaronder de persoonlijke factoren die niet rechtstreeks verband houden met het werk. Bij de **sociodemografische variabelen**, verlagen een hogere leeftijd, vrouw zijn, en kortgeschoold zijn de kansen op werkhervatting (Baanders, Rijken & Peters, 2002; Botticello, Chen & Tulsy, 2012; Cancelliere et al., 2016; de Vries, Fishta, Weikert, Rodriguez Sanchez & Wegewitz, 2018; Vooijs et al., 2015).

Belgische gegevens bevestigen deze tendensen en tonen aan dat kortgeschoolde werknemers, vrouwen en oudere personen langer arbeidsongeschikt blijven (Bruyneel et al., 2024; Hoge Raad voor de Vergelegenheid, 2024). Deze studies tonen ook een verband aan tussen de regio en de kansen op werkhervatting (volledig of deeltijds), met lagere kansen voor personen in arbeidsongeschiktheid uit Brussel of Wallonië dan deze die in Vlaanderen wonen.

1.1.2. Inloed van omgevingsfactoren

De werkhervatting kan ook positief worden beïnvloed door **werkgerelateerde omgevingsfactoren**, zoals steun van de leidinggevende, collega's, werkaanpassingen, goede communicatie door de werkgever of autonomie (Brouwer, Reneman, Bültmann, Van der Klink & Groothoff, 2010; Cancelliere et al., 2016; Dekkers-Sanchez, 2013; Villotti et al., 2021; Villotti et al., 2024; Vooijs et al., 2015).

Omgekeerd vormen het ontbreken van werkaanpassingen, onvoldoende medewerking van de werkgever, de perceptie van stress en onrechtvaardigheid op het werk, een gebrek aan compensatie voor geleverde inspanningen en hoge jobvereisten (druk en werklast) belangrijke drempels (Dekkers-Sanchez, 2013; Villotti et al., 2021). Hoge werk-eisen kunnen zelfs de angst voor herval of verergering van de gezondheidstoestand versterken, wat indirect de motivatie van de werknemer om snel opnieuw aan het werk te gaan vermindert (Janssen et al., 2003).

1.1.3. Invloed van persoonlijke factoren

Psychologische hulpbronnen zoals het geloof in de eigen herstelkansen (positieve herstelverwachtingen), een sterk gevoel van zelfeffectiviteit (vertrouwen in de eigen capaciteiten), een interne beheersoriëntatie (het beschouwen van resultaten als afhankelijk van zichzelf en niet van externe factoren) of mentale vitaliteit (energie, motivatie, veerkracht) bevorderen doorgaans de werkhervatting (Brouwer, Reneman, Bültmann, Van der Klink & Groothoff, 2010; Dekkers-Sanchez, 2013; de Vries et al., 2018; Villotti et al., 2024). Daarentegen vormen angst (voor herval of pijn), catastroferen (de neiging om zich het slechtst mogelijke scenario voor te stellen) en onaangepaste *coping*- of omgangsstrategieën (manieren om met stress om te gaan) obstakels voor werkhervatting (Dekkers-Sanchez, 2013; Villotti et al., 2024).

Andere studies toonden ook het belang van **ziekte-gerelateerde factoren** aan, zoals de perceptie van de evolutie van de gezondheid: een als positief ervaren gezondheidsverandering vergemakkelijkt de werkhervatting (Villotti et al., 2024). Het gebruik van gezondheidszorg (consultaties bij artsen, medicatie) verhoogt daarentegen het risico dat de arbeidsongeschiktheid zich verlengt tot invaliditeit en dus dat men niet uitstroomt uit arbeidsongeschiktheid (Bruyneel, et al., 2024).

De **werkgerelateerde persoonlijke factoren** spelen eveneens een doorslaggevende rol. Positieve verwachtingen rond de werkhervatting³ (in termen van waarschijnlijkheid en tijdsduur), een positieve houding tegenover het werk, een sterk gevoel van zelfeffectiviteit bij de werkhervatting⁴ (overtuiging van de persoon in diens vermogen om obstakels bij werkhervatting te overwinnen), evenals een positieve zelfbeoordeling van de eigen arbeidsgeschiktheid, bevorderen de werkhervatting (Brouwer, Reneman, Bült-

mann, Van der Klink & Groothoff, 2010; Gragnano, Villotti, Larivière, Negrini & Corbière, 2021; Heerkens, de Brouwer, Engels, van der Gulden & Kant, 2017; Villotti et al., 2024; Vooijs et al., 2015).

Een recente Belgische studie toonde bovendien aan dat cognitieve en gedragsmatige factoren een belangrijke invloed hebben op de werkhervatting. Zo bleek dat deelnemers die na een rugoperatie verwachtten snel opnieuw aan het werk te gaan, en die een lager risico op aanhoudende pijn inschatten, effectief sneller het werk hervatten (Vlayen, Meulders, Bamelis & Masuy, 2025).

Omgekeerd worden een voorgeschiedenis van absentisme (Dekkers-Sanchez, 2013; de Vries et al., 2018) of het feit dat het werk de (gepercipieerde) oorzaak is van de gezondheidstoestand (Sampere et al., 2012) geassocieerd met een langere duur of een lagere kans op werkhervatting.

1.2. Ontwikkeling van het onderzoeksmodel

Om antwoord te geven op onze onderzoeksvraag “**Welke voorspellende factoren beïnvloeden de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid bij personen die al dan niet zijn opgevolgd door terug naar werk-coördinatoren van CM?**”, onderzoeken wij in deze studie het effect van bepaalde **persoonlijke** (al dan niet werkgerelateerde) **en omgevingsfactoren** die de werkhervatting kunnen bevorderen of belemmeren. Sommige hiervan zijn bijzonder relevant omdat zij kunnen worden aangepast in het kader van terug naar werk-programma's of preventieve interventies (Villotti et al., 2024). Ons model richt zich bijgevolg voornamelijk op het effect van deze factoren op de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid, terwijl ook **sociodemografische variabelen** (leeftijd, geslacht, scholingsgraad, origine, taal, gezins-samenstelling) worden geïntegreerd om zowel het profiel van personen die uitstromen uit arbeidsongeschiktheid te beschrijven als om rekening te houden met hun invloed in de analyses. Daarnaast nemen wij in ons model **variabelen gerelateerd aan arbeidsongeschiktheid** op, waarvan sommige verband houden met de Belgische regelgeving rond arbeidsongeschiktheid. Figuur 1 illustreert dit model en de geselecteerde variabelen.

Op basis van de hiervoor besproken literatuur, formuleren we de volgende hypothesen.

³ *Return-to-work expectations* in het Engels.

⁴ *Return-to-work self-efficacy* in het Engels.

1.2.1. Effect van werkgerelateerde omgevingsfactoren

Belgische gegevens suggereren dat bedienden vaker gebruikmaken van toegelaten arbeid (een regeling waarbij iemand in arbeidsongeschiktheid het werk gedeeltelijk mag hervatten met goedkeuring van de adviserend arts van het ziekenfonds) dan arbeiders, en dat zij ook vlotter uit arbeidsongeschiktheid uitstromen (Bruyneel, et al., 2024; Mutualités Libres, 2023). Daarnaast zou er een positief verband kunnen bestaan tussen de verbondenheid met de arbeidsmarkt (voor de arbeidsongeschiktheid een job hebben eerder dan werkloos zijn) en werkhervatting (Cancelliere et al., 2016). Op basis daarvan veronderstellen we dat personen die **voltijds werkten** vóór de arbeidsongeschiktheid, evenals personen met **intellectueel werk**, meer kans hebben om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid.

1.2.2. Effect van factoren gerelateerd aan de arbeidsongeschiktheid

We veronderstellen dat bepaalde variabelen die samenhangen met de Belgische regelgeving rond arbeidsongeschiktheid – met name de categorisering en het initiatief voor de terugkeer naar werk – de kans op uitstroom uit arbeidsongeschiktheid kunnen beïnvloeden.

De **categorisering** is een inschatting van wat een persoon fysiek en psychisch nog kan, gebaseerd op het medisch dossier van de gerechtigde en op een door hem of haar ingevulde vragenlijst. De categorieën zijn als volgt gedefinieerd:

- **Categorie 1:** personen die op korte termijn (uiterlijk tegen het einde van de zesde maand arbeidsongeschiktheid) spontaan het werk zouden kunnen hervatten;
- **Categorie 2:** personen voor wie een werkhervatting om medische redenen niet mogelijk lijkt;
- **Categorie 3:** personen voor wie een werkhervatting voorlopig niet aan de orde is, omdat prioriteit moet worden gegeven aan diagnose of medische behandeling;
- **Categorie 4:** personen voor wie werkhervatting mogelijk lijkt na één of meerdere aanpassings- en/of begeleidingsacties (RIZIV, 2022).

In onze studie is de onderzoeksvraag niet getest voor personen in categorie 2, voor wie werkhervatting medisch niet mogelijk is, noch voor personen in categorie 1, bij wie

een spontane en snelle werkhervatting wordt verwacht en waarvan de determinanten sterk kunnen verschillen van deze van personen met nood aan begeleiding.

Wat betreft **het initiatief voor de opvolging**, kan het terugkeer naar werk-traject op twee manieren worden gestart: op initiatief van de adviserend arts, of op initiatief van de persoon zelf. We veronderstellen dat personen die zelf het initiatief nemen voor een terugkeer naar werk-traject, positiever staan tegenover hun kansen op werkhervatting en daardoor meer kans hebben om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid.

Ten slotte veronderstellen we, op basis van studies die aantonen dat voorspellende factoren van arbeidsongeschiktheid kunnen verschillen volgens het **type pathologie** (Villotti et al., 2024) en dat **de duur van de arbeidsongeschiktheid** de tijd tot werkhervatting verlengt (Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2024), dat ook deze variabelen invloed uitoefenen op de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid.

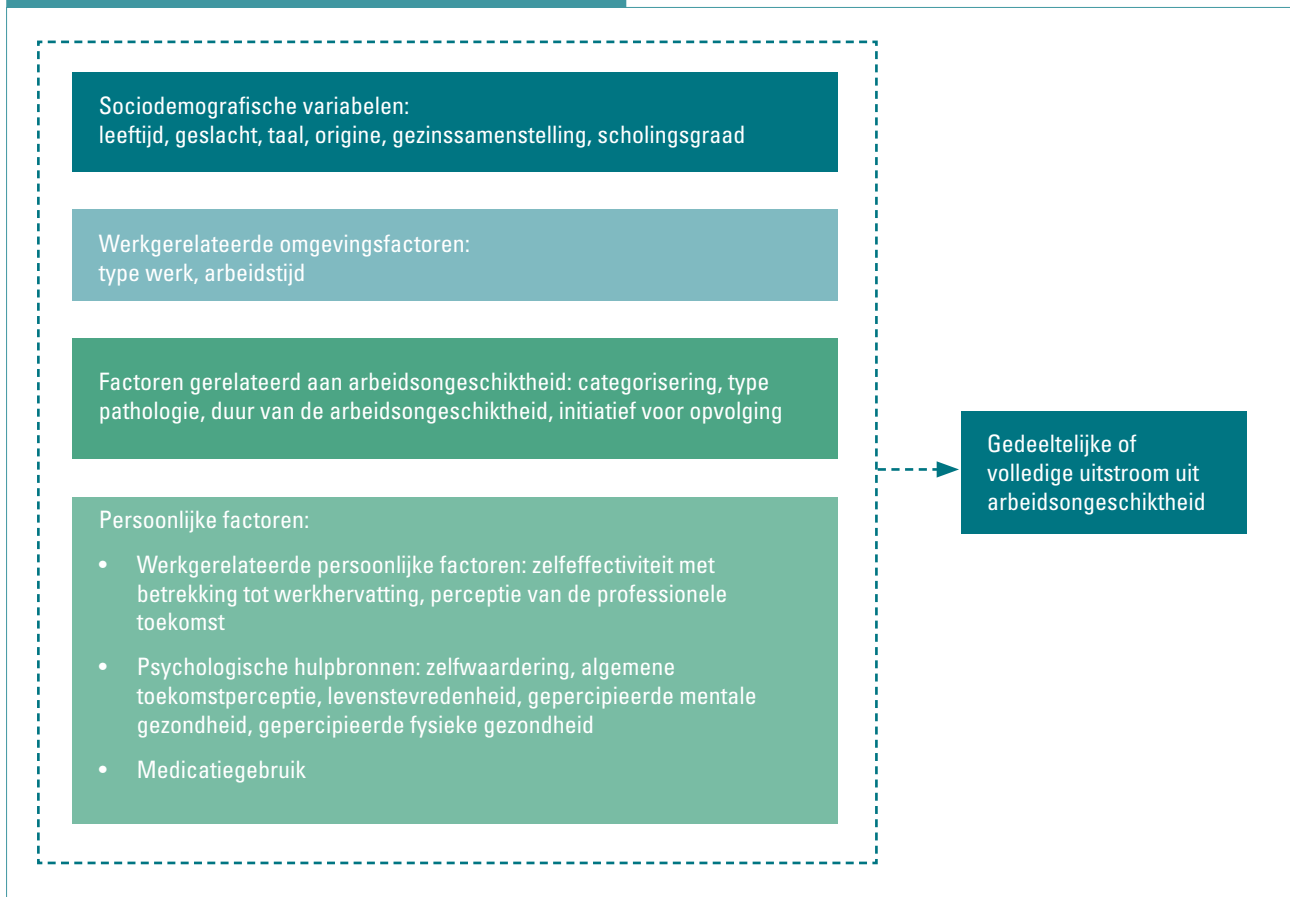
1.2.3. Effect van persoonlijke factoren

Voor effecten van **werkgerelateerde persoonlijke factoren**, tonen studies aan dat een **sterk** gevoel van zelfeffectiviteit, evenals een **optimistische perceptie** van **werkhervatting**, een snellere of meer waarschijnlijke werkhervatting voorspellen (Cancelliere et al., 2016; Gragnano et al., 2021; Villotti et al., 2024). We formuleren daarom de hypothese dat een hoog gevoel van zelfeffectiviteit en een positieve perceptie van de professionele toekomst de kans vergroten op uitstroom uit arbeidsongeschiktheid.

Op basis van de literatuur over de rol van **psychologische hulpbronnen** bij werkhervatting (Brouwer et al., 2010; Dekkers-Sanchez, 2013; De Vries et al., 2018; Villotti et al., 2024), veronderstellen we eveneens dat **tevredenheid met het leven**, een sterke **zelfwaardering**, een **positieve toekomstperceptie in het algemeen**, en een **positieve perceptie van de mentale en fysieke gezondheid**, de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid positief beïnvloeden.

Tot slot veronderstellen we, op basis van het vastgestelde verband tussen een **hoog medicatiegebruik** en de verlenging van arbeidsongeschiktheid richting invaliditeit (Bruyneel et al., 2024), dat deze variabele negatief samenhangt met de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid.

Figuur 1: Onderzoeksmodel



2. Methode

2.1. Steekproef

Dit onderzoek is gebaseerd op drie online enquêtes, uitgevoerd door CM tussen november 2023 en maart 2025. Bij het eerste meetmoment (T1, november 2023) zijn 69.527 CM-leden gecontacteerd die op het moment van verzending van de enquête minstens drie maanden en maximaal vier jaar arbeidsongeschikt waren. Van deze personen vulden er 5.100⁵ de vragenlijst volledig in, en stemden 3.322 ermee in om opnieuw gecontacteerd te worden in het kader van het vervolg van de studie. In juli 2024 (T2) ontvingen deze personen de tweede vragenlijst, die door

1.727 personen volledig is ingevuld (responsgraad 52%). In maart 2025 (T3) zijn de 1.371 deelnemers die hun toestemming hadden gegeven, gecontacteerd voor een derde en laatste vragenlijst, waarvan 692 deze volledig invulden (responsgraad 50%).

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, zijn enkel de personen geselecteerd die aan alle drie de meetmomenten deelnamen en aan de volgende specifieke criteria voldeden:

- Het referentienummer correct hebben ingevoerd⁶;
- Hun toestemming hebben gegeven voor gegevenskoppeling⁷ en beschikken over volledige administratieve gegevens voor de relevante variabelen⁸;

⁵ Waarvan 2.299 op het moment van het onderzoek nog steeds arbeidsongeschikt waren.

⁶ Om hun antwoorden uit het derde meetmoment te kunnen koppelen aan die van het tweede en het eerste meetmoment.

⁷ Om administratieve gegevens over arbeidsongeschiktheid uit hun ziekenfondsdossier te kunnen gebruiken.

⁸ Bijvoorbeeld: beschikken over een ingevulde waarde voor de variabele 'categorie'.

- Arbeidsongeschikt of invalide zijn geweest bij het eerste meetmoment⁹;
- Beschikken over een restcapaciteit die overeenkomt met categorie 3 of categorie 4¹⁰.

Na toepassing van deze criteria omvat de finale steekproef **340 deelnemers**, met hoofdzakelijk **vrouwen (71%)**, **personen van Belgische origine (90%)**, **woonachtig in Vlaanderen (57%)** en mensen die **intellectueel werk uitoefenen (58%)**. Meer dan de helft (53%) lijdt aan fysieke aandoeningen (bijvoorbeeld kanker, verstuikingen, musculoskeletale aandoeningen) en 47% aan mentale aandoeningen (bijvoorbeeld burn-out, depressie). Bij T3 bedraagt de **gemiddelde gecumuleerde duur** van de arbeidsongeschiktheid **3 jaar** (standaardafwijking = 1,3 jaar) en de gemiddelde leeftijd is **51 jaar** (standaardafwijking = 9 jaar). Tabel 1 geeft de volledige beschrijving van de steekproef.

Wat betreft de categorisering, behoort **14%** tot **categorie 4** (n = 46). **86%** behoort tot **categorie 3** (n = 278), een percentage dat binnen het door het RIZIV vastgestelde bereik ligt voor het aandeel personen dat op verschillende momenten van de arbeidsongeschiktheid in categorie 3 wordt geplaatst: vóór het einde van de vierde maand (78%), tijdens de zevende maand (93%), tijdens de elfde maand (86%) en op het moment van de verlenging tot invaliditeit (79%), volgens de gegevens van maart 2025 uit de terug naar werk-barometer van het RIZIV (2026b). **Deze vergelijking moet echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd**, aangezien onze steekproef enkel personen uit de categorieën 3 en 4 omvat, terwijl de RIZIV-gegevens betrekking hebben op een populatie waarin alle categorieën zijn opgenomen (inclusief de categorieën 1 en 2). Bovendien weerspiegelt onze categorisering de situatie van de personen bij het derde meetmoment, zonder aanduiding van het exacte moment waarop deze is vastgesteld. Daarnaast betreffen de voorgestelde gegevens uitsluitend personen die aan de studie deelnamen en geven ze dus geen reëel beeld van de categoriseringsgraad van alle CM-leden die arbeidsongeschikt zijn.

In het algemeen geldt dat wanneer een persoon in categorie 4 wordt ingedeeld, een aanvraag voor een terug naar werk-traject wordt ingediend en die persoon wordt doorverwezen naar een TNW-coördinator. Zoals eerder vermeld, telde onze steekproef 46 personen in categorie 4. Van hen hadden 31 tijdens de bestudeerde periode al contact gehad met een TNW-coördinator. Van de 15 personen zonder contact, waren er 12 intussen gedeeltelijk of volledig uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid, en werden er 3 opgevolgd na het derde meetmoment van de studie (dus na maart 2025). Daarnaast omvat de groep van opgevolgde personen ook een aanzienlijk aandeel personen in categorie 3 (50%, of eveneens 31 personen). In totaal had **18%** (n = 62) van de respondenten tijdens de bestudeerde periode minstens één contact met een TNW-coördinator, terwijl **82%** (n = 278) niet werd opgevolgd. Deze respondenten bevonden zich grotendeels (95%¹¹) in categorie 3. Ter herinnering: voor deze personen is werkhervatting voorlopig niet aan de orde omdat prioriteit moet worden gegeven aan diagnose of medische behandeling.

Verder zijn de opgevolgde en niet-opgevolgde personen vergeleken op andere criteria: onder de **opgevolgde respondenten** bevinden zich proportioneel meer personen die alleen wonen of alleen met kind(eren) (44% tegenover 25% in de groep 'niet-opgevolgd'), meer mannen (40% tegenover 26%), meer personen die in Wallonië wonen eerder dan in Vlaanderen¹² (52% tegenover 35%), meer personen die kortgeschoold zijn (29% tegenover 13%), die een manueel beroep uitoefenen (57% tegenover 39%) en die lijden aan musculoskeletale aandoeningen (36% tegenover 22%). Al deze verschillen zijn statistisch significant (Chi-kwadraattoets; p < 0,05). Gezien deze significante verschillen tussen opgevolgde en niet-opgevolgde respondenten, zijn de analyses om onze hypothesen te toetsen afzonderlijk uitgevoerd voor deze twee groepen.

9 Deze voorwaarde was noodzakelijk, aangezien deze studie tot doel heeft de voorspellende factoren van uitstroom uit arbeidsongeschiktheid op het derde meetmoment te onderzoeken.

10 Zie verantwoording in deel 1.2.2.

11 De resterende 5% betreft de 15 personen uit categorie 4 die hiervoor zijn vermeld.

12 Door een onvoldoende aantal respondenten uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (n = 18), was het niet mogelijk om het verschil in aandeel voor dit gewest statistisch te testen.

Tabel 1: Beschrijving van de personen die aan de drie meetmomenten hebben deelgenomen (Bron: CM)

		N	%	Gemiddelde (standaard-afwijking)
Leeftijd		340		51 (8,7)
Geslacht	Vrouwen	242	71%	
	Mannen	98	29%	
Origine	Belgisch zonder migratieachtergrond	305	90%	
	Belgisch met migratieachtergrond of niet-Belgisch	35	10%	
Regio	Vlaanderen	194	57%	
	Wallonië	121	36%	
	Brussel	18	5%	
	Buiten België	7	2%	
Taal	Frans	144	42%	
	Nederlands	196	58%	
Scholingsgraad	Lager onderwijs, lager secundair of hoger secundair	157	46%	
	Hoger onderwijs (korte of lange type)	183	54%	
Gezinssamenstelling	Alleen of alleen met kind(eren)	97	28%	
	Met partner	132	39%	
	Met partner en kind(eren)	111	33%	
Arbeidstijd	Deeltijds	123	36%	
	Voltijds	217	64%	
Type werk	Manueel	143	42%	
	Intellectueel	197	58%	
Pathologie	Fysiek	182	53%	
	Mentaal	158	47%	
Categorie	Categorie 3	294	86%	
	Categorie 4	46	14%	
Opvolging door TNW-coördinator	Nee	278	82%	
	Ja	62	18%	
Duur arbeidsongeschiktheid (in maanden)		340		36 (16,5)

2.2. Metingen

De variabelen van het onderzoeksmodel zijn gemeten, hetzij via zelfgerapporteerde gegevens (online vragenlijst), hetzij op basis van administratieve gegevens van het ziekenfonds. De onafhankelijke variabelen zijn verzameld tijdens de eerste twee meetmomenten (T1 of T2), de afhankelijke variabele (uitstroom uit arbeidsongeschiktheid) bij T3. Dit laat toe een temporeel verloop tussen deze variabele en de verschillende voorspellers te meten (longitudinaal design).

2.2.1. Sociodemografische en werk-gerelateerde omgevingsvariabelen

Deze variabelen, verzameld bij T1 via de antwoorden op de online vragenlijst, zijn categorisch gecodeerd om een duidelijke interpretatie van de regressiecoëfficiënten mogelijk te maken:

- **Leeftijd**: continue variabele (chronologische leeftijd);
- **Geslacht** (0 = man en 1 = vrouw);
- **Taal** (0 = Frans en 1 = Nederlands);

- **Gezinssamenstelling** (1 = alleen, 2 = met kind(eren), 3 = met partner en 4 = met partner en kind(eren));
- **Scholingsgraad** (1 = lager onderwijs of lager secundair, 2 = hoger secundair, 3 = hoger onderwijs van het korte type en 4 = hoger onderwijs van het lange type);
- **Origine** (0 = Belgisch en 1 = niet-Belgisch of Belgisch met migratieachtergrond);
- **Type werk** (0 = manueel en 1 = intellectueel);
- **Arbeidstijd** vóór de arbeidsongeschiktheid, gecodeerd op een schaal gaande van 1 = minder dan halftijds tot 5 = voltijds.

2.2.2. Variabelen gerelateerd aan arbeidsongeschiktheid

De aan arbeidsongeschiktheid gerelateerde variabelen komen uit het administratieve dossier van de deelnemers die hun toestemming gaven voor gegevenskoppeling en zijn als volgt gecodeerd:

- Meest recente **categorie**¹³: 0 = categorie 3 en 1 = categorie 4;
- **Type pathologie**¹⁴: 0 = musculoskeletale of andere aandoeningen en 1 = mentale aandoeningen/burn-out;
- **Duur van de arbeidsongeschiktheid** bij T1, initieel beschikbaar als gecumuleerd aantal dagen, hergecodeerd als 0 = primaire arbeidsongeschiktheid (< 12 maanden) en 1 = invaliditeit (≥ 12 maanden);
- **Initiatief voor de opvolging**, gecodeerd als 0 = adviserend arts en 1 = lid, naargelang wie het terug naar werk-traject initieerde.

2.2.3. Persoonlijke factoren¹⁵

De variabelen over welbevinden en subjectieve gezondheid zijn gemeten met gevalideerde schalen uit de wetenschappelijke literatuur, meestal op Likert-schalen van 1 tot 5. Factoranalyses toonden aan dat de factorlading van alle items van deze schalen voldoende hoog was (> 0,40), en interne consistentie-analyses wezen op bevredigende Cronbach-alfa's ($\alpha > 0,70$).

Het **gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting** is gemeten aan de hand van de 11-itemschaal van Lagerfeld, Blonk, Brenninkmeijer en Schaufeli (2010) ($\alpha = 0,94$), waarbij deelnemers aangaven in welke mate ze instemden met de volgende stellingen: "Na mijn werkhervatting verwacht ik ...

- In staat te zijn om met tegenslagen om te gaan;
- Mijn professionele taken niet te kunnen uitvoeren wegens mijn emotionele toestand^{*16};
- Mijn persoonlijke grenzen op het werk te kunnen aangeven;
- Mijn taken op het werk te kunnen uitvoeren;
- Emotioneel moeilijke situaties aan te kunnen;
- Geen energie meer te hebben om iets anders te doen*;
- Mij te kunnen concentreren op mijn werk;
- Met werkdruk om te kunnen gaan;
- Mogelijke problemen op het werk niet te kunnen beheersen*;
- Mij te kunnen motiveren om mijn werk uit te voeren;
- De fysieke eisen van mijn werk aan te kunnen."

De **toekomstperspectieven op professioneel en algemeen vlak** zijn gemeten aan de hand van zes items uit respectievelijk de schaal van Zacher en Frese (2009) en deze van Carstensen en Lang (1996), met interne consistentie-indices van 0,90 en 0,88. De **zelfwaardering** is gemeten met de schaal van Rosenberg (1965) ($\alpha = 0,92$), en de **levenstevredenheid** met de schaal van Blais, Vallerand, Pelletier en Brière (1989) ($\alpha = 0,84$).

De **mentale gezondheid** is gemeten met de *General Health Questionnaire-12* (Goldberg, 1972) ($\alpha = 0,90$), en de **fysieke gezondheid** met items uit de vragenlijst over werkvermogen (Fonds voor de Professionele Ervaring, 2009) ($\alpha = 0,80$). Tot slot is het **medicatiegebruik** gemeten met vragen over de wekelijkse gebruiksfrequentie van verschillende geneesmiddelen ($\alpha = 0,60$).

13 Aangezien de categorisering in de loop der tijd kan wijzigen, is – om het aantal ontbrekende gegevens zo beperkt mogelijk te houden – de meest recent gekende categorie gebruikt.

14 Voor de beschrijvende analyses is volgende codering gehanteerd: 1 = mentale stoornissen en burn-out; 2 = musculoskeletale aandoeningen; 3 = andere pathologieën.

15 Om een coherente temporele relatie met de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid te garanderen, zijn de variabelen gemeten op T2 – dat wil zeggen ongeveer acht maanden vóór de beoordeling van de arbeidsongeschiktheidsstatus op T3 – gebruikt in de analyses. Deze keuze maakt het mogelijk om rekening te houden met recente psychosociale factoren en tegelijk temporele precedentie ten opzichte van de afhankelijke variabele te verzekeren.

16 *Negatief geformuleerde items.

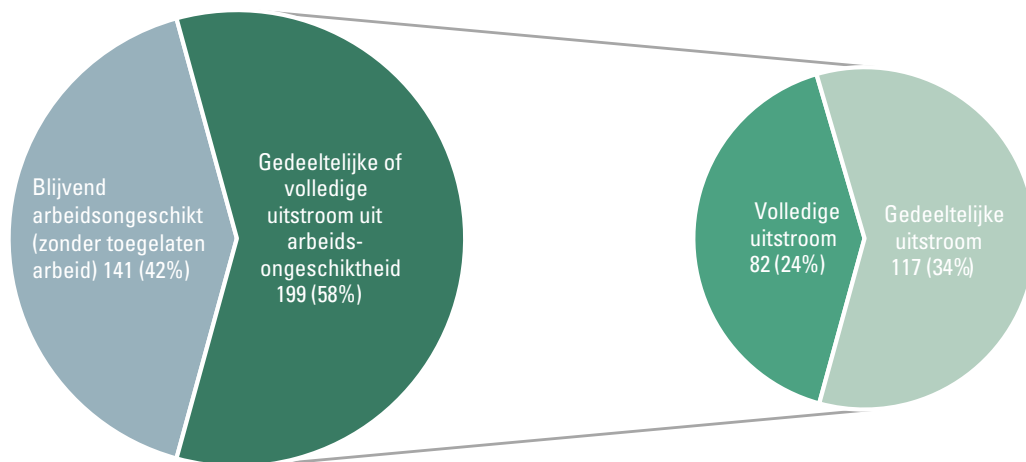
2.2.4. Uitstroom uit arbeidsongeschiktheid

De variabele 'uitstroom uit arbeidsongeschiktheid' is geconstrueerd op basis van administratieve gegevens van de deelnemers, door een combinatie van twee bij het derde meetmoment (T3) geëxtraheerde informatie-elementen: de status van arbeidsongeschiktheid (ja/nee) en de aanwezigheid van toegelaten arbeid (ja/nee). **Een persoon werd beschouwd als gedeeltelijk of volledig uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid indien die bij T3 niet langer arbeidsongeschikt was of toegelaten arbeid uitoefende;** in de andere gevallen is de persoon gecodeerd als niet uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid.

Bij T3 waren er van de 340 deelnemers 199 (58%) gedeeltelijk of volledig uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid¹⁷ (zie Figuur 2): 82 volledig (24% van de totale steekproef)

en 117 gedeeltelijk via toegelaten arbeid (34% van de totale steekproef). De overige 141 personen (42%) waren in maart 2025 nog steeds arbeidsongeschikt zonder toegelaten arbeid. Deze situatie weerspiegelt de toestand op het moment van het derde meetmoment en sluit een latere uitstroom uit arbeidsongeschiktheid niet uit, aangezien trajecten van werkhervatting zich soms over langere periodes uitstrekken. Het globale aandeel toegelaten arbeid in de steekproef – 34% – ligt duidelijk hoger dan de nationale cijfers (in 2023 volgens het RIZIV ongeveer 17%). Dit verschil kan waarschijnlijk worden verklaard door de specifieke inclusiecriteria van onze studie (uitsluitend categorieën 3 en 4, personen die bij de start van de studie minstens drie maanden en maximaal vier jaar arbeidsongeschikt waren), evenals door de meer recente observatieperiode (2025), waarbij het gebruik van toegelaten arbeid de afgelopen jaren is toegenomen (Solidaris, 2026).

Figuur 2: Aantal personen dat gedeeltelijk of volledig uit de arbeidsongeschiktheid is gestroomd op het derde meetmoment (Bron: CM)



17 Mogelijke redenen waarom iemand niet langer als arbeidsongeschikt wordt beschouwd, zijn onder meer: terugkeer naar de arbeidsmarkt (hetzij via werkhervatting, hetzij via werkloosheid), pensionering of overlijden. In het kader van deze studie is dit laatste uitgesloten, aangezien alle in de analyse opgenomen personen het onlinevragenformulier op het derde meetmoment invulden en dus op dat moment in leven waren. Wat uitstroom via werkloosheid betreft, kan worden verondersteld dat dit in onze steekproef beperkt is, aangezien slechts 4,7% (n = 16) van de respondenten aangaf werkloos te zijn op het eerste meetmoment. Wat uitstroom wegens pensionering betreft, stelt het RIZIV (2025) in zijn barometer vast dat er in de maand mei een hoog aantal uitstroomgevallen richting pensioen is. Aangezien onze gegevens de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid meten op het derde meetmoment (maart 2025), is het weinig waarschijnlijk dat pensionering een belangrijk uitstroommotief vormt in onze steekproef. Deze elementen doen vermoeden dat het overgrote deel van de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid in deze studie overeenkomt met een effectieve hervatting van betaalde arbeid.

2.3. Analyses

De analyses zijn uitgevoerd met de software IBM SPSS 23. In een eerste fase is met **beschrijvende statistieken** de steekproef beschreven (globaal en voor de groepen 'opgevolgd' en 'niet opgevolgd'; zie Deel 2.1). Vervolgens is een aanvullende beschrijvende analyse uitgevoerd om een 'profieltype' te identificeren van personen die bij het derde meetmoment uitgestroomd waren uit arbeidsongeschiktheid. De verschillen tussen personen die wel en niet waren uitgestroomd zijn getoetst met **Chi-kwadraattoetsen** (χ^2). Daarna zijn met **correlatieanalyses** de relaties onderzocht tussen de variabelen gemeten op T1 of T2 en de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid bij T3, en dit afzonderlijk voor de groepen 'opgevolgd' en 'niet-opgevolgd' (door een TNW-coördinator).

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn vervolgens **multivariate logistische regressies** uitgevoerd. Daarbij zijn hiërarchische modellen getest: vier opeenvolgende modellen voor de groep 'opgevolgd' (met toevoeging van achtereenvolgens demografische variabelen, variabelen gerelateerd aan de werkomgeving en aan de arbeidsongeschiktheid, en ten slotte persoonlijke factoren), en zes modellen¹⁸ voor de groep 'niet opgevolgd' (demografische variabelen, variabelen gerelateerd aan de werkomgeving, variabelen gerelateerd aan de arbeidsongeschiktheid, werkgerelateerde persoonlijke factoren, psychologische hulpbronnen en medicatiegebruik).

De resultaten van deze modellen worden weergegeven in de vorm van *odds ratios* (OR). De *odds ratio* (OR) of kansenverhouding meet de associatie tussen een onafhankelijke variabele gemeten op T1 of T2 (bijvoorbeeld het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting) en de kans om bij T3 uitgestroomd te zijn uit arbeidsongeschiktheid. Bij een OR gelijk aan 1, is in dit voorbeeld de kans op uitstroom identiek ongeacht het niveau van zelfeffectiviteit; bij een OR groter dan één, is de kans op uitstroom groter naarmate het niveau van zelfeffectiviteit toeneemt; bij een OR kleiner dan 1, neemt de kans op uitstroom af naarmate het niveau van zelfeffectiviteit stijgt. De OR-coëfficiënten worden dus geïnterpreteerd als een maat voor de samenhang tussen de onafhankelijke variabelen (bijvoorbeeld het gevoel van zelfeffectiviteit) en het al dan niet uitstromen uit arbeidsongeschiktheid.

2.4. Beperkingen

Hoewel deze studie steunt op een **solide methodologisch opzet** – met drie meetmomenten die telkens acht maanden uit elkaar liggen en het gecombineerd gebruik van zelfge rapporteerde en administratieve gegevens – moet rekening gehouden worden met verschillende beperkingen.

De eerste beperking betreft de **omvang van de definitieve steekproef** ($n = 340$). Deze is verkleind door de uitval van deelnemers¹⁹ in de loop van de drie meetmomenten, een frequent voorkomend fenomeen in longitudinaal onderzoek, en door de noodzaak om exclusiecriteria toe te passen om de onderzoeksvraag te kunnen toetsen. Niettemin blijft de uiteindelijke steekproefgrootte vergelijkbaar met gangbare normen binnen dit onderzoeksdomein. Zo toont een systematische literatuurreview over de longitudinale ontwikkeling van welzijn op het werk aan dat de meeste studies in hun analyse 200 tot 300 deelnemers opnemen die aan alle meetmomenten hebben deelgenomen (Mäkikangas, Kinnunen & Wilmar, 2016). Er moet wel worden benadrukt dat in de regressieanalyses enkel de modellen voor de groep 'niet-opgevolgd' beschikten over een voldoende aantal gebeurtenissen om te voldoen aan de statistische aanbevelingen over stabiliteit van schattingen (Peduzzi, Concato, Kemper, Holford & Feinstein, 1996). De **resultaten voor de groep 'opgevolgd'** moeten dan ook als **exploratief** worden beschouwd en met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Daarnaast is de steekproef **niet volledig representatief** voor de totale populatie van personen in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit. In vergelijking met de populatie in invaliditeit binnen de algemene regeling (RIZIV, 2023a), bevat onze steekproef proportioneel meer vrouwen (71% tegenover 61%), meer personen wonend in Vlaanderen (57% tegenover 51%), meer met een intellectueel beroep (58%, terwijl de populatie in invaliditeit bestaat uit 37% werknemers en 63% arbeiders) en meer met psychische aandoeningen (47% tegenover 42%). De steekproef is daarentegen voldoende representatief wat leeftijd betreft (77% werknemers ouder dan 45 jaar tegenover 76 % in de populatie).

18 Aangezien de steekproefomvang groter was voor de groep 'niet gevolgd', konden in deze analyses meer variabelen worden opgenomen dan bij de groep 'gevolgd'.

19 Verlies van deelnemers in de tijd.

Deze variabelen (leeftijd, geslacht, type beroep en type pathologie) werden echter in de analyses opgenomen als controlevariabelen, waardoor met hun potentiële effect op de kans op uitstroom uit arbeidsongeschiktheid rekening wordt gehouden. De resultaten van de modellering zouden hierdoor niet structureel vertekend mogen zijn.

Ten slotte meet de **afhankelijke variabele** de **gedeeltelijke of volledige uitstroom** uit arbeidsongeschiktheid, zonder nauwkeurig onderscheid volgens onderliggende reden (werkhervatting, werkloosheid, pensionering). De opname van toegelaten arbeid garandeert echter dat het voor een groot deel van de personen uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid, wel degelijk om een gedeeltelijke werkhervatting gaat. Bovendien vermindert het lage aandeel respondenten dat vóór de arbeidsongeschiktheid werkloos was het risico op verwarring, en vormen overlijdens geen reden voor uitstroom binnen onze steekproef, aangezien alle in de analyse opgenomen personen deelnamen aan de bevraging bij het derde meetmoment en dus op dat moment in leven waren.

3. Resultaten

3.1. Profieltype van deelnemers uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid op T3

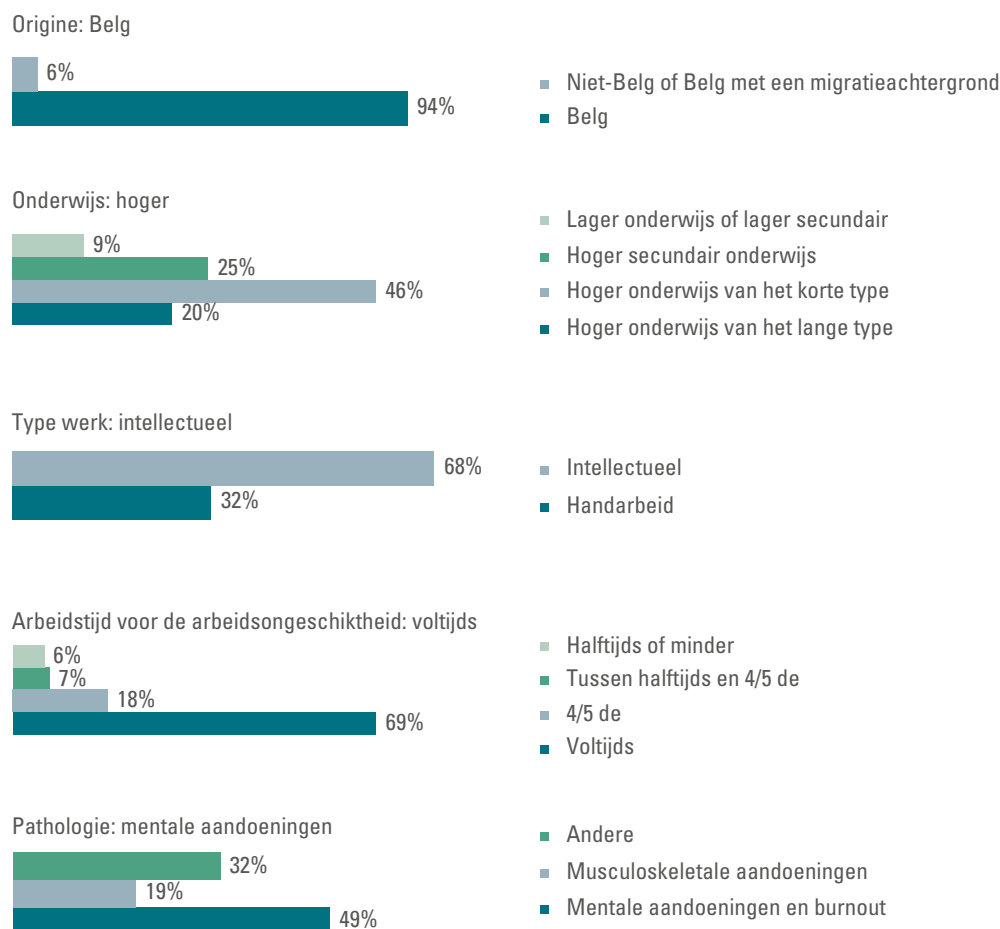
De beschrijvende analyses, uitgevoerd vóór het toetsen van onze hypothesen, maakten het mogelijk om het sociodemografisch profiel te bepalen van de deelnemers die bij het derde meetmoment geheel of gedeeltelijk uitgestroomd waren uit arbeidsongeschiktheid ($n = 199$) (zie Figuur 3). In vergelijking met personen die nog steeds arbeidsongeschikt zijn ($n = 141$), zijn deze personen **vaker afgestudeerd in het hoger onderwijs** (66% tegenover 37%), oefenen zij **vaker een intellectueel beroep** uit (68% tegenover 43%), werkten zij **vóór de arbeidsongeschiktheid vaker voltijds** (70% tegenover 56%) en zijn zij **vaker Belg zonder migratie-achtergrond** (94% tegenover 84%). Verder telt deze groep een groter aandeel personen met een periode van **primaire arbeidsongeschiktheid** (29% tegenover 18%)²⁰. Al deze verschillen zijn statistisch significant (Chi-kwadraattoets, $p < 0,05$). Op een marginaal significant niveau ($p < 0,10$) vertonen personen uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid ook **vaker mentale aandoeningen** (49% tegenover 43%) of **andere pathologieën** (31% tegenover 27%) dan musculoskeletale aandoeningen (20% tegenover 30%).

3.2. Voorspellende factoren voor uitstroom uit arbeidsongeschiktheid

De variabelen opgenomen in de logistische regressiemodellen zijn geselecteerd op basis van de wetenschappelijke literatuur en een voorafgaande correlatieanalyse met uitstroom uit arbeidsongeschiktheid. Enkel de variabelen die significant correleerden ($p < 0,05$) met uitstroom uit arbeidsongeschiktheid zijn geïntegreerd in de regressiemodellen. Zoals methodologisch voorzien (zie Deel 2.1.) zijn de analyses afzonderlijk uitgevoerd naargelang personen wel of niet zijn opgevolgd door een terug naar werk-coördinator.

20 Invaliditeit blijft in beide groepen dominant, aangezien personen in invaliditeit talrijker zijn in de steekproef.

Figuur 3: Profieltype van de deelnemers uitgestroomd arbeidsongeschiktheid op het derde meetmoment (Bron: CM)



3.2.1. Resultaten voor de groep 'opgevolgd'

Voor de groep 'opgevolgd' (n = 62) tonen de stapsgewijze logistische regressies aan dat in model 1 de **scholingsgraad** en de **taal** samenhangen met de kans om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid. We zien een hogere kans bij personen met een diploma hoger onderwijs – vooral van het lange type, en in mindere mate van het korte type – en bij Nederlandstaligen (zie Tabel 2). Het toevoegen van het type werk in model 2 verbetert de voorspelling niet.

In model 3 toont de toevoeging van de **categorie** aan dat deelnemers in **categorie 3** vaker uit arbeidsongeschiktheid zijn uitgestroomd dan deze in categorie 4. Deze bevinding wordt bevestigd door de beschrijvende analyses: van de 62 opgevolgde personen, was 58% van de personen in categorie 3 bij het derde meetmoment geheel of ge-

deeltelijk uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid, tegenover slechts 32% van diegenen in categorie 4; dit verschil is statistisch significant ($p < 0,05$). Dit resultaat leidde tot een verdiepende analyse waarin personen in categorie 4 zijn vergeleken met personen in categorie 3 binnen de totale steekproef (n = 340). Personen in **categorie 4** (n = 46) wonen proportioneel vaker alleen dan deze in categorie 3 (30% tegenover 16%), oefenen vaker **manuele beroepen** uit (57% tegenover 40%), werkten vóór de arbeidsongeschiktheid vaker **deeltijds** (48% tegenover 34%) en lijden vaker aan **mentale of musculoskeletale aandoeningen, dan aan andere aandoeningen** (87% tegenover 68%). Daarnaast **nemen opgevolgde personen in categorie 4, vergeleken met opgevolgde personen in categorie 3, veel minder vaak zelf het initiatief** tot het starten van een begeleidingstraject (10% tegenover 68%). Al deze verschillen zijn statistisch significant.

Tabel 2: Resultaten van de regressieanalyses die de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid voorspellen bij de opgevolgde respondenten (n = 62) (Bron: CM)

Voorspellende variabelen	Model met categorie				Model met initiatief voor de opvolging			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Taal (ref: Franstalig)	3,29*	3,28†	9,03*	7,84*	3,29*	3,28†	18,5*	18,17*
Scholingsgraad (ref: lager onderwijs of lager secundair)								
Hoger secundair	0,45	0,45	0,47	0,40	0,45	0,45	0,39	0,30
Hoger onderwijs (korte type)	3,44†	3,29	2,37	1,19	3,44†	3,29	2,21	0,87
Hoger onderwijs (lange type)	7,61*	7,27†	5,10	3,10	7,61*	7,27†	15,7*	6,38
Type werk (ref: manueel)	-	1,08	1,35	1,65		1,08	1,24	1,61
Categorie (ref: categorie 3) of initiatief voor de opvolging (ref: adviserend arts)	-		0,15*	0,14*			12,29*	17,8*
Zelfwaardering	-			0,76				0,69
Levenstevredenheid	-			1,51				1,71
Mentale gezondheid	-			2,76				3,14

Noot. N = 62. De odds ratio's (OR) per model worden weergegeven. Associaties worden als significant beschouwd als het 95%-betrouwbaarheidsinterval de waarde 1 niet bevat ($p < 0,05$).

† $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Om rekening te houden met het **nauwe verband tussen de categorie categorie en het initiatief voor de opvolging**, is in de regressieanalyses een alternatief model getest waarbij de variabele 'categorie' is vervangen door '**initiatief voor de opvolging**'. De resultaten tonen dat personen die hun traject **op eigen initiatief** startten een hogere kans hebben om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid dan personen bij wie het traject op advies van de adviserend arts is gestart.

Ten slotte blijkt in model 4 (zowel met de variabele categorie als met het initiatief voor de opvolging) dat de toevoeging van subjectieve persoonlijke factoren (zelfwaardering, levenstevredenheid, mentale gezondheid) geen significante associatie vertoont met de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid binnen de groep 'opgevolgd'.

3.2.2. Resultaten voor de groep 'niet-opgevolgd'

Voor de groep 'niet-opgevolgd' (n = 278) tonen de logistische regressieanalyses aan dat in model 1 **scholingsgraad** en **origine** significante voorspellers zijn van de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid (zie Tabel 3). Personen met een diploma hoger onderwijs (zowel van het korte als van het lange type) hebben een aanzienlijk hogere kans om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid dan personen die korter geschoold zijn. Omgekeerd hebben niet-Belgische personen of Belgische personen met een migratieachtergrond een lagere kans op uitstroom dan personen van Belgische origine zonder migratieachtergrond. **Leef-tijd** vertoont een marginaal significant effect, suggerevend dat oudere personen iets minder kans hebben om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid. Merk op dat we in dit model het effect van de categorie niet hebben getest, omdat deze niet significant correleerde met de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid; met andere woorden, voor de niet-opgevolgde personen die in deze studie zijn bevraagd, lijkt het behoren tot categorie 3 of 4 niet samen te hangen met de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid.

In model 2 toont de toevoeging van werkgerelateerde omgevingsvariabelen het effect aan van de **arbeidstijd vóór de arbeidsongeschiktheid**: voltijds werken vóór de arbeidsongeschiktheid verhoogt de kans op uitstroom. **Het type werk** (manueel of intellectueel) is in dit stadium nog niet significant, maar wordt dat wel in de modellen 4 tot 6, waarbij personen met **een intellectueel beroep** een hogere kans hebben op uitstroom uit arbeidsongeschiktheid. Model 3 introduceert de duur van de arbeidsongeschiktheid, evenwel zonder een significant effect van deze variabele.

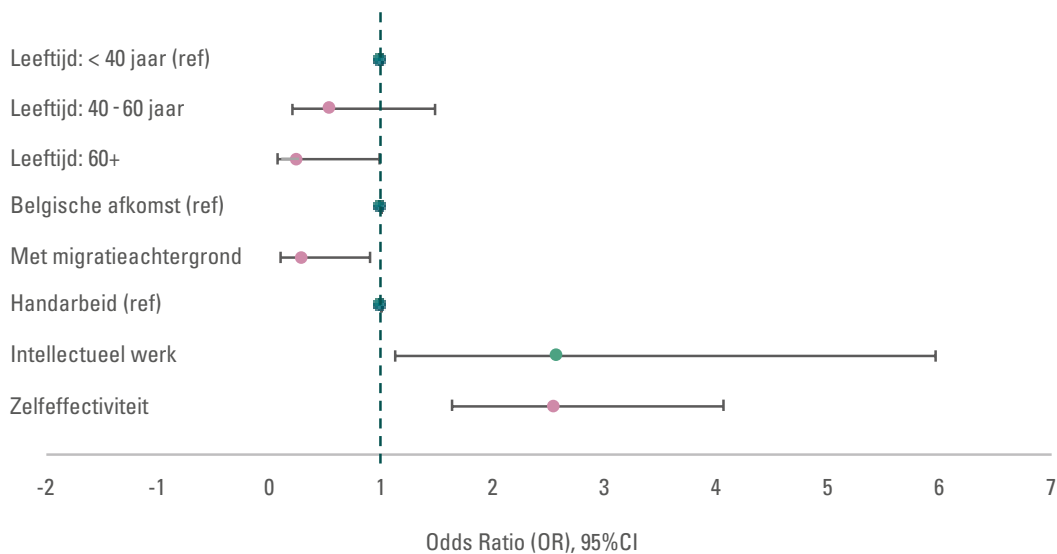
In de modellen 4 tot 6, waarin progressief subjectieve persoonlijke factoren zijn toegevoegd, blijkt slechts één variabele systematisch een significante voorspeller: het **gevoel van zelfeffectiviteit bij werkherhvatting**. Deze factor, die in elk van deze modellen positief samenhangt met uitstroom uit arbeidsongeschiktheid, vormt een **centraal element in het hervattingsproces**. Beschrijvende resultaten tonen aan dat personen die bij het tweede meetmoment geloofden in hun vermogen om obstakels bij werkherhvatting te overwinnen, bij het derde meetmoment bijna twee keer zo vaak uitgestroomd waren uit arbeidsongeschiktheid (129 tegenover 70 personen). Gezien het belang van deze variabele voor onze onderzoeksvraag, zijn bijkomende correlatieanalyses uitgevoerd om te onderzoeken hoe het niveau van zelfeffectiviteit varieert naargelang sociodemografische, professionele en arbeidsongeschiktheidsgerelateerde kenmerken.

Tabel 3: Resultaten van de regressieanalyses die de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid voorspellen bij de niet-opgevolgde respondenten (n = 278) (Bron: CM)

Voorspellende variabelen	Model					
	1	2	3	4	5	6
Leeftijd	0,97†	0,97	0,98	0,97	0,95*	0,95*
Scholingsgraad (ref: lager onderwijs of lager secundair)						
Hoger secundair	1,74	1,58	1,52	1,56	1,67	1,62
Hoger onderwijs (korte type)	4,10***	3,12*	2,94*	2,03	1,93	1,88
Hoger onderwijs (lange type)	3,35*	2,38	2,32	1,37	1,30	1,23
Origine (ref: Belgisch)	0,35*	0,35*	0,33*	0,33*	0,27*	0,28*
Type werk (ref: manueel)	-	1,35	1,32	2,27*	2,58*	2,52*
Arbeidstijd (ref: minder dan halftijds)						
Tussen halftijds en 4/5de		1,85	1,87	1,03	1,14	1,11
4/5de		2,77	2,81*	1,37	1,28	1,27
Voltijds		2,85*	2,69*	1,26	1,12	1,08
Duur arbeidsongeschiktheid (ref: primaire arbeidsongeschiktheid)	-	-	0,69	0,91	1,01	1,01
Gevoel van zelfeffectiviteit bij werkherhvatting	-	-	-	3,30***	2,76***	2,62***
Toekomstperspectief op professioneel vlak	-	-	-	1,06	0,85	0,86
Zelfwaardering	-	-	-	-	1,42	1,31
Toekomstperspectief op algemeen vlak					1,27	1,19
Levenstevredenheid	-	-	-	-	1,29	1,12
Mentale gezondheid	-	-	-	-	-	1,39
Fysieke gezondheid	-	-	-	-	-	1,11
Geneesmiddelen	-	-	-	-	-	1,01

Noot. N = 278. De odds ratio's (OR) per model worden weergegeven. † $p < 0,10a0$; * $p < 0,05a0$; ** $p < 0,01a0$; *** $p < 0,001$

Figuur 4: Significante voorspellers van de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid voor respondenten niet opgevolgd door een TNW-coördinator (Bron: CM)



N = 278. De odds ratios (OR) van het meest volledige model (model 6) worden voorgesteld. Om het leeftijdseffect in de figuur weer te geven, is deze variabele gecodeerd in drie leeftijdscategorieën (op basis van de standaardafwijking) en opgenomen in het regressiemodel als een categorische variabele.

Deze resultaten moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd, aangezien het louter bivariate verbanden betreft, zonder controle voor andere beïnvloedende variabelen. De correlaties tonen aan dat het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting hoger is bij Nederlandstaligen, langer geschoolden, personen die voltijds werkten vóór de arbeidsongeschiktheid en personen die bij het eerste meetmoment in primaire arbeidsongeschiktheid waren in plaats van in invaliditeit.

Figuur 4 geeft een samenvattend overzicht van de significante effecten in het meest volledige model (model 6), inclusief de bijbehorende *odds ratios*.

4. Bespreking

4.1. Profiel van personen uitgestroomd uit arbeidsongeschiktheid

Deze longitudinale studie toonde vooreerst aan dat deelnemers **die Belg zijn zonder migratie-achtergrond**, met een **diploma hoger onderwijs**, die **intellectueel werk** uitoefenen, **voltijds** werkten vóór de arbeidsongeschiktheid en arbeidsongeschikt waren wegens een **mentale aandoening, meer kans** hebben **om bij het derde meetmoment uitgestroomd te zijn uit arbeidsongeschiktheid**²¹ dan personen met een migratieachtergrond, die korter geschoold zijn, een manueel beroep uitoefenen, vóór de arbeidsongeschiktheid deeltijds werkten en arbeidsongeschikt waren wegens een musculoskeletale aandoening. Onze hypothese is dat deze personen vaker kwetsbaarheden cumuleren die hen duurzamer van de arbeidsmarkt verwijderd houden, hetzij door de omvang van de beperking

²¹ Ter herinnering: het gaat hier om uitstroom uit arbeidsongeschiktheid aan het einde van de bestudeerde periode. Dit betekent niet dat deze personen nooit meer arbeidsongeschikt zullen zijn; bepaalde initiatieven tot werkhervatting of heroriëntering kunnen immers enige tijd vergen alvorens resultaten zichtbaar worden.

die hun aandoening vormt met het oog op werkhervatting, hetzij rekening houdend met de meervoudige uitdagingen waarmee zij waarschijnlijk vaker worden geconfronteerd. Zoals wordt benadrukt in een rapport van de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid (2024), lijken groepen die langer arbeidsongeschikt blijven (oudere personen, personen die kortgeschoold zijn of in Wallonië of Brussel wonen) in het algemeen ook zwakker te staan op de arbeidsmarkt met een hogere werkloosheidsgraad dan gemiddeld bij oudere werknemers, kortgeschoolden en personen die in Brussel of Wallonië wonen.

4.2. Voorspellende factoren voor personen niet opgevolgd door een TNW-coördinator

Voor **personen niet opgevolgd** door een terug naar werk-coördinator, tonen de resultaten van het meest volledige model aan dat **leeftijd, origine, type werk** en het **gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting** (wanneer een persoon gelooft in diens vermogen om obstakels bij werkhervatting te overwinnen) significante voorspellers zijn van de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid. Hieronder bespreken wij elk van deze resultaten en koppelen ze aan de wetenschappelijke literatuur.

4.2.1. Effect van sociodemografische en werkgerelateerde factoren

Onze resultaten tonen aan dat **jongere werknemers** van **Belgische origine zonder migratieachtergrond** die een **intellectueel beroep** uitoefenen, meer kans hebben om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid dan oudere personen, personen met een migratieachtergrond of met een manueel beroep. Deze bevindingen sluiten aan bij eerder gedocumenteerde tendensen, waaruit blijkt dat oudere personen of personen die korter geschoold zijn minder kans hebben om de arbeidsongeschiktheid te verlaten (Vooijs et al., 2015). Op dezelfde manier hebben personen met een migratieachtergrond, die vaak geconfronteerd worden met meer precaire jobs (Unia, 2022) en sterker worden getroffen wanneer zij discriminatie ervaren in verband met hun arbeidsongeschiktheid (Henry, 2025), meer moeilijkheden om uit de arbeidsongeschiktheid te geraken. Deze resultaten roepen vragen op over de **aanwezigheid van structurele obstakels op de arbeidsmarkt**, zoals discriminatie op basis van leeftijd of origine, die in België nog steeds wijdverspreide vormen van uitsluiting zijn (Unia, 2022; Unia, 2025).

Wat het effect van het type werk betreft, toonden Belgische studies eveneens aan dat arbeiders minder vaak gebruikmaken van toegelaten arbeid en vaker doorstromen naar invaliditeit (Bruyneel, et al., 2024; Mutualités Libres, 2023). De grotere moeilijkheden bij werkhervatting bij arbeiders kunnen te maken hebben met de beperktere mogelijkheden om hun werkplek aan te passen, maar ook met grotere psychologische moeilijkheden. Een recente studie van Inoue et al. (2025) toont bijvoorbeeld aan dat werknemers in manuele beroepen vaak onzekerheid rapporteren over hun vermogen om dezelfde fysiek veeleisende taken opnieuw op te nemen, in een context van chronische blootstelling aan hoge werkbelasting en een lage mate van controle over hun job. Wat werkaanpassingen betreft, worden fysiek veeleisende beroepen bovendien als minder aanpasbaar ervaren, waarbij de mogelijkheden tot aanpassing vaak worden beperkt door taakeisen en veiligheidsoverwegingen (Inoue et al., 2025).

4.2.2. Effect van het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting

Voor het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting, blijkt het vertrouwen van de persoon in diens vermogen om het werk te hervatten en de daarmee gepaard gaande obstakels te overwinnen een robuuste voorspeller van de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid. Dit resultaat stemt overeen met andere studies (Fisker et al., 2022; Lagerveld, Brenninkmeijer, Blonk, Twisk & Schaufeli, 2017). Een recente studie van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV, 2025) benadrukt bovendien dat personen die vertrouwen hebben in hun capaciteiten en de wens uiten om opnieuw te werken, gemakkelijker de nodige motivatie vinden voor een duurzame werkhervatting. Op basis van diepte-interviews identificeert de SERV-studie **vijf sleutelhefbomen voor duurzame re-integratie**: het **vertrouwen van de persoon in diens capaciteiten en de wens om opnieuw te werken**, de **steun van betekenisvolle relaties** (collega's, artsen, therapeuten, jobcoaches), **mensgericht leiderschap**, **geschikte werkaanpassingen** en ten slotte een **redelijke periode voor zorg en herstel**, die een hervatting op het juiste moment mogelijk maakt.

Aanvullende analyses tonen bovendien aan dat dit gevoel van zelfeffectiviteit samenhangt met specifieke socioprofessionele kenmerken: het ligt hoger bij Nederlandstaligen, langer geschoolden, personen die voltijds werkten vóór de arbeidsongeschiktheid en personen die bij het eerste meetmoment in primaire arbeidsongeschiktheid waren en niet in invaliditeit.

Deze resultaten zijn coherent met de wetenschappelijke literatuur die benadrukt dat werknemers met langere periodes van arbeidsongeschiktheid (Brouwer et al., 2011) of een slechtere gezondheid (Lork & Holmgren, 2018), of van hogere leeftijd (Horn, Spronken, Brouwers, de Reuver & Joosen, 2022) minder geloven in hun vermogen om de werkhervatting tot een goed einde te brengen.

Deze variabele kan echter worden beïnvloed door de werkomgeving. Zo geloven werknemers die zich gesteund voelen door hun leidinggevende (Brouwer et al., 2011; Lork & Holmgren, 2018), of die een betekenisvolle, aangename en stimulerende job hebben (Lork & Holmgren, 2018) sterker in hun vermogen om obstakels bij werkhervatting te overwinnen.

4.3. Voorspellende factoren voor personen opgevolgd door een TNW-coördinator

Voor personen opgevolgd door een terug naar werk-coördinator suggereren de **exploratieve** resultaten (rekening houdend met de beperkte steekproefomvang) dat **Nederlandstaligen, personen in categorie 3 of die het traject op eigen initiatief zijn gestart**, een grotere kans hebben om bij het derde meetmoment uitgestroomd te zijn uit arbeidsongeschiktheid. **Deze resultaten moeten echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, aangezien ze slechts betrekking hebben op een kleine steekproef (n = 62).**

4.3.1. Effect van de categorie en van het initiatief voor de opvolging

In tegenstelling tot personen die niet zijn opgevolgd, blijkt er een significant effect van de categorie voor personen die wel zijn opgevolgd door een TNW-coördinator. De resultaten tonen aan dat opgevolgde personen in categorie 3 meer kans hebben om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid dan deze in categorie 4. Uit de analyses bleek echter ook dat deze personen vaker op eigen initiatief een begeleiding startten, in tegenstelling tot deze in categorie 4. Het gaat dus mogelijk om personen die zichzelf klaar voelden om het werk te hervatten. Bovendien hadden de personen in categorie 3 in deze steekproef kenmerken die gunstiger zijn voor werkhervatting: vaker een intellectueel beroep, voltijdse tewerkstelling vóór de arbeidsongeschiktheid en minder vaak musculoskeletale aandoeningen dan personen in categorie 4.

Over het algemeen suggereren deze resultaten dat eigen initiatief voor de start van een re-integratietraject een succesvolle werkhervatting kan bevorderen. Anders geformuleerd: personen die zich klaar voelen om dergelijk traject te initiëren, bevinden zich waarschijnlijk in een gunstige situatie om het werk te hervatten. Het belang voor de persoon om zelf de regie te hebben over het terug naar werk-proces is ook benadrukt door onderzoekers in Nederland (Hoefsmit, 2015). Sommigen concludeerden dat “werknemers de ruimte geven om zelf hun terug naar werk-proces te sturen en naar hun behoeften te luisteren gunstig kan zijn voor een betere werkhervatting” (Smeets, Hoefsmit & Houkes, 2019, p. 806, eigen vertaling). Het nemen van initiatief voor een traject getuigt van een vermogen tot zelfdeterminatie, dat ontstaat wanneer drie fundamentele psychologische basisbehoeften vervuld zijn (autonomie, competentie en verbondenheid) (Deci & Ryan, 1985). Dit veronderstelt echter dat men zich in gezondheids-, materiele, sociale, economische en eventueel familiale omstandigheden bevindt die toelaten zich in een dergelijk proces te engageren. En we zagen dat mensen op dit vlak niet gelijk zijn.

De uiteenlopende resultaten tussen de categorieën nodigen ook uit tot een genuanceerde kijk op wat deze categorieën ons vertellen. De gezondheid van personen recent ingedeeld in categorie 3, kan min of meer snel evolueren, waardoor een terugkeer naar werk mogelijk wordt. Omgekeerd kan een persoon ingedeeld in categorie 4 veel moeite ondervinden bij het omgaan met de vele problemen waarmee die wordt geconfronteerd. Zelfs als diens gezondheid zodanig wordt beoordeeld dat een terugkeer naar werk eventueel mogelijk is mits ondersteuning en aanpassingen, kan de algemene situatie in de praktijk uiterst complex en fragiel blijven. Met andere woorden: meer dan de laatst toegekende categorie, is vooral het globale gezondheidstraject van belang om de terugkeer naar werk na arbeidsongeschiktheid te beoordelen.

4.3.2. Effect verbonden aan taal

Het resultaat voor het effect van taal sluit aan bij Belgische studies die wijzen op hogere re-integratiegraden in Vlaanderen dan in Wallonië of Brussel (Bruyneel et al., 2024; Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2024). We formuleren **drie hypothesen** om deze verschillen te verklaren, op basis van bevindingen uit andere studies (bijvoorbeeld Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2024).

Ten eerste, zoals de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid (2024) stelt, “zou **de sterkere krapte op de Vlaamse arbeidsmarkt** meer kansen kunnen creëren voor personen met een gezondheidsprobleem” (p. 82). Hoewel de erkenning van arbeidsongeschiktheid gebaseerd is op een medische evaluatie, is het mogelijk dat een meer dynamische arbeidsmarkt meer uitwegen biedt voor personen met gezondheidsproblemen en zo bijdraagt aan een snellere uitstroom uit arbeidsongeschiktheid (Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, 2024).

Ten tweede lijken personen die in Vlaanderen wonen **meer gebruik te maken van instrumenten die re-integratie bevorderen**. De Raad merkt in zijn rapport op dat Vlaamse werknemers vaker gebruikmaakten van alle re-integratie-instrumenten die onderzocht werden tot 2020 (preventieve werkhervattingsbezoeken, gedeeltelijke werkhervatting en begeleide trajecten via de arbeidsbemiddelingsdiensten), met uitzondering van re-integratietrajecten. Deze instrumenten worden bovendien vaker gebruikt door jongere en langer geschoolde werknemers. Toekomstig onderzoek naar regionale verschillen zou kunnen inzetten op een vergelijkende analyse van recente re-integratie-instrumenten in de drie gewesten en op hun toegankelijkheid.

Ten slotte **monitort** Vlaanderen, via de Stichting Innovatie & Arbeid van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV), **de kwaliteit van de arbeid** (werkbaar werk) aan de hand van indicatoren zoals werkdruk, taakvariatie, autonomie en hiërarchische ondersteuning. Deze monitoring kan een belangrijke hefboom vormen voor de bevordering van duurzamere en beter vol te houden jobs, die werkbehoud en indirect ook re-integratieprocessen kunnen ondersteunen.

5. Aanbevelingen

De resultaten van deze studie tonen aan dat **personen die erin slagen uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid doorgaans een gunstiger profiel hebben op de arbeidsmarkt** (Belgische origine, diploma hoger onderwijs, voltijds werk vóór de arbeidsongeschiktheid) en dat zij degenen zijn die **het meest geloven in hun vermogen om obstakels bij werkhervatting te overwinnen** (gevoel van zelfeffectiviteit). Omgekeerd lijken profielen die meer moeite hebben om uit de arbeidsongeschiktheid te raken, te bestaan uit personen met een kortere scholingsgraad, die een manueel beroep uitoefenen, lijden aan musculoskeletale aandoeningen en weinig vertrouwen hebben in hun vermogen om het werk succesvol te hervatten. Dit roept de vraag op welke maatregelen kunnen worden overwogen om personen wiens gezondheidstoestand een werkhervatting toelaat op een aangepaste manier te begeleiden richting terugkeer naar werk. Hoe kunnen instrumenten, jobs en onze cultuur rond ziekte en werk evolueren? En meer algemeen, wat zeggen deze resultaten ons over onze samenleving waarin een aanzienlijk aantal mensen arbeidsongeschikt wordt en blijft, en waar bepaalde profielen meer kwetsbaar zijn en minder kans lijken te hebben om eruit te geraken?

Uit onze studieresultaten blijkt dat **het vertrouwen van een persoon in diens vermogen om de obstakels bij werkhervatting te overwinnen** (= het gevoel van zelfeffectiviteit) een bepalende rol speelt voor de kans op uitstroom uit arbeidsongeschiktheid: hoe meer personen geloven in hun capaciteiten om obstakels bij werkhervatting te overwinnen, hoe groter hun kans om de arbeidsongeschiktheid te verlaten. Deze perceptie hangt echter niet in de eerste plaats af van de persoon zelf. Verschillende onderzoekers (Nieuwenhuijsen, Noordik, van Dijk & van der Klink, 2013; Lagerveld et al., 2017) benadrukken dat het versterken van het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting **alleen mogelijk is wanneer de arbeidsomstandigheden het daadwerkelijk toelaten om de aanwezige obstakels te overwinnen**. Wanneer de jobeisen te hoog zijn of de werkomgeving ongunstig, kan het proberen versterken van dit gevoel onrealistisch en zelfs contraproductief zijn, omdat de persoon wordt aangemoedigd om doelen na te streven die in de gegeven context onhaalbaar zijn. Zoals Lagerveld et al. (2017) aangeven, kan dit leiden tot falen, gevolgd door een nog sterkere daling van het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting.

Andere onderzoeksteams suggereren bovendien dat **buitensporige jobeisen** de angst voor herval of verergering van de gezondheidstoestand kunnen voeden en indirect de motivatie om het werk te hervatten kunnen ondermijnen (Janssen et al., 2003).

Om het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting te bevorderen, en voor iedereen de kansen te optimaliseren om het werk te hervatten **wanneer de gezondheidstoestand dit toelaat**, formuleren wij zes aanbevelingen.

1. Een plan voorstellen voor aanpassingen van de arbeidsomstandigheden om de terugkeer naar werk te bevorderen;
2. Gegevens verzamelen over de uitvoering van de aanpassingen om de doeltreffendheid van het systeem te meten;
3. De toepassing van de wetgeving inzake psychosociale risico's versterken om de preventie te verbeteren;
4. Gerichte begeleidingstrajecten uitwerken om rekening te houden met de specifieke behoeften van mensen;
5. Discriminatie op de arbeidsmarkt bestrijden om de structurele belemmeringen te verminderen die het traject uit arbeidsongeschiktheid bemoeilijken;
6. De arbeidswereld minder bron van arbeidsongeschiktheid maken om deze zo beter te voorkomen.

5.1. Een plan voorstellen voor aanpassingen van de arbeidsomstandigheden om de terugkeer naar werk te bevorderen

Het voorstellen van werkaanpassingen wanneer iemand overweegt het werk te hervatten, kan het gevoel van zelfeffectiviteit bij werkhervatting versterken. De wetenschappelijke literatuur benadrukt dat werkaanpassingen een **essentiële factor vormen om de resultaten van werkhervatting te verbeteren** na arbeidsongeschiktheid, zowel wegens fysieke als wegens mentale aandoeningen (Cancelliere et al., 2016). Werkaanpassingen worden gedefinieerd als "aanpassingen of wijzigingen aan procedures of aan de werkomgeving die het mogelijk maken dat een werknemer met specifieke behoeften de vereiste taken

kan uitvoeren" (Villotti et al., 2020, p. 13, eigen vertaling).

Na **arbeidsongeschiktheid wegens een mentale aandoening** (bijvoorbeeld depressie), hebben de ingevoerde aanpassingen vaak rechtstreeks betrekking op het werk, zoals **aanpassing van de arbeidstijd, invoering van flexibele uurroosters of de toelating van een geleidelijke werkhervatting** (Bastien & Corbière, 2019). Dergelijke aanpassingen zijn echter slechts doeltreffend als ze gecombineerd worden met een **geleidelijke toename van taken**, met **respect voor de beperkingen van de werknemers**, en wanneer zij plaatsvinden binnen een **ondersteunende werkomgeving** (Bastien & Corbière, 2018). Verschillende studies toonden aan dat de gunstige effecten van werkaanpassingen kunnen worden ondermijnd wanneer ze door collega's als onrechtvaardig worden ervaren (Colella, 2001; Dunstan & MacEachen, 2014) of wanneer ze worden ingevoerd in een werkomgeving gekenmerkt door hoge prestatie-eisen en beperkte sociale steun (Saint-Arnaud et al., 2006). **Psychosociale factoren en de betrokkenheid van de verschillende belanghebbenden** moeten bij de invoering van werkaanpassingen dan ook expliciet in rekening worden gebracht.

Bij personen met **musculoskeletale aandoeningen** kunnen werkaanpassingen onder meer bestaan uit een vermindering van de arbeidstijd, het voorzien van extra tijd om taken en doelstellingen te realiseren, het invoeren van regelmatige pauzes of de mogelijkheid om de werkhouding en -positie aan te passen (Liedberg et al., 2021). In België beoogt een **nieuwe regelgeving die in 2024 in werking trad** specifiek een **betere preventie van musculoskeletale aandoeningen**. Het koninklijk besluit van 19 maart 2024 bepaalt onder meer dat werkgevers bij het ontwerpen, inrichten en aanpassen van werkposten rekening houden met ergonomie²² om deze aandoeningen te voorkomen (Belgisch Staatsblad, 2025). Om **werkgevers te ondersteunen bij het verbeteren van de ergonomie**, stelt de FOD verschillende instrumenten ter beschikking (bijvoorbeeld een preventiegids en fiches ter preventie van musculoskeletale aandoeningen in 36 beroepen²³).

22 Gedefinieerd in het KB als: "een aanpak die erop gericht is het werk, met inbegrip van de werkpost en de werkomgeving, aan te passen aan de mens, rekening houdend met diens fysieke, mentale, psychische en sociale kenmerken, en die moet worden toegepast op alle domeinen inzake welzijn op het werk."

23 Beschikbaar via <https://beswic.be/nl/themas/musculoskeletale-aandoeningen-msa>.

5.2. Gegevens verzamelen over de uitvoering van de aanpassingen om de doeltreffendheid van het systeem te meten

De invoering van werkaanpassingen kan worden ingepast in het kader van een **ambitieuw collectief terug naar werk-beleid**. Zoals Inoue et al. (2025) echter benadrukken, “volstaat het louter bestaan van [terug naar werk-]beleid niet: ondersteuning bij werkhervatting moet mechanismen bevatten die een billijke en effectieve toepassing garanderen, in het bijzonder in fysiek veeleisende jobs” (p. 15, eigen vertaling). Om een rechtvaardige en effectieve toepassing van werkaanpassingen voor alle werknemers te waarborgen, zou het nuttig kunnen zijn dat **beslissingen over het toekennen of weigeren van werkaanpassingen systematisch worden opgevolgd door de overheid (monitoring)**. Het zou ook interessant zijn deze gegevens te kruisen met andere variabelen, zoals geslacht, leeftijd of type beroep, om kwalitatieve statistische analyses te kunnen uitvoeren over de toekenning van werkaanpassingen volgens het profiel van de werknemer. Dit zou kunnen helpen om obstakels bij de invoering van werkaanpassingen bij werkhervatting preciezer te identificeren en oplossingspistes aan te reiken.

5.3. De toepassing van de wetgeving inzake psychosociale risico's versterken om de preventie te verbeteren

In een recent rapport van de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid (2025) over de stand van zaken op de Belgische arbeidsmarkt, wordt benadrukt dat de preventie van arbeidsongeschiktheid onvoldoende aan bod komt in recente federale hervormingen. Gezien de toename van arbeidsongeschiktheid wegens psychosociale aandoeningen in de afgelopen jaren (+44% arbeidsongeschiktheiden van meer dan één jaar wegens depressie of burn-out tussen 2018 en 2023) (RIZIV, 2023b), moet de preventie van deze risico's een prioritair aandachtspunt blijven. Onderzoek suggereert echter dat **risicoanalyses, die nochtans**

verplicht zijn, door werkgevers niet altijd worden uitgevoerd (Lorthioir, 2021; De Greef & Tesse, 2025). Zoals Lorthioir (2021) stelt, “wordt het preventiebeleid zoals het wettelijk in de onderneming zou moeten worden ingevoerd en geëvalueerd niet of slechts gedeeltelijk en onjuist toegepast. Dit begint bij te zelden uitgevoerde, ondoorzichtige risicoanalyses die onvoldoende worden geïntegreerd in het preventiebeleid” (p. 7, eigen vertaling). Bovendien lijken de **aanbevelingen van preventieadviseurs gespecialiseerd in psychosociale risico's**, die een adviserend en geen beslissend statuut hebben, **onvoldoende te worden opgevolgd** (Lorthioir, 2021; De Greef & Tesse, 2025).

Om de effectiviteit van het systeem te verbeteren, formuleert Lorthioir (2021) verschillende aanbevelingen.

1. Een **uniform minimumkader ontwikkelen op basis waarvan risicoanalyses** moeten worden uitgevoerd om hun kwaliteit te garanderen, en om de opvolging ervan, evenals de maatregelen die op basis daarvan worden genomen, gemakkelijker te kunnen controleren;
2. De **transparantie van deze risicoanalyses** garanderen voor werknemersvertegenwoordigers;
3. Wanneer een werkgever beslist om een advies of maatregel van een preventieadviseur niet te volgen, moet die **deze weigering formeel motiveren tegenover het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW)** (of, bij gebrek daaraan, de syndicale delegatie).

In hun evaluatierapport over de collectieve dimensie van de wetgeving rond psychosociale risico's, benadrukken De Greef et al. (2024) eveneens de noodzaak om de doeltreffendheid van het bestaande kader te versterken. Hun aanbevelingen convergeren rond vier hoofdlijnen: **(1) de gegevensverzameling over welzijn verbeteren²⁴ en de analyse en communicatie van psychosociale risicoanalyses systematiseren²⁵; (2) de concrete uitvoering van preventieverplichtingen versterken, met een verschuiving naar een resultaatsverbintenis met effectieve sancties²⁶; (3) de samenwerking en opleiding verbeteren van actoren in het welzijnsbeleid²⁷; en (4) sensibiliseringsacties uitbreiden²⁸ en het welzijn in kmo's herdenken²⁹.**

24 Met name: het opnieuw invoeren van de verplichting voor ondernemingen om de jaarverslagen opgesteld door de interne diensten voor preventie en bescherming op het werk te realiseren en over te maken.

25 Met name: voorzien in een termijn waarbinnen alle ondernemingen van het land hun risicoanalyse, inclusief het psychosociaal luik, overmaken aan een overheidsactor, bijvoorbeeld de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg en/of de inspectiedienst Toezicht op het Welzijn op het Werk.

26 Momenteel lijken de bestaande verplichtingen niet systematisch tot concrete gevolgen te leiden.

27 Preventieadviseurs, vertrouwenspersonen, vertegenwoordigers van de werknemers, werkgevers en hiërarchische lijn, artsen.

28 Het bekendmaken van pilootprojecten rond psychosociale risico's en burn-out, evenals van de gratis tools ontwikkeld door de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg.

29 In plaats van afwijkingen toe te laten op de regels rond welzijn op het werk (waarbij kmo's vaak onderbelicht blijven op vlak van welzijn op het werk).

5.4. Gerichte begeleidingstrajecten uitwerken om rekening te houden met de specifieke behoeften van mensen

Om rekening te houden met de in deze studie vastgestelde ongelijkheden in de kans op werkhervatting, stellen wij voor een **benadering te ontwikkelen geïnspireerd op het principe van proportioneel universalisme binnen het domein werkhervatting**. Het concept van proportioneel universalisme is geïntroduceerd door Michael Marmot in het rapport *Fair Society, Healthy Lives* (2010) met het oog op het verminderen van sociale gezondheidsongelijkheden, gedefinieerd als onrechtvaardige en vermijdbare verschillen in gezondheid binnen de bevolking en tussen maatschappelijke groepen³⁰. Deze ongelijkheden worden zichtbaar wanneer gezondheids- en welzijnsindicatoren verslechteren naarmate men een lagere positie inneemt op de sociale ladder (Mackenbach et al., 2008; Wilkinson & Pickett, 2010), op basis van criteria zoals inkomen, scholingsgraad of socioprofessionele status ('sociale gradiënt') (Avalosse, Noirhomme & Cès, 2022). Om de helling van deze sociale gradiënt te verkleinen, stelt het Marmot-rapport dat "maatregelen universeel moeten zijn, maar met een omvang en intensiteit die evenredig zijn met de mate van achterstelling" (Marmot et al., 2010, p. 10, eigen vertaling).

Proportioneel universalisme kan een structurerende inspiratiebron vormen voor maatregelen rond begeleiding bij werkhervatting. Vertrekkend van de vaststelling dat individuen niet gelijk zijn in hun vermogen om te reageren op begeleidingsinitiatieven, kunnen gerichte benaderingen volgens ieders behoeften worden overwogen. Deze maatregelen kunnen worden gedifferentieerd op basis van het profiel van elke persoon, de pathologie, de scholingsgraad, het type job en de eventuele aanpassingen die daarin moeten worden doorgevoerd. **In deze logica gaat het er dus niet om wie ver van werkhervatting verwijderd is meer te activeren, maar om iedereen beter te begeleiden volgens diens behoeften, voor zover werkhervatting mogelijk is.** Dit sluit aan bij Cancelliere et al. (2016), die in een systematische literatuurreview, zonder expliciet te verwijzen naar proportioneel universalisme, aangeven dat het niveau van werkhervattingsinterventies kan variëren volgens de prognose voor werkhervatting. Complexere interventies, met fysieke, werk- en psychologische com-

ponenten, zouden bijvoorbeeld meer aangewezen zijn voor personen met chronische musculoskeletale aandoeningen of complexe gezondheidsproblemen. Bovendien is het, gezien de impact en structurele effecten van de sociale gradiënt op ondergebruik van zorg en op ziekteprevalentie (Avalosse, Noirhomme & Cès, 2022), noodzakelijk om **de toegang tot zorg te verbeteren**, en om nog ruimer de gezondheid van **financieel kwetsbare personen in invaliditeit** te versterken, en zodoende te vermijden dat een vicieuze cirkel wordt bestendigd.

5.5. Discriminatie op de arbeidsmarkt bestrijden om de structurele belemmeringen te verminderen die het traject uit arbeidsongeschiktheid bemoeilijken

Onze studie toont aan dat de kans op re-integratie na arbeidsongeschiktheid lager is voor oudere personen of personen met een migratieachtergrond. Deze resultaten wijzen op het bestaan van **structurele obstakels voor de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid**, zoals discriminatie op basis van leeftijd of origine, of de moeilijkheid om aangepast werk te vinden wanneer iemand kortgeschoold is. Uit studies van Unia blijkt dat discriminatie op grond van leeftijd of origine nog steeds wijdverbreid is in België (Unia, 2022; Unia, 2025). Daarnaast bestaat ook discriminatie op basis van eerdere arbeidsongeschiktheid: in een eerdere CM-studie **verklaart bijna één op tien personen bij hun werkhervatting slachtoffer te zijn geweest van discriminatie wegens hun periode van arbeidsongeschiktheid** (Henry, 2025).

Aangezien kwetsbare groepen (vrouwen, oudere werknemers, arbeiders, personen met recht op verhoogde tegemoetkoming) oververtegenwoordigd zijn onder personen in arbeidsongeschiktheid en tegelijk minder kans hebben om eruit te geraken, rijst de vraag hoe de invaliditeitscijfers kunnen worden teruggedrongen zolang de arbeidsmarkt personen blijft discrimineren op basis van leeftijd, origine of gezondheidstoestand. Om de naleving van de antidiscriminatiewetgeving te waarborgen, moeten **instellingen die toezien op de toepassing ervan** (arbeidsinspectiediensten, Unia) **voldoende tijd en middelen krijgen** om hun opdrachten correct uit te voeren.

30 *What are healthcare inequalities?*, geraadpleegd op 3 oktober 2022 op www.england.nhs.uk.

Daarnaast is het noodzakelijk om **negatieve stereotypen en vooroordelen** over oudere personen, personen met een migratieachtergrond of langdurig zieken te bestrijden, en om **actoren in werkhervatting te sensibiliseren** voor de dubbele discriminatie waarmee deze personen geconfronteerd kunnen worden.

5.6. De arbeidswereld minder bron van arbeidsongeschiktheid maken om deze zo beter te voorkomen

Hoewel het essentieel is om de dynamieken van werkhervatting na arbeidsongeschiktheid beter te begrijpen, is het even belangrijk om **ons collectief arbeidsmodel en de plaats van werk in ons leven fundamenteel in vraag te stellen**. Deze reflectie mag zich niet beperken tot individuele trajecten van professionele re-integratie, maar moet ook gaan over de organisatie van het werk zelf, over managementculturen en de eisen die aan werknemers worden gesteld. Er moet eveneens aandacht zijn voor instrumenten die het mogelijk maken om te blijven werken met respect voor de persoonlijke en familiale situaties die onvermijdelijk deel uitmaken van een mensenleven. In dit kader kunnen regelingen rond arbeidstijdvermindering in verschillende levensfasen zoals geboorteverlof, ouderschapsverlof, landingsbanen en tijdskrediet voor zorg aan een kind of een ziek familielid belangrijke preventie-instrumenten vormen tegen arbeidsongeschiktheid, waarin meer zou moeten worden geïnvesteerd.

Het is immers cruciaal dat **de arbeidswereld zelf geen producent wordt van arbeidsongeschiktheid**, kwetsbaarheid of duurzame uitsluiting. Primaire preventie impliceert vroeg ingrijpen, door ervoor te zorgen dat jobs daadwerkelijk voldoening geven, dat arbeidsomstandigheden op lange termijn werkbaar zijn en dat de professionele omgeving zowel de fysieke als mentale gezondheid en de levensbalans respecteert. Een meer respectvolle arbeidscultuur, met aandacht voor menselijke en sociale grenzen, vormt daarbij een centrale hefboom voor de preventie van arbeidsongeschiktheid en voor de bevordering van werk dat verenigbaar is met gezondheid in brede zin.

Conclusie

Al enkele jaren voorziet de Belgische regering diverse maatregelen om de re-integratie van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid te bevorderen. Deze initiatieven steunen onder meer op een verhoogde **responsabilisering** van de actoren van werkhervatting. Onze resultaten vestigen echter de aandacht op verschillende bepalende factoren voor de kans op werkhervatting: leeftijd, origine, aard van het beroep, het gevoel van zelfeffectiviteit en het initiatief van de werknemer bij de start van het terug naar werk-traject. Oudere personen, personen met een migratieachtergrond, met een manueel beroep, die twijfelen aan hun vermogen om obstakels bij werkhervatting te overwinnen, of personen in een opgelegd terug naar werk-traject, hebben minder kans om uit te stromen uit arbeidsongeschiktheid. De eerste elementen wijzen op **aanhoudende structurele obstakels**, terwijl de tweede het belang benadrukken van **het mogelijk maken van de ontwikkeling van een gevoel van zelfeffectiviteit**, wat impliceert dat de **noodzakelijke werk- of organisatorische aanpassingen effectief worden geïmplementeerd**. Al deze elementen dragen bij tot de evaluatie door de persoon zelf van diens kansen op werkhervatting.

In het licht van deze vaststellingen is het voor begeleiders bij werkhervatting essentieel om personen in arbeidsongeschiktheid te ondersteunen bij het **herstellen van hun vertrouwen in hun capaciteiten** en om **samen met hen de concrete obstakels te analyseren** die hun werkhervatting belemmeren. Deze begeleiding kan echter slechts volledig doeltreffend zijn als op **organisatieniveau** werkgevers zich daadwerkelijk engageren in het werkhervattingsproces via een **ambitieuw collectief terug naar werk-beleid**, dat in staat is reële hervattingsmogelijkheden te garanderen binnen een werkomgeving die **aangepast is aan de gezondheidstoestand van de persoon**.

Daarnaast kan, om rekening te houden met de in deze studie vastgestelde ongelijkheden in de kans op werkhervatting, het **principe van proportioneel universalisme een inspirerend kader** bieden. Aangezien individuen niet gelijk zijn in hun vermogen om te reageren op begeleidingsinitiatieven, kunnen gerichte benaderingen volgens de behoeften van elke persoon worden overwogen. In deze logica gaat het niet om het sterker activeren van degenen die ver van werkhervatting verwijderd zijn, maar om **iedereen beter te begeleiden in functie van diens behoeften**, voor zover werkhervatting mogelijk is.

Tot slot is het belangrijk te erkennen dat de huidige werking van de arbeidsmarkt de integratie van personen wiens gezondheidstoestand een onmiddellijke inzetbaarheid niet toelaat, kan bemoeilijken of zelfs onmogelijk kan maken. Dit als gevolg van het feit dat de arbeidsmarkt gekenmerkt wordt door hoge eisen inzake prestaties en flexibiliteit, en door discriminatie op basis van leeftijd, origine of ge-

zondheidstoestand. Het **bestrijden van discriminatie op de arbeidsmarkt en het minder produceren van arbeidsongeschiktheid** door diezelfde arbeidsmarkt zijn dan ook onontbeerlijke voorwaarden om iedereen toe te laten om te werken in een omgeving die verenigbaar is met diens capaciteiten, en om duurzame en kwalitatieve trajecten van werkhervatting te bevorderen.

Bibliografie

- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijkheid in Gezondheid. Kwantitatief onderzoek van economische ongelijkheden op vlak van gezondheid en gebruik van gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 6-31.
- Baanders, A. N., Rijken, P., & Peters, L. (2002). Labour participation of the chronically ill: a profile sketch. *The European Journal of Public Health*, 12(2), 124-130.
- Bastien, M. F., & Corbière, M. (2019). Return-to-work following depression: what work accommodations do employers and human resources directors put in place? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(2), 423-432.
- Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2026). *Beleidsnota. Werk*. Geraadpleegd op <https://www.dekamer.be/doc/FLWB/pdf/56/1282/56K1282003.pdf>.
- Belgisch Staatsblad (2024). Koninklijk Besluit van 19 maart 2024 betreffende ergonomie op het werk en de preventie van musculoskeletale aandoeningen (MSA). Geraadpleegd op https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum_date=2024-05-15&lg_txt=n&pd_search=2024-05-15&s_edite=1&numac_search=2024201403&caller=sum&2024201403=7&view_numac=2024201403fx2024201403n.
- Blais, M., Vallerand, R., Pelletier, L., & Brière, N. (1989). L'échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne-française du « Satisfaction with Life Scale ». *Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 210-223.
- Botticello, A., Chen, Y., & Tulskey, D. (2012). Geographic variation in participation for physically disabled adults: the contribution of area economic factors to employment after spinal cord injury. *Social Science & Medicine*, 75(8), 1505-1513.
- Brouwer, S., Franche, R., Hogg-Johnson, S., Lee, H., Krause, N., & Shaw, W. (2011). Return-to-work self-efficacy: development and validation of a scale in claimants with musculoskeletal disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(2), 244-258.
- Brouwer, S., Reneman, M., Bültmann, U., Van der Klink, J., & Groothoff, J. (2010). A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *Journal of occupational rehabilitation*, 20(1), 104-112.
- Bruyneel, L., Rygaert, X., Oslejova, J., Avalosse, H., Fabri, V., Noirhomme, C., . . . Di Zinno, T. (2024). Langdurige arbeidsongeschiktheid en invaliditeit omwille van psychosociale aandoeningen. Sociaal-demografisch, medisch en zorgconsumptieprofiel. Brussel: RIZIV & IMA.
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & Cassidy, J. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & manual therapies*, 24(1), 32.
- Carstensen, L., & Lang, F. (1996). *Future orientation scale*. Stanford University: Unpublished manuscript.
- Colella, A. (2001). Coworker distributive fairness judgments of the workplace accommodation of employees with disabilities. *The Academy of Management Review*, 26(1), 100-116.
- Chapireau, F. (2001). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie et société*, 2499(4), 37-56.
- De Greef, V., & Tesse, J. (2025). L'absence ou la mauvaise organisation du travail comme cause de risque psychosocial au travail. *Journal des tribunaux du travail*, 1520, 253-257.
- De Greef, V., Verdonck, M., Carlier, J., Duchene, C., Tesse, J., Mechelynck, A., . . . Bingen, A. (2024). *Evaluation de la législation relative à la prévention des risques psychosociaux liés au travail*. Bruxelles : Université Libre de Bruxelles.
- de Vries, H., Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A., & Wegewitz, U. (2018). Determinants of sickness absence and return to work among employees with common mental disorders: a scoping review. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(3), 393-417.
- Deci, E., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Dunstan, D. A., & Maceachen, E. (2014). A theoretical model of co-worker responses to work reintegration processes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 189-198.
- Dekkers-Sanchez, P. (2013). *Work ability assessment of employees on long term sick leave in insurance*. Amsterdam: University of Amsterdam.
- Fisker, J., Hjorthøj, C., Hellström, L., Mundy, S., Rosenberg, N., & Eplöv, L. (2022). Predictors of return to work for people on sick leave with common mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 95(7), 1-13.

- Ervaringsfonds. (2009). *De VOW / QFT: Meetinstrument over werkbaarheid*. Geraadpleegd op <https://werk.belgie.be/nl/de-vow-qft-meet-instrument-over-werkbaarheid>.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Gagnano, A., Villotti, P., Larivière, C., Negrini, A., & Corbière, M. (2021). A systematic search and review of questionnaires measuring individual psychosocial factors predicting return to work after musculoskeletal and common mental disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 31(3), 491-511.
- Heerkens, Y., de Brouwer, C., Engels, J., van der Gulden, J., & Kant, I. (2017). Elaboration of the contextual factors of the ICF for Occupational Health Care. *Work*, 57(2), 187-204.
- Henry, H. (2025). Discriminatie wegens arbeidsongeschiktheid: de paradox van terugkeer naar het werk. *Gezondheid & Samenleving*, 14, 6-29.
- Henry, H., Avalosse, H., & Vancorenland, S. (2024). Hoe ervaren CM-leden de begeleiding bij de terugkeer naar het werk? Resultaten van de CM-enquête onder haar leden in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit in november 2023. *Gezondheid & Samenleving*, 11, 42-70.
- Hoefsmijt, N. (. (2015). *Self-direction in return-to-work: bottlenecks, facilitators and an intervention*. [Doctoral Thesis]. Maastricht: Datawyse / Universitaire Pers.
- Hoge Raad voor de Werkgelegenheid. (2024). *Arbeidsongeschiktheid en de re-integratie van werknemers op de arbeidsmarkt*. Geraadpleegd op <https://hrw.belgie.be/nl/home/verslagen-adviezen/alle-verslagen/verslagen-2024/arbeidsongeschiktheid-en-de-re-integratie-van-werknemers-op-de-arbeidsmarkt-maart-2024>.
- Hoge Raad voor de Werkgelegenheid. (2025). *Stand van zaken op de arbeidsmarkt in België en haar Gewesten*. Geraadpleegd op <https://hrw.belgie.be/nl/home/verslagen-adviezen/alle-verslagen/verslagen-2025/stand-van-zaken-op-de-arbeidsmarkt-belgie-en-de-gewesten-juli-2025>.
- Horn, L., Spronken, M., Brouwers, E., de Reuver, R., & Joosen, M. (2022). Identifying return to work self-efficacy trajectories in employees with mental health problems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(1), 64-76.
- Inoue, S., Tateishi, S., Harada, A., Hosoda, E., Nagata, M., & Mori, K. (2025). Differences in Perceived Return-to-Work Barriers Between Manual and Non-Manual Workers. *Journal of Occupational Health*, uiaf075.
- Janssen, N., Van den Heuvel, W., Beurskens, A., Nijhuis, F., Schröer, C., & Van Eijk, J. (2003). The demand-control-support model as a predictor of return to work. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26(1), 1-9.
- Lagerveld, S., Blonk, B., Brenninkmeijer, V., & Schaufeli, W. (2010). Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work & Stress*, 24(4), 359-375.
- Lagerveld, S., Brenninkmeijer, V., Blonk, R., Twisk, J., & Schaufeli, W. (2017). Predictive value of work-related self-efficacy change on RTW for employees with common mental disorders. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(5), 381-383.
- Liedberg, G. M., Björk, M., Dragioti, E., & Turesson, C. (2021). Qualitative evidence from studies of interventions aimed at return to work and staying at work for persons with chronic musculoskeletal pain. *Journal of clinical medicine*, 10(6), 1247.
- Lork, K., & Holmgren, K. (2018). The experience of return to work self-efficacy among people on sick leave. *Work*, 59(4), 479-490.
- Lorthioir, L. (2021). Risques psychosociaux au travail : une meilleure législation s'impose. *Démocratie*, 6(6), 5-9.
- Mackenbach, J., Stirbu, I., Roskam, A.-J., Schaap, M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *The New England Journal of Medicine*, 358, 2468-2481.
- Mäkikangasa, U., Kinnunen, T., & Wilmar, S. (2016). The longitudinal development of employee well-being: a systematic review. *Work & Stress*, 30(1), 46-70.
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. Executive Summary. London: Institute of Health Equity (IHE).
- Ministerraad. (2026, 14 februari). "Terug Naar Werk"-beleid: uitvoering van de vierde hervormingsgolf. Geraadpleegd op <https://news.belgium.be/nl/terug-naar-werk-beleid-uitvoering-van-de-vierde-hervormingsgolf>.
- Mutualités Libres. (2023). *Analyse des reprises de travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail*. Opgehaald van https://www.mloz.be/sites/default/files/2023-08/etude_rtp_fr.pdf.
- Nieuwenhuijsen, K., Noordik, E., van Dijk, F., & van der Klink, J. (2013). Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(2), 290-299.
- OECD. (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers - A Synthesis of Findings across OECD Countries*. Paris: OECD Publishing.
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T., & Feinstein, A. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(12), 1373-1379.
- RIZIV. (2022). Het "Terug Naar Werk-traject" onder de coördinatie van de "Terug Naar Werkcoördinator" in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers. *Informatieblad* 2022/4, 53-65. Geraadpleegd op <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/bi-20224directivesIV.pdf>.
- RIZIV. (2023a). *Statistieken over arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in 2023*. Geraadpleegd op <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/statistieken-2023>.

- RIZIV. (2023b). *Arbeidsongeschiktheid in 2023: Hoeveel mensen in invaliditeit door depressie of burn-out? Hoeveel kost dat aan uitkeringen?* Geraadpleegd op <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/statistieken-over-arbeidsongeschiktheid-door-burn-out-of-depressie/arbeidsongeschiktheid-in-2023-hoeveel-mensen-in-invaliditeit-door-depressie-of-burn-out-hoeveel-kost-dat-aan-uitkeringen>.
- RIZIV. (2025). *Web Reporting Tool: Ledentallen*. Geraadpleegd op Statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds (ledentalen) - 2025S1: <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/wrt/nl>.
- RIZIV. (2026a). Statistieken over invaliditeitsuitkeringen in 2025. Geraadpleegd op Statistieken over invaliditeitsuitkeringen in 2025 | RIZIV.
- RIZIV. (2026b). *Terug Naar Werk-barometer over werknemers: Participatiegraad, instroom en uitstroom arbeidsongeschiktheid*. Geraadpleegd op <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/terug-naar-werk-barometer-over-werknemers>.
- Rosenberg, M. (1965). *Rosenberg self-esteem scale (RSES)*. [Database record]. APA PsycTests.
- Sampere, M., Gimeno, D., Serra, C., Plana, M., López, J., Martínez, J., . . . Benavides, F. (2012). Return to work expectations of workers on long-term non-work-related sick leave. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(1), 15-26.
- SERV. (2025). *Vanuit wederkerige relaties terug naar werk*. Brussel: de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen/Stichting Innovatie & Arbeid.
- Smeets, J., Hoefsmit, N., & Houkes, I. (2019). Self-directing return-to-work: Employees' perspective. *Work*, 64(4), 797-807.
- Solidaris. (2026). *Revenir au travail sans y laisser sa santé. Potentiel et limites du retour au travail à temps partiel*. Bruxelles : Solidaris.
- SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale. (2025, 27 mei). *Code du bien-être au travail - Nouvelle réglementation TMS et définitions ergonomie (vidéo)*. Geraadpleegd op <https://emploi.belgique.be/fr/blog/code-du-bien-etre-au-travail-nouvelle-reglementation-tms-et-definitions-ergonomie-video>.
- Unia. (2022). *Marché du travail et origine*. Bruxelles : UNIA.
- Unia. (2025). *Étude sur la discrimination fondée sur l'âge en Belgique. Improving equality data collection in Belgium III*. Bruxelles : UNIA.
- Vandenbroucke, F. (2025, 25 september). *Een derde golf aan maatregelen in het Terug naar Werk-beleid, met respect voor de gezondheid*. Geraadpleegd op <https://vandenbroucke.belgium.be/nl>.
- Villotti, P., Gragnano, A., Larivière, C., Negrini, A., Dionne, C., & Corbière, M. (2021). Tools appraisal of organizational factors associated with return-to-work in workers on sick leave due to musculoskeletal and common mental disorders: a systematic search and review. *Journal of occupational rehabilitation*, 31(1), 7-25.
- Villotti, P., Kordsmeyer, A. C., Roy, J. S., Corbière, M., Negrini, A., & Larivière, C. (2024). Systematic review and tools appraisal of prognostic factors of return to work in workers on sick leave due to musculoskeletal and common mental disorders. *Plos one*, 19(7), e0307284.
- Vlayen, J., Meulders, A., Bamelis, L., & Masuy, R. (2025). *"FearedBack": Generalization of fear and avoidance behavior as predictors of work resumption after back surgery*. Leuven: KU Leuven.
- Vooijs, M., Leensen, M., Hoving, J., Daams, J., Wind, H., & Frings-Dresen, M. (2015). Disease-generic factors of work participation of workers with a chronic disease: a systematic review. *International archives of occupational and environmental health*, 88(8), 1015-1029.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin.
- Zacher, H., & Frese, M. (2009). Remaining time and opportunities at work: Relationships between age, work characteristics, and occupational future time perspective. *Psychology and Aging*, 24, 478-493.

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

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

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

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

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

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

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

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

Inhoud

- Editio:** Van koers veranderen · **02**
- Studie:** Ongelijkheden in gezondheidszorg begrijpen · **04**
Conceptueel kader · 07
Methodologie · 10
Resultaten · 13
Bespreking · 32
Aanbevelingen · 36
- Studie:** Groene ruimte en gebruik van geestelijke gezondheidszorg in België · **48**
Literatuuroverzicht · 51
Methode · 53
Resultaten · 54
Bespreking · 57
Aanbevelingen · 59
- Studie:** Wat zijn de voorspellende factoren voor de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid? · **64**
Literatuuroverzicht · 67
Methode · 70
Resultaten · 76
Bespreking · 80
Aanbevelingen · 83

Colofon

- | | |
|-----------------------------------|--|
| Verantwoordelijke uitgever | Luc Van Gorp, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel |
| Hoofdredactie | Nicolas Rossignol |
| Eindredactie | Rebekka Verniest, Svetlana Sholokhova |
| Redactiecomité | Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens, Clara Noirhomme, Nicolas Rossignol, Svetlana Sholokhova, Mattias Van Hulle, Rebekka Verniest |
| Lay-out | Gevaert Graphics |
| Druk | Albe De Coker |
| Retouradres | CM-MC Studiedienst, Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel |
| Copyright | De studies van Gezondheid & Samenleving worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons "by/nc/nd" |