

De financiële situatie van personen in invaliditeit

Sigrid Vancorenland, Hervé Avalosse – Studiedienst CM-MC

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

Samenvatting

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

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

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

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

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



Inhoudstafel

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

Inleiding

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

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



Uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid

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

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

Voor werknemers

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

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

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

Voor personen in werkloosheid

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

Voor zelfstandigen

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

* vanaf 2027 zou een bedrijfsvoorheffing ingehouden worden op de invaliditeitsuitkering

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

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

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

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

1. Literatuuroverzicht

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Methode

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

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

2.1. Analyse van de financiële situatie

2.1.1. Steekproef

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.2. Vragenlijst

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

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

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

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

Op huishoudenniveau:

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

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

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

Op respondentniveau:

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

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

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

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

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

2.2. Analyse gezondheidszorggebruik

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

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

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

13 Extractiedatum: 7 juli 2026.

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

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

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

2.3. Beperkingen

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

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

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

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

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

3. Resultaten

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

3.1. Profiel van de respondenten

3.1.1. Sociodemografisch profiel

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

3.1.2. Arbeidsongeschiktheid

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Categorieën worden als volgt ingedeeld:

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

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

Tabel 3: De aandoeningen (Bron: CM)

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

3.2. Gezinsuitgaven en gezinsinkomen

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

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

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

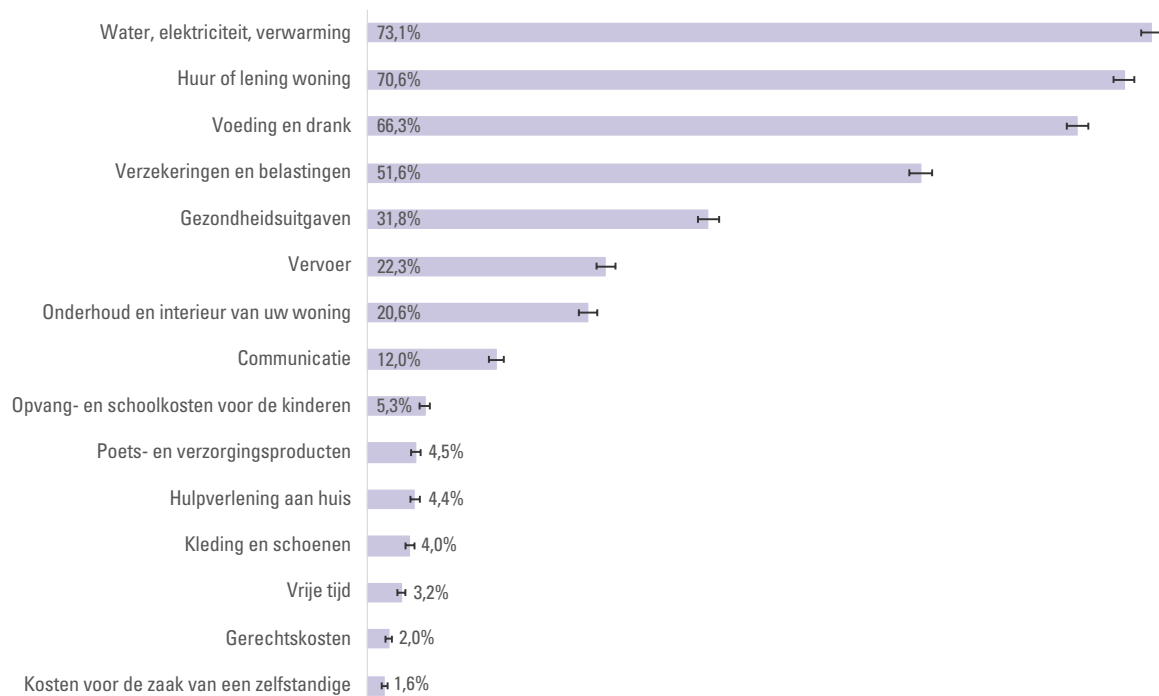
Voor **het gezinsinkomen** is aan de respondenten gevraagd om een inkomenscategorie aan te duiden voor het totaal netto-inkomen van alle gezinsleden samen²¹. Tabel 4 geeft het netto-gezinsinkomen weer volgens de gezinssituatie.

20 De respondenten konden op deze vraag meerdere antwoorden geven.

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

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

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



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

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

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

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

22 Groeipakket genoemd in Vlaanderen.

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

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

3.3. Financiële problemen

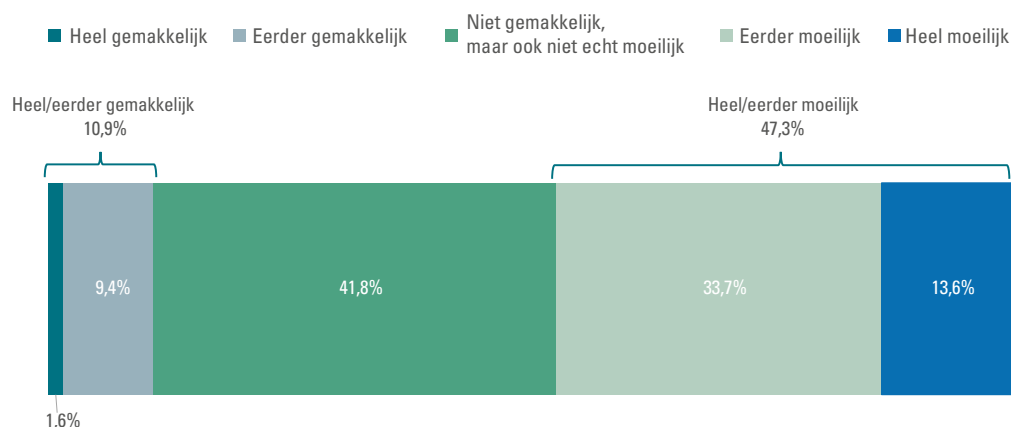
3.3.1. Rondkomen met het gezinsinkomen

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

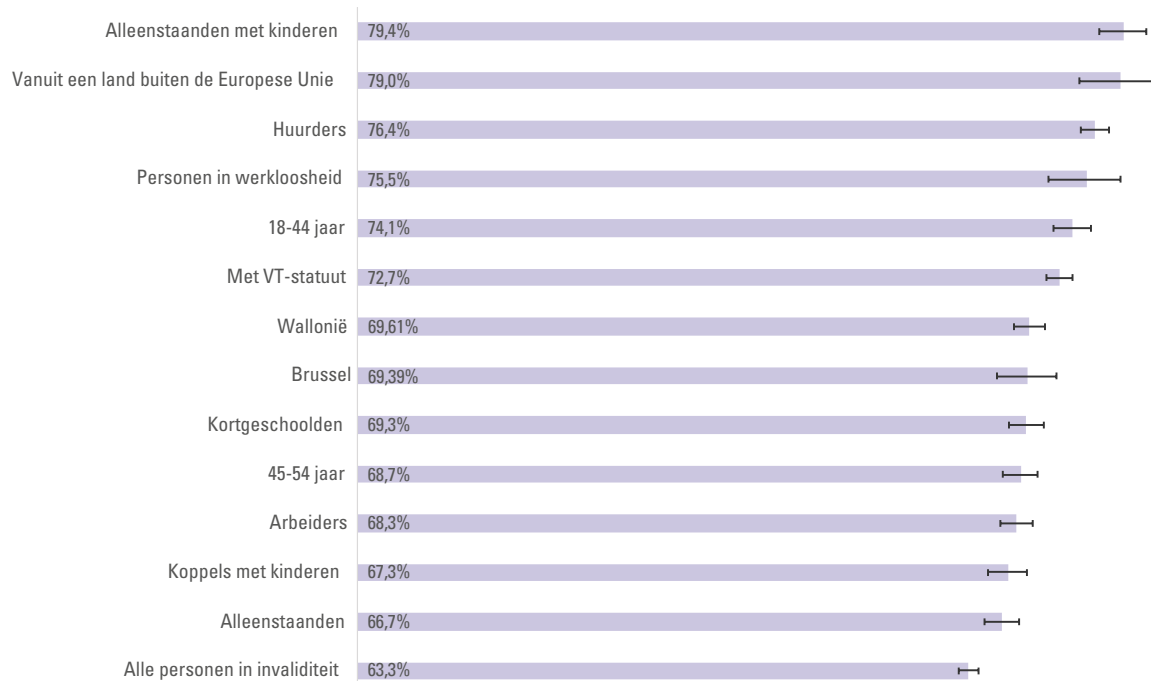
3.3.2. Moeilijkheden om uitgaven te betalen

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

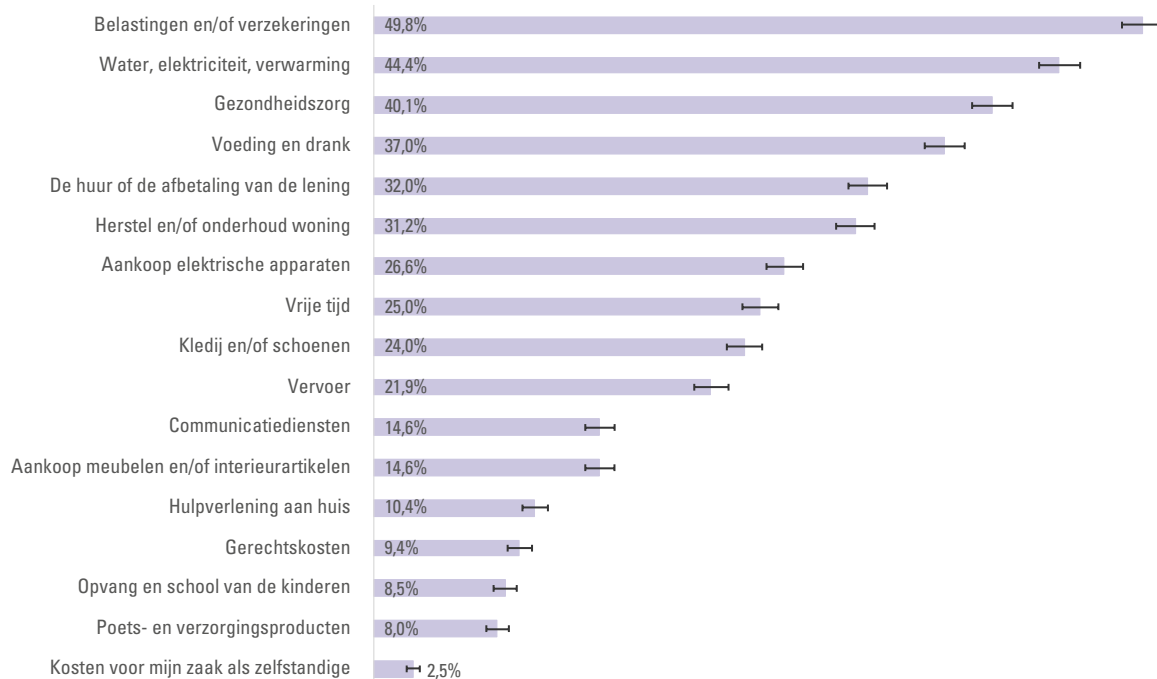
Verder blijkt uit de resultaten ook dat de moeilijkheid om uitgaven te betalen toeneemt naarmate de **duurtijd van de arbeidsongeschiktheid** langer is, om dan op een bepaald moment weer te dalen. Dit aandeel stijgt van 59% bij personen die één jaar arbeidsongeschikt zijn naar 66% bij personen die tussen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

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

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



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



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

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

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

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

3.3.3. Uitstellen van gezondheidszorg

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

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

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

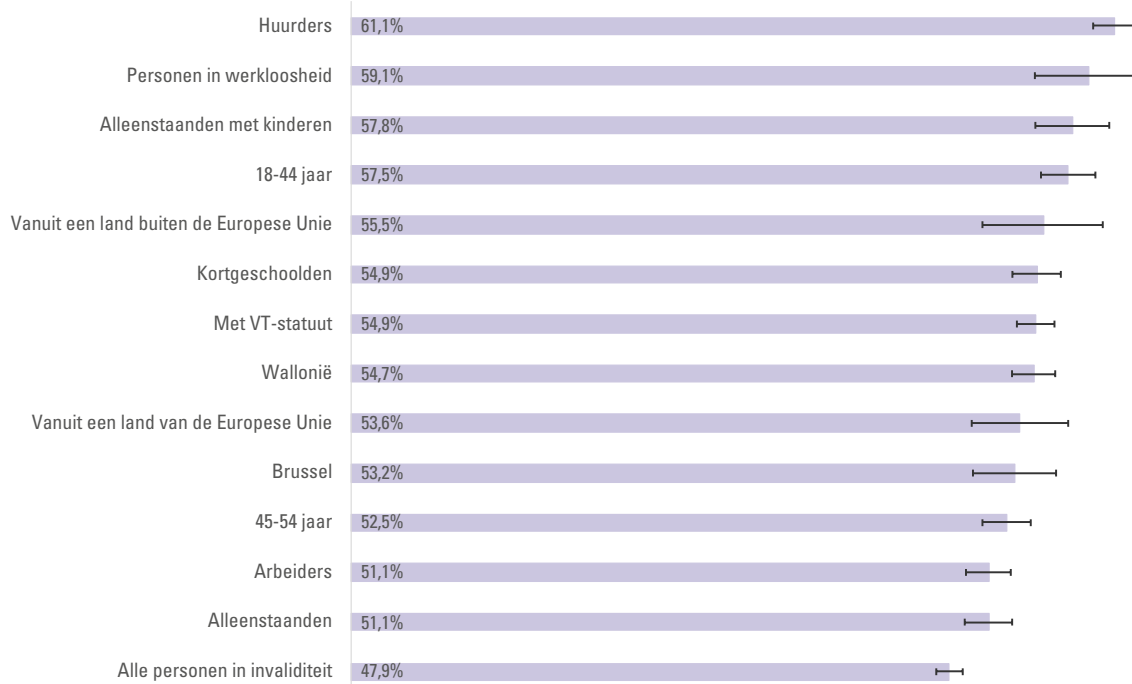
3.3.4. Extra hulp nodig om rond te kunnen komen

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

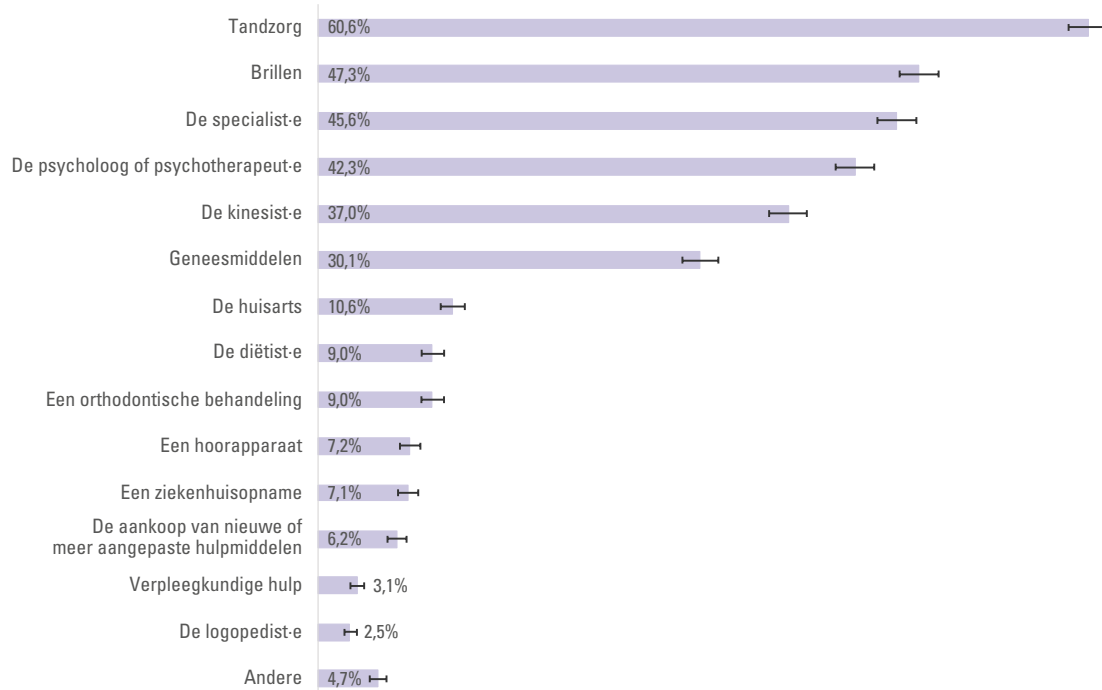
Het profiel van personen in invaliditeit die significant ho-ger scoren dan het gemiddelde aandeel (34%) van de ge-analyseerde populatie (alle personen in invaliditeit) is het volgende:

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

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



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



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

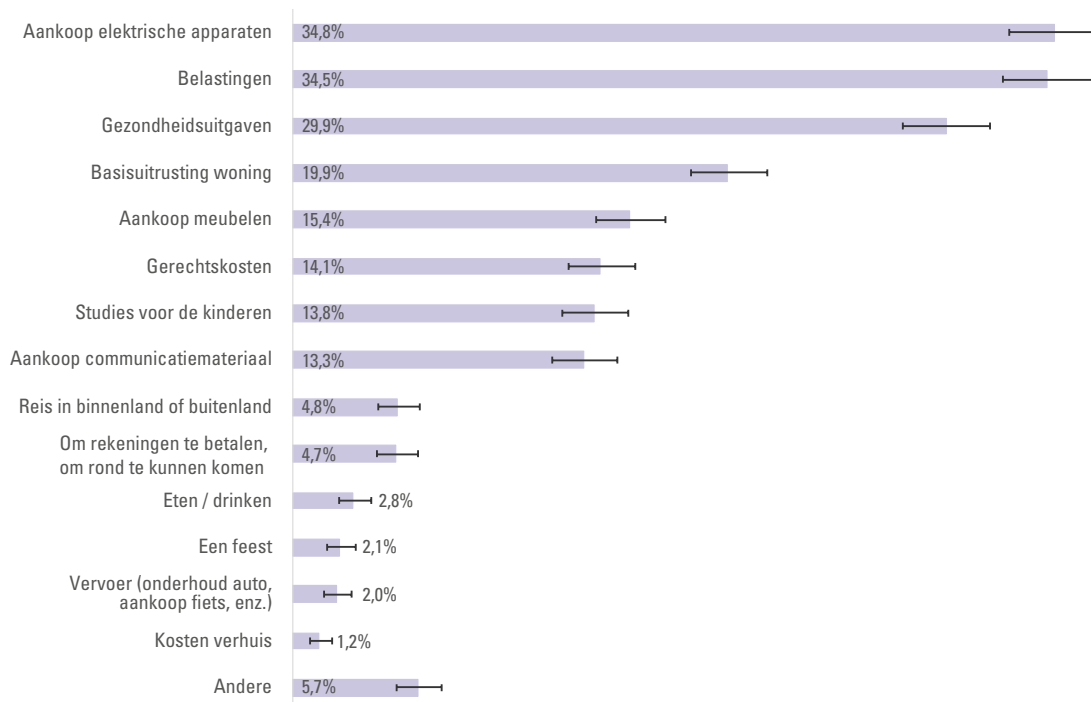
Het profiel van personen in invaliditeit die significant vaker moesten lenen dan het gemiddelde aandeel (24%) voor de geanalyseerde populatie is het volgende:

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

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

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

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



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

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

3.3.5. Materiële en sociale deprivatie

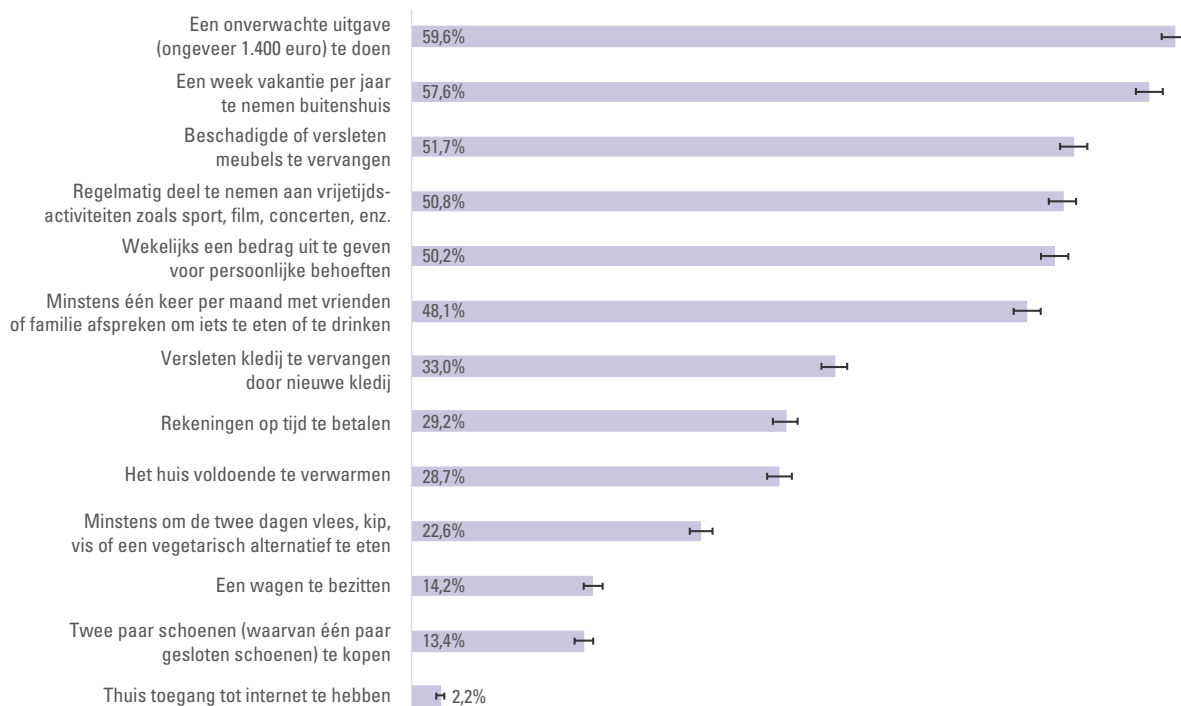
In de vragenlijst zijn ook vragen gesteld om de **materiële en sociale deprivatie** (MSD) in kaart te brengen (zie punt 2.1.2.).

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

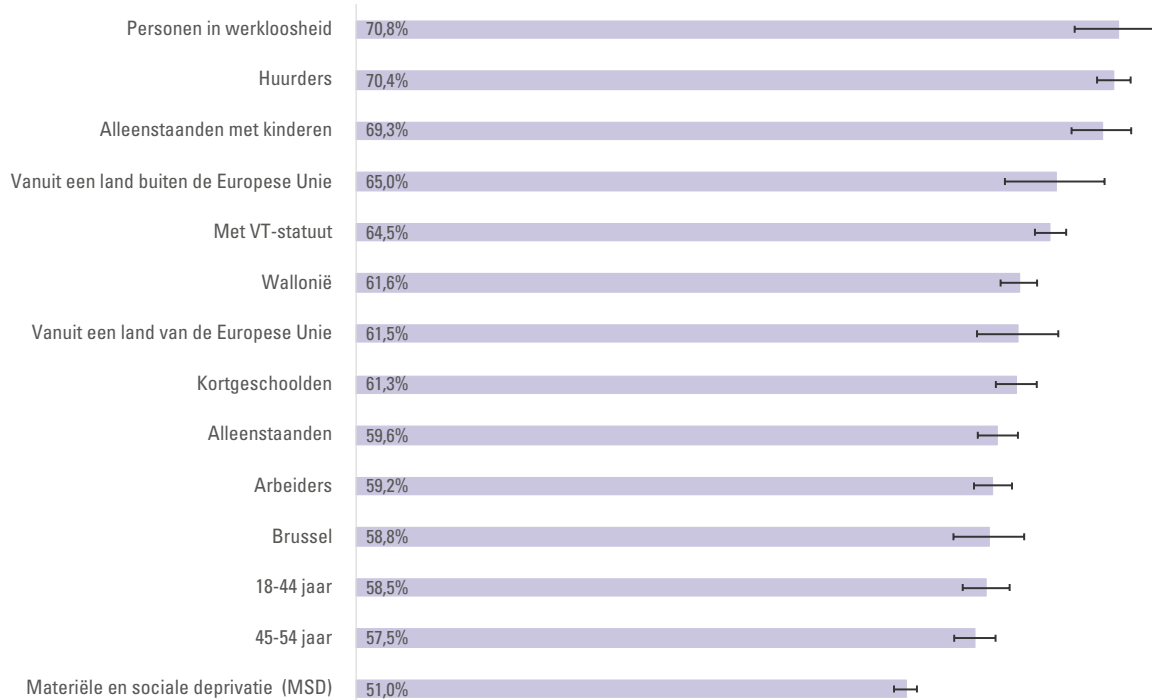
een keer per maand met familie of vrienden afspreken om iets te gaan eten of drinken (48%), is eveneens voor ongeveer de helft van hen moeilijk. En zelfs het huis voldoende verwarmen (29%) of minstens om de twee dagen vlees, kip, vis of een vegetarisch alternatief eten (23%) is voor een niet te verwaarloosbaar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

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

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



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



3.3.6. De zelfstandigen

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

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

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

3.4. Gezondheidszorggebruik

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* Enkel voor wie hier gebruik van maakt

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

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

4. Bespreking

4.1. Financiële kwetsbaarheid

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

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

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

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

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

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

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

27 De armoededrempel voor koppels is 2.348 euro.

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

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

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

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

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

4.2. Beperkte financiële middelen leiden tot deprivatie

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

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

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

4.3. Financiële drempels in de toegang tot gezondheidszorg

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

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

4.4. De vicieuze cirkel van invaliditeit

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

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

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

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

5. Aanbevelingen

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

5.1. Minimumuitkeringen verhogen

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

31 De armoededrempel is 60% van het mediaan inkomen.

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

5.2. Bedrijfsvoorheffing op de invaliditeitsuitkering

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

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

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

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

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

5.4. Indexeringen en welvaartsvastheid

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

5.5. Inhaalpremie verhogen

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

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

5.6. Woon- en energie-uitgaven betaalbaarder maken

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

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

5.7. Gezondheidszorg betaalbaarder maken

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

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

Conclusie

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

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

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

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

Bibliografie

- Avalosse, H., Vancorenland, S., & Verniest, R. (2016). De financiële en sociale situatie van invaliden. *CM-Informatie*, 266, 3-15.
- Avalosse, H., Verniest, R., & Van Winckel, H. (2002). Financiële en sociale situatie van invaliden in België. Enquête bij 413 invaliden aangesloten bij CM. *CM-Informatie, Speciale editie 1*.
- BISA. (2026). *Huisvesting*. Geraadpleegd op 13 augustus 2026, via <https://bisa.brussels/wist-je-dat/55-572-gezinnen-op-de-wachttijst-voor-een-sociale-woning-in-brussel>.
- CM. (2023). *Bouwstenen voor een beter Bruto Binnenlands Welzijn - Memorandum voor de federale, regionale en Europese verkiezingen in 2024*. Brussel: CM.
- Coene, J., Degerickx, H., Dewilde, C., Ghys, T., Hubeau, B., Marchal, S., . . . Vandenhoe, W. (2024). *Armoede en ongelijkheid: jaarboek 2024*. Leuven: Acco.
- De Brouwer, O., & Tojerow, I. (2018). Quels sont les déterminants des disparités géographiques de taux d'invalidité en Belgique ? *Revue belge de sécurité sociales*, 1, 5-63.
- Demarest, S., Maetens, A., & Charafeddine, R. (2025). *Gezondheidsenquête 2023-2024. Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen*. Brussel: Sciensano.
- Faure, L., Brotcorne, P., Vendramin, P., Mariën, I., & Dedonder, J. (2022). *Baromètre de l'inclusion numérique 2022*. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin.
- Gelade, W., & Saks, Y. (2024). Rising number of sick pay recipients in Belgium : causes and results of reintegration policies. *NBB Economic Review*, 3, 1-22.
- Ghesquiere, F. (2023). Emploi, non emploi et niveau de vie : les chiffres du débat. *Regards statistiques N°10*.
- Ghosh, B. (1979). A comparison of some approximate confidence intervals for the binomial parameter. *Journal of the American Statistical Association*, 74(368), 894-900.
- Henry, H., Avalosse, H., & Vancorenland, S. (2024). Hoe ervaren CM-leden de begeleiding bij de terugkeer naar het werk? *Gezondheid & Samenleving*, 11, 42-70.
- Henry, H. (2026). Wat zijn de voorspellende factoren voor de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid? *Gezondheid & Samenleving*, 18, 64-90.
- Hoge Raad voor de Werkgelegenheid. (2024). *Arbeidsongeschiktheid en de re-integratie van werknemers op de arbeidsmarkt*. Brussel: Hoge Raad voor de Werkgelegenheid.
- Jacobs, K. (2025). *De impact van verzuim? Bereken je directe en indirecte kosten*. Geraadpleegd op 27 februari 2026, via <https://www.sdworx.be/nl-be/nieuws-inspiratie/strategisch-duurzaam-hr/blog-verzuimkosten>.
- Le soir. (2025). *Le logement social parent pauvre du marché locatif*. Opgehaald van <https://www.lesoir.be/699720/article/2025-09-18/le-logement-social-parent-pauvre-du-marche-locatif>.
- Marique, C. (2022). *Les personnes en arrêt de travail pour dépression ou burnout, quelle réinsertion professionnelle ?* Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université catholique de Louvain.
- Netwerk tegen armoede. (2025). *Dossier Ziekte en Werk: Mensen in armoede aan het woord*. Brussel: Netwerk tegen armoede.
- RIZIV. (2019). *Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden: loontrekkenden – Periode 2008-2017. Nota BU 2019/13*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2022). Hoedanigheid van regelmatig werknemer. *Informatieblad*, 2021(3), 65-79.
- RIZIV. (2026a). *Overzicht van de situatie in invaliditeit voor de periode 2020-2025. Nota BU 2026/35*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2026b). *Statistieken over arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in 2025*. Geraadpleegd op 7 juli 2026, via <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/statistieken-2025>.
- Seys, B., Houben, P., Marchal, J.-L., Spago, B., & Vansnick, L. (2001). Qu'est-ce que la DDD ? *Revue de la médecine générale*, 24(188), 457-458.
- STATBEL. (2021). *Meer dan 45 miljoen Belgen niet in staat om te sparen*. Geraadpleegd op 18 juni, 2026, via <https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/meer-dan-45-miljoen-belgen-niet-staat-om-te-sparen>
- STATBEL. (2026a). *Monitoring van levensomstandigheden*. Geraadpleegd op 15 juni 2026, via https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/Huishoudens/10.7%20Inkomen%20en%20levensomstandigheden/10.7.3%20Bien%20C3%AAtre/IALC_NL_ANNU-AL_2025.xlsx.
- STATBEL. (2026b). *Materiële en sociale deprivatie*. Geraadpleegd op 27 februari 2026, via <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/materiele-en-sociale-deprivatie#documents>.
- STATBEL. (2026c). *SILC-indicatoren 2019-2025*. Geraadpleegd op 11 maart 2026, via https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/Huishoudens/10.7%20Inkomen%20en%20levensomstandigheden/10.7.1%20Armoederisico/Publication_Silc_STATBEL_NL.xlsx.
- STATBEL. (2026d). *Risico op armoede of sociale uitsluiting*. Geraadpleegd op 4 maart 2026, via <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/risico-op-armoede-sociale-uitsluiting#news>.

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

