



Brain-be 2.0

Belgian Research Action through Interdisciplinary Networks

POLICY BRIEF

Policy Brief n°3

Re-InVEST.be

Gezondheidsbeleid en armoedebestrijding: een sociaal investeringsperspectief

Deze Policy Brief is de derde van een drieluik over sociale investeringen als strategie van armoedebestrijding. Het theoretisch kader (gebaseerd op het concept van sociale investeringen en de capabiliteitentheorie van Sen en Nussbaum) blijft in essentie hetzelfde, maar de focus wordt hier gericht op (fysieke en mentale) gezondheid. We beginnen met een onderzoek naar de sociaal-economische determinanten van ongelijkheden in de gezondheid, met een bijzondere aandacht voor de rol van sociale bescherming en wonen. We zoomen in op mentale gezondheidszorg omdat dit een onderbelicht thema is in de literatuur over gezondheid en armoede. Vervolgens wordt de vraag gesteld naar de manier waarop het recht op gezondheid (szorg) in de praktijk gerealiseerd wordt. Uit de analyse worden dan een aantal beleidsimplicaties afgeleid.

Context en onderzoeksvragen

Deze Policy Brief vat de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen samen van het derde luik van het Re-InVEST.be onderzoek. Het gezondheidsbeleid wordt hier bestudeerd als een (potentiële) investering in duurzame armoedebestrijding. De focus ligt daarbij op het samenspel tussen gezondheid, wonen, financiële bestaanszekerheid en sociale bescherming. Wat de gezondheidskloof tussen rijk en arm betreft, scoort België niet alleen relatief slecht in Europees verband, maar is het er in de voorbije tien jaren ook nog op achteruitgegaan (EuroHealthNet, 2025). De verschillen in levensverwachting naar sociaal-economische status (SES - multidimensioneel gedefinieerd) spreken voor zich: mannen uit het hoogste SES-kwartiel leven 9,3 jaar langer dan die uit het laagste SES-kwartiel; bij vrouwen is het verschil 6,3 jaar. De verschillen in 'gezonde levensverwachting' bedragen voor beide geslachten meer dan 10 jaar en zijn toegenomen in de voorbije 20 jaar (Bourguignon et al. 2021). Ze hebben vaak te maken met verschillen in chronische aandoeningen zoals long-, hart- en vaatziekten en diabetes, die op hun beurt gerelateerd zijn met verschillen in voedings- en leefgewoonten. Opmerkelijk is dat de ongelijkheden in geestelijke gezondheid veel groter zijn dan die in fysieke gezondheid (Renard et al. 2022).

Ons theoretisch kader is een combinatie van de sociale investeringsbenadering en de capabiliteitentheorie van Amartya Sen. Daarbij wordt welzijn gezien als een multidimensioneel geheel van 'functioneringsniveaus' (materieel comfort, woonkwaliteit, mobiliteit, geletterdheid, sociale participatie enz.). Fysieke en mentale gezondheid zijn in dit kader (net zoals woonkwaliteit) tegelijk functioneringsniveaus van welzijn én vormen van vermogen waarin geïnvesteerd wordt en die de capabiliteiten van individuen op andere domeinen mee bepalen. Om in gezondheid te investeren beschikt men over financiële, materiële en immateriële hulpmiddelen (inkomen, vermogen, menselijk kapitaal) die deels geconsumeerd en deels geïnvesteerd kunnen worden. De 'conversie' (in terminologie van Sen) van hulpmiddelen in functioneringsniveaus wordt mee bepaald door een aantal omgevingsfactoren zoals publieke diensten, collectieve actie en een juridisch kader dat rechten en vrijheden toekent aan burgers. Vrijheid en inspraak krijgen in de capabiliteitentheorie een belangrijke plaats, omdat zij mee de keuzeruimte bepalen waarbinnen mensen

hun welzijn kunnen optimaliseren. Armoede kan op verschillende manieren (minder gezonde voeding, slechter wonen, werkgebonden risico's, stress, minder gebruik van zorgen enz.) leiden tot desinvestering in gezondheid waardoor mensen in een neerwaartse spiraal terecht komen (Demonty et al. 2023).

Dit leidt tot drie reeksen van onderzoeksvragen op het raakvlak tussen sociale bescherming, woon- en gezondheidsbeleid als investeringen in duurzame armoedebestrijding:

- Wat kan gezegd worden over de impact van sociaal-economische ongelijkheid op de gezondheidskloof tussen arm en rijk? Wat zijn de milderende effecten van sociale bescherming en woonbeleid: in welke mate dragen ze bij aan het dichteren van die kloof?
- Hoe effectief is het recht op gezondheid (szorg) juridisch verankerd? Waar zijn er leemten en hoe kunnen rechten versterkt worden? We zoomen specifiek in op mentale gezondheid (szorg) omdat dit in de onderzoeksliteratuur tot op heden een onderbelicht thema is gebleven.
- Hoe functioneren de publieke en intermediaire diensten (RIZIV, mutualiteiten, wijkgezondheidscentra, ...) bij de implementatie van het recht op gezondheidszorg?

Voornaamste bevindingen

Er bestaan in België al verschillende studies over sociale ongelijkheden in gezondheid en in het gebruik van gezondheidszorgen. Voor een overzicht verwijzen we naar Demonty et al. (2023) en Coene et al. (2025). Onze bijdrage begint met de analyse van de onderlinge samenhang tussen allerlei sociaal-economische omstandigheden en gezondheid. Daarvoor werd gebruik gemaakt van twee databronnen (telkens beperkt tot België): de European Quality of Life Survey (EQLS) en de Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC).

Wonen en gezondheid

Met een uitgebreide analyse van de data van de EQLS-survey voor 2016 toont Heylen (2025) aan dat verschillende aspecten van de woonsituatie, waaronder betaalbaarheid, woningkwaliteit en buurtomgeving, sterk samenhangen met zowel de zelf-gerapporteerde algemene gezondheid als mentaal welzijn. De resultaten sluiten daarmee aan bij eerder internationaal onderzoek over dit verband.

Heylen ging met logistische regressieanalyses onder meer in op de interactie tussen het *woonstatuut* en betaalbaarheidsproblemen. Hij stelde vast dat eigenaar-bewoners over het algemeen in een betere gezondheid verkeren dan huurders. Wanneer eigenaars echter geconfronteerd worden met een betalingsachterstal hebben ze een aanzienlijk hogere kans op een slechte gezondheid dan huurders met vergelijkbare financiële problemen. Dit wijst op de bijzondere psychologische belasting die hypotheekachterstand en het risico op verlies van de woning met zich mee kunnen brengen.

Voor *sociale* huurders neemt de kans op een slechte gezondheid niet toe wanneer er *betalingsachterstal* is, in tegenstelling tot bij private huurders en eigenaars. Dit resultaat is mogelijk gerelateerd aan de beschermende rol van de sociale huursector, waar er meer woonzekerheid is en begeleiding meer structureel georganiseerd is dan op de private huurmarkt.

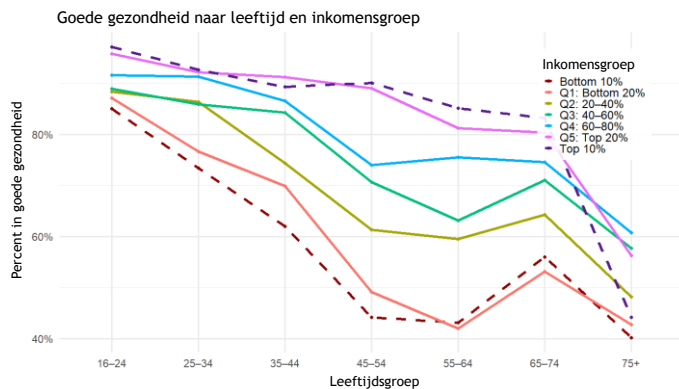
Verder benadrukt deze studie het belang van *woningkwaliteit* voor de gezondheid, en meer bepaald de aanwezigheid van een goed verwarmings- en koelsysteem. Ook buurtkenmerken spelen een duidelijke rol. Zo hebben mensen die zich 's avonds onveilig voelen in hun omgeving, meer kans op een slechte gezondheid. Tot slot werd aangetoond dat mensen die zich sociaal uitgesloten voelen, een significant hoger risico hebben op zowel een slechte algemene als mentale gezondheid.

De bevindingen van dit onderzoek benadrukken de noodzaak van een multidimensionale beleidsaanpak op het domein wonen-welzijn, die verder gaat dan enkel de fysieke woningkwaliteit. Initiatieven op vlak van betaalbaarheid,

buurtveiligheid en sociale inclusie zijn eveneens van belang om gezondheidsverschillen te verkleinen en de levenskwaliteit in België te verbeteren.

Materieel en menselijk kapitaal, sociale bescherming en gezondheid

Mergoni & Nicaise (2025) onderzochten aan de hand van EU-SILC de invloed van sociaal-economische hulpbronnen in de ruime zin (inkomen, schulden en spaarvermogen, scholing, wooncomfort en sociale bescherming) op de subjectieve gezondheidsperceptie van individuen. Als afhankelijke variabele voor de logistische regressies gebruikten zij de



gedichotomiseerde antwoorden op de vraag hoe goed respondenten hun eigen gezondheid inschatten (1 = goed of zeer goed; rest = 0). Uiteraard daalt de (subjectieve) gezondheid met de leeftijd. Ongeacht welke sociaal-economische determinant men als criterium gebruikt, telkens blijkt de kloof tussen 'kansrijk' en 'kansarm' zich uit te diepen doorheen de levenscyclus om een maximale diepte te bereiken rond de pensioenleeftijd. In volgorde van impact op de cumulatieve kloof zijn de determinanten: (log) equivalent inkomen, onderwijsniveau, leeftijd, geslacht, volume spaarbuffer, eigendom van de woning, wooncomfort (aan- of afwezigheid van bepaalde

gebreken), kunnen sparen of niet versus schulden, gezinssamenstelling, arbeidsmarktstatuut (tewerkgesteld / werkloos...), niveau van sociale uitkering, en achterstallige betaling van nutsvoorzieningen. Uit deze analyse concluderen we alvast dat niet alleen het inkomen, maar ook andere financiële en materiële buffers zoals de eigendom van de woning de (fysieke en/of mentale) gezondheid van mensen bepalen. Hetzelfde geldt voor scholing, die op verschillende manieren de gezondheid beïnvloedt (parate kennis, voorzichtig gedrag, het vermogen om complexe verbanden te begrijpen, comfort van het uitgeoefende beroep, verdienvermogen enz.). Dit alles heeft belangrijke implicaties voor het gezondheidsbeleid.

De rol van sociale bescherming in dit geheel is moeilijk te vatten omdat er hier een causaliteit in twee richtingen voordoet: hoe zwakker de gezondheid, hoe hoger de behoefte aan sociale bescherming; en hoe hoger de bescherming, hoe beter de gezondheid bevorderd wordt. Een alternatieve schatting van de impact van sociale bescherming kan gebeuren door te simuleren wat het effect zou zijn van een inkomenssupplement: bv. door het inkomen van het laagste inkomensdecil op te trekken tot het niveau van het hoogste inkomensdecil. De simulatie wijst op een substantiële potentiële toename in het aandeel respondenten in goede gezondheid (van 13% bij de jongste groep tot 30% bij de oudste groep).

Geestelijke gezondheid en armoede

Het interfederaal Steunpunt tot bestrijding van armoede, partner in het Re-InVEST.be-onderzoek, verzorgde een kruising van het academische onderzoek met de ervaringskennis van verenigingen waar armen het woord nemen (Demonty e.a. 2023 en 2025). Geestelijke gezondheid wordt daarbij binnen algemene gezondheid gesitueerd. En vaak wordt verwezen naar het belang van stabiliteit en evenwicht. Bij mensen in armoede en verenigingen is de vrees voor psychiatrisering van het sociale sterk aanwezig; het maakt het gesprek over de relatie tussen armoede en psychische gezondheid erg gevoelig.

De vicieuze cirkel waarin armoede (mentaal) ziek maakt, en (mentale) ziekte arm, wordt herkend door de deelnemers aan de interviews, al wordt daarbij overwegend verwezen naar armoede als oorzaak van een gebrek aan mentaal welbevinden en een verhoogd risico op de ontwikkeling van een aantal psychiatrische stoornissen. Mensen in armoedesituaties ervaren quasi altijd een opeenstapeling van moeilijkheden (moeilijkheden om rond te komen, schulden, het risico dat kinderen uit huis worden geplaatst, enzovoort) die hun mentaal welzijn sterk onder druk zet. Daarnaast wordt ook het langdurige – en soms intergenerationele – karakter van armoede benadrukt en het aanhoudende karakter van de stress die leven met financiële problemen met zich meebrengt.

Een cruciale milderende factor is autonomie en de mogelijkheid om eigen keuzes te kunnen maken en van de eigen doelstellingen te kunnen vertrekken. Een andere opvallende vaststelling is de belangrijke rol van verenigingen waar armen het woord nemen, net als gelijkaardige laagdrempelige basisinitiatieven, in het bevorderen van het mentale welzijn van mensen die er over de vloer komen.

Het recht op geestelijke gezondheid

De Munck & Pardoën (2024) en De Munck et al. (2025) analyseren op basis van een empirische studie de betekenis van het recht op geestelijke gezondheid. Ze leren ons drie betekenisringen te onderscheiden. Het recht op *Cure* heeft betrekking op de behandeling van een acute ziekte door professionals in aangepaste voorzieningen voor gezondheidszorg, met het oog op een zo snel mogelijke verlichting. Het recht op *Care* heeft betrekking op curatieve of preventieve zorg, verleend door professionals en niet-professionals, met het oog op het opbouwen van een leven met of ondanks de symptomen. Ten slotte wordt het recht op geestelijke gezondheid een recht op persoonlijke ontplooiing wanneer rekening wordt gehouden met de psychische gevolgen van ervaringen in de verschillende domeinen van het sociale leven: gezin, school, werk, buurt... Non-discriminatie, destigmatisering, slechte huisvesting of zware arbeidsomstandigheden worden dan onderdeel van dit recht, dat op een globale manier wordt opgevat. De ontwikkeling van een recht op geestelijke gezondheid zoals hierboven beschreven, ging gepaard met belangrijke juridische veranderingen. Tot in de jaren 1990 beschouwde het *overheidsstelsel* gezondheid als een goed dat, soms met dwang, werd beheerd door de overheid op advies van medische wetenschappers. De beweging rond mensenrechten heeft deze situatie ingrijpend veranderd.

Eenzijds heeft het *formalistische regime* de rol van het overheidsregime van rechtsbedeling beperkt door een referentiekader van mensenrechten vast te stellen dat een bescherming vormt tegen machtsmisbruik van de psychiater. Deze barrière is echter kwetsbaar en de afstemming tussen beide regimes blijft moeilijk. Anderzijds wordt in de juridische regulering van dit gebied steeds meer belang gehecht aan het regime van bemiddeling.

Belangrijke hervormingen getuigen hiervan, zoals de evolutie van de bescherming van meerderjarige volwassenen of de invoering van bemiddeling in psychiatrische instellingen. In de procedures van de initiatieven voor beschermd wonen (IHP), die aan het einde van de jaren tachtig zijn ontstaan, zien we ook een nieuwe verhouding tussen administratie en respect voor het individu.

In tegenstelling tot het beleidsdomein wonen zijn de onderhandelingen tussen de sociale partners zeer actief in de ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Ze dragen in grote mate bij tot de opbouw van meso- en macrostructuren voor ambulante zorg, die de continuïteit van de zorg ondersteunen en een mutualisering van de gezondheidskosten mogelijk maken. Er bestaan echter grote verschillen tussen de regio's: de geestelijke gezondheidszorg is beter uitgerust in stedelijke gebieden dan in landelijke gebieden, wat een probleem oplevert voor de gelijke toegang tot zorg. De invoering van het nieuwe domein van de geestelijke gezondheidszorg brengt drie gevaren met zich mee: de tirannie van de urgentie, die getuigt van het falen van de preventie; het overlaten van patiënten aan hun familie of aan hun isolement; de onderfinanciering en het gebrek aan ondersteuning van de zorgnetwerken. De overheid moet deze gevaren erkennen als factoren die de sociale ongelijkheid en het lijden van kwetsbare bevolkingsgroepen verergeren.

De figuur van de rechtspersoon die uit deze veranderingen naar voren komt, is nog niet duidelijk gethematiseerd. Het gaat hier niet om een 'autonoom en verantwoordelijk' subject, noch om een passief object, dat gespecialiseerde zorg nodig heeft, noch om een lid van een belangengroep die zich als een vakbond kan organiseren. Het gaat om een subject dat wordt bepaald door en afhankelijk is van zijn relatie tot anderen. Deze gedecentreerde subjectiviteit is inherent aan het begrip 'zorg' dat bepalend is voor het domein van de geestelijke gezondheidszorg. We gaan ervan uit zodra we het hebben over de relatie tussen hulpverlener en hulpbehoevende: de status van de hulpbehoevende hangt af van de status van de hulpverlener. We vinden dit terug in bemiddelingsprocessen, waar de rol van de 'zorgverlener' uiteindelijk even belangrijk is als die van de 'zorgontvanger'. De constructie van dit nieuwe, 'relationele' subject van het recht is het uiteindelijke doel van een beleid voor geestelijke gezondheidszorg in de hedendaagse context.

Conclusie en aanbevelingen

Uit de inbreng van allerlei stakeholders leiden Demonty et al. (2023) enkele basisprincipes af voor een goed sociaal gezondheidsbeleid: 1) het is geïntegreerd in alle beleidsdomeinen ('health-in-all-policies' waaronder dus ook wonen en sociale bescherming); 2) het is emancipatorisch en niet dwangmatig of betuttelend; 3) het beslaat de ganse levensloop; 4) het volgt een logica van proportioneel universalisme; en 5) het is participatief.

1. Zowel uit de statistische analyses als uit de dialoogsessies met stakeholders uit het veld blijkt een duidelijk *structureel verband tussen de sociaal-economische leefomstandigheden van gezinnen en hun gezondheid*. Doorheen de levenscyclus werkt die invloed cumulatief en wordt het verband steeds duidelijker. Dit impliceert het volgende:
 - a. Armoede (en sociale ongelijkheid in het algemeen) heeft onmiskenbaar een zware maatschappelijke gezondheidskost, die vermeden kan worden door preventief te investeren in degelijke sociale bescherming, onderwijs, duurzame tewerkstelling en betaalbaar en kwaliteitsvol wonen.
 - b. De cumulatieve invloed van deprivatie op de gezondheid doorheen de levenscyclus is een argument voor voldoende hoge minima in de sociale bescherming. Momenteel gaat de sociale bescherming steeds meer uit van een 'moral hazard' logica: door degressieve uitkeringen en zelfs duurbeperingen wil men de betrokkenen aanzetten om terug aan het werk te gaan. Zonder degelijke minimumbescherming komt men echter terecht in een negatieve spiraal van desinvestering waardoor de gezondheid steeds verder ondermijnd wordt en de kosten voor de betrokkene en voor de gemeenschap oplopen. Armenverenigingen pleiten niet voor niets voor een optrekking van alle minima tot aan de (AROP) armoederisicogrens.
2. Een aantal besluiten betreffen het verband tussen woonbeleid en gezondheid:
 - a. Ons onderzoek suggereert dat woonzekerheid en betaalbaarheid belangrijker zijn dan het eigendomsstatuut op zich. (Af)betalingsproblemen wegen immers meer op de mentale gezondheid van eigenaars dan op die van huurders, wellicht omdat deze laatsten er gemakkelijker aan kunnen ontsnappen door te verhuizen. Dit kan (naast het Mattheüeffect) een bijkomend argument zijn voor overheden om voorrang te geven aan woonzekerheid boven eigendomsverwerving in hun subsidiebeleid.
 - b. Het belang van *woonzekerheid* voor de mentale gezondheid is een argument voor maatregelen om huurders te beschermen (zie ook onze Policy Brief n° 2), bv. tegen uithuiszetting tijdens de wintermaanden, maar ook om voorzichtig om te gaan met druk op sociale huurders om door te stromen naar de gewone huurmarkt.
 - c. Minstens even belangrijk voor de gezondheid is *woonkwaliteit*. En het gaat hier niet alleen om fysieke woningkenmerken zoals isolatie en hygiëne, maar ook om buurtkenmerken zoals vervuiling en veiligheid. Hier moeten overheden rekening houden met de maatschappelijke baten van investeringen in de opwaardering van woningen en buurten.
3. Specifiek met betrekking tot geestelijke gezondheid(szorg) kwamen uit de dialoogsessies met stakeholders en verenigingen volgende aanbevelingen (Demonty et al. 2025):
 - a. Mensen (in armoede) moeten in staat gesteld worden om een gevoel van controle over hun leven te krijgen, zowel in hun traject van medische zorg als in andere domeinen en het uitoefenen van hun rechten bij de openbare diensten. Dit vereist tijd, vertrouwen en transparantie, en een kader dat de zorgvrager een actieve rol toebedeelt in zijn traject.
 - b. Daarnaast dient er ook geïnvesteerd te worden in verenigingen waar mensen in armoede zich erkend voelen, omdat deze organisaties essentieel zijn voor het bevorderen van hun welzijn en het voorkomen van psychische problemen.
4. De Munck et al. (2025) stellen vier manieren voor om de *toegang tot rechten op het gebied van geestelijke gezondheid* te verbeteren:
 - a. Ze roepen op om over te stappen van een urgentie-logica naar meer preventie en begeleiding buiten kritieke situaties. Het gaat er niet om het belang van dringende hulp in de psychiatrie te minimaliseren,

maar voor ogen te houden dat crisissituaties vaak het gevolg zijn van het tekort aan beschikbare begeleidingscapaciteit in vroegere stadia.

- b. In diezelfde zin wordt aanbevolen om de zorgnetwerken te versterken: met name door mobiele teams te versterken en na te denken over het statuut van mantelzorgers. Zowel de financiering als de juridische statuten moeten gericht zijn op duurzaamheid, zodat de sociale investering vruchten kan afwerpen. De ervaring met de initiatieven voor beschut wonen biedt voordelen die inspiratie kunnen bieden voor het beleid ter versterking van de netwerken: samenwerking tussen overheidsadministratie en lokale verenigingen, flexibel beheer, oplossing van het huisvestingsprobleem.
- c. Ten derde moeten de bemiddelingsdiensten worden versterkt om alternatieve – en niet-gerechtelijke – wegen te bieden voor het oplossen van conflicten en het vergemakkelijken van de toegang tot rechten.
- d. Ten slotte benadrukken de auteurs de noodzaak om grondig na te denken over het begrip “rechtspersoon”, zodat beter rekening kan worden gehouden met de kwetsbaarheid van de betrokkenen. Op het gebied van geestelijke gezondheid is de rechtspersoon niet het autonome en verantwoordelijke wezen dat vrijwillige en expliciete overeenkomsten sluit. Het is een relationeel wezen, dat afhankelijk is, maar niettemin een gesprekspartner is die respect verdient. Bovendien moet ook rekening worden gehouden met de zorgverlener, want zijn rechten zijn even belangrijk als die van de zorgontvanger.

Lees meer

M. Bourguignon et al., “Variations spatiales et sociodémographiques de mortalité de 2020-2021 en Belgique. L’effet de la pandémie Covid-19, Document de travail 27,” Centre de recherche en démographie, Louvain la-Neuve, Sep. 2021.

Coene J., Degerickx H., Dewilde C., D’Hertoghe M., Ghys T., Hubeau B., Marchal S., Remmen R., & Van Hootegem H. (red., 2025), *Armoede en ongelijkheid – Jaarboek 2025*, Acco

Demonty, F., de Vaal, D., Nieto Peña, M., Stroobants, V., & Van Hootegem, H. (2023). [Gezondheid: een socio-constructivistische benadering. Elementen van gezondheid op basis van het overleg met actoren in de strijd tegen armoede](#) Re-INVEST.be rapport 3.3.1, Brussel: Steunpunt ter bestrijding van armoede, bestaanszekerheid en sociale uitsluiting

Demonty, F., Stroobants, V., & Van Hootegem, H. (2025). [Armoedebestrijding en mentale gezondheidszorg: een kruising van academisch onderzoek met ervaringskennis van actoren uit het veld](#). Re-INVEST.be rapport 3.3.2, Brussel: Steunpunt ter bestrijding van armoede, bestaanszekerheid en sociale uitsluiting / KU Leuven: HIVA

De Munck, J., & Pardoën, L. (2024). [Santé mentale, care et droits-capacités](#), rapport Re-InVEST.be 3.2.1-3.2.2, UC Louvain : CRIDIS

De Munck, J., Printz, A., & Pardoën, L. (2025). [Droit à la santé mentale, capacités et régimes de légalité. Aspects normatifs et descriptifs](#), rapport Re-InVEST.be 3.2.3, UC Louvain : CRIDIS.

EuroHealthNet & Centre for Health Equity Analytics (CHAIN) (2025). *Social inequalities in health in the EU: Are countries closing the health gap?* Brussels, 144p.

Heylen, K. (2025). [Housing and health in Belgium. Evidence from the EQLS](#), Re-InVEST.be Report 2.1.3, KU Leuven: HIVA

Mergoni A., Nicaise I. (2025), [Fighting poverty by investing in health: understanding the relation between financial resources, housing, social protection and health](#), Re-InVEST.be report 3.1.1, KU Leuven: HIVA

Renard F., Scohy A., De Pauw R., Jurčević J., Devleeschauwer B. (2022), *Health Status Report 2021. De gezondheidstoestand in België*. Brussel: Sciensano, 33p.

Het onderzoeksteam

Auteurs

Ides Nicaise, Anna Mergoni, Anna Ruelens, Kristof Heylen (KU Leuven HIVA)

Jean De Munck, Léonard Pardoën, Antoine Printz (UC Louvain – CRIDIS)

Henk Van Hootegem, Veerle Stroobants, David de Vaal, Marissa Nieto Peña, François Demonty (Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting)

Contact

Nicaise, Ides

KU Leuven / HIVA

e-mail: ides.nicaise@kuleuven.be

<https://hiva.kuleuven.be/sites/reinvestbe>