



## TEVREDENHEID OVER GEZONDHEIDSVOORZIENINGEN: POSITIE VAN VLAANDEREN IN EUROPA EN BEÏNVLOEDENDE FACTOREN

Dirk Smets

Studiedienst van de Vlaamse Regering

Vlaamse overheid



**TEVREDENHEID OVER  
GEZONDHEIDSVOORZIENINGEN:  
POSITIE VAN VLAANDEREN IN EUROPA EN  
BEÏNVLOEDENDE FACTOREN**

Dirk Smets  
Studiedienst van de Vlaamse Regering  
Augustus 2009



## 1. Inleiding

Hoe percipiëren de Nederlandstaligen in België de kwaliteit, de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidsvoorzieningen in ons land? Traditioneel worden aan de (Belgische) gezondheidszorg een aantal sterke troeven toegeschreven zoals de hoge dekkingsgraad van de bevolking door de verplichte ziekteverzekering, de vrije keuze van de patiënt en de vlotte toegang tot het gezondheidssysteem. Uit de analyse zal moeten blijken of de respondenten dit gezondheidssysteem positief evalueren. Hoe positioneert de Vlaamse Gemeenschap zich ten aanzien van andere EU-lidstaten?

Het eerste deel bestaat uit een bivariate analyse waarbij een landenrangschikking opgesteld wordt op basis van de mening van de respondenten in de verschillende landen over de kwaliteit en de bereikbaarheid van een aantal verzorgings- en gezondheidsdiensten in hun land. De volgende diensten en zorgverstrekkers komen aan bod: ziekenhuizen, verzorgingsinstellingen, tandartsen, geneesheer-specialisten, huisartsen en diensten voor thuiszorg.

In een tweede deel wordt door middel van multivariate analyse gekeken naar het netto-effect van een aantal achtergrondvariabelen (geslacht, opleidingsniveau, woonplaats, leeftijd, gezinssituatie en beroep) op de mening van de respondenten over deze thema's. Het resultaat is een overzichtstabel waarin wordt weergegeven hoe het effect van de achtergrondvariabelen verschilt voor de landen.

Door de landen tenslotte in te delen in 3 of 4 homologe groepen wordt in het derde deel nagegaan of het behoren tot een bepaalde landengroep met bepaalde kenmerken die betrekking hebben op het aanbod en het gezondheidssysteem, een netto-effect heeft op de mening over kwaliteit en toegankelijkheid gecontroleerd voor de andere achtergrondvariabelen. De indeling gebeurt op basis van de totale gezondheidsuitgaven van een land, de institutionele karakteristieken van het gezondheidszorgsysteem (Bismarck of Beveridge georiënteerd, veel of weinig eigen bijdragen, ...) en op basis van de densiteit van artsen en ziekenhuisbedden.

In de samenvatting worden de belangrijkste bevindingen nog eens kort op een rijtje gezet.

De analyse gebeurt op de resultaten van de Special Eurobarometer 283 / Wave 67.3 'Gezondheid en langetermijnzorg'. Deze enquête werd door TNS Opinion & Social op vraag van de Europese Commissie uitgevoerd tussen 25 mei en 30 juni 2007.

De onderzoekspopulatie van deze enquête is een steekproef uit de bevolking van 15 jaar en ouder van de verschillende lidstaten van de Europese Unie en de kandidaat-lidstaten Kroatië en Turkije.

De gebruikte steekproefmethode was in alle lidstaten een meertrapstoevalsteekproef. Alle interviews werden face-to-face uitgevoerd bij de mensen thuis.

In de meeste landen werden ongeveer 1.000 mensen geïnterviewd. Uitzonderingen hierop zijn Cyprus, Luxemburg en Malta met ongeveer 500 interviews, het Verenigd Koninkrijk met ongeveer 1.300 interviews en Duitsland met ongeveer 1.500 interviews.

In België waren er 1.040 respondenten, 597 Nederlandstaligen, in de analyses toegekend aan de Vlaamse Gemeenschap, en 443 Franstaligen, hierna Franse Gemeenschap genoemd.

## 2. De houding tegenover de kwaliteit, beschikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen en medische en paramedische beroepen, internationaal vergeleken

In dit deel wordt gekeken naar de mening van de respondenten in de verschillende landen over de kwaliteit, de beschikbaarheid en toegankelijkheid van een aantal verzorgings- en gezondheidsdiensten in hun land. De volgende diensten en zorgverstrekkers komen aan bod: ziekenhuizen, verzorgingsinstellingen, tandartsen, geneesheer-specialisten, huisartsen, diensten voor thuiszorg.

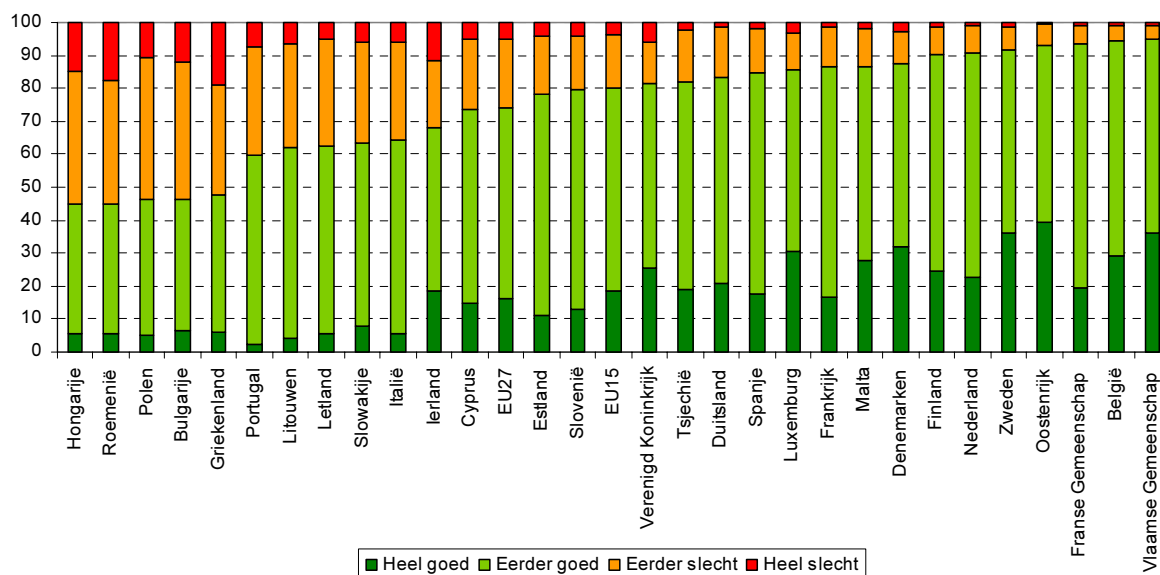
Dit gebeurde op basis van vraag QA3 “Zou u mij voor elk van de volgende verzorgings- en gezondheidsdiensten op basis van uw eigen ervaringen of die van uw naasten kunnen zeggen of u de kwaliteit van deze diensten in uw land heel goed, eerder goed, eerder slecht of heel slecht vindt?”

en op basis van vraag QA4 “Wanneer u opnieuw aan uw eigen persoonlijke ervaringen denkt of de ervaring van uw naasten, kan u mij voor elk van de volgende verzorgings- en gezondheidsdiensten zeggen of het in uw land heel gemakkelijk, eerder gemakkelijk, eerder moeilijk of heel moeilijk is om deze diensten te bereiken of toegang te krijgen tot deze diensten? Ik praat enkel over de beschikbaarheid en de toegankelijkheid, niet over de kostprijs of het aanbod.”

De resultaten worden weergegeven in de volgende grafieken en telkens kort besproken.

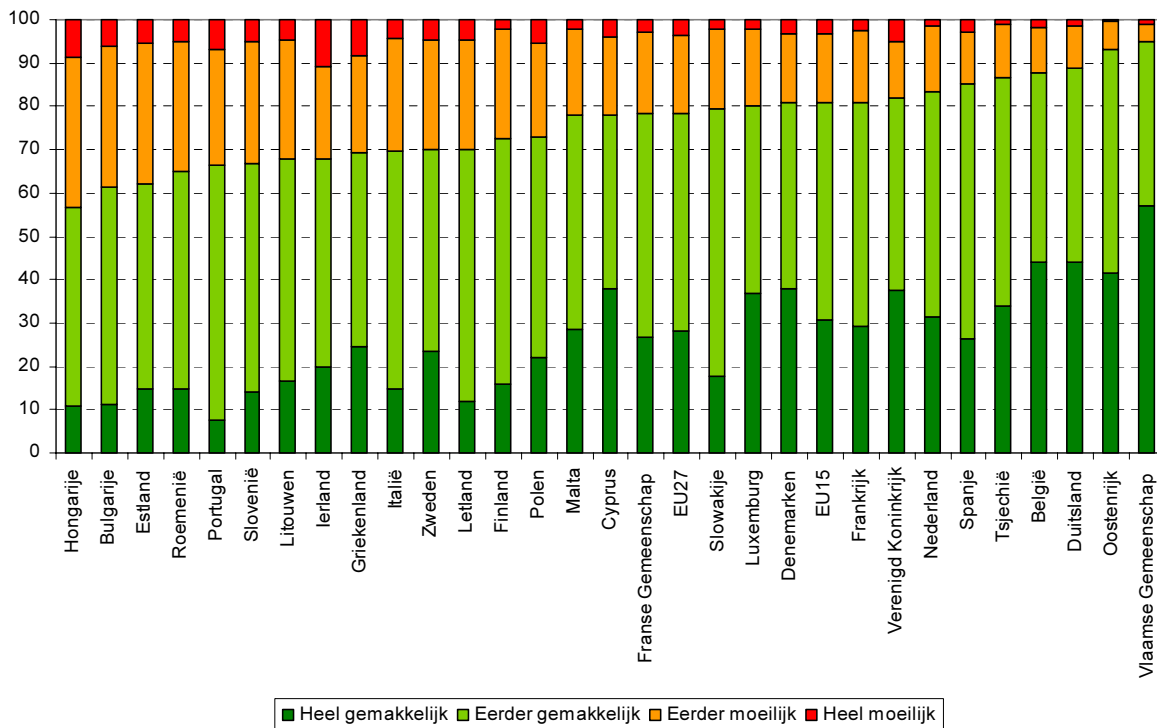
### 2.1. De ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen

Grafiek 1 Kwaliteit ziekenhuizen



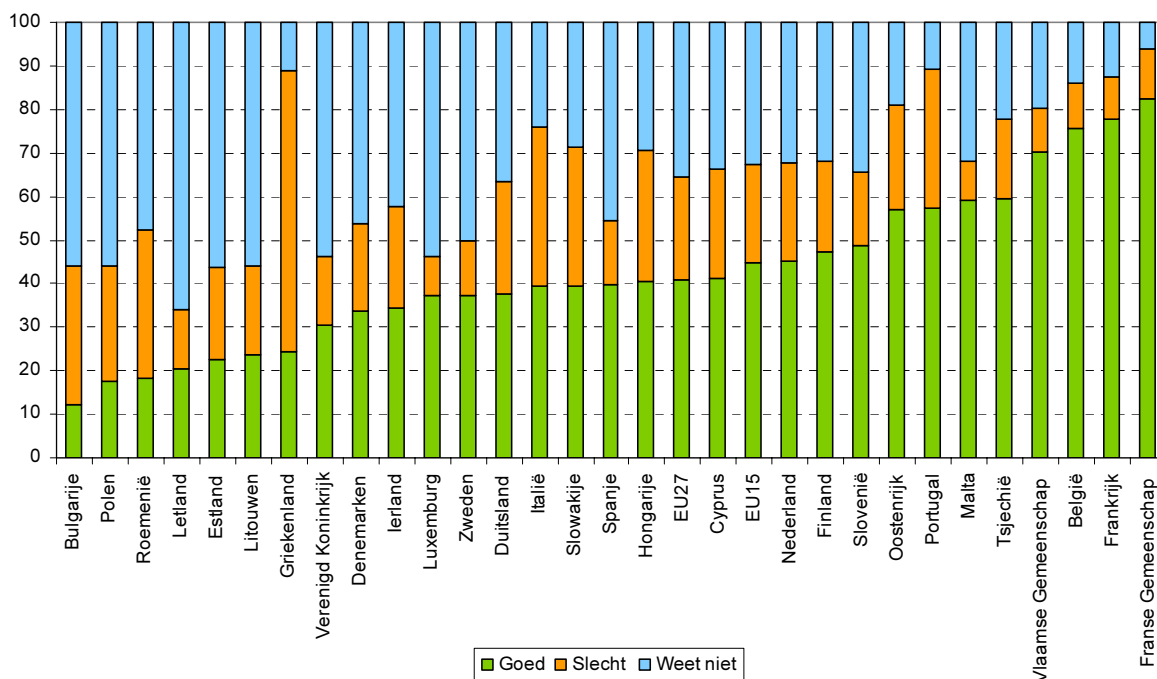
Driekwart van de inwoners van de Europese Unie (EU27) beoordeelt de **kwaliteit van de ziekenhuizen** in hun land als heel goed of eerder goed. Een kwart denkt dat de kwaliteit eerder slecht of heel slecht is. Tussen de landen zijn er grote verschillen. Wanneer de ‘heel goed’ en ‘eerder goed’ scores samengenomen worden, varieert het aandeel respondenten dat de kwaliteit van de ziekenhuizen als ‘goed’ beschouwt van 45% in Hongarije en Roemenië tot 94% in België. 95% van de Nederlandstaligen in België hebben een positieve mening over de kwaliteit van de ziekenhuizen en zo staat de Vlaamse Gemeenschap aan de top van dit lijstje.

**Grafiek 2 Beschikbaarheid en toegankelijkheid ziekenhuizen**



Meer dan driekwart van de Europeanen (79%) heeft geen problemen met de **beschikbaarheid en toegankelijkheid van de ziekenhuizen**. Toch zijn er ook hier grote verschillen tussen de lidstaten. Het percentage dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid positief beoordeelt, varieert van 57% in Hongarije tot 93% in Oostenrijk. Ook hier is de Vlaamse Gemeenschap koploper met 95% van de respondenten die geen probleem hebben om een ziekenhuis te bereiken.

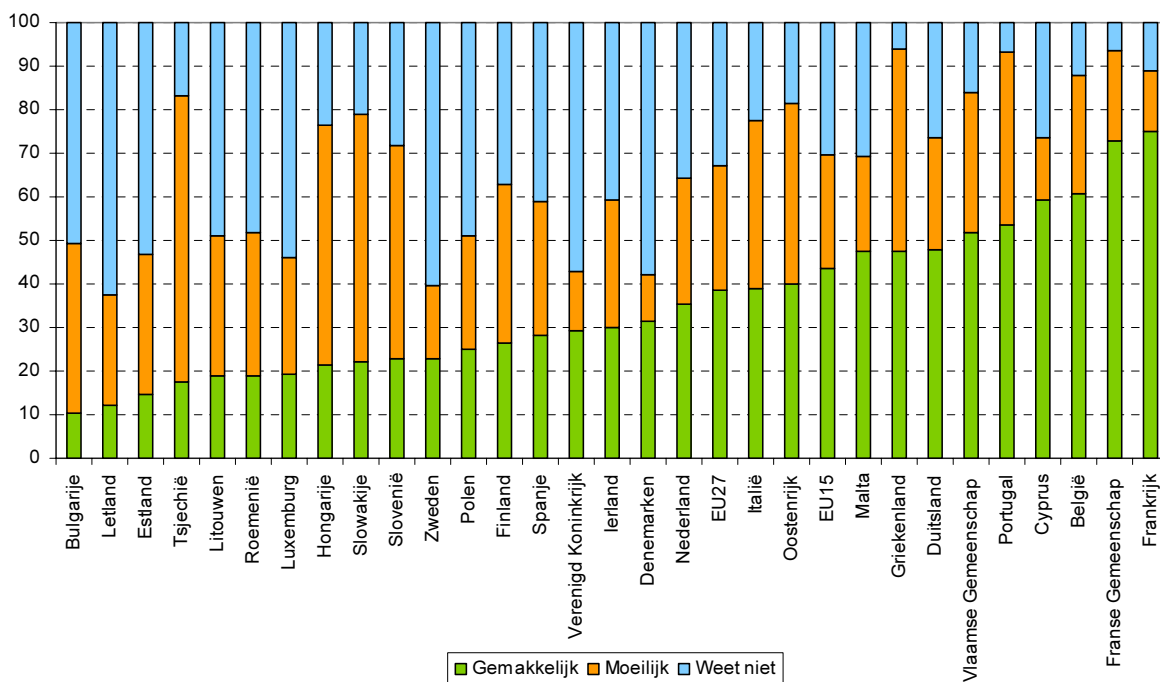
**Grafiek 3 Kwaliteit verzorgingsinstellingen**



Meer dan een derde van de respondenten in de EU27 (36%) heeft geen mening over de **kwaliteit van de verzorgingsinstellingen**. Bij de overige groep overheerst een positieve

mening (41%) op een negatieve mening (23%). Bij de Nederlandstalige Belgen is 70% tevreden over de kwaliteit van de verzorgingsinstellingen, 10% is ontevreden en 20% weet het niet.

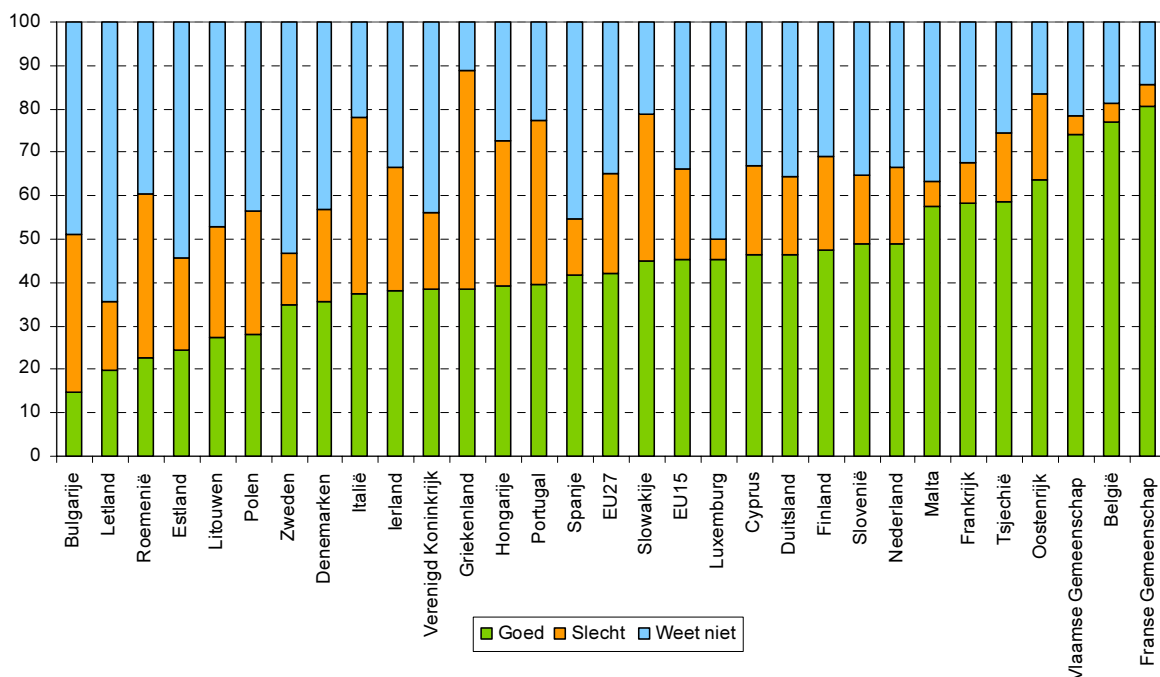
**Grafiek 4 Beschikbaarheid en toegankelijkheid verzorgingsinstellingen**



De **beschikbaarheid en toegankelijkheid van de verzorgingsinstellingen** wordt door minder Nederlandstalige respondenten gunstig beoordeeld, de helft (52%) is nog wel tevreden, maar een op drie (32%) is niet tevreden over dit aspect. 16% tenslotte heeft geen mening. Gemiddeld is in de EU27 39% positief, 28% negatief en 33% heeft geen mening. Ook hier zijn er grote verschillen tussen de landen voor de categorie 'weet niet'.

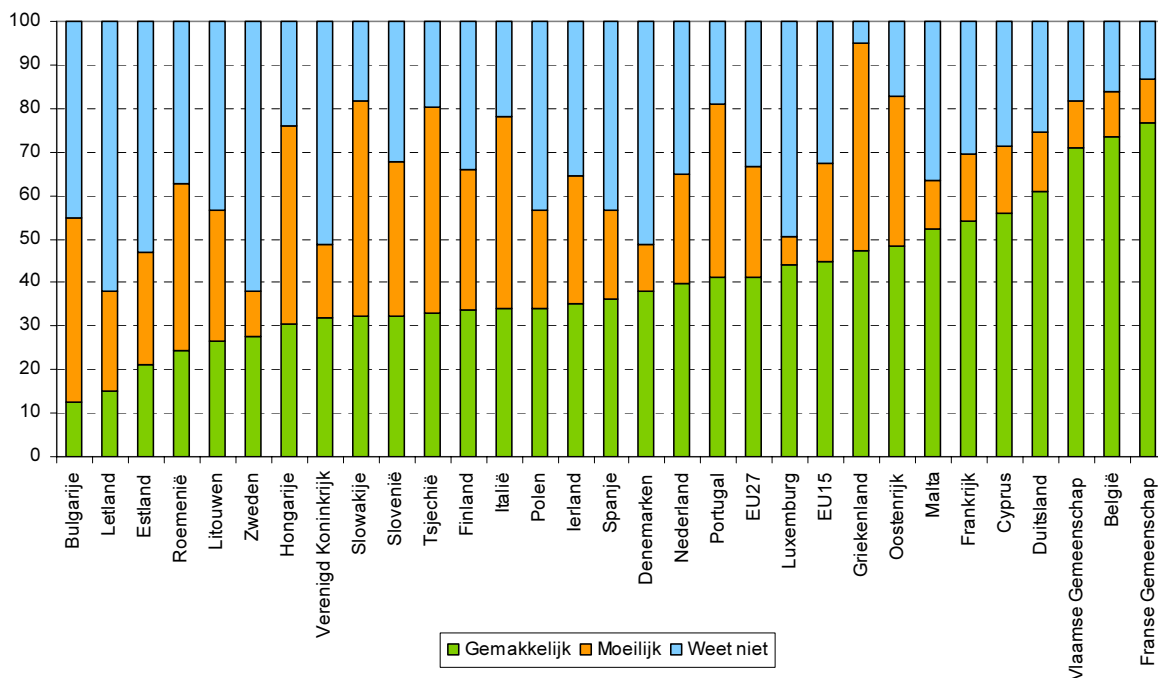
## 2.2. De thuiszorg

**Grafiek 5 Kwaliteit thuiszorg**



Wanneer gekeken wordt naar de **kwaliteit van de diensten van thuiszorg** voor zorgbehoevenden, valt op dat een aanzienlijk deel van de Europeanen (35% in de EU27) hierover niet meteen een oordeel kan vellen. Bij diegene die toch een beoordeling geven, overheerst een positieve mening (42%) boven een negatieve mening (23%). 74% van de Nederlandstalige respondenten in België beschouwen de kwaliteit van de thuiszorg als goed, 22% heeft geen mening en slechts 4% is ontevreden over de geleverde kwaliteit bij de diensten van thuiszorg.

**Grafiek 6 Beschikbaarheid en toegankelijkheid thuiszorg**

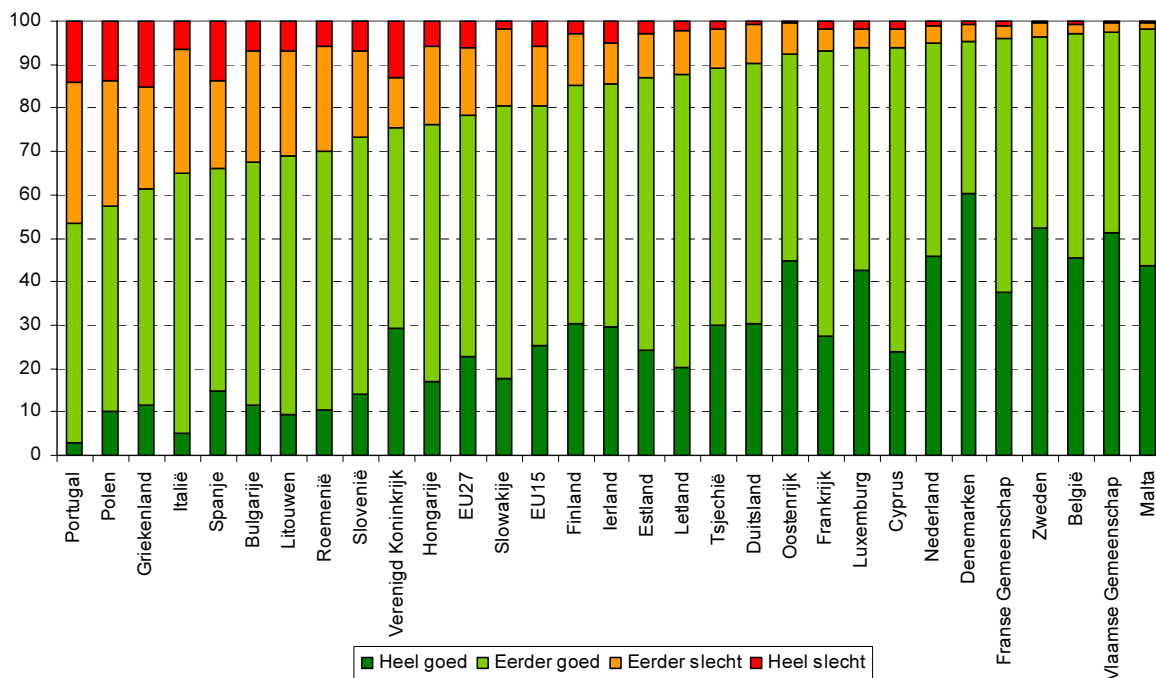


De mening over de **beschikbaarheid en toegankelijkheid van de thuiszorg** levert hetzelfde beeld op: 34% van de respondenten in de EU27 heeft geen mening, 41% is tevreden, 25% ontevreden. Ook over dit aspect is 71% van de Nederlandstalige respondenten positief, 18% heeft geen mening en 11% is een negatieve mening toegedaan. Hierbij is het belangrijk te vermelden dat, zowel naar kwaliteit als naar beschikbaarheid en toegankelijkheid van de thuiszorg, de verschillen tussen de landen sterk beïnvloed worden door het feit of het verstrekken van thuiszorg aan zorgbehoevenden al dan niet een ruim verspreide gewoonte is in het gegeven land. Hiermee samenhangend zijn er dan ook aanzienlijke verschillen tussen de landen voor de categorie 'weet niet'.



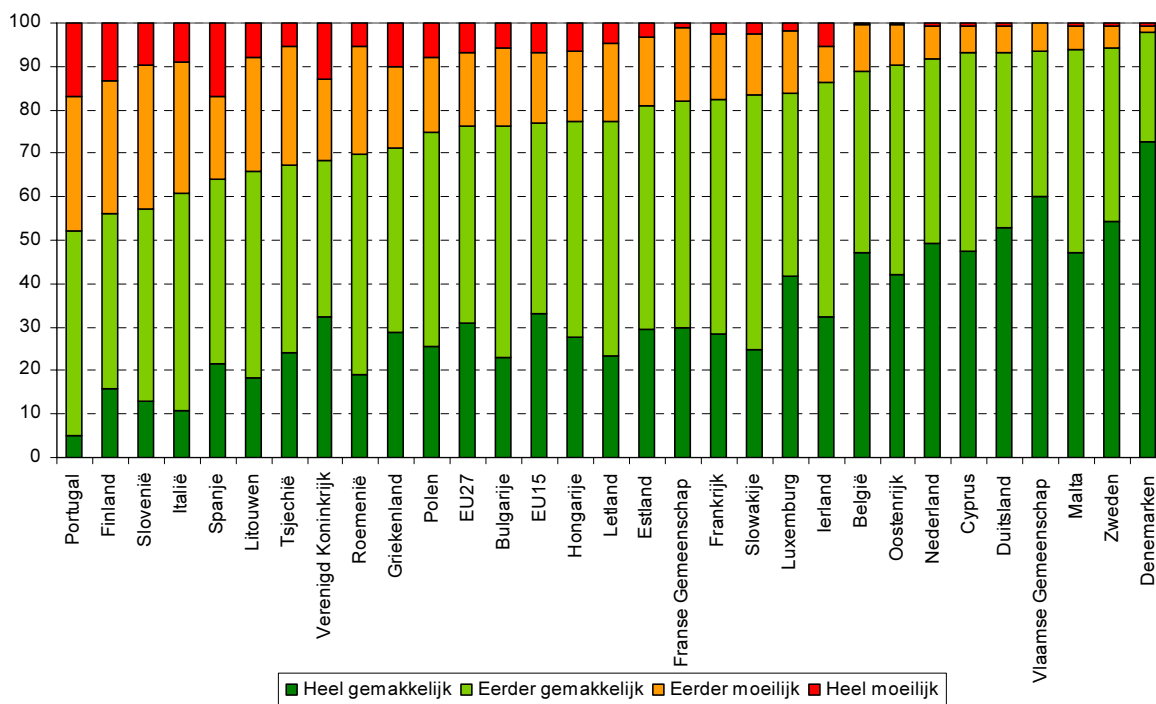
### 2.3. De medische en paramedische beroepen

Grafiek 7 Kwaliteit tandartspraktijken



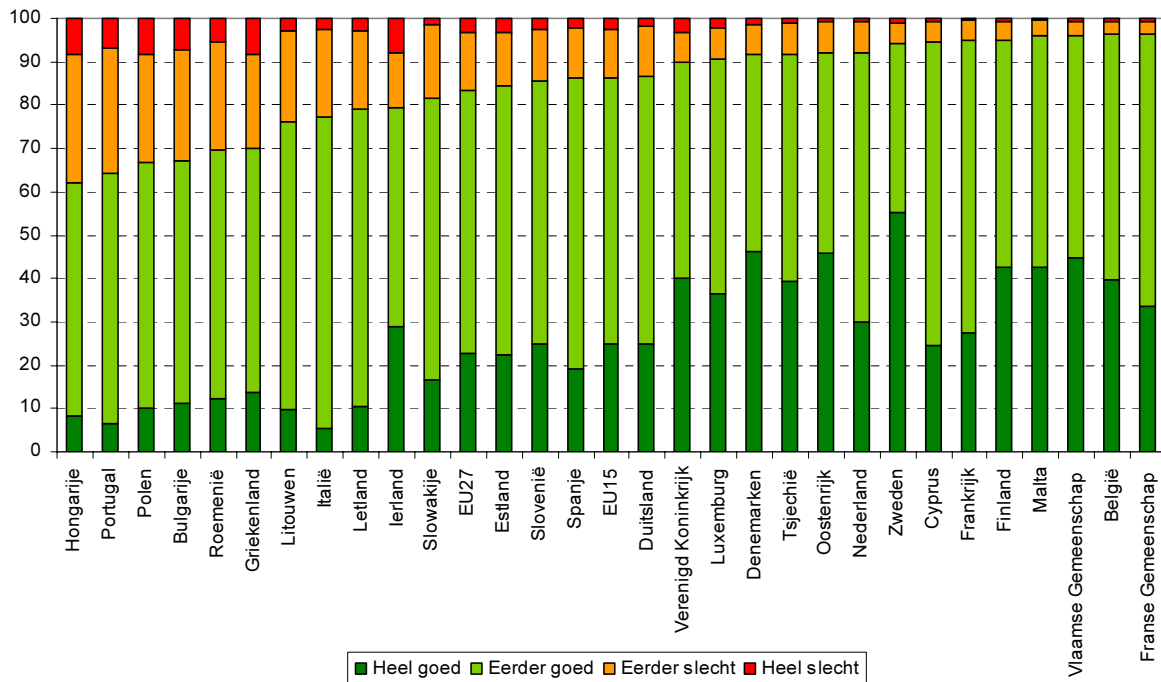
Slechts 2,5% van de Nederlandstaligen in België beoordeelt de **kwaliteit van de tandartspraktijken** negatief, de Vlaamse Gemeenschap wordt in Europa enkel voorafgegaan door Malta. Gemiddeld heeft in de EU27 ongeveer 22% van de respondenten klachten over de kwaliteit van de tandartsen. Portugal bengelt achteraan met bijna 47% ontevreden tandartspatiënten.

Grafiek 8 Beschikbaarheid en toegankelijkheid tandartspraktijken



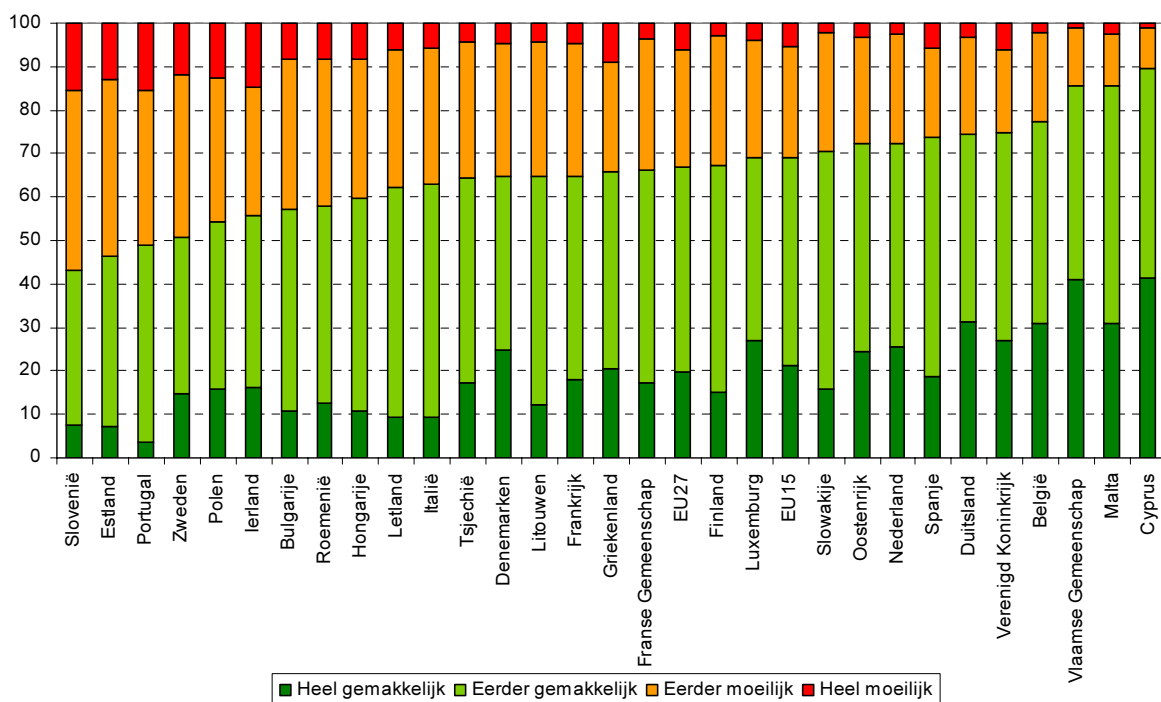
Ook naar **beschikbaarheid en toegankelijkheid van tandartspraktijken** zijn er bij de Nederlandstalige Belgen niet veel klachten: 94% oordeelt positief. In Europa bedraagt dit gemiddelde 76%. De Portugezen zijn met 52% het minst tevreden terwijl 98% van de Denen de beschikbaarheid en toegankelijkheid van tandartspraktijken positief ervaart.

**Grafiek 9 Kwaliteit geneesheer-specialisten**



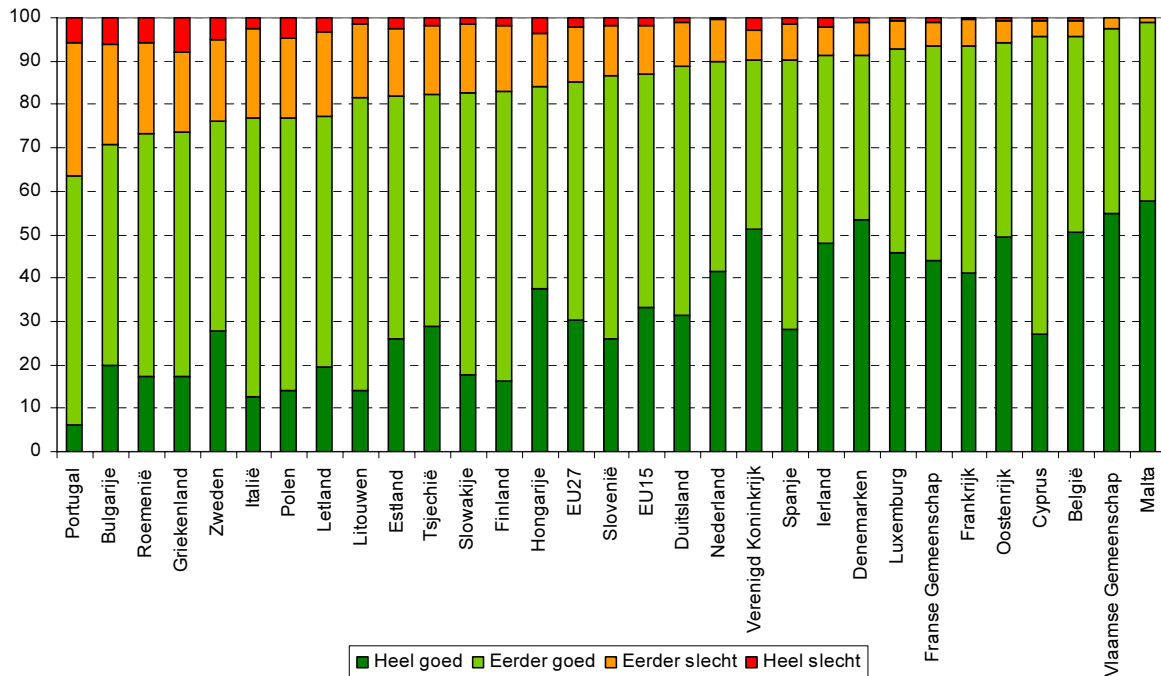
Meer dan 4 op 5 inwoners van de EU27 (83%) hebben een positief oordeel over de **kwaliteit van geneesheer-specialisten** in hun land. In Hongarije wonen het minst tevreden (62%). De Belgen bevinden zich aan de andere kant van het spectrum met 96% van de respondenten met een positief oordeel over de kwaliteit van de geneesheer-specialisten, zowel bij de Nederlands- als Franstaligen.

**Grafiek 10 Beschikbaarheid en toegankelijkheid geneesheer-specialisten**



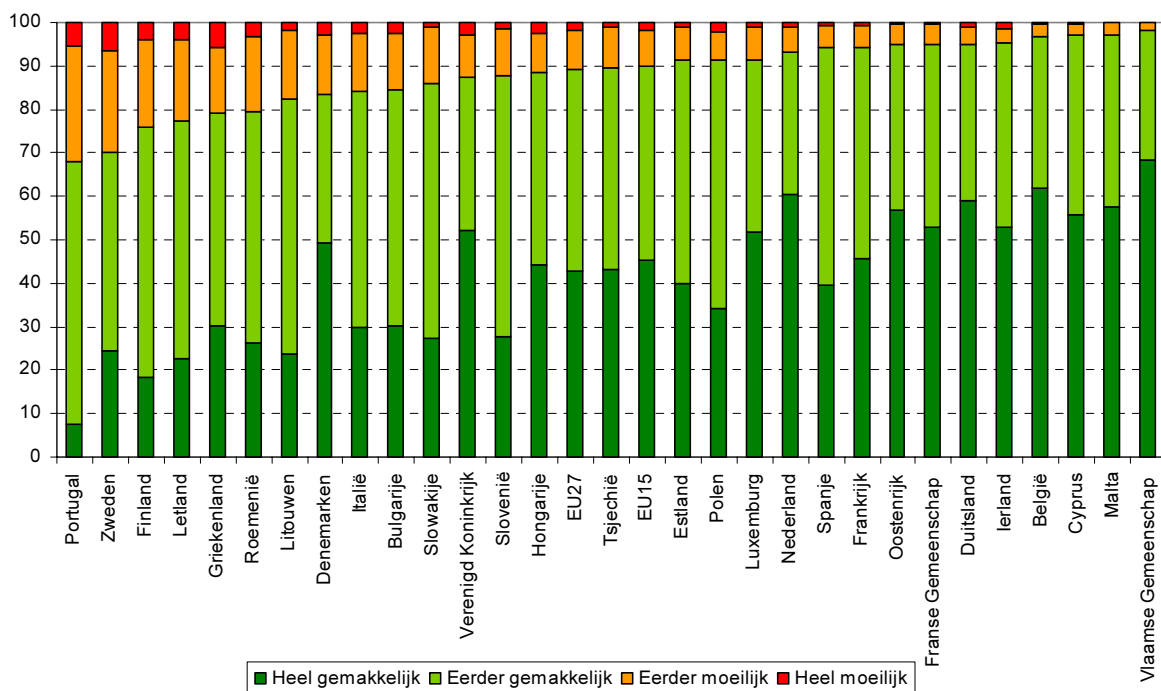
Hoewel de tevredenheid over de **beschikbaarheid en toegankelijkheid van geneesheer-specialisten** bij de Nederlandstaligen duidelijk lager ligt (85%), bevinden ze zich nog steeds vooraan in het peloton. Het gemiddelde van de EU27 bedraagt 67%, Slovenië sluit de rij met slechts 43% van de respondenten die tevreden zijn met de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de geneesheer-specialisten.

**Grafiek 11 Kwaliteit huisartsen**



97% van de Nederlandstalige Belgen is tevreden over de geleverde **kwaliteit bij de huisartsen**, in gans de EU27 zijn 85% van de mensen deze mening toegedaan. Portugal is hekkensluiter met 64% tevreden huisartspatiënten.

**Grafiek 12 Beschikbaarheid en toegankelijkheid huisartsen**



In tegenstelling tot de geneesheer-specialisten hebben de Nederlandstalige Belgen geen noemenswaardige klachten over de **beschikbaarheid en toegankelijkheid van de huisarts**: 98% vindt de huisarts gemakkelijk bereikbaar. Het EU27-gemiddelde bedraagt 89%, ook hier sluit Portugal het rijtje af met 68% tevreden respondenten.

### 3. Invloed van persoonskenmerken

In het tweede deel wordt gekeken naar het netto-effect van een aantal achtergrondvariabelen op de mening die de respondenten hebben over de kwaliteit en de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidsvoorzieningen.

Voor de afhankelijke variabele rond kwaliteit werd op basis van de vraag QA3 (zie deel 1) een gemiddelde score<sup>1</sup> berekend. Hetzelfde gebeurde voor de afhankelijke variabele rond beschikbaarheid en toegankelijkheid op basis van vraag QA4 (zie deel 1).

Voor de berekening van een gemiddelde score voor kwaliteit, beschikbaarheid en toegankelijkheid werd enkel rekening gehouden met de mening aangaande ziekenhuizen, tandartsen, geneesheer-specialisten en huisartsen. Door het hoge aantal respondenten (ruim een derde voor de EU27) dat geen mening heeft over thuiszorg en verzorgingsvoorzieningen, is het immers moeilijk deze items op te nemen bij de berekening van een gemiddelde score.

Voor de onafhankelijke variabelen werd gekeken naar:

- geslacht: man en vrouw;
- leeftijd waarop de studies beëindigd werden:  $\leq 15$  jaar, 16-19 jaar en  $\geq 20$  jaar;
- woonplaats: plattelandsgemeente, kleine of middelgrote stad en grote stad;
- leeftijd: 15-24 jaar, 25-39 jaar, 40-54 jaar en  $\geq 55$  jaar;
- gezinssituatie: samenwonend met kinderen, samenwonend zonder kinderen, alleenstaand met kinderen en alleenstaand zonder kinderen;
- beroep: zelfstandige, manager, bediende, arbeider, huisvrouw/man, werkloos, gepensioneerd en student.

Uit een eerste analyse op het totale databestand (EU27) blijkt dat inkomen een interessante onafhankelijke variabele zou kunnen zijn, maar door de hoge non-respons, slechts de helft van de respondenten antwoordde op deze vraag, is deze variabele niet bruikbaar voor verdere analyse.

Voor de analyse werd gebruik gemaakt van een lineaire regressie met dummycodering met voor geslacht 'man', voor leeftijd 'einde studies  $\geq 20$  jaar', voor woonplaats 'plattelandsgemeente', voor leeftijd ' $\geq 55$  jaar', voor gezinssituatie 'samenwonend met kinderen' en voor beroep 'arbeider' als referentiecategorieën.

Het resultaat van deze analyse wordt weergegeven in de synthesetabellen 1 en 2, waarbij enkel de significante resultaten weergegeven worden ( $p \leq 0,05$ ). Een '+' wijst voor een bepaalde groep op een positiever oordeel, een '-' wijst op een negatievere houding t.o.v. de referentiegroep. Wanneer bijvoorbeeld gekeken wordt naar de invloed van de gezinssituatie in het Verenigd Koninkrijk, dan wijst de '-' erop dat iemand die samenwoont zonder kind een iets negatievere mening heeft over de kwaliteit van de gezondheidsvoorzieningen dan iemand uit de referentiecategorie samenwonend met kind. Nog iets negatiever (- -) zijn alleenstaanden zonder kind. De categorie alleenstaanden met kind (- -) heeft de meest

---

<sup>1</sup> De gemiddelde score voor kwaliteit bevindt zich tussen 1 (heel goed) en 4 (heel slecht). De gemiddelde score werd bekomen door het gemiddelde te nemen van de score op de 4 items (ziekenhuizen, tandartspraktijken, geneesheer-specialisten en huisartsen) waarbij er minstens op 3 van de 4 items moest geantwoord zijn. Deze 4 items konden samen genomen worden omdat uit een reliability-analyse (Cronbach's alfa) bleek dat ze voldoende samenhang hadden ( $\alpha = 0,80$ ).

negatieve mening over de kwaliteit van de gezondheidsvoorzieningen in het Verenigd Koninkrijk.

Algemeen kunnen we zeggen dat de verklaarde variantie steeds zeer laag ligt, met in het beste geval een  $R^2$  van 0,09. Voor sommige landen is de  $R^2$  zelfs verwaarloosbaar klein.

Een eerste mogelijke reden voor de beperkte verklaringskracht van de persoonsgebonden achtergrondvariabelen is dat er effectief weinig grote verschillen zijn tussen de verschillende bevolkingsgroepen binnen de achtergrondvariabelen (man-vrouw, jong-oud,...). Dit is op zich natuurlijk positief en wijst op het feit dat er geen groepen uitgesloten worden.

Een andere mogelijke oorzaak is dat er weinig variantie is binnen de afhankelijke variabele (mening over kwaliteit, beschikbaarheid en toegankelijkheid). Het gemiddelde oordeel is in de meeste landen over het algemeen vrij goed. Hierdoor is het moeilijker verschillen naar achtergrondvariabelen te vinden.

De mening over de kwaliteit van de gezondheidsdiensten (tabel 1) wordt weinig of niet beïnvloed door het geslacht van de respondenten. Lageropgeleiden hebben af en toe een meer negatieve mening dan hogeropgeleiden. Respondenten die wonen in een kleine of grote stad hebben vaker een negatief oordeel over de kwaliteit dan zij die op het platteland wonen. Ouderen ( $\geq 55$  jaar) zijn in heel wat landen meer tevreden over de kwaliteit van de gezondheidsdiensten dan de jongere leeftijdscategorieën. De invloed van de gezinssituatie blijkt al bij al vrij beperkt. In functie van de beroepscategorieën zijn gepensioneerden, studenten en managers wat meer tevreden dan arbeiders; werklozen zijn in een aantal landen duidelijk minder tevreden.

Vrouwen zijn in een aantal landen minder tevreden dan mannen als het gaat over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidsdiensten (tabel 2). Ook hier hebben lageropgeleiden vaker een negatieve mening. In tegenstelling tot de mening over de kwaliteit leidt het wonen in de stad, en dan vooral de grote stad, in meer landen tot een positieve houding tegenover de bereikbaarheid. De jongere leeftijdscategorieën zijn in meer landen minder tevreden dan de ouderen. De gezinssituatie lijkt ook hier niet meteen een bepalende rol te spelen. Studenten hebben vaker een positieve mening, in tegenstelling tot werklozen die in een aantal landen uitgesproken negatiever zijn.

We kunnen besluiten dat de verklaarde variantie aan de hand van de klassieke socio-demografische achtergrondvariabelen (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, woonplaats, gezinssituatie en beroep) niet meteen heel groot is.

Daarom zal er in een vierde deel een poging gedaan worden om tot een betere verklaring te komen van de houding door toevoeging van een extra achtergrondvariabele waarin de landen gegroepeerd worden op basis van kenmerken van hun gezondheidszorgsysteem en aanwezigheid van voorzieningen en medici. Is er met andere woorden een impact vanwege het aangeboden gezondheid- en welzijnsstelsel?

Tabel 1

Kwaliteit	Geslacht	Einde studies		Woonplaats		Leeftijd			Gezinssituatie			Beroep						
	<i>ref.: man</i>	<i>ref.: ≥20 jaar</i>		<i>ref.: platteland</i>		<i>ref.: ≥55 jaar</i>			<i>ref.: samenwonend met kind</i>			<i>ref.: arbeider</i>						
	vrouw	≤15 jaar	16-19 jaar	kleine stad	grote stad	15-24 jaar	25-39 jaar	40-54 jaar	samen-wonend zonder kind	alleen-staand met kind	alleen-staand zonder kind	zelf-standige	manager	bediende	huisvrouw / -man	werkloos	gepen-sioneerd	student
EU27		-			-	-	-	-				++						
Vlaanderen												++						
Wallonië																		
België					--	--			+			++						
Duitsland										--				--			++	
Verenigd Koninkrijk							--		-	--		--					++	
Denemarken						--	-	--										++
Griekenland					--		--	--				--				---		
Spanje				-							---	+++						
Finland			-															
Frankrijk																		
Ierland					--	---							+++			---		
Italië									++									
Luxemburg				--														
Nederland	-					--												
Oostenrijk	+			--			++	++						--		---		
Portugal		---		--												--		
Zweden	-						---	--					++				++	+++
Cyprus																		
Tsjechië	+							--										
Estland		--																
Hongarije																		
Letland																		
Litouwen				-								++						
Malta				++	++													
Polen		++									++			+++			++	
Slowakije				+								++					++	++
Slovenië						+++												---
Bulgarije																		
Roemenië						+++												

Tabel 2

Beschikbaarheid en toegankelijkheid	Geslacht	Einde studies		Woonplaats		Leeftijd			Gezinssituatie			Beroep						
	<i>ref.: man</i>	<i>ref.: ≥20 jaar</i>		<i>ref.: platteland</i>		<i>ref.: ≥55 jaar</i>			<i>ref.: samenwonend met kind</i>			<i>ref.: arbeider</i>						
	vrouw	≤15 jaar	16-19 jaar	kleine stad	grote stad	15-24 jaar	25-39 jaar	40-54 jaar	samen- wonend zonder kind	alleen- staand met kind	alleen- staand zonder kind	zelf- standige	manager	bediende	huisvrouw / -man	werkloos	gepen- sioneerd	student
EU27		-					-	-										
Vlaanderen							--											
Wallonië					++													
België							--	--							--	--		
Duitsland		--	--	+	++													
Verenigd Koninkrijk																		
Denemarken	-					---	---	--										++
Griekenland					---													
Spanje		--					---	--										
Finland	--	--	--															
Frankrijk										--		++					++	
Ierland				--	--						++				--	--		+++
Italië	+	---										---						
Luxemburg																--		
Nederland	--		+					--		--		--	--					
Oostenrijk					+	+++	++	++								--		
Portugal		---	--	--														---
Zweden	--	++	++		++												++	+++
Cyprus				--		+++												
Tsjechië					++						++							
Estland	-	--												+++				
Hongarije									++					---				+++
Letland						--	--	---									--	
Litouwen	-	---	--	+	++													
Malta					++													
Polen																		
Slowakije				++							+++						++	+++
Slovenië		--	--											--				
Bulgarije				++	++													
Roemenië				++	++						--					---		

## 4. Invloed van aanwezig gezondheid- en welzijnstelsel in de landen

Afhankelijk van de beschikbaarheid van data voor de verschillende landen, zullen in de volgende analyses soms meer, soms minder landen opgenomen worden in de analyse, wat mogelijk een kleine invloed kan hebben op de uitkomst van de analyses voor wat de persoonskenmerken betreft.

### 4.1. Landen ingedeeld op basis van gezondheidsuitgaven

De landen worden ingedeeld in 3 groepen op basis van de totale (publieke en private) gezondheidsuitgaven per hoofd van de bevolking<sup>2</sup>:

- de groep met 'lage uitgaven gezondheidszorg' omvat Polen, Slowakije, Hongarije, Tsjechië, Portugal en Spanje;
- de groep met 'middelmatige uitgaven gezondheidszorg' bestaat uit Finland, Italië, Verenigd Koninkrijk, Zweden, Ierland, Griekenland en Nederland;
- de groep 'hoge uitgaven gezondheidszorg', tevens de referentiegroep, wordt gevormd door Denemarken, Duitsland, Frankrijk, België, Oostenrijk en Luxemburg.

Hierdoor wordt een extra achtergrondvariabele gecreëerd die we in de analyse zullen betrekken. Omdat deze achtergrondvariabele gebaseerd is op landen kan bijgevolg geen analyse meer uitgevoerd worden per individueel land maar enkel voor het totaal van de landen.

Op die manier stijgt de verklaarde variantie aanzienlijk. Rond kwaliteit vinden we voor 19 landen waarvan de uitgaven voor gezondheid bekend zijn, een  $R^2$  van 0,111 tegenover 0,02 voor de EU27 in de vorige analyse, rond beschikbaarheid en toegankelijkheid is dit respectievelijk 0,07 tegenover 0,009.

Tabel 3

		Kwaliteit	Beschikbaarheid en toegankelijkheid
<b>Geslacht</b>	<i>ref.: man</i>		
			vrouw
<b>Einde studies</b>	<i>ref.: ≥20 jaar</i>	--	-
			≤15 jaar
			16-19 jaar
<b>Woonplaats</b>	<i>ref.: platteland</i>		
		-	kleine stad
			grote stad
<b>Leeftijd</b>	<i>ref.: ≥55 jaar</i>	--	
			15-24 jaar
		--	25-39 jaar
		--	40-54 jaar
<b>Gezinssituatie</b>	<i>ref.: samenwonend met kind</i>		
			samenwonend zonder kind
			alleenstaand met kind
			alleenstaand zonder kind
		-	zelfstandige
			manager
<b>Beroep</b>	<i>ref.: arbeider</i>		
			bediende
			huisvrouw / -man
			werkloos
			gepensioneerd
			student
<b>Landengroep</b>	<i>ref.: hoge uitgaven gezondheidszorg</i>	---	---
		--	---
			lage uitgaven gezondheidszorg
			middelmatige uitgaven gezondheidszorg

<sup>2</sup> Total expenditure on health per capita, USD PPP, 2006. OECD Health Data 2008.



De uitgaven aan gezondheidszorg hebben duidelijk een grotere invloed op de mening van de respondenten dan de socio-demografische achtergrondvariabelen. De tevredenheid over de kwaliteit, beschikbaarheid en toegankelijkheid ligt beduidend lager in landen waar minder uitgegeven wordt per hoofd van de bevolking.

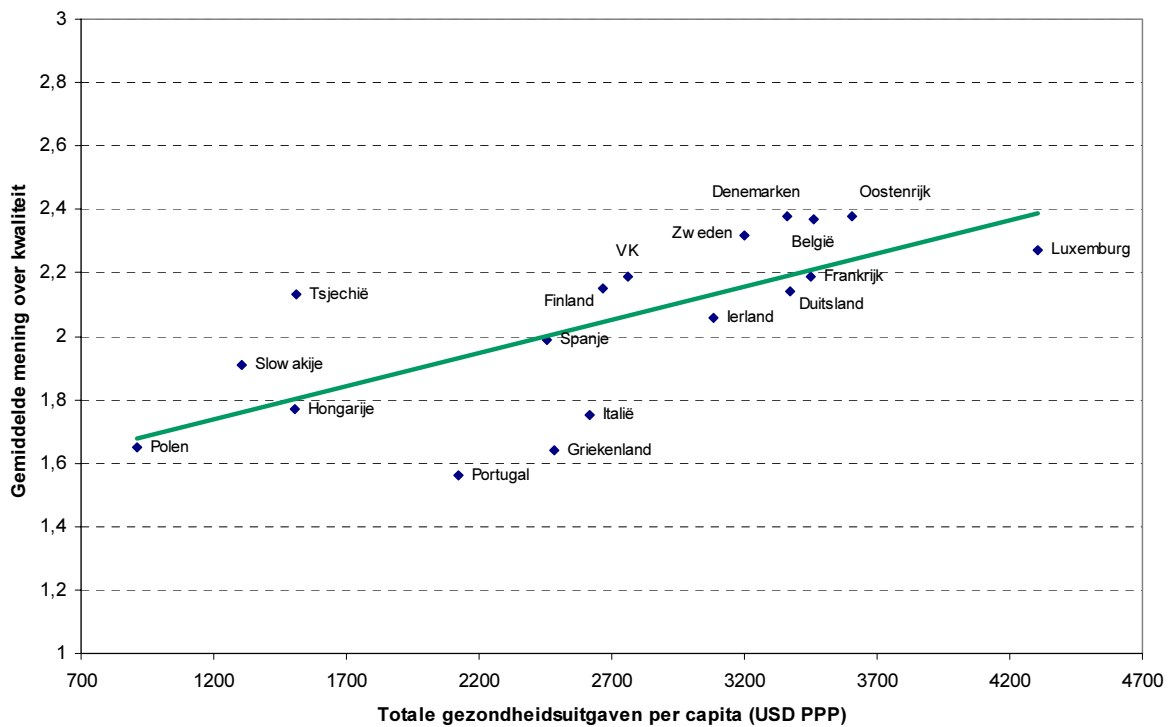
Mensen van 55 jaar en ouder zijn meer tevreden dan de jongere leeftijdscategorieën, vooral dan over de kwaliteit van de gezondheidsdiensten.

Lageropgeleiden staan meer negatief tegenover kwaliteit en bereikbaarheid, respondenten die in een grote stad wonen, hebben vaker een negatief oordeel over de kwaliteit.

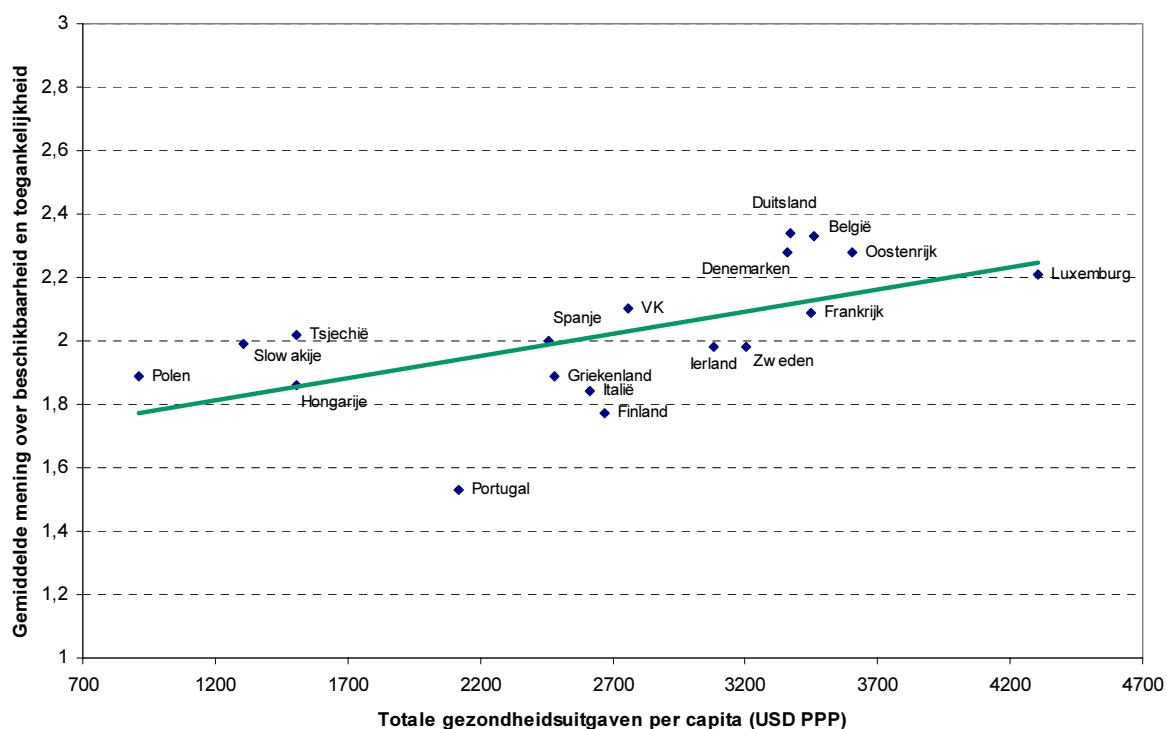
Het geslacht, de gezinssituatie en het beroep hebben weinig of geen invloed op de mening over kwaliteit en bereikbaarheid.

De invloed van de uitgaven aan gezondheidszorg in een land wordt eveneens zichtbaar wanneer deze uitgaven worden afgezet tegen de mening over kwaliteit en beschikbaarheid/toegankelijkheid (Grafieken 13 en 14). Voor beide aspecten zien we een duidelijke samenhang met de zorguitgaven per hoofd van de bevolking.

**Grafiek 13 Gezondheidsvoorzieningen: mening kwaliteit/totale gezondheidsuitgaven**



**Grafiek 14 Gezondheidsvoorzieningen: mening beschikbaarheid en toegankelijkheid/ totale gezondheidsuitgaven**



#### 4.2. Landen ingedeeld op basis van institutionele karakteristieken

Nagenoeg in alle landen zijn “onbelemmerde toegang tot zorgvoorzieningen voor wie zorg nodig heeft, hoge kwaliteit van zorgvoorzieningen en financiële houdbaarheid van het zorgstelsel” de kerndoelstellingen van het overheidsbeleid op het gebied van gezondheidszorg.

Toch hebben landen gekozen voor heel verschillende vormgegeven zorgstelsels om die doelen te bereiken. De stelsels verschillen in de mate waarin de voorzieningen publiek en privaat worden verstrekt, de mate waarin de lasten publiek of privaat worden gedragen en de mate waarin de markt aanbod- of vraaggestuurd is.

In sommige landen ligt het zorgaanbod in private handen: dokters zijn gevestigd als zelfstandig ondernemer, ziekenhuizen worden particulier geëxploiteerd. In andere landen staat de meerderheid van de artsen op de loonlijst van een staatsziekenhuis.

Wat de financiering betreft, kunnen de gezondheidssystemen in drie grote categorieën ingedeeld worden: de op Bismarck geïnspireerde professionele systemen, de op Beveridge geïnspireerde universele systemen en de liberale systemen op zijn Amerikaans. De gezondheidssystemen ontleen meestal elementen aan elk van deze drie categorieën zodat het onmogelijk is om hen exclusief onder het ene of het andere systeem onder te brengen.

In de systemen die geïnspireerd zijn op Bismarck en Beveridge is de verzekering voor geneeskundige verzorging verplicht en gebaseerd op solidariteitsprincipes. In het liberale Amerikaanse systeem worden de individuen beschermd door vrijwillige en private verzekeringen met premies gebaseerd op de individuele risico's.

Het Beveridigiaans gezondheidssysteem dateert van het midden van de 20ste eeuw. De financiering is gebaseerd op de belastingen, ook al is het niet uitgesloten dat de rechthebbenden een deel van de medische kosten voor hun rekening nemen. Het grootste deel van de zorgproductie wordt georganiseerd door de overheid, maar de privésector kan

aan de patiënten diensten voorstellen die niet aangeboden worden door de overheidsdiensten.

Dit systeem wordt toegepast in het Verenigd Koninkrijk, Italië, Spanje en de Scandinavische landen.

Het Bismarckiaanse gezondheidssysteem vindt zijn oorsprong aan het einde van de 19de eeuw in Duitsland. Dit systeem is gebaseerd op de beroepsactiviteit van de individuen. De inkomsten komen voort uit sociale bijdragen die gebaseerd zijn op de lonen en worden betaald door de werkgevers en de werknemers. De zorgproductie is meestal vrij (de hulpverleners zijn meestal zelfstandigen en ze worden betaald per prestatie).

Het Belgische gezondheidssysteem is, net als het Duitse, Franse, Nederlandse en het Oostenrijkse gebaseerd op door Bismarck geïnspireerde principes.

Ten slotte, bestaat er in bepaalde landen (Griekenland, Portugal) een combinatie van een nationaal ziekteverzekeringssysteem met verschillende systemen van professionele sociale verzekeringen. Deze landen situeren zich dus tussen de gezondheidssystemen van Beveridge en van Bismarck.

Relatief veel West-Europese (EU15) landen kennen het Beveridgemodel voor de ziektekostenfinanciering. Opvallend is de bijna unanieme keuze van de nieuwe toetredende EU10-landen voor het Bismarckmodel. Alleen Letland vormt hierop een uitzondering.

De aard van de financiering van het hele gezondheidszorgstelsel zegt weinig over de wijze van financiering van individuele huisartsen. Alle vormen van financiering van huisartsen komen in beide modellen voor op één uitzondering: het Beveridgemodel kent nooit een beloning per prestatie. Verder valt op dat de prijzen van medicijnen bijna altijd gebonden zijn aan prijsafspraken. Volledige budgettering komt nooit voor en vrije prijzen komen slechts in een beperkt aantal landen voor.

Het aandeel van de publieke financiering loopt op van 33% in Cyprus tot 91% in Tsjechië. Ierland, Nederland, Litouwen en Malta zijn de enige landen die geen enkele vorm van eigen bijdragen in het publieke deel van de reguliere gezondheid kennen. De overige landen kennen in elk geval eigen bijdragen voor medicijnen. In de helft van de landen moeten de gebruikers bovendien zelf bijdragen aan de specialist en/of het ziekenhuis. Slechts in België, Frankrijk, Oostenrijk, Portugal, Finland, Zweden en Letland moet ook voor de huisarts een eigen bijdrage worden betaald. Er kan niet geconcludeerd worden dat eigen bijdragen significant vaker voorkomen in het Bismarckmodel of het Beveridgemodel.

Over de juridische status van ziekenhuizen zijn geen vaste patronen te herkennen. In de meeste landen komen verschillende eigendomsvormen voor: van volledig privaat tot volledig publiek.

Wat de keuze van een huisarts, specialist of ziekenhuis betreft, komen meer vrije keuzemogelijkheden voor in Bismarckstelsels dan in Beveridgestelsels. In het Beveridgestelsel is de huisarts vaker poortwachter dan in het Bismarckstelsel.

Tabel 4

		Financieringskarakteristieken				Marktkarakteristieken				
	Globale aard financiering	Aard financiering huisarts <i>per recept:1 per patiënt:2 loondienst:3</i>	Aard financiering medicijnen <i>prijs vrij:1 prijsreg.:2 budget:3</i>	Aandeel publieke financiering	Eigen bijdragen curatieve zorg <i>geen:0 medicijn:1 +intramuraal:2 +huisarts:3</i>	Juridische status ziekenhuizen <i>privaat for-profit:1 deels publiek:2 privaat non-profit:3 sterk publiek:4</i>	Vrije keuze huisarts <i>veel:1 beperkt:2 geen:3</i>	Vrije keuze specialist <i>veel:1 beperkt:2 geen:3</i>	Vrije keuze ziekenhuis <i>veel:1 beperkt:2 geen:3</i>	Huisarts poortwachter <i>niet:1 soms:2 wel:3</i>
België	Bismarck	1	2	75	3	3,5	1	1	1	1
Denemarken	Beveridge	2	2	82	1	4	1	3	2	3
Duitsland	Bismarck	2	2	74	2	2	1	1	1	1
Griekenland	Beveridge	3	2	57	1,5	2	3	2	2	1
Spanje	Beveridge	3	2	71	1	2	2	1	3	3
Frankrijk	Bismarck	1	2	75	3	2	1	1	1	1
Ierland	Beveridge	2	2	78	0	2	2	1	3	3
Italië	Beveridge	2	2	78	1,5	2	1	2	1	3
Luxemburg	Bismarck	1	2	89	1	1	1	1	1	1
Nederland	Bismarck	2	2	66	0	3	1	1	1	3
Oostenrijk	Bismarck	2	2	73	3	3	1	1	1	1
Portugal	Beveridge	3	1	68	3	2	1	2	1	3
Finland	Beveridge	3	2	75	3	4	2	1	2	3
Zweden	Beveridge	2	1	86	3	2	1	1	2	1
Verenigd Koninkrijk	Beveridge	2,5	1	83	1	3	1	3	3	3
Cyprus	Bismarck	1	1,5	33	1	2	3	1	1	3
Tsjechië	Bismarck	1,5	2	91	1	4	1	1	1	1
Estland	Bismarck	2	1	78	2	4	1	2	1	3
Letland	Beveridge	2	2	80	3	4	1	2	2	2,5
Litouwen	Bismarck	1,5	2	71	0	3	1	1	1	1
Hongarije	Bismarck	2	1	74	1	4	1	2	2	2
Malta	Bismarck	3	2	63	0	4	3	1	1	3
Polen	Bismarck	1,5	1	67	1	4	1	1	1	2,5
Slovenië	Bismarck	2	2	85	2	4	1	1	1	3
Slowakije	Bismarck	1,5	1,5	89	1	4	1	3	3	3

In Nederland heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) een oefening gedaan om op basis van enkele belangrijke financierings- en marktkarakteristieken groepen van landen te onderscheiden met gelijkaardige zorgstelsels. Door middel van een clusteranalyse kwam het SCP tot vier redelijk homogene landengroepen - twee van het Beveridge-type en twee van het Bismarck-type – en een restgroep van een aantal heterogene landen<sup>3</sup>.

- Bismarckcluster met weinig eigen bijdragen: Polen, Tsjechië, Slowakije, Hongarije, Slovenië, Litouwen en Estland.
- Bismarckcluster met veel eigen bijdragen: Frankrijk, Duitsland, België en Oostenrijk.
- Beveridgecluster met weinig eigen bijdragen: Verenigd Koninkrijk, Ierland, Denemarken en Spanje.
- Beveridgecluster met veel eigen bijdragen: Finland, Italië, Portugal en Letland.
- Heterogene restgroep: Zweden, Nederland, Luxemburg, Griekenland, Malta en Cyprus.

Deze 5 landengroepen, met daarin 25 landen, werden als extra achtergrondvariabele gebruikt.

Ook hier valt op dat het al dan niet behoren tot één of andere landengroep met een bepaalde kenmerken van een verzorgingstelsel bepalender is dan de socio-demografische achtergrondvariabelen. De Bismarckcluster met veel eigen bijdragen (waartoe België behoort) kent duidelijk meer respondenten die tevreden zijn over kwaliteit en bereikbaarheid dan de overige groepen.

We zien eveneens dat 55-plussers in deze 25 landen een beter oordeel hebben dan de jongere leeftijdscategorieën, terwijl lageropgeleiden de kwaliteit en bereikbaarheid als iets slechter beoordelen. Gepensioneerden en studenten zijn positiever gestemd dan de arbeiders uit de referentiecategorie, zelfstandigen wat negatiever.

In deze analyse hebben geslacht, woonplaats en gezinssituatie geen invloed op de mening over kwaliteit en bereikbaarheid.

---

<sup>3</sup> Prestaties van de publieke sector – Een internationale vergelijking van onderwijs, gezondheidszorg, politie/justitie en openbaar bestuur. Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004.

**Tabel 5**

			Kwaliteit	Beschikbaarheid en toegankelijkheid
<b>Geslacht</b>	<i>ref.: man</i>	vrouw		
<b>Einde studies</b>	<i>ref.: ≥20 jaar</i>	≤15 jaar	-	-
		16-19 jaar		
<b>Woonplaats</b>	<i>ref.: platteland</i>	kleine stad		
		grote stad		
<b>Leeftijd</b>	<i>ref.: ≥55 jaar</i>	15-24 jaar	-	
		25-39 jaar	-	-
		40-54 jaar	-	-
<b>Gezinssituatie</b>	<i>ref.: samenwonend met kind</i>	samenwonend zonder kind		
		alleenstaand met kind		
		alleenstaand zonder kind		
<b>Beroep</b>	<i>ref.: arbeider</i>	zelfstandige	-	
		manager		
		bediende		
		huisvrouw / -man		
		werkloos		
		gepensioneerd	+	
		student	+	+
<b>Landengroep</b>	<i>ref.: Bismarck met veel eigen bijdragen</i>	Bismarck met weinig eigen bijdragen	---	---
		Beveridge met weinig eigen bijdragen	-	--
		Beveridge met veel eigen bijdragen	---	---
		Heterogene restgroep	-	--

#### 4.3. Landen ingedeeld naar dichtheid van artsen en ziekenhuisbedden

In dit deel wordt gekeken naar de invloed van de aanwezigheid van artsen en ziekenhuisbedden in een land op de mening aangaande kwaliteit en beschikbaarheid/toegankelijkheid van artsen en ziekenhuizen.

Voor de afhankelijke variabele, de mening rond kwaliteit en beschikbaarheid/toegankelijkheid, werd in de vragen QA3 en QA4 enkel rekening gehouden met de mening over huisartsen en geneesheer-specialisten enerzijds<sup>4</sup> en ziekenhuizen anderzijds.

Als achtergrondvariabele werd gebruik gemaakt van een indeling van de landen op basis van de artsendichtheid en de beddendichtheid. De landen werden ingedeeld in drie groepen: een groep met lage dichtheid, middelmatige dichtheid en hoge dichtheid.

De landengroepen met betrekking tot de artsendichtheid<sup>5</sup> zijn:

- lage artsendichtheid: Roemenië, Polen, Slovenië, Verenigd Koninkrijk, Finland, Cyprus, Portugal, Ierland en Letland;
- middelmatige artsendichtheid: Hongarije, Denemarken, Slowakije, Luxemburg, Estland, Frankrijk, Duitsland, Tsjechië en Zweden;
- hoge artsendichtheid: Spanje, Litouwen, Oostenrijk, Bulgarije, Italië, Nederland, Malta, België en Griekenland.

Met betrekking tot de ziekenhuisbedden<sup>6</sup> werden volgende groepen weerhouden:

<sup>4</sup> Voor huisartsen en geneesheer-specialisten werd een gemiddelde score 'artsen' berekend.

<sup>5</sup> Aantal praktiserende artsen per 100.000 inwoners in 2006, Eurostat.

<sup>6</sup> Aantal ziekenhuisbedden per 100.000 inwoners in 2005, Eurostat.

- lage beddensdichtheid: Zweden, Spanje, Portugal, Cyprus, Verenigd Koninkrijk, Denemarken, Italië, Nederland en Griekenland.
- middelmatige beddensdichtheid: Slovenië, Ierland, Estland, Luxemburg, Bulgarije, Polen, Roemenië, Slowakije en Finland.
- hoge beddensdichtheid: Frankrijk, Malta, België, Letland, Oostenrijk, Hongarije, Litouwen, Tsjechië en Duitsland.

De resultaten zijn weergegeven in tabel 6. Zowel voor artsen als ziekenhuizen is de referentiecategorie de landengroep met de hoge dichtheid en in beide gevallen bevindt België (en dus ook Vlaanderen) zich in deze categorie.

**Tabel 6**

<b>Artsen</b>	<b>Kwaliteit artsen (R<sup>2</sup>= 0,023)</b>	<b>Beschikbaarheid artsen (R<sup>2</sup>=0,013)</b>
Landengroep met laagste densiteit artsen	-	-
Landengroep met middelmatige densiteit artsen	++	+

<b>Ziekenhuizen</b>	<b>Kwaliteit ziekenhuizen (R<sup>2</sup>= 0,078)</b>	<b>Beschikbaarheid ziekenhuizen (R<sup>2</sup>=0,023)</b>
Landengroep met laagste densiteit ziekenhuisbedden	-	-
Landengroep met middelmatige densiteit ziekenhuisbedden	---	--

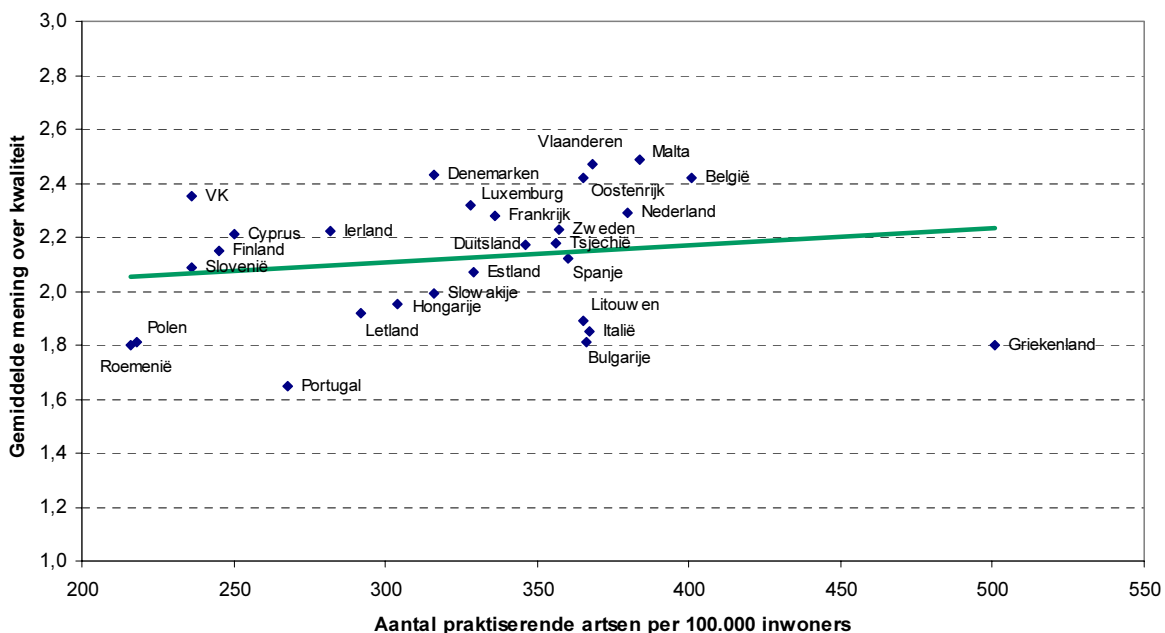
Voor artsen zien we dat in de groep met de laagste artsensdichtheid het oordeel over zowel kwaliteit als beschikbaarheid/toegankelijkheid slechter is dan in landen met een hoge artsensdichtheid. In landen met een middelmatige artsensdichtheid is tevredenheid over beide aspecten dan weer groter dan in de referentiecategorie.

Wat de ziekenhuizen betreft, is de mening over beide aspecten in de groep met de laagste beddensdichtheid en vooral in de landengroep met middelmatige dichtheid negatiever dan in de groep landen met een hoge dichtheid aan ziekenhuisbedden.

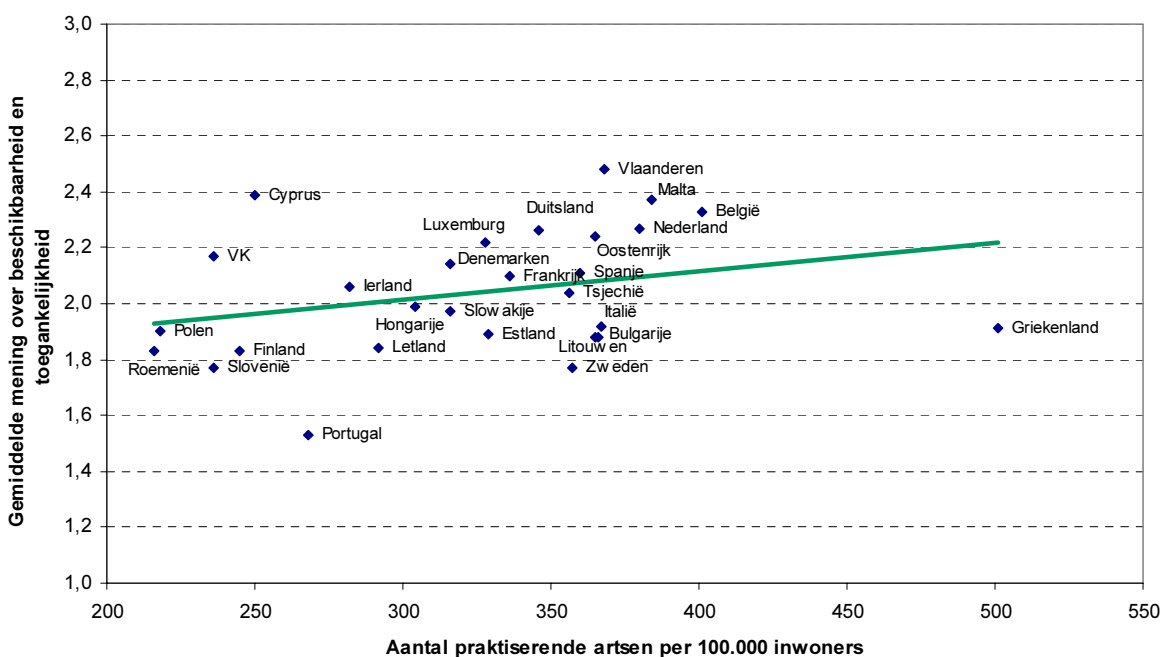
Toch moeten we concluderen dat de voorspellende waarde van het aanbod van artsen en ziekenhuisbedden heel beperkt is gezien de zeer lage waarden van de verklaarde varianties (R<sup>2</sup>).

Wanneer het aanbod aan artsen in de verschillende landen wordt afgezet tegen de mening over kwaliteit en beschikbaarheid/toegankelijkheid van artsen in deze landen (Grafieken 15 en 16), zien we voor beide aspecten een zekere samenhang met het aantal artsen per 100.000 inwoners.

**Grafiek 15 Artsen: mening kwaliteit/aanbod artsen**



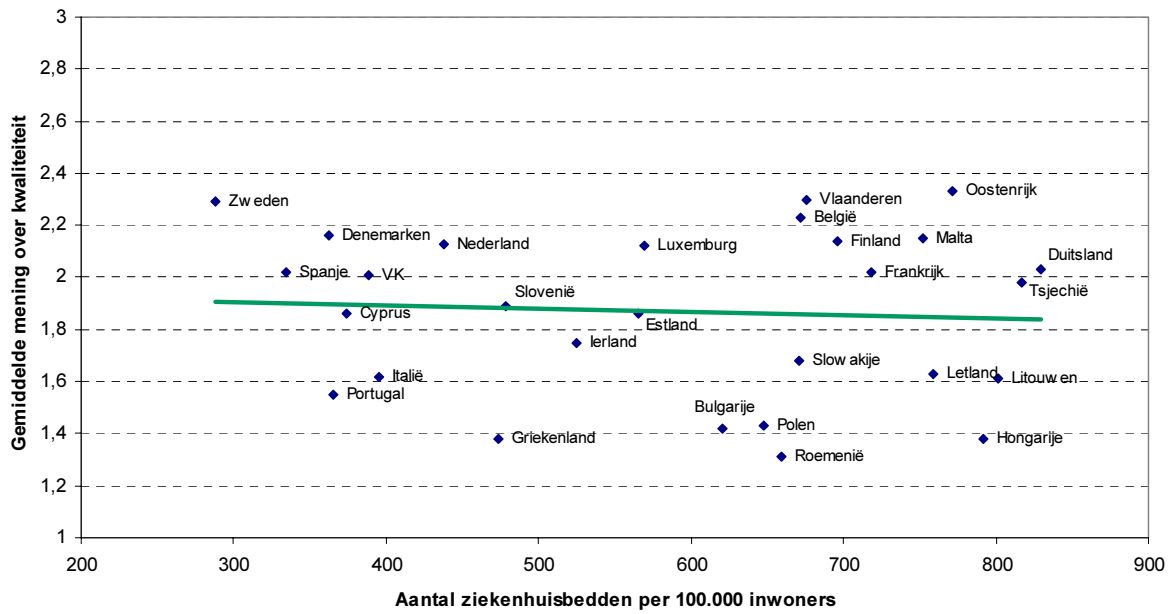
**Grafiek 16 Artsen: mening beschikbaarheid en toegankelijkheid/aanbod artsen**



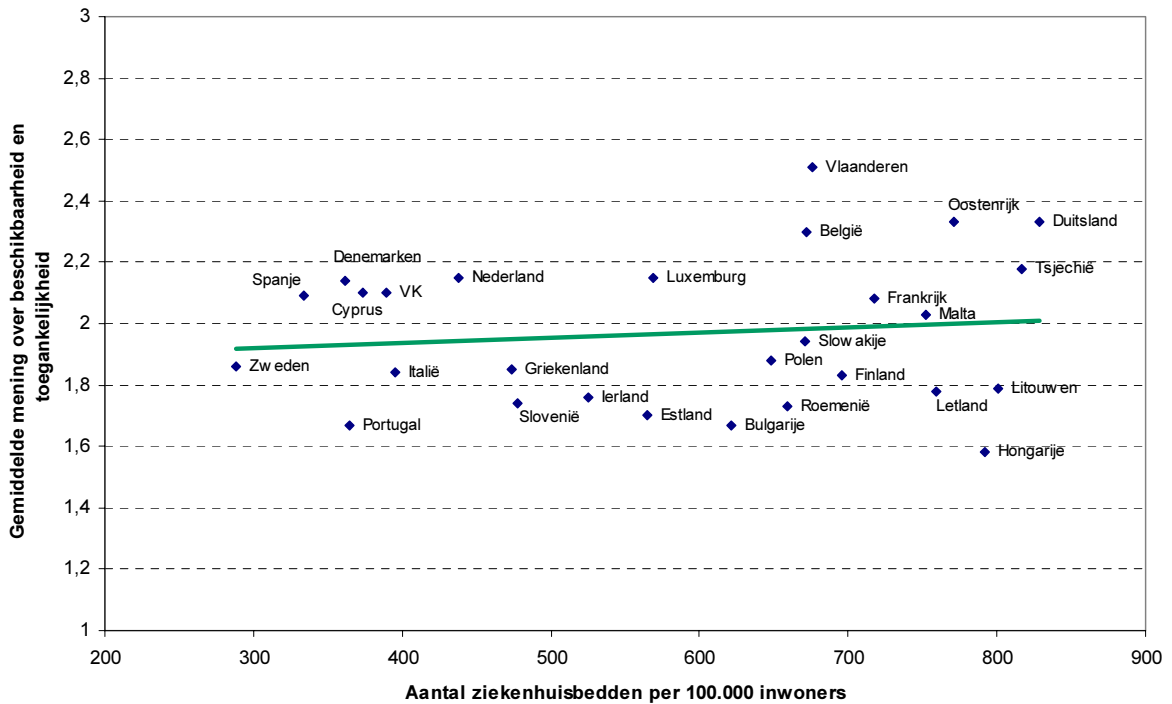
Voor het aanbod aan ziekenhuisbedden geldt deze samenhang op het eerste gezicht niet. Noch de mening over de kwaliteit, noch de mening over beschikbaarheid/toegankelijkheid van de ziekenhuizen vertoont een correlatie met het aantal ziekenhuisbedden per 100.000 inwoners (Grafieken 17 en 18).



**Grafiek 17 Ziekenhuizen: mening kwaliteit/aanbod ziekenhuisbedden**



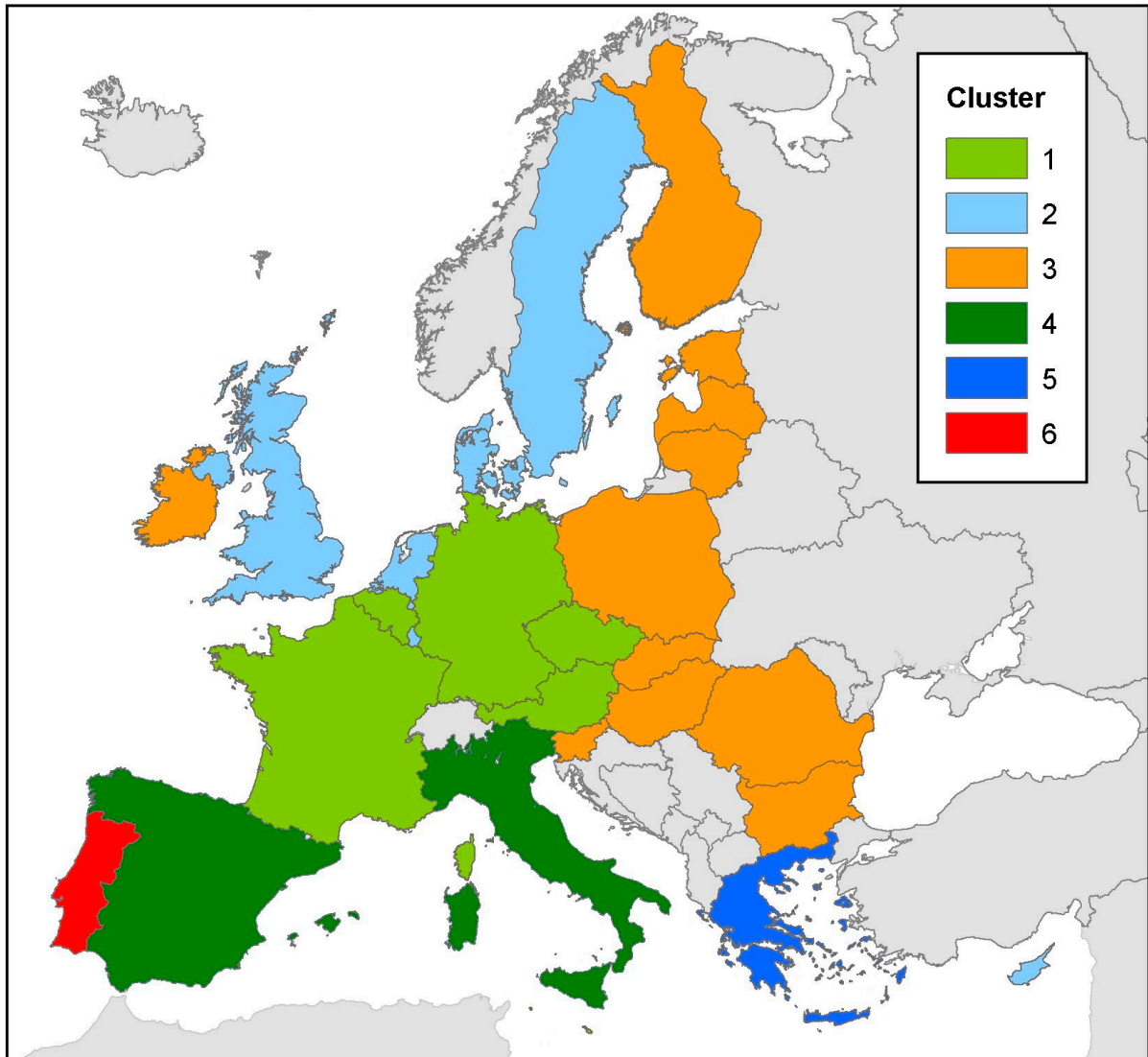
**Grafiek 18 Ziekenhuizen: mening beschikbaarheid en toegankelijkheid/aanbod ziekenhuisbedden**



Tot slot wordt aan de hand van vier variabelen (mening rond kwaliteit, mening rond beschikbaarheid/toegankelijkheid, artsendichtheid en beddensdichtheid) een **hiërarchische clusteranalyse** uitgevoerd. Indien 6 clusters weerhouden worden, verschijnen de volgende landengroepen (Kaart 1):

- Tsjechië, Frankrijk, Duitsland, Oostenrijk, Malta, **België en Vlaamse Gemeenschap** (cluster 1), met in het algemeen een positieve mening over beschikbaarheid en kwaliteit en een hoog aanbod van artsen en ziekenhuisbedden;
- Verenigd Koninkrijk, Cyprus, Zweden, Luxemburg, Nederland en Denemarken (cluster 2), waar een hoge tevredenheid over beschikbaarheid en kwaliteit samenvalt met een lage beddensdichtheid;
- Litouwen, Hongarije, Letland, Bulgarije, Slowakije, Roemenië, Polen, Finland, Estland, Slovenië en Ierland (cluster 3), gekenmerkt door een lage tevredenheid over beschikbaarheid en kwaliteit en een lage artsendichtheid. De beddensdichtheid varieert, al hebben meeste landen in deze groep een grote beddensdichtheid;
- Daarnaast zijn er nog enkele Zuid-Europese landen die blijkbaar moeilijk ergens onder te brengen zijn en kleine clusters op zichzelf vormen: Italië en Spanje (cluster 4), Griekenland (cluster 5) en Portugal (cluster 6).

Kaart 1



## Samenvatting

In Europa ligt de gemiddelde tevredenheid over kwaliteit en bereikbaarheid van zorgverstrekkers als huisartsen, tandartsen en geneesheer-specialisten tamelijk hoog. Driekwart of meer van de respondenten in de EU27 heeft hierover een positief oordeel.

Met 95% tevreden Nederlandstalige Belgen sluit deze groep aan bij de 5 beste landen. Wat kwaliteit en bereikbaarheid van ziekenhuizen en bereikbaarheid van huisartsen betreft, voeren de Nederlandstalige Belgen het lijstje zelfs aan.

Wanneer gekeken wordt naar de kwaliteit en bereikbaarheid van thuiszorg en verzorgingsinstellingen, valt vooral op dat een aanzienlijk deel van de respondenten hierover niet meteen een oordeel kan geven. Dit heeft uiteraard een aanzienlijke invloed op het eindresultaat. Bij diegene die toch een oordeel vellen, overheerst een positieve mening: gemiddeld is ongeveer 40% in de EU27 tevreden over kwaliteit en bereikbaarheid van deze diensten.

Ook hier doen de Nederlandstalige respondenten het duidelijk beter. Met 70% en meer tevredenen zitten ze in de top-5. Enkel de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de verzorgingsinstellingen kan minder Nederlandstalige Belgen bekoren: de helft (52%) is nog wel tevreden, maar één op drie (32%) is niet tevreden terwijl 16% geen mening heeft.

De verklaringskracht van de klassieke socio-demografische achtergrondvariabelen (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, woonplaats, gezinssituatie en beroep) is niet groot. Mogelijk zijn er effectief weinig verschillen tussen de verschillende groepen binnen de achtergrondvariabelen, wat positief is. Anderzijds is het gemiddelde oordeel in de meeste landen vrij goed, er is dus weinig variantie binnen de afhankelijke variabele, waardoor het moeilijker wordt verschillen naar achtergrondvariabelen te vinden.

Wat de kwaliteit van de gezondheidsdiensten betreft, hebben in een aantal landen lageropgeleiden, mensen die in een stad wonen en werklozen een meer negatieve mening. Mensen ouder dan 55 jaar zijn vaker meer tevreden.

Met betrekking tot beschikbaarheid en toegankelijkheid zijn het eveneens de lageropgeleiden en de werklozen die een meer negatieve houding hebben. Mensen van boven de 55 en, in tegenstelling tot het aspect kwaliteit, respondenten die wonen in de stad hebben vaker een positieve mening.

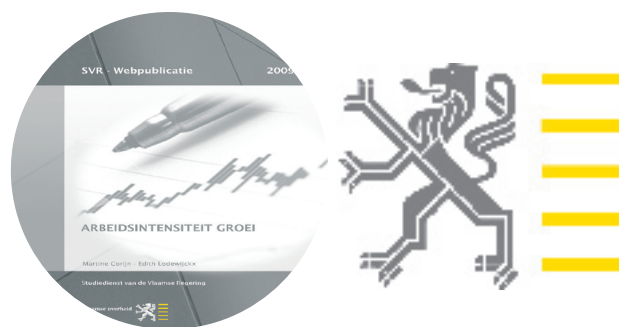
Wanneer kenmerken van het aanwezige verzorgingstelsel in de landen als extra achtergrondvariabele gebruikt worden, valt het op dat kenmerken van het verzorgingstelsel en aanwezige aanbod aan ziekenhuizen en huisartsen meer invloed heeft dan de klassieke socio-demografische achtergrondvariabelen.

De Bismarckcluster met veel eigen persoonlijke bijdragen (waartoe naast België ook Frankrijk, Duitsland en Oostenrijk behoren) kent een hogere tevredenheid over kwaliteit en bereikbaarheid dan de overige groepen.


Ook een indeling van de landen op basis van de totale gezondheidsuitgaven per hoofd van de bevolking heeft een grotere invloed dan de gebruikelijke persoonsgebonden achtergrondvariabelen. Hier bevindt België (samen met Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Oostenrijk en Luxemburg) zich in de groep met hoge gezondheidsuitgaven. De tevredenheid ligt beduidend lager in landen waar minder uitgegeven wordt per hoofd van de bevolking.

De voorspellende waarde van een landenindeling op basis van het aanbod van artsen en ziekenhuisbedden is dan weer zeer laag. Zowel voor artsen als ziekenhuisbedden bevindt België zich in de landengroep met een hoge dichtheid. Wat de ziekenhuizen betreft, is de mening over kwaliteit en beschikbaarheid/toegankelijkheid in de groep met de laagste beddensomvang en vooral in de landengroep met middelmatige dichtheid negatiever dan in de landen met een groter aanbod aan ziekenhuisbedden. Op vlak van artsensomvang krijgen we een gemengd beeld: in de groep met de laagste artsensomvang is het oordeel slechter, in de groep met een middelmatige artsensomvang is de tevredenheid dan weer groter dan in landen met een nog hogere artsensomvang.

De Vlaamse Gemeenschap behoort tot de cluster van landen met een hoge tevredenheid over de kwaliteit en beschikbaarheid van gezondheids- en verzorgingsvoorzieningen en medische-paramedische beroepen in samenhang met een hoge dichtheid of aanbod aan deze voorzieningen en beroepen.



### **Samenstelling:**

 Studiedienst van de Vlaamse Regering  
Dirk Smets

e-mail:  
dirk.smets@dar.vlaanderen.be

### **Grafische vormgeving cover:**

Guy De Smet

### **Bezoek onze websites:**

[www.vlaanderen.be/svr](http://www.vlaanderen.be/svr)  
[www.lokalestatistieken.be](http://www.lokalestatistieken.be)

Depotnummer: D/2009/3241/360

Nog verschenen in de reeks webpublicaties:

VLAANDEREN, 25 JAAR NA 'FLANDERS TECHNOLOGY INTERNATIONAL'  
(Thierry Vergeynst - 2008/01)

ICT IN VLAANDEREN INTERNATIONAAL VERGELEKEN  
(Marie-Anne Moreas - 2009/01)

ARBEIDSINTENSITEIT VAN DE ECONOMISCHE GROEI  
(Dirk Festraets - 2009/02)

SOCIO-ECONOMISCH PROFIEL VAN LIMBURG  
(Greta Sienap - 2009/03)

OPVATTINGEN VAN DE VLAMINGEN OVER DE EUROPESE UNIE  
(Myriam Vanweddingen - 2009/04)



Studiedienst van de Vlaamse Regering