



Analyserapport

Grensobstakels en randvoorwaarden

Zorg over grenzen heen (Vlaanderen–Nederland)



Inleiding:

Dit analyserapport is opgesteld als vervolgstap op het inventarisatierapport *Grensobstakels en randvoorwaarden – Zorg over grenzen heen (Vlaanderen–Nederland)*. In het inventarisatierapport zijn de relevante kaders, systemen en praktijkervaringen rond grensoverstijgende zorg systematisch in kaart gebracht. Het voorliggende document bouwt hierop voort door deze bevindingen te analyseren, te vergelijken en te vertalen naar implicaties voor de uitvoering van de drie piloottrajecten binnen dit project.

De analyse volgt dezelfde thematische opbouw als het inventarisatierapport. Achtereenvolgens worden per hoofdstuk de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen Nederland en Vlaanderen inzichtelijk gemaakt op de volgende domeinen:

- EU-richtlijnen en werkwijze van grensoverstijgende zorg;
- Ontwikkelingen in zorg en welzijn;
- Organisatie van zorgsystemen;
- Juridische en administratieve kaders;
- Financieel kader;
- Datadeling en ICT;
- Sociaal-cultureel kader.

Per domein zijn de kernbevindingen samengevat in een overzichtelijke analysetabel, waarin expliciet wordt aangegeven waar systemen en werkwijzen overeenkomen en waar relevante verschillen optreden. Deze tabellen vormen de basis voor verdere duiding en besluitvorming. Onder elke tabel wordt beschreven wat deze overeenkomsten en verschillen betekenen voor de uitvoering van dit project en voor de verdere uitwerking van de drie piloottrajecten.

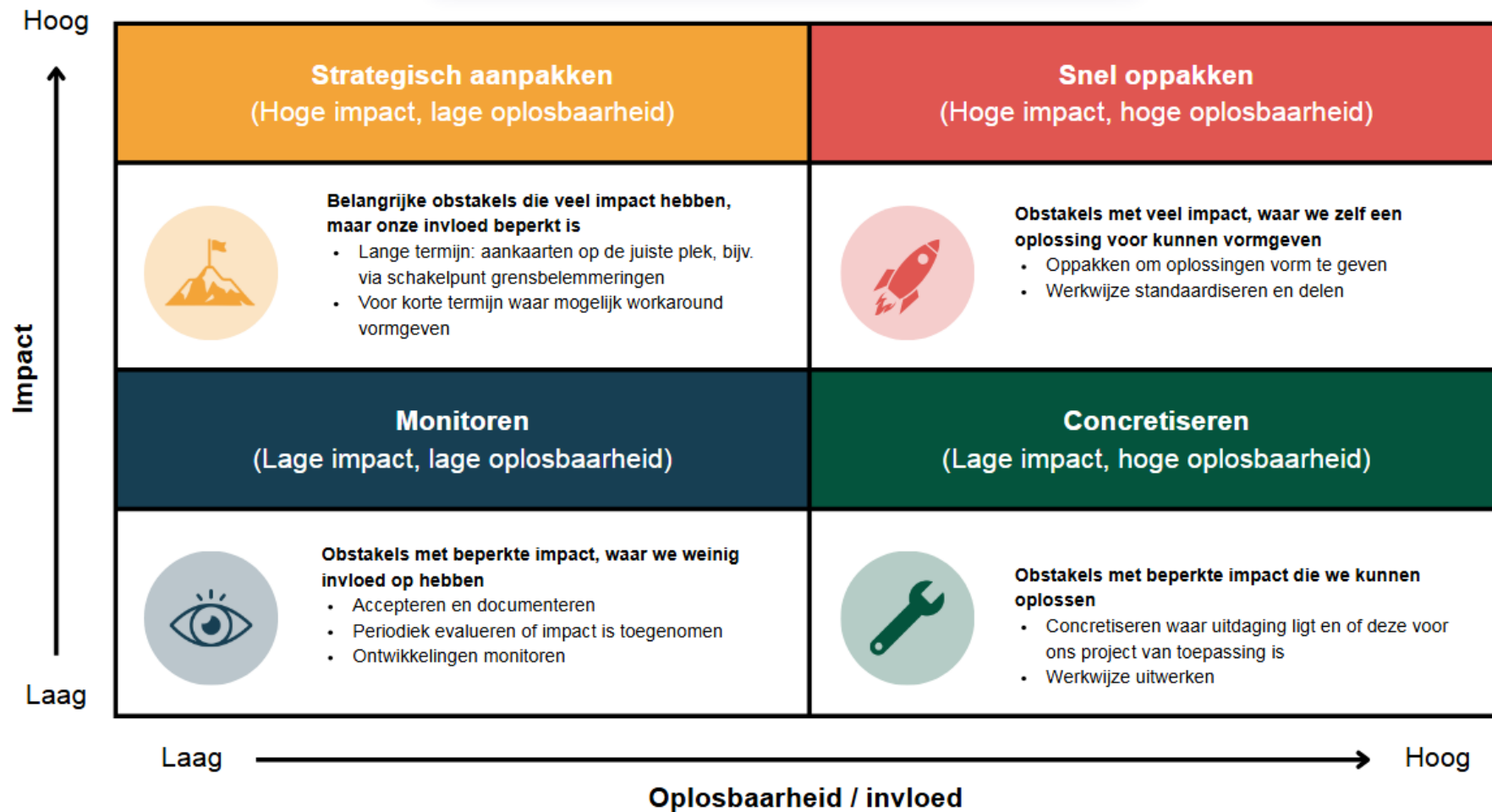
Het document begint met een samenvatting met een impact/oplosbaarheid-matrix, dit betreft de samenvatting van het volledige document. De opvolgende hoofdstukken zijn te raadplegen voor meer gedetailleerde informatie over de grensobstakels en bevindingen.

Samenvatting

De analyse laat zien dat grensoverschrijdende zorg tussen Nederland en Vlaanderen niet wordt beperkt door een gebrek aan gedeelde ambities, maar vooral door verschillen in organisatie, regelgeving, financiering en digitale ondersteuning. Deze verschillen vormen geen inhoudelijke belemmering voor samenwerking, maar bepalen wel in belangrijke mate hoe grensoverschrijdende zorg praktisch kan worden ingericht en uitgevoerd. Hierdoor is samenwerking niet vanzelfsprekend en vraagt deze om expliciete afstemming, duidelijke afspraken en gefaseerde implementatie via piloten.

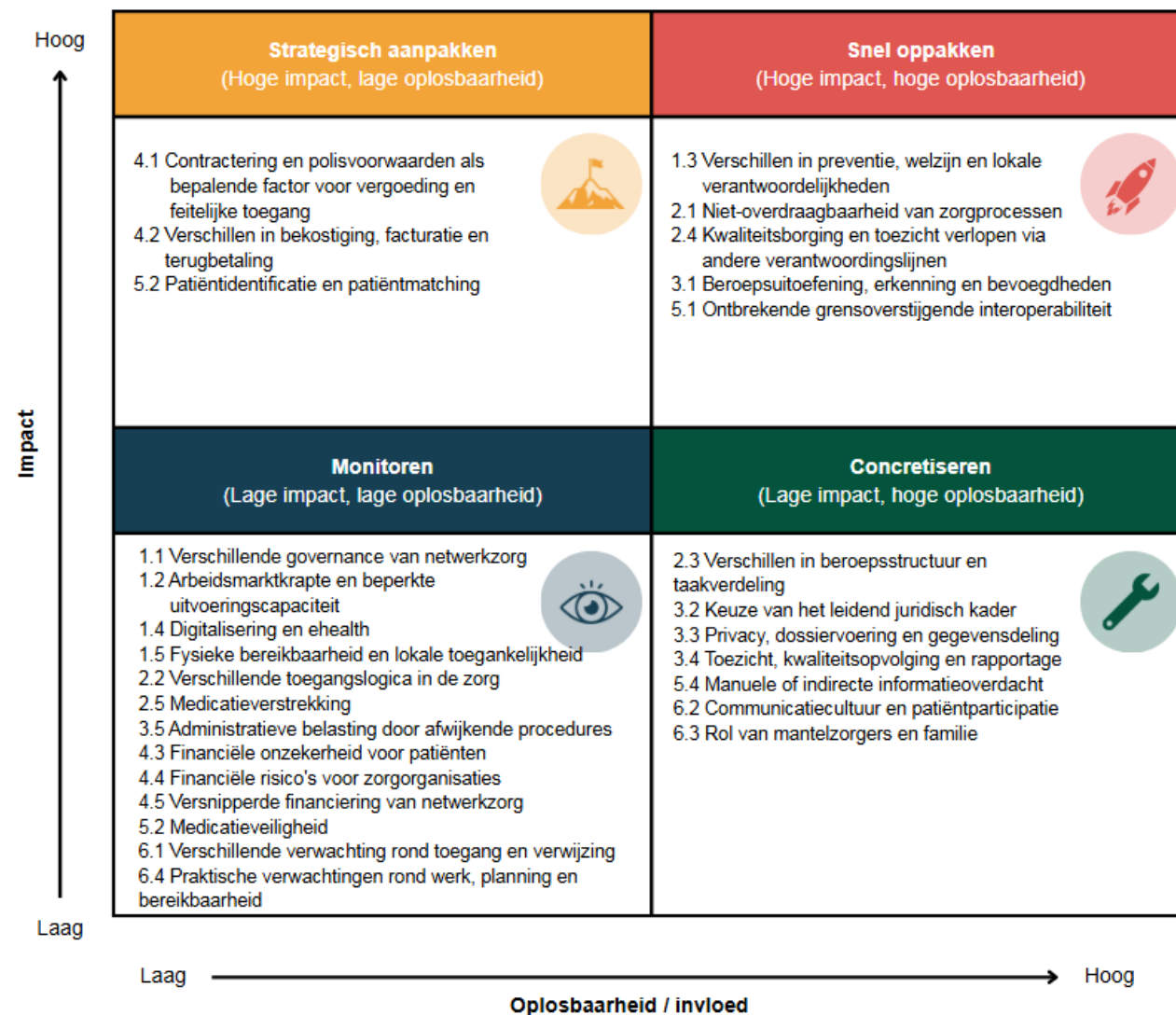
Matrix

Om de grensobstakels te kunnen beoordelen hebben we een variant gemaakt op de impact/effort-matrix. Op de impact-as geven we aan in welke mate het grensobstakel impact heeft op de uitvoerbaarheid en slagingskans van onze piloottrajecten tot grensoverstijgende zorg. Op de invloed/oplosbaarheid-as geven wij aan in welke mate we als projectconsortium het grensobstakel op kunnen lossen. In de afbeelding hieronder wordt deze matrix visueel weergegeven.



In het kwadrant 'strategisch oppakken' worden grensobstakels weergegeven die een grote impact hebben op het project, maar buiten onze invloedssfeer liggen. Deze obstakels pakken we strategisch op, bijvoorbeeld door ze aan te kaarten bij het schakelpunt grensbelemmeringen. In het kwadrant 'snel oppakken' staan ook grensobstakels met een hoge impact op het project, waar we meer invloed op hebben. Dat houdt niet in dat we dit obstakel meteen allesomvattend wegnemen, maar wél dat we in onze regio een goede werkwijze ontwikkelen die de belemmering mitigeert. Grensobstakels in de onderste helft van het kwadrant hebben een lagere impact. Ze zijn zeker van belang voor ons project, maar vormen geen acute bottleneck. In het kwadrant 'concretiseren' staan grensobstakels met een hoge oplosbaarheid voor onze regio. Hier is het vooral van belang om in onze regio goede afspraken te maken en een gezamenlijke werkwijze te ontwikkelen. De grensobstakels in het kwadrant 'monitoren' zijn wel van belang voor onze regio, maar vragen geen directe actie of oplossing. Deze grensobstakels worden nauwlettend opgevolgd, maar niet actief opgepakt.

Alle grensobstakels zijn in de matrix ingedeeld en worden in het vervolg van dit document nader toegelicht. De nummering correspondeert met de verschillende domeinen. Het eerste nummer geeft het domein weer, het tweede nummer het grensobstakel.



Domeinen

1. Ontwikkelingen in zorg en welzijn;
2. Organisatie van zorgsystemen;
3. Juridische en administratieve kaders;
4. Financieel kader;
5. Datadeling en ICT;
6. Sociaal-cultureel kader.

Overkoepelende conclusie

De impactanalyse maakt duidelijk dat de grootste risico's voor de piloottrajecten zich bevinden binnen de randvoorwaarden voor samenwerking. Vooral verschillen in financiering en vergoeding, contractering, bevoegdheden van zorgprofessionals, patiëntidentificatie en gegevensuitwisseling hebben een grote impact op de haalbaarheid van grensoverschrijdende zorg. Een deel van deze obstakels ligt buiten de directe invloedssfeer van het project en vraagt om een strategische aanpak richting financiers, overheden en bestaande grensoverschrijdende samenwerkingsstructuren. Andere obstakels kunnen binnen het project worden aangepakt door gezamenlijke werkafspraken, procesbeschrijvingen en regionale werkwijzen te ontwikkelen.

Tegelijkertijd laat de analyse zien dat veel operationele verschillen beheersbaar zijn. Verschillen in kwaliteitsprocedures, beroepsstructuren, privacy-afspraken, communicatie en patiëntparticipatie vragen aandacht, maar kunnen worden vertaald naar concrete afspraken binnen de usecases. Hierdoor vormen zij geen onoverkomelijke belemmering voor samenwerking.

De analyse ondersteunt daarom een gefaseerde aanpak, waarbij de piloottrajecten worden gebruikt om de belangrijkste grensobstakels in de praktijk te toetsen en waar mogelijk te mitigeren. Daarbij ligt de prioriteit in eerste instantie bij de randvoorwaarden die directe invloed hebben op de uitvoerbaarheid van de usecases. De ervaringen uit de piloten zullen vervolgens inzicht geven in welke obstakels regionaal oplosbaar zijn en welke structurele aandacht vragen op beleids- of systeemniveau.

Disclaimer

Deze prioritering is gebaseerd op de huidige analyse van systemen, beleidskaders en praktijkinzichten. Zij geeft richting aan waar binnen het project de grootste obstakels worden verwacht en waar de prioriteit ligt. Tegelijkertijd kunnen de daadwerkelijke knelpunten in de praktijk anders uitpakken. De piloottrajecten zullen daarom een belangrijke rol spelen in het valideren, nuanceren en aanvullen van deze bevindingen.

EU-richtlijnen en werkwijze van grensoverstijgende zorg

Verordeningen en richtlijnen		
Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) 987/2009	Richtlijn 2011/24/EU	Analyse
• Waarborgt sociale zekerheid voor burgers van de EU. • Geven recht op vergoeding van medische behandelingen in andere EU-lidstaten, alsof patiënten verzekerd zijn via het sociale zekerheidsstelsel. • Uitvoering door gecontracteerde zorgaanbieders. • Dezelfde voorwaarden als voor lokale verzekerden. • Ongeplande zorg: op vertoon van Europese ziekteverzekeringskaart. • Geplande zorg: vooraf toestemming vereist via het Europese S2-formulier.	• Vergemakkelijkt toegang tot veilige en hoogwaardige grensoverstijgende zorg. • Wanneer de Europese ziekteverzekeringskaart niet geldig is, of als behandeling wél in het thuisland wordt vergoed, maar niet in het verblijfsland. • Uitvoering door particuliere aanbieders ook mogelijk • Ongeplande zorg: kan zonder Europese ziekteverzekeringskaart vergoed worden • Geplande zorg: Toestemming niet altijd verplicht (wel bij bijv. ziekenhuisopname, dure of risicovolle zorg)	De algemene ervaring van de Europese Commissie en patiëntenorganisaties met de Verordeningen en de Richtlijn is dat de wetgeving op papier uitstekend is, maar dat het feitelijke gebruik relatief laag blijft. Grensoverschrijdende zorg vormt nog altijd minder dan 1% van de totale Europese zorguitgaven. (Marchetti, 2026). De werkwijze wordt door burgers ervaren als bureaucratisch, traag en onvoorspelbaar.
Werken over grenzen heen		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse

Erkenning is nodig voor in het andere land gewerkt kan worden. Separate procedures voor structurele werkzaamheden en tijdelijke of occasionele werkzaamheden	NL: Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) VL: via de Wet op de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen (WUG). In VL naast erkenning van diploma ook een visum nodig. Het is gemakkelijker te realiseren dat Nederlandse zorgprofessionals in Vlaanderen werkzaamheden uitoefenen dan Vlaamse zorgprofessionals in Nederland	“De langdurige erkenningsprocedures, extra opleidingsvereisten en tweestapsprocessen, zoals die voor medische specialisten, kunnen de mobiliteit in grensgebieden, waar snelle toegang tot de arbeidsmarkt vaak cruciaal is, onevenredig belemmeren (ITEM, 2025).”
---	---	--

Korte samenvatting – Implicaties voor het project

Er is een verordening en richtlijn op EU-niveau en procedures voor erkenning in Nederland en in België. Toch is het gebruiken van zorg over grenzen heen en het grensoverstijgend werken in de zorg niet gemakkelijk te organiseren. Dit ontmoedigt dergelijke samenwerkingen en ontwikkelingen.

1. Ontwikkelingen in Zorg & Welzijn

Ontwikkelingen in organisatie van zorg en samenwerking		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
Zowel in Nederland als Vlaanderen is een duidelijke beweging zichtbaar richting regionalisering, netwerkzorg en meer samenwerking tussen zorg- en welzijnsactoren.	NL: beleid gestuurd via o.a. het Integraal Zorgakkoord (IZA) met nadruk op eerstelijnszorg en “zorg dichterbij huis”. VL: ontwikkeling van geïntegreerde zorgnetwerken met sterke koppeling tussen zorg en welzijn.	De vergelijkbare richting creëert veel potentieel voor samenwerking, maar de beleidsinstrumenten en organisatorische uitwerking verschillen. Dit vraagt afstemming in governance en implementatie van netwerkzorg in grenscontext.
Ontwikkelingen rondom (de)centralisatie van zorg		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
Beide systemen bewegen richting decentralisatie van basiszorg en centralisatie van complexe zorg.	NL: sterk gestuurd vanuit beleid en volumeregulatie. VL: evolutie via netwerkvorming en samenwerking tussen instellingen.	De convergerende beweging biedt kansen voor taakverdeling over grenzen heen (bijv. concentratie van complexe zorg), maar vereist duidelijke afspraken over zorglocatie en verantwoordelijkheden.
Ontwikkelingen op het gebied van arbeidsmarkt en capaciteit		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
Beide landen ervaren aanzienlijke personeelstekorten en stijgende werkdruk door toenemende zorgvraag.	Accenten verschillen in beleidsaanpak en organisatie van arbeid (bijv. rol van opleidingsstructuren en personeelsinzet).	Arbeidsmarktkrapte vormt een gedeeld en urgent vraagstuk dat grensoverstijgende samenwerking kan stimuleren, maar tegelijk wordt bemoeilijkt door verschillen in erkenning en inzet van personeel.
Demografische en epidemiologische ontwikkelingen		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse

Vergrijzing, toename van chronische aandoeningen en multimorbiditeit zorgen voor structureel groeiende zorgvraag.	Geen fundamentele verschillen in trend; wel verschillen in beleidsmatige vertaling.	De gedeelde druk op zorgsystemen vormt een belangrijke driver voor innovatie en samenwerking, inclusief grensoverstijgende oplossingen voor capaciteit en toegankelijkheid.
Ontwikkelingen rond financiële houdbaarheid en sturing		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
In beide landen is financiële houdbaarheid een centraal thema, met aandacht voor doelmatigheid en gepaste zorg.	NL: nadruk op contractering, marktwerking en kostenbeheersing. VL: nadruk op solidariteit, overleg en regulering via het Riziv-model.	Verschillende financieringslogica's beïnvloeden hoe samenwerking wordt ingericht en gefinancierd, en vragen expliciete afspraken bij grensoverstijgende zorgtrajecten.
Ontwikkelingen rondom preventie en informele zorg		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Preventie en mantelzorg krijgen in beide systemen een steeds grotere rol, mede door langer zelfstandig wonen.	NL: sterke rol van gemeenten en sociaal domein. VL: meer geïntegreerd binnen zorg- en welzijnsstructuren.	De beweging naar preventie en informele zorg opent kansen voor samenwerking buiten het ziekenhuis, maar vraagt afstemming met lokale structuren en verantwoordelijkheden.
Ontwikkelingen digitalisering en innovatie		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Beide landen investeren sterk in e-health, telemonitoring en digitale dossiers.	Implementatie en interoperabiliteit verschillen per land en systeem.	Digitalisering is zowel een enabler als een knelpunt: het biedt kansen voor efficiëntere samenwerking, maar beperkt interoperabiliteit kan grensoverstijgende toepassing hinderen.
Ontwikkelingen toegankelijkheid en fysieke bereikbaarheid		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>

Toegankelijkheid van zorg is een belangrijk aandachtspunt in beide systemen.	In grensregio's verschillen infrastructuur en bereikbaarheid (bijv. openbaar vervoer).	Praktische toegankelijkheid (reistijd, bereikbaarheid) vormt een relevante randvoorwaarde voor succesvolle grensoverstijgende zorg, naast organisatorische en digitale factoren.
--	--	--

Korte samenvatting – implicaties voor het project

De analyse van ontwikkelingen in zorg en welzijn laat zien dat Nederland en Vlaanderen in dezelfde richting evolueren. Beide systemen zetten in op samenwerking, netwerkgorg, regionalisering, zorg dicht bij de patiënt, preventie, digitalisering en een betere afstemming tussen zorg- en welzijnsactoren. Deze gedeelde beleidsrichting vormt een belangrijke basis voor grensoverstijgende samenwerking.

Tegelijkertijd verschillen de beleidsinstrumenten en uitvoeringsstructuren. Nederland werkt sterker via beleidsakkoorden, contractering en rolverdeling tussen zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders. Vlaanderen ontwikkelt geïntegreerde zorgnetwerken met een nauwere koppeling tussen zorg en welzijn. Daardoor is er inhoudelijke convergentie, maar geen automatische organisatorische aansluiting.

De drukfactoren zijn in beide landen urgent. Vergrijzing, chronische aandoeningen, multimorbiditeit, arbeidsmarktkrapte en financiële houdbaarheid vergroten de noodzaak tot samenwerking. Tegelijk beperken deze factoren de beschikbare uitvoeringsruimte. Grensoverstijgende zorg kan dus een deel van de oplossing vormen, maar alleen wanneer zij realistisch wordt ingebed in bestaande capaciteit, governance, lokale bereikbaarheid, digitale ondersteuning en financieringsstructuren.

Synthese en implicaties voor het project

De analyse maakt duidelijk dat de algemene beleidsontwikkelingen in Nederland en Vlaanderen kansen creëren voor grensoverstijgende samenwerking. Beide systemen zoeken naar manieren om zorg toegankelijk, betaalbaar en organiseerbaar te houden. Dit sluit sterk aan bij de doelstelling van het project. De grootste uitdaging ligt echter in de vertaling van gedeelde ambities naar werkbare modellen binnen twee verschillend georganiseerde zorgsystemen.

De belangrijkste grensobstakels zijn:

1.1 Verschillende governance van netwerkgorg - Monitoren

Beide landen zetten in op samenwerking en netwerkvorming, maar doen dit via andere bestuurlijke en organisatorische mechanismen. Voor het project betekent dit dat samenwerking niet alleen op uitvoerend niveau, maar ook bestuurlijk moet worden ingebed.

1.2 Arbeidsmarktkrapte en beperkte uitvoeringscapaciteit - Monitoren

Personeelstekorten vergroten de noodzaak tot samenwerking, maar beperken tegelijk de mogelijkheid om nieuwe grensoverstijgende trajecten uit te rollen. Usecases moeten daarom realistisch worden afgebakend en mogen geen disproportionele bijkomende belasting veroorzaken.

1.3 Verschillen in preventie, welzijn en lokale verantwoordelijkheden – Snel oppakken

Preventie en informele zorg krijgen in beide systemen meer aandacht, maar zijn anders georganiseerd. Dit vraagt lokale afstemming met gemeenten, eerstelijnsactoren, welzijnspartners en zorgnetwerken.

1.4 Digitalisering en ehealth - Monitoren

Digitale zorg en telemonitoring bieden kansen, maar verschillen in implementatie en interoperabiliteit kunnen de toepassing van grensoverstijgende zorg beïnvloeden. Dit wordt verder uitgediept in het hoofdstuk over datadeling en ICT.

1.5 Fysieke bereikbaarheid en lokale toegankelijkheid - Monitoren

Reistijd, openbaar vervoer en praktische bereikbaarheid kunnen mee bepalen of grensoverstijgende zorg voor patiënten effectief toegankelijk is.

Voor het project betekent dit dat de maatschappelijke en beleidsmatige urgentie duidelijk aanwezig is. Grensoverstijgende zorg past binnen bredere transitie naar zorg dicht bij huis, samenwerking in netwerken en efficiëntere inzet van capaciteit. Tegelijk moet elk zorgmodel concreet worden vertaald naar afspraken over governance, verantwoordelijkheden, personele inzet, digitale ondersteuning en lokale inbedding. De analyse ondersteunt een gefaseerde aanpak waarbij piloottrajecten worden gebruikt om te toetsen welke vormen van samenwerking binnen deze structurele drukfactoren haalbaar en schaalbaar zijn.

2. Organisatie van zorgsystemen

Zorgstelsel en stelselopbouw		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
Zorgsystemen zijn nationaal georganiseerd en gebaseerd op solidariteit. Zorg is collectief gefinancierd en gericht op toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.	NL: opgebouwd uit vijf afzonderlijke stelselwetten met een duidelijke domeinindeling. VL: één geïntegreerd sociaal verzekeringsstelsel zonder aparte stelselwetten.	De verschillende stelselopbouw bemoeilijkt één-op-één aansluiting tussen zorgdomeinen en vraagt explicitering van welk organisatorisch kader leidend is bij grensoverstijgende zorg.
Solidariteit en toegankelijkheid		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
Solidariteit vormt de basis van beide zorgsystemen. Iedereen heeft toegang tot gezondheidszorg, ongeacht persoonlijke kenmerken.	NL: herverdeling via private zorgverzekeringen. VL: sociale ziekteverzekering zonder risicoselectie.	Hoewel het normatieve uitgangspunt gelijk is, leidt de verschillende organisatorische uitwerking tot andere financierings- en uitvoeringsmechanismen binnen zorgprocessen.
Governance en bestuurlijke verantwoordelijkheid		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
Meerdere bestuurslagen zijn betrokken bij organisatie en uitvoering van zorg. Overheden spelen een sturende en regulerende rol.	NL: duidelijke rolverdeling tussen rijk, gemeenten en zorgverzekeraars. VL: complexe bevoegdheidsverdeling tussen federaal niveau en gewesten/gemeenschappen.	De Vlaamse gelaagde governance maakt besluitvorming en afstemming complexer dan in Nederland, wat extra coördinatie vraagt bij gezamenlijke initiatieven.
Zorglijnen en toegang tot zorg		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse

Indeling in nulde, eerste, tweede en derde lijn. Zowel basiszorg als hooggespecialiseerde zorg is georganiseerd in lagen.	NL: huisarts heeft formele poortwachtersfunctie. VL: directe toegang tot zorg zonder verplichte verwijzing.	Verschillen in toegang en doorverwijzing beïnvloeden patiëntstromen en vereisen afstemming bij grensoverstijgende zorgroutes.
Preventie en publieke gezondheid		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Preventie en gezondheidsbevordering zijn expliciete onderdelen van het zorgsysteem. Overheden en publieke instanties zijn belangrijke uitvoerende partijen.	NL: rol voor gemeenten, GGD en sociaal domein. VL: rol voor Agentschap Zorg en Gezondheid, Sciensano en lokale besturen.	Hoewel preventie inhoudelijk vergelijkbaar is, verschillen governance en uitvoeringsstructuren, wat samenwerking op dit niveau minder vanzelfsprekend maakt.
Zorgberoepen en beroepsstructuur		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Brede set aan medische, verpleegkundige, paramedische en ondersteunende beroepen. Zorgverlening is professioneel georganiseerd.	Verschillende functieniveaus, titels en opleidingsstructuren. Andere wettelijke ordening van beroepen.	De vergelijkbare beroepsgroepen bieden kansen voor samenwerking, maar verschillen in positionering en erkenning vragen nadere afstemming.
Bevoegdheden en taakverdeling		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Handelingen zijn wettelijk gereguleerd. Bevoegdheid en bekwaamheid zijn randvoorwaarden voor uitvoering.	NL: Wet BIG met voorbehouden en risicovolle handelingen. VL: WUG met gedetailleerde A-, B1-, B2- en C-handelingen en aparte kaders voor zorgkundigen.	Door het verschil in systematiek is professionele inzet niet automatisch vergelijkbaar, wat duidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden vereist.
Kwaliteit en professionalisering		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>

Kwaliteit en patiëntveiligheid zijn structureel verankerd. Erkenning, opleiding en toezicht zijn wettelijk geborgd.	Verschillende systemen voor erkenning, accreditatie en kwaliteitsopvolging. Andere verantwoordingslijnen op organisatieniveau.	De doelen zijn gelijk, maar verantwoording en toezicht verlopen anders, wat gezamenlijke kwaliteitsafspraken noodzakelijk maakt.
Medicatieverstrekking		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Geneesmiddelen zijn gereguleerd en onder toezicht. Apotheken spelen een centrale rol in medicatieverstrekking.	NL: zelfzorgmedicatie ook via drogist en supermarkt; mogelijkheid tot gefractioneerde aflevering. VL: alle geneesmiddelen uitsluitend via apotheker en per volledige verpakking.	Verschillen in verstrekking hebben gevolgen voor gebruiksgemak, medicatieveiligheid en verspilling bij zorg over de grens.

Korte samenvatting – implicaties voor het project

De organisatie van de zorgsystemen in Nederland en Vlaanderen vertrekt vanuit vergelijkbare basisprincipes. Beide systemen zijn gebaseerd op solidariteit, collectieve financiering, toegankelijkheid, kwaliteit en patiëntveiligheid. Ook kennen beide landen een gelaagde zorgstructuur met nulde, eerste, tweede en derde lijn, een brede groep erkende zorgberoepen en wettelijke aandacht voor bevoegdheid, bekwaamheid en kwaliteit.

De organisatorische uitwerking verschilt echter aanzienlijk. Nederland kent een stelsel met afzonderlijke wetten, een duidelijke domeinindeling, een formele poortwachtersfunctie van de huisarts en een sterke rol voor zorgverzekeraars, gemeenten en nationale sturing. Vlaanderen werkt vanuit een geïntegreerder sociaal verzekeringsstelsel, directe toegang tot specialisten en een complexere bevoegdheidsverdeling tussen federale overheid, gewesten en gemeenschappen. Daardoor zijn verantwoordelijkheden, beslissingslijnen en zorgprocessen niet één-op-één vergelijkbaar.

Voor het project is dit een fundamenteel aandachtspunt. Grensoverstijgende zorg kan niet worden opgebouwd door bestaande processen uit het ene land rechtstreeks over te nemen in het andere land. Per usecase moet duidelijk worden bepaald welke organisatie verantwoordelijk is voor toegang, intake, uitvoering, opvolging, kwaliteitsborging, communicatie en eventuele doorverwijzing. Ook de verschillen in beroepsstructuren, bevoegdheden, taakverdeling en medicatieverstrekking moeten vooraf in concrete werkafspraken worden vertaald.

Synthese en implicaties voor het project

De analyse toont aan dat Nederland en Vlaanderen inhoudelijk vergelijkbare zorgdoelen nastreven, maar deze via verschillende organisatorische mechanismen realiseren. De verschillende vormen niet noodzakelijk een inhoudelijke belemmering voor samenwerking zijn, maar bepalen wel sterk hoe grensoverstijgende zorg praktisch kan worden ingericht.

De belangrijkste grensobstakels zijn:

2.1 Niet-overdraagbaarheid van zorgprocessen – Snel oppakken

Interne werkprocessen, verwijzingsroutes en verantwoordelijkheidslijnen sluiten niet automatisch op elkaar aan. Voor het project betekent dit dat per usecase een grensoverstijgend procesmodel nodig is, waarin taken, rollen en overdrachtsmomenten expliciet worden vastgelegd.

2.2 Verschillende toegangslogica tot zorg - Monitoren

De Nederlandse poortwachtersfunctie van de huisarts en de Vlaamse directe toegang tot specialisten kunnen leiden tot verschillende patiëntstromen en verwachtingen. Dit vraagt duidelijke afspraken over instroomcriteria, verwijzing, triage en opvolging.

2.3 Verschillen in beroepsstructuur en taakverdeling - Concretiseren

Hoewel zorgberoepen inhoudelijk vergelijkbaar lijken, verschillen titels, opleidingsstructuren, wettelijke bevoegdheden en taakafbakening. Dit is vooral relevant voor verpleegtechnische handelingen, consultaties, opvolgzorg en multidisciplinaire samenwerking.

2.4 Kwaliteitsborging en toezicht verlopen via andere verantwoordingslijnen - Snel oppakken

De doelen inzake kwaliteit en patiëntveiligheid zijn gelijklopend, maar de manier waarop organisaties zich verantwoorden verschilt. Gezamenlijke kwaliteitsafspraken zijn noodzakelijk om grensoverstijgende zorg veilig en toetsbaar te organiseren.

2.5 Medicatieverstrekking - Monitoren

Verschillen in aflevering, voorschriften en praktische beschikbaarheid kunnen gevolgen hebben voor gebruiksgemak, continuïteit, verspilling en veiligheid, vooral bij zorgtrajecten waarin medicatie een centrale rol speelt.

Voor het project betekent dit dat de uitwerking van de usecases moet vertrekken vanuit concrete zorgprocessen. Per traject moet worden bepaald welke zorgvraag wordt opgenomen, welke professional betrokken is, waar de zorg plaatsvindt, welk verantwoordelijkheidskader geldt en hoe opvolging wordt georganiseerd. Een praktische procesbeschrijving met duidelijke rolverdeling, kwaliteitsafspraken en escalatieprocedures is noodzakelijk vóór uitvoering. Voor complexere trajecten is het aangewezen om eerst met beperkte piloten te werken, zodat organisatorische knelpunten gecontroleerd kunnen worden getest.

3. Juridische en administratieve kaders

Zorgstelsel & context		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Wettelijk kader voor ziekenhuiszorg gericht op kwaliteit en patiëntveiligheid	NL: gereguleerd stelsel VL: solidariteitsmodel	Verschillende systeemlogica vraagt om expliciete afbakening van verantwoordelijkheden en governance bij samenwerking.
Behandelrelatie & patiëntenrechten		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Rechten op informatie, toestemming en inzage bestaan in beide landen	NL: verspreid over meerdere wetten VL: één Patiëntenrechtenwet	Inhoud gelijkwaardig, juridische structuur verschillend → keuze nodig welk kader leidend is per zorgproces.
Kwaliteit & toezicht		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Wettelijke borging van kwaliteit en veiligheid	NL: IGJ/NZa/Zorginstituut VL: federale overheid/Zorginspectie	Geen één-op-één toezichtstructuur, wat gezamenlijke verantwoording en rapportage complexer maakt.
Beroepsuitoefening (kernpunt)		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Beroepsuitoefening wettelijk gereguleerd ter bescherming patiënt	NL: Wet BIG VL: WUG + visum + taalvereiste	Bevoegdheden niet automatisch wederzijds geldig, dit is een grote juridische drempel voor grensoverstijgende inzet.
Toelating zorgverleners		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Toelating verplicht vóór uitoefening	NL: BIG-registratie VL: visum FOD Volksgezondheid	Procedurele verschillen vragen voorafgaande toetsing per rol en inzetvorm.
Kwaliteit op organisatieniveau		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Kwaliteit geborgd via beleid, systemen en accreditatie	Andere indicatoren en verantwoordingslijnen	Operationeel vergelijkbaar, maar formeel anders verantwoord → afstemming nodig.
Privacy & dossiervoering		

<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
AVG/GDPR geldt in beide landen	NL: UAVG + Wabvpz (EPD-eisen) VL: AVG binnen WUG/Kwaliteitswet	Nationale uitwerking verschilt, met gevolgen voor datadeling en elektronische dossiers.
Klachtenafhandeling		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Wettelijke klachtmogelijkheden	NL: bindende uitspraak VL: bemiddelend	Verschil in rechtsbescherming van patiënten bij grensoverstijgende zorg.

Korte samenvatting - implicaties voor het project

De juridische en administratieve kaders in Nederland en Vlaanderen zijn beide gericht op kwaliteit, patiëntveiligheid, toegankelijkheid en bescherming van patiëntenrechten. In beide landen bestaan wettelijke bepalingen rond behandelrelatie, informatieplicht, toestemming, inzage in dossiers, beroepsuitoefening, kwaliteit, toezicht, privacy en klachtenafhandeling.

De juridische structuur verschilt echter. Nederland werkt met meerdere wettelijke kaders en een gereguleerd zorgstelsel waarin verantwoordelijkheden samenhangen met zorgverzekeraars, contractrelaties en toezicht. Vlaanderen werkt vanuit een sociaal verzekeringsmodel met een centrale rol voor overheid en mutualiteiten, en met een andere bevoegdheidsverdeling.

Voor het project betekent dit dat juridische verschillen niet noodzakelijk de zorginhoud beperken, maar wel bepalen onder welke voorwaarden zorg mag worden verleend. Vooral beroepsuitoefening, bevoegdheden, leidend juridisch kader, privacy, dossiervoering en klachtenafhandeling vragen voorafgaande afstemming. Zonder deze juridische duidelijkheid kunnen onzekerheid, vertraging en onduidelijkheid over verantwoordelijkheden ontstaan.

Synthese en implicaties voor het project

De analyse laat zien dat juridische en administratieve verschillen een van de meest bepalende randvoorwaarden vormen voor grensoverstijgende zorg. Zij raken aan de kern van professionele inzet, patiëntveiligheid, rechtspositie van patiënten, verantwoordelijkheden en verantwoordingsstructuren. Voor het project zijn deze verschillen niet louter ondersteunend of administratief, maar essentieel voor de haalbaarheid van de usecases.

De belangrijkste grensobstakels zijn:

3.1 Beroepsuitoefening, erkenning en bevoegdheden - Snel oppakken

Bevoegdheden zijn niet automatisch overdraagbaar tussen Nederland en Vlaanderen. Voor elke betrokken beroepsgroep moet vooraf worden vastgesteld of erkenning, registratie, visum, taalvereiste of bijkomende toelating nodig is. Dit kan een sterk beperkende randvoorwaarde zijn voor usecases waarbij professionals over de grens worden ingezet.

3.2 Keuze van het leidend juridisch kader - Concretiseren

Bij grensoverstijgende zorg moet duidelijk zijn welk juridisch kader geldt voor de behandelrelatie, toestemming, informatieplicht, rechtspositie van de patiënt en klachtenafhandeling. Onzekerheid hierover kan leiden tot juridische onduidelijkheid voor patiënt en zorgverlener.

3.3 Privacy, dossiervoering en gegevensdeling - Concretiseren

Hoewel de AVG/GDPR in beide landen geldt, verschilt de nationale uitwerking. Bij grensoverstijgende gegevensdeling moet vooraf duidelijk zijn welke gegevens gedeeld worden, via welk kanaal, met welke toestemming en onder welke verantwoordelijkheid.

3.4 Toezicht, kwaliteitsopvolging en rapportage - Concretiseren

De toezichtsstructuren sluiten niet één-op-één op elkaar aan. Voor gezamenlijke zorgprocessen zijn daarom aanvullende afspraken nodig over kwaliteitsopvolging, klachtenafhandeling en rapportage.

3.5 Administratieve belasting door afwijkende procedures - Monitoren

Extra registraties, toelatingen en verantwoordingsvereisten kunnen de efficiëntie verminderen en de opstart van piloten vertragen.

Voor het project betekent dit dat elke usecase vooraf een juridische en administratieve toets nodig heeft. Daarbij moet worden vastgelegd wie verantwoordelijk is, welke professional welke handeling mag uitvoeren, welke toestemming nodig is, hoe gegevens worden verwerkt en welke klachten- en kwaliteitsprocedures gelden. Een gefaseerde aanpak is aangewezen: eerst juridisch beheersbare pilots, daarna eventuele verbreding. Juridische randvoorwaarden moeten niet pas tijdens implementatie worden uitgeklaard, maar vormen een noodzakelijke voorbereidende stap.

4. Financieel kader

Financieringslogica en governance		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
Verplichte verzekering en collectieve risicospreiding	NL: uitvoering via concurrerende zorgverzekeraars (marktmodel) VL: uitvoering via sociale zekerheid en mutualiteiten (solidariteitsmodel)	Verschillende sturingslogica bepaalt hoe zorg wordt georganiseerd, gefinancierd en toegankelijk gemaakt
Contractering en toegang		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
Financier bepaalt toegang tot zorg	NL: selectieve contractering per verzekeraar, bepalend voor toegang VL: toegang via uniforme wettelijke dekking	Contractering vormt in NL een structurele voorwaarde voor toegang (ook grenszorg), in VL minder uitgesproken
Bekostiging, facturatie en vergoeding		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
Wettelijk gereguleerde systemen voor prestaties en tarieven	NL: DBC-systematiek en vergoeding afhankelijk van polis/contract VL: nomenclatuur + Budget van Financiële middelen (BFM) en	Verschillende logica bemoeilijkt afstemming van prestaties, facturatie en terugbetaling

	rechtstreekse terugbetaling via RIZIV	
Kostenstructuur voor patiënten		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Eigen bijdragen in beide systemen	NL: eigen risico + variabele kosten VL: remgeld + supplementen	Verschillen in kostenstructuur leiden tot beperkte voorspelbaarheid en transparantie
Financiële risico's en administratieve processen		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Aanwezigheid van financiële en administratieve risico's	NL: risico bij niet-gecontracteerde zorg VL: risico bij ontbrekende dekking	Zorginstellingen en patiënten worden geconfronteerd met onzekerheid en complexe procedures
Financiering van ketenzorg		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Meerdere financieringsstromen buiten ziekenhuiszorg	NL: Zvw, Wmo, Wlz VL: RIZIV + deelstaten	Versnippering bemoeilijkt integrale en grensoverstijgende zorgtrajecten

Korte samenvatting – implicaties voor het project

De financieringssystemen van Nederland en Vlaanderen zijn beide gebaseerd op verplichte verzekering, collectieve risicospreiding en wettelijke regulering van zorgkosten. Toch verschillen de onderliggende systeemlogica's sterk. Nederland werkt met concurrerende zorgverzekeraars, selectieve contractering, polisvoorwaarden en een DBC-systematiek. Vlaanderen werkt vanuit sociale zekerheid, mutualiteiten, nomenclatuur, RIZIV-financiering en een ander systeem van remgelden en supplementen.

Deze verschillen hebben directe gevolgen voor grensoverstijgende zorg. In Nederland beïnvloeden contractering en polisvoorwaarden in belangrijke mate de vergoeding en feitelijke toegankelijkheid van zorg. In Vlaanderen is de toegang sterker verbonden met wettelijke dekking en terugbetaling via het sociale verzekeringsmodel. Ook facturatie, vergoeding, eigen bijdragen en financiële risico's verschillen. Daardoor is het voor patiënten niet altijd voorspelbaar welke kosten worden vergoed en welke administratieve stappen nodig zijn. Voor zorgorganisaties ontstaat onzekerheid over betaling, facturatie, terugbetaling en eventuele invordering.

Voor het project is het financiële kader een van de meest kritische randvoorwaarden. Zelfs wanneer zorg inhoudelijk, juridisch en organisatorisch mogelijk is, kan het ontbreken van duidelijke financieringsafspraken de uitvoering of opschaling bemoeilijken. Dit geldt vooral voor geplande zorg, structurele samenwerking en trajecten waarbij kosten buiten bestaande contractuele of reguliere terugbetalingsmechanismen vallen.

Synthese en implicaties voor het project

De analyse toont aan dat financiële verschillen tussen Nederland en Vlaanderen structurele drempels vormen voor grensoverstijgende zorg. Deze drempels zijn geen incidentele uitvoeringsproblemen, maar vloeien voort uit fundamenteel verschillende financieringslogica's. Zij beïnvloeden vergoeding, betaalbaarheid, administratieve belasting en bereidheid van organisaties om structureel samen te werken.

De belangrijkste grensobstakels zijn:

4.1 Contractering en polisvoorwaarden als bepalende factor voor vergoeding en feitelijke toegang - Strategisch aanpakken

In Nederland kan vergoeding afhankelijk zijn van contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, en van de polisvoorwaarden van de patiënt. Voor grensoverstijgende zorg betekent dit dat vergoeding niet automatisch gegarandeerd is, zelfs wanneer zorg inhoudelijk passend is. Dit kan een sterk beperkende factor zijn voor structurele trajecten.

4.2 Verschillen in bekostiging, facturatie en terugbetaling – Strategisch aanpakken

De Nederlandse DBC-systematiek en de Vlaamse nomenclatuur sluiten niet rechtstreeks op elkaar aan. Dit bemoeilijkt de vertaling van prestaties, tarieven en facturatie, en verhoogt de administratieve complexiteit.

4.3 Financiële onzekerheid voor patiënten - Monitoren

Verschillen in eigen risico, remgeld, supplementen, polisvoorwaarden en terugbetalingsprocedures kunnen leiden tot onduidelijkheid over de uiteindelijke kostprijs. Dit kan de bereidheid van patiënten om grensoverstijgende zorg te gebruiken beperken.

4.4 Financiële risico's voor zorgorganisaties - Monitoren

Onzekerheid over betaling, gedeeltelijke vergoeding of invordering van kosten kan zorgorganisaties terughoudend maken om grensoverstijgende zorg structureel aan te bieden.

4.5 Versnipperde financiering van ketenzorg - Monitoren

Zorg buiten het ziekenhuis wordt in beide landen via meerdere financieringsstromen georganiseerd. Dit bemoeilijkt integrale trajecten waarbij ziekenhuiszorg, eerstelijnszorg, welzijn en opvolging gecombineerd worden.

Voor het project betekent dit dat financiering vanaf het begin onderdeel moet zijn van de usecase-ontwikkeling. Er moeten duidelijke afspraken komen over welke zorgvormen worden opgenomen, hoe deze worden gefactureerd, wie betaalt, welke vergoeding mogelijk is en welke informatie patiënten vooraf krijgen. Structurele betrokkenheid van zorgverzekeraars, mutualiteiten en eventueel bevoegde overheden is noodzakelijk. Voor de eerste piloten is het aangewezen om te kiezen voor financieel voorspelbare zorgtrajecten met beperkte variatie in kosten en duidelijke administratieve routes. Transparante patiëntcommunicatie over kosten en terugbetaling is daarbij essentieel.

5. Datadeling & ICT

Digitale zorginfrastructuur en EPD-systemen		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
EPD's vormen in beide systemen de basis van digitale ziekenhuiszorg en ondersteunen patiëntveiligheid, continuïteit en samenwerking.	NL: meer centraal georganiseerde nationale digitale infrastructuren VL: complexere federale en regionale eHealth-architectuur	Beide systemen zijn digitaal ontwikkeld, maar binnen nationale kaders. Hierdoor leidt interne digitalisering niet automatisch tot grensoverstijgende compatibiliteit.
Interoperabiliteit en informatiesystemen		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
Beide systemen investeren in interoperabiliteit, veilige gegevensuitwisseling en standaardisatie.	NL: MedMij, LSP, Cumuluz. VL: BIHR, VIDIS, federale eHealth-platformen	Interoperabiliteit is in beide landen een beleidsdoel, maar nationaal georganiseerd. Daardoor ontbreekt een gedeeld grensoverschrijdend digitaal ecosysteem.
Patiëntidentificatie en gegevensuitwisseling		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
Veilige patiëntidentificatie en correcte informatieoverdracht zijn in beide systemen essentieel.	NL: BSN VL: INSZ. Geen structurele koppeling tussen systemen	Verschillen in patiëntidentificatie en het ontbreken van rechtstreekse technische koppelingen tussen Nederlandse en Vlaamse zorgsystemen bemoeilijken veilige patiëntmatching en leiden in grensoverstijgende contexten tot manuele gegevensuitwisseling.
Digitale zorgtoepassingen en hybride zorg		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse

Beide systemen investeren in telezorg, telemonitoring, patiëntportalen en digitale communicatie.	NL: concrete nationale en organisatorische implementaties, zoals MedMij en telemonitoringinitiatieven. VL: groeiende inzet op digitale toepassingen binnen bredere eHealth-ontwikkeling.	De strategische richting is vergelijkbaar, maar verschillen in implementatie kunnen grensoverschrijdende afstemming bemoeilijken.
Medicatieveiligheid en continuïteit van zorg		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Medicatieveiligheid is in beide systemen een kernvoorwaarde voor kwalitatieve zorg	NL: digitale medicatie-uitwisseling via nationale systemen, maar beperkte grensoverstijgende toepasbaarheid. VL: digitale medicatiegegevens beschikbaar via nationale eHealth-structuren, maar niet structureel compatibel met Nederlandse systemen.	Dit vormt een concreet hoog-risico knelpunt voor patiëntveiligheid en continuïteit van zorg.
Toekomstige digitale ontwikkeling en Europese harmonisatie		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Beide systemen investeren in AI, datawarehouses en datagedreven zorg	NL: digitale medicatiegegevens binnen nationale systemen, maar beperkte grensoverstijgende uitwisselbaarheid. VL: digitale medicatie-uitwisseling in ontwikkeling, maar geen structurele compatibiliteit met Nederlandse systemen.	Europese harmonisatie creëert kansen, maar biedt op korte termijn nog geen directe oplossing voor operationele grenszorg.

Korte samenvatting – implicaties voor het project

Nederland en Vlaanderen investeren beide sterk in digitalisering van de zorg, elektronische patiëntendossiers, interoperabiliteit, telezorg, telemonitoring, patiëntportalen en digitale gegevensuitwisseling. Digitale zorg wordt in beide systemen gezien als een belangrijke hefboom voor kwaliteit, continuïteit, efficiëntie en samenwerking. Europese ontwikkelingen kunnen op termijn bijdragen aan betere databeschikbaarheid en interoperabiliteit. Op korte termijn blijft de praktische uitvoerbaarheid binnen het project echter in belangrijke mate bepaald door bestaande nationale systemen en hun beperkte onderlinge afstemming.

Tegelijkertijd zijn de digitale zorgsystemen hoofdzakelijk nationaal georganiseerd. Nederland beschikt over eigen infrastructuren en standaarden, zoals MedMij, LSP en Cumuluz. Vlaanderen werkt met een federale en regionale eHealth-architectuur, waaronder eHealth-platformen, BIHR en VIDIS. Beide systemen zijn digitaal ontwikkeld, maar niet structureel op elkaar aangesloten. Daardoor leidt interne digitalisering niet automatisch tot grensoverstijgende interoperabiliteit.

Een belangrijk knelpunt is patiëntidentificatie. Nederland werkt met het BSN, Vlaanderen met het INSZ, zonder structurele koppeling tussen beide systemen. Ook digitale medicatiegegevens, EPD-informatie en overdrachtsinformatie zijn niet automatisch grensoverstijgend beschikbaar. Dit kan gevolgen hebben voor continuïteit en patiëntveiligheid, vooral bij zorgtrajecten die afhankelijk zijn van actuele en volledige medische informatie.

Synthese en implicaties voor het project

De analyse toont aan dat datadeling en ICT bepalende randvoorwaarden zijn voor grensoverstijgende zorg. De belangrijkste drempels zijn niet het gevolg van een gebrek aan digitalisering, maar van het feit dat beide landen hun digitale zorginfrastructuur binnen nationale kaders hebben ontwikkeld. Hierdoor bestaan parallelle digitale ecosystemen die slechts beperkt compatibel zijn.

De belangrijkste grensobstakels zijn:

5.1 Ontbrekende grensoverstijgende interoperabiliteit – Snel oppakken

EPD-systemen en nationale infrastructuren sluiten niet automatisch op elkaar aan. Voor zorgtrajecten die afhankelijk zijn van actuele medische informatie kan dit een directe randvoorwaarde zijn voor veilige uitvoering.

5.2 Patiëntidentificatie en patiëntmatching - Strategisch aanpakken

Het ontbreken van een gedeeld identificatiemechanisme bemoeilijkt betrouwbare koppeling van patiëntgegevens. Dit verhoogt het risico op fouten en maakt gegevensuitwisseling afhankelijk van manuele controles.

5.3 Medicatieveiligheid – Monitoren

Beperkte grensoverstijgende beschikbaarheid van medicatiegegevens kan een concreet risico vormen voor patiëntveiligheid. Dit is bijzonder relevant bij zorgtrajecten met polyfarmacie, chronische aandoeningen, opvolgzorg of verpleegtechnische handelingen.

5.4 Manuele of indirecte informatieoverdracht - Concretiseren

Wanneer digitale koppelingen ontbreken, moeten zorgorganisaties terugvallen op pragmatische werkafspraken, beveiligde documentenstromen of patiëntgedragen informatie. Dit verhoogt administratieve belasting en foutgevoeligheid.

Voor het project betekent dit dat digitale haalbaarheid per usecase expliciet moet worden beoordeeld. Niet elk zorgtraject is even gevoelig voor beperkte gegevensuitwisseling. Zorgvormen met beperkte informatieafhankelijkheid lijken mogelijk eenvoudiger te organiseren dan trajecten met medicatiebeheer, complexe opvolging of multidisciplinaire informatie-uitwisseling. Voor elke piloot is minimaal een afsprakenkader nodig over patiëntidentificatie, toestemming, minimale dataset, overdrachtskanaal, documentatie in het eigen dossier en terugkoppeling naar de verwijzer. Piloten kunnen daarnaast waardevolle beleidsinformatie opleveren over welke digitale knelpunten in de praktijk het meest bepalend zijn voor grensoverstijgende zorg.

6. Sociaal-cultureel kader

Sociaal-cultureel kader		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
Historische, taalkundige en culturele overeenkomsten	Communicatie, werkcultuur, sociale omgangsvormen en nationale identiteit. Uit zich in: NL: pragmatisch, direct en egalitair VL: Beleefdheid, hiërarchie en gemeenschapszin	Verschillen vragen geen specifieke maatregelen, zullen geen grensobstakels veroorzaken. Bewustzijn is voldoende; kan een rol spelen op individueel niveau zorgverlener – zorgvrager.
Levenskwaliteit		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
Hoge levenskwaliteit	NL: scoort beter op werk-privé balans en individuele tevredenheid VL: Scoort beter op sociale cohesie en lokale verbondenheid	Verschillen vragen geen specifieke maatregelen, zullen geen grensobstakels veroorzaken. Bewustzijn is voldoende; kan een rol spelen op individueel niveau zorgverlener – zorgvrager.
Toegang tot de zorg		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
	NL: Huisarts = poortwachter VL: Vrije toegang tot specialisten. Hogere drempels vanuit werkgever dan in NL.	Verschillen in toegang tot de zorg beïnvloeden patiëntenstromen en zullen afstemming nodig hebben in de procesontwikkeling. Verschillen in rol werkgever bij zorg onder werktijd vragen aandacht in de detail uitwerking van processen.
Patienttevredenheid		

Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
Belangrijke pijlers om de kwaliteit, veiligheid en effectiviteit van de zorg te verhogen. Patiënten hebben wettelijk recht op duidelijke informatie, inzage in hun dossier en inspraak in hun behandeling. Gebruik van PREMs	NL: openbare tevredenheidsscores worden gebruikt om zorginstellingen te vergelijken, wat weer invloed heeft op de vrije zorgkeuze van de consument. VL: Patienttevredenheid vaker op lokaal niveau door ziekenhuizen zelf gebruikt.	Verschillen vragen geen specifieke maatregelen, zullen geen grensobstakels veroorzaken. Overeenkomsten zijn een belangrijke basis in deze.
Patiëntparticipatie		
Overeenkomsten NL & VL	Verschillen NL & VL	Analyse
Patiënten hebben wettelijke rechten op informatie, inzage in hun dossier en inspraak in de behandeling. Patiëntparticipatie wordt gestimuleerd.	NL: Patiëntenorganisaties zijn zeer professioneel georganiseerd en hebben landelijk een stevige, door de overheid gesubsidieerde positie in het zorgbeleid. VL: Sterke inzet op Patiënt Empowerment om de gelijkwaardige relatie tussen arts en patiënt te versterken. Organisaties zoals het Vlaams Patiëntenplatform vertegenwoordigen patiënten, maar de klassieke machtsverhouding tussen de	In beide landen is er aandacht voor patiëntparticipatie, maar de invulling hiervan en verhouding tussen arts en patiënt kan verschillen en daardoor afstemming vragen.

	arts en de patiënt is in de praktijk vaak nog traditioneler dan in Nederland.	
Rol familie en gemeenschap		
<i>Overeenkomsten NL & VL</i>	<i>Verschillen NL & VL</i>	<i>Analyse</i>
Rol familie en gemeenschap is de afgelopen jaren sterk gegroeid.	NL: participatiesamenleving. De Wmo verplicht burgers om eerst in de eigen omgeving naar oplossingen te zoeken voordat er professionele hulp wordt ingeschakeld. VL: Mantelzorg is een waardevolle aanvulling op de professionele zorg. NL: vanuit de overheid beperkte directe vergoeding voor mantelzorgers. VL: Wettelijke erkenning en vergoeding.	Gezien de ontwikkelingen op dit gebied de laatste jaren dient het zeker aanbeveling de mantelzorger, waar nodig, mogelijk, te betrekken bij de usecases. Hierbij dient rekening gehouden te worden tussen de Nederlandse en de Vlaamse patiënten gezien de betrokkenheid van de mantelzorger.

Korte samenvatting – implicaties voor het project

Nederland en Vlaanderen kennen belangrijke historische, taalkundige en culturele overeenkomsten. Deze gedeelde basis maakt samenwerking in de grensregio sociaal-cultureel relatief laagdrempelig. Vanuit sociaal-cultureel perspectief zijn er dan ook geen harde structurele belemmeringen die grensoverstijgende zorg op zichzelf onmogelijk maken.

Tegelijkertijd bestaan er relevante verschillen in communicatiecultuur, patiëntverwachtingen, toegang tot zorg, patiëntparticipatie en de rol van familie en mantelzorg. De Nederlandse zorgcultuur wordt in de analyse gekenmerkt door een meer directe, pragmatische en egalitaire benadering. Vlaanderen wordt sterker geassocieerd met beleefdheid, hiërarchie, gemeenschapszin en lokale verbondenheid. Ook verschillen in toegang tot zorg, zoals de Nederlandse huisarts als poortwachter en de Vlaamse vrije toegang tot specialisten, kunnen leiden tot andere verwachtingen bij patiënten.

Deze verschillen vormen geen zwaar grensobstakel, maar zijn wel relevant voor de patiëntgerichte inrichting van processen. Bij grensoverstijgende zorg moeten patiënten duidelijk weten wat zij kunnen verwachten, welke stappen zij moeten volgen, wie hun aanspreekpunt is, welke rol de verwijzer speelt en hoe familie of mantelzorgers betrokken kunnen worden.

Synthese en implicaties voor het project

De sociaal-culturele analyse laat zien dat de grensregio een sterke basis biedt voor samenwerking, maar dat subtiele verschillen in verwachtingen en communicatie aandacht vragen. De impact situeert zich vooral op het niveau van patiëntbeleving, communicatie, participatie en praktische procesinrichting.

De belangrijkste grensobstakels zijn:

6.1 Verschillende verwachtingen rond toegang en verwijzing - Monitoren

Nederlandse patiënten zijn meer vertrouwd met de huisarts als formele toegangspoort, terwijl Vlaamse patiënten directe toegang tot specialisten gewend zijn. Dit kan verwachtingen over snelheid, verwijzing en keuzevrijheid beïnvloeden.

6.2 Communicatiecultuur en patiëntparticipatie - Concretiseren

Verschillen in directheid, inspraak en omgangsvormen vragen aandacht in patiëntcommunicatie, maar vormen geen structurele belemmering. Heldere informatie en afgestemde communicatie kunnen dit grotendeels ondervangen.

6.3 Rol van mantelzorgers en familie - Concretiseren

In beide landen groeit de rol van mantelzorg, maar de maatschappelijke en beleidsmatige invulling verschilt. Bij usecases rond zelfzorg, instructie, opvolging of chronische aandoeningen moet bewust worden bepaald hoe mantelzorgers worden betrokken.

6.4 Praktische verwachtingen rond werk, planning en beschikbaarheid - Monitoren

Verschillen in omgang met zorgafspraken tijdens werktijd of de rol van werkgevers kunnen relevant zijn voor planning, communicatie en toegankelijkheid, maar zijn meestal procesmatig beheersbaar.

Voor het project betekent dit dat sociaal-culturele verschillen vooral moeten worden meegenomen in onthaal, informatievoorziening, patiëntencommunicatie en begeleiding. Het is aangewezen om patiëntinformatie in duidelijke, laagdrempelige taal op te stellen en expliciet te beschrijven hoe het zorgtraject verloopt, wie verantwoordelijk is en wat de patiënt zelf moet doen. Bij trajecten waarin mantelzorg of zelfmanagement belangrijk is, moet de rol van familie en mantelzorger vooraf worden meegenomen in de procesbeschrijving. Sociaal-culturele afstemming is daarmee geen zwaar structureel obstakel, maar wel een randvoorwaarde voor begrijpelijke, patiëntgerichte en gedragen grensoverstijgende zorg.

Bronnen aanvullend aan inventarisatierapport:

Marchetti, E. (2026, 10 februari). *Cross-border healthcare: Why patients still fall through the cracks*. Healthy Europe. <https://healthyeurope.eu/cross-border-healthcare-eu/>