

Inventarisatierapport grensobstakels & randvoorwaarden

Zorg over grenzen heen

Vlaanderen – Nederland



Versie mei 2026

Hoog
mikken voor
de lage landen!

grensregio.eu



Inhoudsopgave

1. Inleiding	2
2. Definitie & afbakening onderzoeksmethodiek	3
3. EU-richtlijnen en werkwijze grens overstijgende zorg	4
3.1 EU Verordeningen en richtlijnen voor buitenlandse zorg	4
3.2 Inwoner werkzaam in het buitenland	6
3.3 Zorgverlener werkzaam in het buitenland	6
4. Ontwikkelingen in Zorg & Welzijn	10
5. Organisatie van zorgsystemen	12
5.1 Het Nederlandse zorgsysteem	12
5.2 Het Belgisch zorgsysteem	16
6. Juridische en administratieve kaders	22
6.1 Wettelijk en administratief kader Nederland	22
6.2 Wettelijk en administratief kader Vlaanderen	24
6.3 Persoonsgegevens in Nederland en België	26
6.4 Patiëntenrechten in Nederland en België	26
7. Financieel kader	0
7.1 Nederland	0
7.2 België	2
Obstakels grens overstijgende zorg	5
8. Datadeling & ICT	8
9. Sociaal-cultureel kader	11
Bronvermelding	16



1. Inleiding

De toegankelijkheid van zorg in de Europese Unie staat onder druk. De stijgende levensverwachting leidt tot een hogere zorgvraag, terwijl personeelscapaciteit en financiering niet in hetzelfde tempo meegroeien. Om kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg te blijven garanderen, zijn innovatieve werkmodellen noodzakelijk.

Die zorgvraag stopt niet aan landsgrenzen; zorginfrastructuur en formelere toegang vaak wel. Hierdoor bereiken zorggebruikers in de Vlaams-Nederlandse grensregio niet altijd vlot de meest aangewezen of urgente zorg. Tegelijk benutten ziekenhuizen en zorgaanbieders hun capaciteit niet optimaal door regionale limieten en fysieke grenzen. Voor instellingen is het een uitdaging om rendabele grensregio-initiatieven te ontplooien; voor patiënten blijft het moeilijk om bestaande mogelijkheden over de grens te kennen en te gebruiken (Secretariaat-Generaal van de Benelux Unie, 2018).

Een structurele, grens overstijgende samenwerking biedt antwoorden op deze knelpunten: ze vergroot de feitelijke toegang tot zorg in de ruime grensregio, versterkt de leefbaarheid van zorgorganisaties en kan op termijn een deel van de systemische druk verlichten.

Dit rapport kadert in het Interreg Vlaanderen-Nederland project *Zorgen over Grenzen heen*, dat de aanleiding vormt voor deze inventarisatie. In dit driejarige, Europees gefinancierde project bundelen AZ Klina (Vlaanderen), het Bravis ziekenhuis (Nederland), de Gemeente Essen en het Care Innovation Center West-Brabant de krachten om duurzame, grens overstijgende zorgmodellen te ontwikkelen en te testen.

In dit rapport worden de voornaamste grensobstakels systematisch geïnventariseerd als basis voor duurzame samenwerking en implementatie binnen het project. We verkennen knelpunten op de volgende domeinen: zorgsystemen en -processen, financieringsvormen, kwaliteitskaders, wet- en regelgeving, cultuur en gewoontes, data- en informatiedeling en erkenning en vergoeding van zorgprofessionals. De bevindingen vormen de randvoorwaarden en aanbevelingen om de beoogde grensoverschrijdende zorgmodellen effectief, veilig en economisch verantwoord te realiseren.



2. Definitie & afbakening onderzoeksmethodiek

Voor de inventarisatie van relevante gegevens binnen de verschillende onderzoek pijlers hanteren we een combinatie van methodieken. Deze aanpak stelt ons in staat om inzichten te verzamelen over de overeenkomsten en verschillen tussen de Nederlandse en Vlaamse ziekenhuiszorg. We doen hiertoe literatuuronderzoek, voeren gesprekken met good practices en deskundigen en bevragen zorgverleners uit de regio.

Door deze gecombineerde aanpak streven we ernaar om een zo volledig mogelijk beeld te schetsen van alle factoren die van belang zijn in het kader van samenwerking in de zorg over de Nederland-Vlaamse grens heen.

We starten met het uitzetten van de richtlijnen en werkwijze van de Europese Unie op het gebied van grens overstijgende zorg. Vervolgens wordt de Vlaamse en de Nederlandse zorgomgeving uitgewerkt op de volgende vijf domeinen:

- Organisatie van zorgsystemen
- Wettelijke en administratieve kaders
- Financieel kader
- Datadeling en ICT
- Sociaal-cultureel kader



3. EU-richtlijnen en werkwijze grens overstijgende zorg

Een grens overstijgende samenwerking verwijst naar samenwerking tussen landen in grensregio's waarbij de grens geen belemmering vormt (Malewicz, 2017). Het doel is om zorgsamenwerkingen binnen EU-lidstaten te verbeteren, zodat patiënten ook buiten hun eigen lidstaat medische zorg kunnen ontvangen (Schmidt et al., 2022; EP en de Raad, 2011). Dit verschilt van medisch toerisme, waarbij patiënten zorgkosten zelf betalen. Grens overstijgende zorg daarentegen wordt deels of volledig vergoed (Amuedo-Dorantes et al., 2022).

Dit hoofdstuk beschrijft hoe patiënten binnen de EU een vergoeding kunnen krijgen voor buitenlandse zorg. Vervolgens wordt ingezoomd op zorgverleners die wonen in Nederland of Vlaanderen, maar werkzaam zijn in het andere land. Tot slot is het Europees kader voor de grens overstijgende inzet van gekwalificeerde zorgverleners uitgewerkt.

3.1 EU Verordeningen en richtlijnen voor buitenlandse zorg

Sinds 2004 bevordert de EU toegang tot zorg buiten de eigen lidstaat. *Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) 987/2009* waarborgen sociale zekerheid voor burgers van de EU. *Richtlijn 2011/24/EU* vergemakkelijkt toegang tot veilige en hoogwaardige grens overstijgende zorg (EP en de Raad, 2011). De richtlijn bevordert informatievoorziening en internationale samenwerking, onder meer via referentienetwerken voor complexe en zeldzame aandoeningen (EP en de Raad, 2011).

De patiënt kan een vergoeding krijgen voor buitenlandse gezondheidszorg op basis van de verordening en richtlijn die in de alinea hiervoor omschreven staan. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen ongeplande en geplande zorg. Ongeplande zorg betreft noodzakelijke medische hulp tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland die niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer (Beuken et al., 2023). Geplande zorg betekent dat iemand doelbewust naar een ander land reist voor een behandeling die niet spoedeisend is en in eigen land kan plaatsvinden (Beuken et al., 2023).

Verordeningen inzake sociale zekerheid (EG) nr. 883/2004 en (EG) 987/2009

Deze verordeningen geven recht op vergoeding van medische behandelingen in andere EU-lidstaten, alsof patiënten verzekerd zijn via het socialezekerheidsstelsel (EP en de Raad, 2004). Alleen behandelingen die deel uitmaken van het zorgpakket van het verblijfslidstaten komen voor vergoeding in aanmerking (EP en de Raad, 2004). Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor lokale verzekerden, zoals dezelfde tarieven en vergoedingen. Vergoeding geldt alleen bij behandelingen verleend door publieke of gecontracteerde particuliere zorgaanbieders (Europese Commissie, 2019).



Ongeplande zorg

Ongeplande zorg wordt vergoed op vertoning van de Europese ziekteverzekeringskaart (EP en de Raad, 2009). Deze is aan te vragen bij de eigen nationale gezondheidsdienst of ziektekostenverzekeraar. De kaart dekt enkel noodzakelijke zorg tijdens tijdelijk verblijf in een andere EU-lidstaat (EP en de Raad, 2009).

Geplande zorg

Geplande zorg in een andere lidstaat vereist vooraf toestemming van de eigen nationale gezondheidsdienst of ziektekostenverzekeraar, via het Europese S2-formulier (EP en de Raad, 2004). Zij mogen toestemming niet weigeren als de behandeling in eigen land wordt vergoed, maar niet tijdig beschikbaar is (EP en de Raad, 2004).

Vergoeding

Behandelingen in het buitenland worden vergoed als ze binnen het zorgpakket van het verblijfsland vallen, ook als dit in het thuisland niet het geval is (Europese Commissie, 2019). Wordt een behandeling in het thuisland wel vergoed, maar niet in het verblijfsland, dan heeft men geen recht op vergoeding (Europese Commissie, 2019). Indien de behandeling in het land van verblijf wordt vergoed, betaalt de patiënt niets of een eigen bijdrage.

Wanneer de Europese ziekteverzekeringskaart niet geldig is of als de behandeling wél in het thuisland wordt vergoed, maar niet in het verblijfsland, kan men gebruikmaken van richtlijn 2011/24/EU.

Richtlijn 2011/24/EU

Deze richtlijn regelt vergoeding voor medische behandelingen in een andere EU-lidstaat, mits de behandeling in eigen land voor vergoeding in aanmerking komt (EP en de Raad, 2011). De patiënt betaalt vooraf de behandeling en vraagt bij terugkomst in het eigen land vergoeding bij de nationale gezondheidsdienst of zorgverzekeraar. De vergoeding is maximaal gelijk aan het bedrag dat men in het eigen land zou ontvangen (EP en de Raad, 2011). Anders dan bij de sociale zekerheidsverordeningen mogen behandelingen ook door particuliere aanbieders worden uitgevoerd (Europese Commissie, 2019).

Ongeplande behandelingen kunnen zonder de Europese ziekteverzekeringskaart vergoed worden, mits de behandeling in eigen land vergoed wordt (Europese Commissie, 2019).

Geplande zorg

Geplande zorg vereist volgens deze richtlijn niet altijd toestemming (EP en de Raad, 2011). Toestemming is alleen verplicht bij ziekenhuisopname, dure of risicovolle zorg, of als de kwaliteit of veiligheid ter discussie staat (EP en de Raad, 2011). Lidstaten mogen voor specifieke behandelingen wel een toestemmingsplicht instellen. Als toestemming vereist is, mag dit niet geweigerd worden indien de behandeling in eigen land wordt vergoed en niet tijdig beschikbaar is (EP en de Raad, 2011).



De richtlijn regelt ook zaken zoals de Europese erkenning van recepten, informatievoorziening via nationale contactpunten en samenwerking via Europese referentienetwerken voor zeldzame ziekten (EP en de Raad, 2011).

Uit het gesprek met het RIZIV blijkt dat grensoverstijgende zorg in de praktijk gepaard gaat met bijkomende administratieve vereisten. In het bijzonder werd toegelicht dat, hoewel de Europese richtlijn niet in alle gevallen voorafgaande toestemming vereist, geplande zorg in de praktijk vaak onderworpen is aan verificatie van verzekerbareheid en, afhankelijk van nationale regelgeving en verzekeringsvoorwaarden, ook aan voorafgaande goedkeuring.

3.2 Inwoner werkzaam in het buitenland

Personen die in een andere EU-lidstaat werken dan wonen, moeten verzekerd zijn voor sociale zekerheid in het werkland (EP en de Raad, 2004). Met het Europese S1-formulier hebben grensarbeiders recht op zorg in zowel het woon- als werkland. Grensarbeiders betalen een premie in het werkland en zijn aangesloten bij het socialezekerheidsstelsel van dat land (Europese Commissie, 2019). In Nederland sluit men zich hiervoor aan bij de Centraal Ziekenfonds Verdragspolis. In België kan men kiezen om zich aan te sluiten bij een mutualiteit (Grensinfopunt, z.d. a). De zorg wordt vergoed volgens de regels van het land waar deze wordt ontvangen (Grensinfopunt, z.d. a).

3.3 Zorgverlener werkzaam in het buitenland

De Europese Richtlijn 2005/36/EG vormt de basis voor de erkenning van beroepskwalificaties binnen de Europese Unie. Deze richtlijn harmoniseert de regels en faciliteert het vrije verkeer van zorgprofessionals tussen lidstaten, op voorwaarde dat zij voldoen aan nationale kwaliteits- en bevoegdheidsnormen. Hierdoor wordt grensoverstijgende inzet van gekwalificeerde zorgverleners mogelijk gemaakt, wat bijdraagt aan de toegankelijkheid en continuïteit van zorg in grensregio's (European Commission, 2005).

In Nederland is deze regulering juridisch verankerd via de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), en in België via de Wet op de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen (WUG). Beide nationale regelingen zijn afgestemd op de Europese richtlijn. In België geldt bovendien dat zorgverleners niet alleen een erkenning van hun diploma door de Gemeenschappen nodig hebben, maar ook een visum dat door de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid wordt afgeleverd en formeel de toelating geeft om het beroep te mogen uitoefenen (FOD Volksgezondheid, z.d. -a).

Nederlandse zorgverlener werkzaam in Vlaanderen

Op basis van de Richtlijn 2005/36/EG inzake de erkenning van beroepskwalificaties binnen de Europese Unie geldt dat een buitenlandse registratie, zoals de Nederlandse BIG-



registratie, op zich niet volstaat om een gezondheidszorgberoep in België uit te oefenen. Europese beroepsbeoefenaars die zich permanent willen vestigen in België, moeten in eerste instantie een erkenning aanvragen bij één van de Gemeenschappen.

- Voor Nederlandstalige dossiers gebeurt dit via het Departement Zorg.
- Voor Franstalige dossiers via de Federatie Wallonië-Brussel.
- Voor Duitstalige dossiers via de Duitstalige Gemeenschap.

Voor alle gereguleerde gezondheidszorgberoepen in België zijn zowel een erkenning als een visum vereist om het beroep te mogen uitoefenen.

Na toekenning van de erkenning door de bevoegde Gemeenschap wordt automatisch een visumdossier opgestart bij de FOD Volksgezondheid. Voor de aflevering van dit visum zijn drie documenten vereist:

1. Een getuigschrift van goed gedrag en zeden,
2. Een certificaat van goed professioneel gedrag,
3. Een bewijs van voldoende kennis van één van de drie Belgische landstalen, te staven met een diploma of een taalcertificaat conform de niveaus van het Gemeenschappelijk Europees Referentiekader (C1 voor masterdiploma's, B2 voor bachelordiploma's, B1 of A2 voor lagere kwalificaties, waaronder zorgkundigen en ambulanciers niet-dringend patiëntenvervoer).

Voor Europese beroepsbeoefenaars die in een andere lidstaat gevestigd zijn en hun beroep slechts tijdelijk of occasioneel in België wensen uit te oefenen, volstaat een toelating van de FOD Volksgezondheid. Ook hier geldt sinds 10 juni 2024 de verplichting tot het aantonen van voldoende taalkennis.

Het begrip tijdelijk of occasioneel is in de regelgeving bewust flexibel gehouden en wordt per situatie beoordeeld. Hierbij spelen frequentie, duur en continuïteit een rol. Een beroepsactiviteit die slechts sporadisch en kortdurend in België wordt uitgeoefend, valt onder deze regeling. Zodra de prestaties echter structureel of doorlopend van aard zijn, wordt dit beschouwd als een vestiging en is een erkenning met visum noodzakelijk.

Concreet betekent dit dat een Nederlandse verpleegkundige die in Nederland werkzaam blijft, maar enkele dagen per maand in een Belgisch ziekenhuis in de grensregio komt bijspringen, haar beroep in België mag uitoefenen via de procedure voor tijdelijke en occasionele dienstverrichting. In dat geval volstaat een toelating van de FOD Volksgezondheid, op voorwaarde dat zij de vereiste documenten indient en een geldig bewijs van taalkennis kan voorleggen. Zodra de prestaties echter een meer permanent of structureel karakter aannemen, moet zij de volledige erkennings- en visumprocedure doorlopen.



Deze regelgeving illustreert dat de combinatie van erkenning en visum de noodzakelijke juridische basis vormt om een gezondheidszorgberoep in België te mogen uitoefenen (Departement Zorg, z.d.-a; FOD Volksgezondheid, z.d-b.; European Comission, 2005).

Vlaamse zorgverlener werkzaam in Nederland

Wanneer men met een buitenlands zorgdiploma in Nederland wil werken zijn hier drie verschillende procedures voor (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.). Werken in Nederland kan alleen indien kennis en vaardigheden gelijkwaardig zijn aan die van een zorgverlener met een Nederlands diploma. De procedures richten zich op het officieel erkennen van het diploma uit het buitenland. Dit wordt gedaan door de Commissie Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV).

1. Procedure automatische erkenning: voor een aantal specifieke diploma's behaald in een EU-lidstaat of Zwitserland
2. Procedure erkenning van beroepskwalificaties: voor niet-automatisch erkende diploma's behaald in een EU-lidstaat of Zwitserland
3. Procedure verklaring van vakbekwaamheid: Geldt over het algemeen voor diploma's behaald buiten de EU of Zwitserland

Naast erkenning van het diploma is in veel gevallen ook registratie in het BIG-register nodig. De volgende beroepsgroepen mogen pas zelfstandig werken als ze in het BIG-register geregistreerd zijn: artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidszorgpsychologen, klinisch technologen, orthopedagogen-generalist, physician assistants, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen.

Indien een zorgverlener met Europees diploma tijdelijk werkzaamheden uit wil voeren die alleen zelfstandig door een BIG-geregistreerde zorgverlener mogen worden uitgevoerd kan hiervoor gebruik gemaakt worden van de vrije dienstverrichting, er wordt dan een aanvraag tijdelijke en incidentele dienstverrichting ingediend. Een BIG-registratie is in dat geval niet vereist (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.).

Werkzaam over grenzen heen in de praktijk

Ervaring van andere ziekenhuizen met een grensoverstijgende samenwerking tussen Vlaanderen en Nederland leert ons dat het gemakkelijker is te realiseren dat Nederlandse zorgprofessionals in Vlaanderen werkzaamheden uitoefenen dan Vlaamse zorgprofessionals in Nederland. Zo kan het al snel 3 – 6 maanden duren totdat een Vlaamse professional erkenning krijgt in Nederland. Een probleem die hierbij onder andere ook werd ondervonden was het voorschrijven van medicatie en hiervoor de erkenning krijgen, hiervoor werden toen zorgprofessionals onder supervisie gezet. Uit de ervaringen van de andere ziekenhuizen kwam daartegenover wel naar voren dat het voor verpleegkundigen makkelijker is om een visum te krijgen over de grenzen heen.



Dat de erkenning van professionele kwalificaties nog steeds een obstakel vormt voor arbeidsmobiliteit in de EU blijkt ook uit de ITEM-studie over grensoverschrijdende impact (ITEM, 2025). Zij geven aan dat “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.” De uitdagingen rondom de erkenning van professionele kwalificaties zit niet enkel geworteld in EU-brede wetgeving, maar ook in de beperkt ontwikkeling van bi/multilaterale en regionale overeenkomsten zoals wederzijdse erkenning (ITEM, 2025).



4. Ontwikkelingen in Zorg & Welzijn

Vlaanderen en Nederland worden geconfronteerd met erg vergelijkbare trends en uitdagingen in de zorg- en ziekenhuissector. De organisatie van zorg evolueert richting meer samenwerking en netwerkvorming. In Nederland is dit zichtbaar in het Integraal Zorgakkoord (IZA), dat inzet op regionale samenwerking, versterking van de eerstelijnszorg en verplaatsing van zorg “dichter bij huis”. Vlaanderen volgt een vergelijkbare koers met de uitbouw van zorgnetwerken, waarin ziekenhuizen, eerstelijnszorg en welzijnsactoren meer geïntegreerd samenwerken (Departement Zorg, 2025). De samenwerking tussen ziekenhuizen en thuiszorgdiensten wordt steeds belangrijker om doorstroom te verbeteren, onnodige heropnames te voorkomen en het ziekenhuisverblijf waar mogelijk te verkorten (Rijksoverheid, 2022).

Daarnaast is er een duidelijke beweging van decentralisatie van basiszorg en centralisatie van complexe zorg. Waar lokale besturen meer verantwoordelijkheden krijgen voor langdurige en maatschappelijke zorg, worden hooggespecialiseerde ingrepen geconcentreerd in expertisecentra om kwaliteit en efficiëntie te waarborgen. In dat kader wordt ook nagedacht over de optimale schaal van ziekenhuizen: sommige instellingen fuseren of werken nauwer samen binnen netwerken, terwijl tegelijk de wens groeit om zorg kleinschaliger en dichter bij de patiënt te organiseren (Rijksoverheid, 2022; Departement Zorg, z.d.).

De arbeidsmarktkrapte blijft een centrale zorg: het tekort aan verpleegkundigen, artsen, zorgkundigen en andere zorgverleners veroorzaakt capaciteitsproblemen, verhoogde werkdruk en langere wachttijden. Tegelijkertijd stijgt de zorgvraag door demografische ontwikkelingen zoals vergrijzing, ontgroening en een toename van chronische aandoeningen en multimorbiditeit (CBS, z.d.; Rijksoverheid, 2024).

De financiële houdbaarheid van de zorgsystemen blijft in zowel Nederland als Vlaanderen een belangrijk aandachtspunt. In Nederland leidt het gereguleerde marktmodel tot een sterke nadruk op contractering, efficiëntie en kostenbeheersing. In Vlaanderen biedt het Rizivmodel meer stabiliteit en wordt via overleg en regelgeving gestuurd op doelmatige en gepaste zorg, met bijzondere aandacht voor het terugdringen van onnodige zorg en praktijkvariatie. In beide landen groeit daarnaast de aandacht voor waardegedreven financiering en voor een sterkere verbinding tussen zorg, samenwerking en gezondheidswinst, waarbij preventie vooral beleidsmatig en programmatisch wordt benaderd (Rijksoverheid, 2022; RIZIV, z.d.).

Preventieve zorg en mantelzorg krijgen een grotere rol binnen beleid en praktijk. Door de stijgende levensverwachting en het streven naar langer zelfstandig wonen wordt meer verwacht van informele zorgnetwerken en lokale preventie-initiatieven. Dit vraagt



ondersteuning van mantelzorgers, betere afstemming tussen formele en informele zorg, en structurele investeringen in gezondheidsbevordering (Rijksoverheid, 2022).

Daarnaast vormen digitalisering en gegevensuitwisseling een belangrijke drijvende kracht én uitdaging. E-health, telemonitoring en digitale dossiers kunnen de zorg efficiënter en patiëntgerichter maken, maar in beide landen blijft interoperabiliteit tussen systemen een knelpunt (Nictiz, z.d.; Digitaal Vlaanderen, z.d.).

Praktijkervaringen uit de farmaceutische zorg tonen aan dat naast digitalisering ook fysieke toegankelijkheid een belangrijke rol bij het succes van grensoverstijgende zorginitiatieven speelt. In grensregio's kan de bereikbaarheid van zorgvoorzieningen een belangrijke drempel vormen, zeker voor oudere of minder mobiele patiënten. Beperkte openbaarvervoerverbindingen of langere reistijden kunnen het gebruik van zorg over de grens bemoeilijken, zelfs wanneer het zorgaanbod inhoudelijk beter aansluit bij de noden van patiënten. Dit benadrukt dat innovatieve zorgmodellen niet alleen organisatorisch en digitaal, maar ook praktisch toegankelijk moeten zijn voor de doelgroep.



5. Organisatie van zorgsystemen

Lidstaten van de EU zijn primair verantwoordelijk voor hun zorgsystemen, waarbij Europees recht de organisatie en werking van deze systemen beïnvloedt (Van de Gronden, 2021). Het is bij grens overstijgende zorg van belang om deze verschillende systemen te begrijpen en met elkaar te vergelijken (Waitzberg et al., 2024). In dit hoofdstuk wordt eerst het Nederlandse en vervolgens het Vlaamse zorgsysteem toegelicht.

5.1 Het Nederlandse zorgsysteem

Het Nederlandse zorgsysteem is gebaseerd op solidariteit (Belo et al., 2021). Solidariteit houdt in: *“de bereidheid om anderen te helpen of de groep waartoe men behoort te steunen, zonder dat daar direct iets tegenover staat”* (De Beer & Koster, 2009). Middelen worden via private zorgverzekeringen herverdeeld, waardoor sociale ongelijkheden verkleind worden (Meijer et al., 2022). Het systeem streeft naar toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid en preventie (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.).

Vijf stelselwetten

Vijf stelselwetten vormen het fundament van het Nederlandse zorgsysteem. Alle zorg die met collectieve middelen wordt gefinancierd, valt onder een van deze wetten. Elke wet richt zich op een specifiek domein binnen de zorg. Het uitgangspunt is dat mensen eerst proberen zichzelf te helpen, eventueel met ondersteuning van familie of naasten. Als dat niet voldoende is, dan is de hulp van professionals mogelijk en komen de stelselwetten in beeld zoals te zien is in Afbeelding 1. De vijf wetten zijn (Wessels, K., & van Driesten, G., 2023):

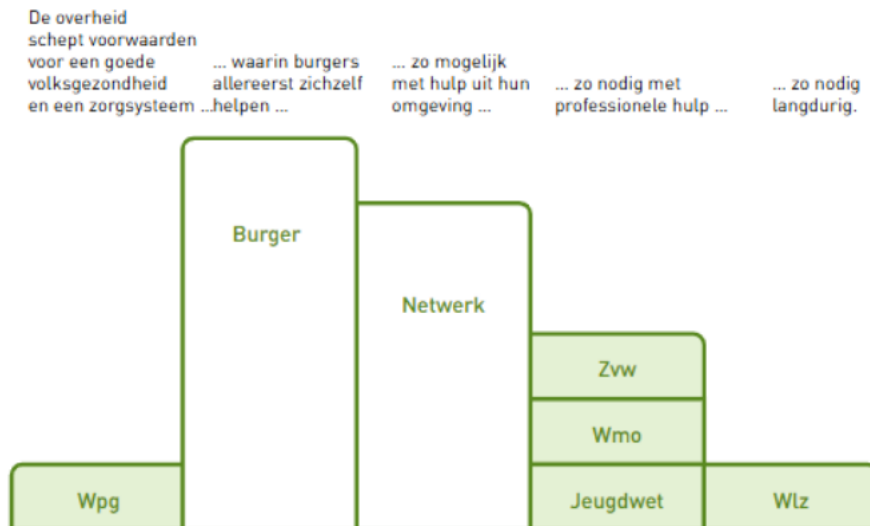
- Wet publieke gezondheid (Wpg)
Richt zich op het beschermen en bevorderen van de volksgezondheid. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor preventie, infectieziektebestrijding en gezondheidsbevordering.
- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
Gemeenten ondersteunen mensen die hulp nodig hebben om zelfstandig te blijven wonen en mee te doen in de samenleving. Denk aan huishoudelijke hulp, dagbesteding en begeleiding.
- Jeugdwet
Regelt hulp en ondersteuning voor kinderen en jongeren tot 18 jaar (soms tot 23 jaar), zoals jeugdzorg, opvoedondersteuning en geestelijke gezondheidszorg.
- Zorgverzekeringswet (Zvw)
Verplicht iedere Nederlander tot het afsluiten van een basiszorgverzekering. Deze wet regelt de toegang tot curatieve zorg zoals huisarts, ziekenhuiszorg en medicijnen.
- Wet langdurige zorg (Wlz)



Voor mensen die langdurig intensieve zorg nodig hebben, bijvoorbeeld door een ernstige beperking of chronische ziekte. Zorg wordt geleverd in instellingen of thuis, vaak levenslang.

Afbeelding 1: Overzicht van de vijf stelselwetten in de Nederlandse zorg

Wat is de gedachte achter het zorgstelsel?



Bron: Wessels, K., & van Driesten, G. (2023). *Zó werkt de zorg in Nederland. De Argumentenfabriek*.

Zorglijnen

In Nederland is het zorgsysteem georganiseerd in verschillende zorglijnen. Deze worden hieronder één voor één toegelicht:

- In de nulde zorglijn gaat het om preventie, het versterken van de eigen kracht van de burger. Dit is zorg die geleverd wordt zonder dat een burger hier om heeft gevraagd. Denk hierbij bijvoorbeeld aan landelijke bevolkingsonderzoeken. De Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), de overheid en de gemeente hebben hier een belangrijke rol in. Alle inspanningen die de overheid en maatschappelijke organisaties leveren rond werk, zorg, jeugd, onderwijs en welzijn worden gevat onder de term 'sociaal domein'. Het gaat om regelingen en voorzieningen die mensen ondersteunen bij het meedoen in de samenleving, het vinden van werk of het krijgen van passende zorg.
- De eerste lijn betreft zorg die direct toegankelijk is. Zoals huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten en thuisverpleging. Huisartsen hebben een belangrijke functie in relatie tot de 2e lijn, zij kunnen een patiënt al dan niet doorverwijzen naar de tweede lijn en vervullen hiermee een zogenoemde poortwachtersfunctie. (Rijksoverheid, z.d. b; De Bakker et al., 2005). Dit bevordert doelmatige zorg door de kwaliteit te garanderen en kosten te besparen (De Bakker et al., 2005; Verzekering.nl, z.d.).



- Tweedelijnszorg is niet direct toegankelijk, maar vereist een verwijzing (Verzekering.nl, z.d.). Dit zijn bijvoorbeeld de ziekenhuizen of de centra voor geestelijke gezondheidszorg.
- In de derde lijn zitten de academische ziekenhuizen en specialistische centra.

Beroepsgroepen in de Nederlandse gezondheidszorg

De gezondheidszorgberoepen in Nederland zijn in te delen in de volgende categorieën:

- Medisch en geneeskundig personeel. Dit zijn o.a. de huisarts, specialisten, anesthesiologen, bedrijfsartsen, GGD-arts en jeugdarts.
- Verpleegkundigen en verzorgenden. De verschillende functies hebben verschillende opleidingsniveaus:
 - o Helpende zorg en welzijn (Middelbaar Beroepsonderwijs (mbo) niveau 2)
 - o Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (IG) (mbo-niveau 3)
 - o Mbo-verpleegkundige (mbo-niveau 4)
 - o Hbo-verpleegkundige (Hoger Beroepsonderwijs (hbo))
 - o Gespecialiseerd verpleegkundige (hbo + post-hbo)
 - o Verpleegkundig specialist (hbo + hbo-master)
 - o Physician assistant (hbo + hbo-master)
- Paramedische beroepen. Bijvoorbeeld fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten
- Geestelijke gezondheidszorgberoepen zoals psychologen, en sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen
- Verloskundigen en kraamverzorgers
- Tandheelkundige zorg, zoals tandartsen en mondhygiënist
- Ondersteunende beroepen zoals radiodiagnostisch laborant en analist klinisch laboratorium

Indeling van verpleegkundige handelingen

In Nederland zijn specifieke medische handelingen onderscheiden, welke enkel door bevoegd zorgpersoneel mogen worden uitgevoerd. Dit worden de voorbehouden en risicovolle handelingen genoemd (Rijksoverheid, z.d).

Voorbehouden handelingen

Zorgverleners die voorbehouden handelingen uitvoeren moeten hiertoe bevoegd en bekwaam zijn. Dit houdt in dat zij de juiste opleiding hebben gevolgd (vastgelegd in de wet BIG) en dat bekwaam zijn, dat is een zorgverlener die:

- Kennis heeft over de handeling, de technieken, het doel, de anatomie, de risico's, voor- en nazorg en eventuele complicaties.



- De handeling en bijkomende activiteiten, zoals beslissen en informeren, goed uitvoert.

Zorgverleners krijgen deze kennis en vaardigheid door bijvoorbeeld een wettelijk erkende opleiding te volgen. Maar ook door bij- en nascholing, vaardigheidstraining of door een handeling vaker uit te voeren.

Risicovolle handelingen

Zorgverleners die risicovolle handelingen uitvoeren moeten hiertoe bekwaam zijn (getraind zijn). Een specifiek diploma is niet altijd nodig, de instelling bepaalt de voorwaarde waaronder iemand bekwaam is.

Toegang tot medicatie

In Nederland hangt de verkrijgbaarheid van medicatie af van de status: recept plichtige medicijnen zijn uitsluitend bij de apotheek verkrijgbaar, terwijl zelfzorgmiddelen (zonder recept) ook bij de drogist (zoals Kruidvat, Etos) of supermarkt/tankstation te koop zijn. Er wordt onderscheid gemaakt in verschillende typen medicatie:

- Receptmedicijnen (UR): Uitsluitend met een recept bij de apotheek verkrijgbaar.
- Uitsluitend Apotheek (UA): Zelfzorgmiddelen die sterker zijn.
- Uitsluitend Apotheek & Drogist (UAD): Vrij verkrijgbaar met advies.
- Algemene Verkoop (AV): Lichte zelfzorgmiddelen, ook in supermarkt/benzinepomp (bijv. paracetamol).

De verkrijgbaarheid van medicatie verschilt in Nederland per type (College ter beoordeling van Geneesmiddelen, z.d.):

- Apotheek: Alle medicijnen, inclusief recept plichtige (recept van arts nodig) en zelfzorgmedicatie.
- Drogist (Kruidvat, Etos, DA): Zelfzorgmedicijnen (categorie UAD en AV), zoals paracetamol, sommige maagzuurremmers en neussprays.
- Supermarkt/Tankstation: Alleen algemeen verkrijgbare zelfzorgmedicijnen (categorie AV), zoals paracetamol, bepaalde hoestdranken en pleisters.

Vanuit de praktijk blijkt dat verschillen in medicatieverstrekking tussen landen ook gevolgen kunnen hebben voor medicatiegebruik en medicatieverspilling. Zo wordt in



Nederland in bepaalde gevallen gewerkt met gefractioneerde aflevering van geneesmiddelen, wat medicatieverspilling kan beperken maar ook kan leiden tot frequentere verplaatsingen voor patiënten.

5.2 Het Belgisch zorgsysteem

Het Belgische gezondheidssysteem wordt in essentie gekenmerkt door de principes van solidariteit en sociale ziekteverzekering. Het systeem is gebaseerd op een sociaal verzekeringsstelsel zonder risicoselectie, dat alle burgers, ongeacht leeftijd, inkomen of gezondheidstoestand, toegang geeft tot gezondheidszorg. De organisatie van de zorgverlening steunt op enkele fundamentele pijlers: de onafhankelijke medische praktijk, de directe toegang tot zorg zonder verplichte poortwachter, de vrije keuze van arts en zorginstelling en een overwegend prestatiegericht betalingssysteem (fee-for-service) (Gerkens & Merkur, 2024).

In tegenstelling tot Nederland kent België geen indeling in vijf afzonderlijke stelselwetten. Het systeem is historisch gegroeid vanuit de sociale zekerheid en wordt gereguleerd via één geïntegreerd wettelijk kader voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, aangevuld met diverse federale en gewestelijke decreten. Hierdoor is het zorgsysteem complexer en minder uniform opgebouwd, met een duidelijke verdeling van bevoegdheden tussen het federale en het regionale niveau (Gerkens & Merkur, 2024).

Wettelijk kader

In België is de bevoegdheid over gezondheidsbeleid en de regulering van het zorgsysteem verdeeld tussen de federale staat en de gefedereerde entiteiten. Deze verdeling leidt ertoe dat in totaal negen ministers of staatssecretarissen bevoegd zijn voor gezondheidsgelateerde materies (Gerkens & Merkur, 2020).

Het federale niveau is verantwoordelijk voor de organisatie en financiering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, de vaststelling van nomenclatuur en tarieven, de erkenning van zorgberoepen en instellingen, en de bescherming van de volksgezondheid. De belangrijkste federale actoren zijn:

- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu: Coördineert de erkenning en kwaliteitsregels van zorginstellingen en zorgberoepen, bewaakt de naleving van patiënten rechten en organiseert de noodhulpverlening.
- FOD Sociale Zekerheid: Ontwikkelt en coördineert het federale sociale zekerheidsbeleid en behandelt onder meer de erkenning van uitkeringen voor personen met een handicap.
- RSZ (Rijksdienst voor Sociale Zekerheid) en RSVZ (Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen): Innen de sociale bijdragen van werknemers en zelfstandigen en verdelen de middelen over de betrokken instellingen.



- RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering): Beheert de verplichte ziekte- en uitkeringsverzekering en organiseert de terugbetaling van zorg en geneesmiddelen (RIZIV, z.d.).
- FAGG (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten): Waakt over de kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid van geneesmiddelen en medische producten (FAMHP, 2023).

Daarnaast spelen de ziekenfondsen een centrale rol in de uitvoering van de ziekteverzekering. Het zijn private, non-profitorganisaties met een publieke opdracht die de terugbetalingen van zorgkosten organiseren. Burgers kiezen vrij hun ziekenfonds of sluiten zich aan bij de openbare hulpkas. Het toezicht gebeurt door de Controledienst voor de Ziekenfondsen (CDZ) (CDZ, z.d.).

De gewesten en gemeenschappen zijn bevoegd voor preventie, welzijn, eerstelijnszorg, ouderenzorg en de organisatie van voorzieningen voor personen met een handicap. In Vlaanderen worden deze beleidsdomeinen uitgevoerd door het Agentschap Zorg en Gezondheid, dat instaat voor de erkenning, subsidiëring en kwaliteitsbewaking van zorg- en welzijnsvoorzieningen (Gerken & Merkur, 2024).

Daarnaast wordt de Vlaamse ziekenhuiszorg geregeld via een juridisch kader dat de programmatie, erkenning en organisatie van ziekenhuizen bepaalt. Het wettelijke basiskader hiervoor is de *Gecoördineerde Wet op de Ziekenhuizen en andere Verzorgingsinrichtingen* van 10 juli 2008 (FOD Volksgezondheid, 2008), aangevuld met Koninklijke Besluiten die de normen voor ziekenhuisdiensten vastleggen, waaronder het Koninklijk Besluit van 23 oktober 1964 (Belgische Staat, 1964). Vlaanderen past deze regelgeving toe via het Departement Zorg, dat bevoegd is voor de planning, erkenning en kwaliteitsopvolging van ziekenhuizen (Departement Zorg, z.d.-b; FOD Volksgezondheid, z.d.c).

Zorglijnen

Het Belgische gezondheidssysteem omvat een breed zorg- en welzijnsaanbod, gaande van de eerste lijn tot gespecialiseerde zorg, residentiële voorzieningen en geestelijke gezondheidszorg. De organisatie kan, net als in andere landen, worden voorgesteld aan de hand van verschillende zorglijnen.

In de nulde lijn ligt de nadruk op preventie en gezondheidsbevordering. Het gaat om initiatieven die de gezondheid van de bevolking beschermen en versterken, vaak zonder dat de burger hier expliciet om vraagt. Voorbeelden zijn vaccinatiecampagnes, bevolkingsonderzoeken en gezondheidseducatie. Actoren zoals het Agentschap Zorg en Gezondheid, Sciensano, lokale besturen en de Gezondheidsmakers (Lokale Gezondheidsoverleggen) spelen hierin een belangrijke rol.



De eerste lijn vormt het fundament van de Belgische gezondheidszorg. Dit is de zorg die direct toegankelijk is voor de burger, zonder verwijzing. De eerstelijnszorg wordt georganiseerd binnen eerstelijnszones, waarbinnen een vereniging zonder winstoogmerk (vzw) – de zogenaamde *zorgraad* – verantwoordelijk is voor de samenwerking tussen huisartsen, thuisverpleegkundigen, apothekers, psychologen, woonzorgcentra en andere lokale zorg- en welzijnsactoren. Deze zorgraden worden gesubsidieerd om de organisatie van de eerstelijnszorg te ondersteunen en de toegankelijkheid te verbeteren (Departement Zorg, z.d.-b).

De tweedelijnszorg omvat gespecialiseerde zorg die meestal op verwijzing gebeurt, maar waarbij een doorverwijzing niet noodzakelijk is. Hieronder vallen algemene ziekenhuizen, poliklinieken en centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG).

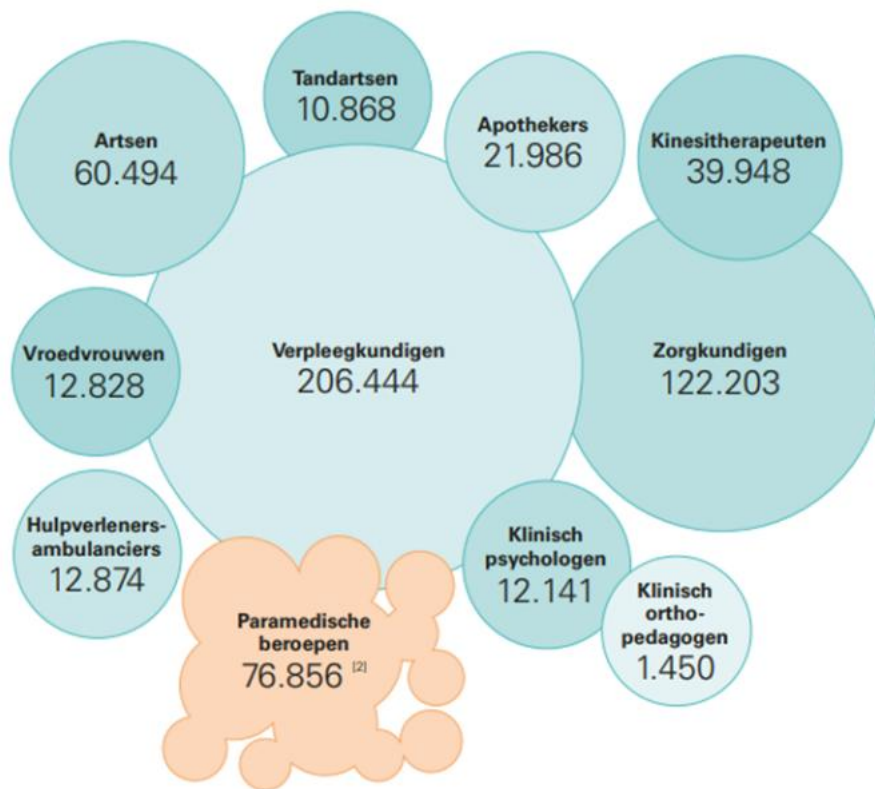
De derdelijnszorg bestaat uit hooggespecialiseerde en universitaire centra die complexe zorg aanbieden, vaak in samenwerking met onderzoek en opleiding.

Beroepsgroepen in de Belgische gezondheidszorg

Het Belgische gezondheidssysteem kent een brede waaier aan gezondheidszorgberoepen. De uitoefening ervan wordt geregeld door de gecoördineerde Wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG), die bepaalt wie welke handelingen mag uitvoeren en onder welke voorwaarden (Wet van 10 mei 2015, 2015).



OVERZICHT VAN ALLE GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN EN HET AANTAL PERSONEN
DIE HET RECHT HEBBEN OM HET BETREFFENDE BEROEP UITTE OEFENEN



Bron: FOD Volksgezondheid, Overzicht Gezondheidsberoepen, 2022

De gezondheidszorgberoepen in België zijn in te delen in de volgende categorieën

- Huisartsen: Exclusieve bevoegdheid voor medische diagnose, voorschrift en ingrepen;
- Arts-specialisten: Medisch specialisatiediploma en erkenning
- Tandartsen: Bevoegd voor preventieve en curatieve mondzorg, inclusief chirurgische handelingen binnen het mond-, kaak- en aangezichts domein.
- Apothekers: Verantwoordelijk voor het afleveren van geneesmiddelen en het bewaken van rationeel gebruik.
- Vroedvrouwen: Gespecialiseerde zorg rond zwangerschap, bevalling en postnatale opvolging
- Paramedici: Andere erkende beroepen zijn onder meer kinesitherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en klinisch psychologen, die elk binnen hun wettelijk kader specifieke zorgdomeinen ondersteunen (KCE, 2024).
- Verpleegkundigen en zorgkundige profielen:
 - Zorgkundige
 - Basisverpleegkundige (BV) – vroeger HBO5-verpleegkundige
 - Verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg (VVAZ)
 - Gespecialiseerde verpleegkundige



- Verpleegkundig specialist (Advanced Practice Nurse)
- Klinisch verpleegkundig onderzoek

Indeling van verpleegkundige handelingen

De huidige indeling wordt bepaald in het KB van 20 september 2023:

- A-handelingen: Basis- of algemene verpleegkundige werkzaamheden die een verpleegkundige kan uitvoeren zonder medisch voorschrift en die behoren tot de kern van de autonome verpleegkundige zorg (zoals observatie, anamnese, begeleiding, documentatie van de zorg, hygiënische zorg) (Wit-Gele Kruis, z.d.).
- B1-handelingen: Verpleegkundige technische verstrekkingen die binnen de eigen bevoegdheid van de verpleegkundige vallen zonder medisch voorschrift.
- B2-handelingen: Verpleegkundige technische verstrekkingen die enkel op medisch voorschrift mogen worden uitgevoerd (KB 20 september 2023, 2023).
- C-handelingen: Handelingen die zijn toevertrouwd door een arts (Wit-Gele Kruis, z.d.).

Voor zorgkundigen geldt een afzonderlijke lijst met toegelaten activiteiten volgens het KB van 12 januari 2006, steeds onder toezicht van een verpleegkundige en met periodieke controlebezoeken (RIZIV, z.d.).

De kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt bewaakt door erkennings- en accrediteringssystemen, evenals door permanente vorming en inspectie. Daarnaast gelden sinds de invoering van de Wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (2019/2024) bijkomende verplichtingen rond kwaliteitsbeleid, patiëntveiligheid en interdisciplinaire samenwerking.

Het Belgische zorgsysteem beoogt via deze wettelijke en organisatorische kaders een toegankelijke, kwalitatieve en duurzame gezondheidszorg voor alle burgers, met bijzondere aandacht voor samenwerking tussen zorgniveaus, welzijnsdiensten en lokale besturen (Gerken & Merkur, 2024; Departement Zorg, z.d.-b; RIZIV, z.d.; FAMHP, 2023; CDZ, z.d.).

Toegang tot medicatie

In België zijn geneesmiddelen (zowel met als zonder voorschrift) exclusief verkrijgbaar in fysieke apotheken of via erkende online apotheken. Drogisterijen en supermarkten mogen in België geen geneesmiddelen verkopen, in tegenstelling tot Nederland. Voor (para)farmaceutische producten, verzorgingsproducten en voedingssupplementen kun je wel in andere winkels terecht (FAGG/FarmaInfo, 2026).



In België worden geneesmiddelen doorgaans per volledige verpakking afgeleverd. Wanneer therapieën worden aangepast kan dit leiden tot overschotten aan ongebruikte medicatie, die door regelgeving vaak niet opnieuw in circulatie kan worden gebracht.



6. Juridische en administratieve kaders

In dit hoofdstuk worden de wettelijke en administratieve kaders voor Nederland en Vlaanderen uitgewerkt. Vervolgens worden de patiëntrechten voor mensen uit Nederland en Vlaanderen naast elkaar weergegeven.

6.1 Wettelijk en administratief kader Nederland

De Nederlandse ziekenhuiszorg is ingebed in een uitgebreid juridisch en administratief kader dat de rechten van patiënten, de verantwoordelijkheden van zorgverleners en de randvoorwaarden voor veilige en verantwoorde zorg reguleert. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) vormt de basis voor de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Deze wet bepaalt onder meer het recht op informatie, toestemming voor behandeling en inzage in het medisch dossier (RIVM, 2021). Om deze reden is hier een logging op geactiveerd om inzichtelijk te hebben wie het dossier heeft ingezien.

Daarnaast verplicht de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) zorgaanbieders tot het leveren van goede zorg, het melden van incidenten en het bieden van laagdrempelige klachtenafhandeling. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op naleving van deze wet en andere kwaliteitseisen (Rijksoverheid, z.d.).

Voor de bescherming van persoonsgegevens geldt de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), aangevuld met de Uitvoeringswet AVG. De WGBO en AVG vullen elkaar aan bij het beheer van medische dossiers, waarbij zorginstellingen verplicht zijn tot zorgvuldige omgang met patiëntgegevens (AVG Helpdesk Zorg, z.d.).

Een aanvullende wet op dit gebied is de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz). Deze wet regelt hoe zorgverleners persoonsgegevens mogen verwerken binnen elektronische netwerken, en stelt eisen aan de toegang tot en beveiliging van elektronische patiëntendossiers. De Wabvpz versterkt daarmee de privacybescherming van patiënten in digitale zorgomgevingen (*Zó werkt de zorg*, z.d.).

Bestuurlijk toezicht op de naleving van deze wetten wordt uitgeoefend door de IGJ, terwijl de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) toezicht houdt op marktwerking, tarieven en toegankelijkheid. Het Zorginstituut Nederland is verantwoordelijk voor het beheer van het basispakket en de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden.

Ziekenhuizen zijn daarnaast verplicht tot het bijhouden van een elektronisch patiëntendossier (EPD), het melden van calamiteiten, het aanleveren van kwaliteitsindicatoren en het naleven van contractuele afspraken met zorgverzekeraars. Deze verplichtingen dragen bij aan transparantie, verantwoording en continue verbetering van de zorgkwaliteit.



Veel ziekenhuizen hanteren daarnaast kwaliteitsnormen zoals:

- NEN-EN 15224: Een Europese norm voor kwaliteitsmanagement in de zorg, gebaseerd op ISO 9001, met specifieke aandacht voor patiëntveiligheid, doeltreffendheid, toegankelijkheid en continuïteit van zorg (NEN, 2017).
- HKZ-certificering: Gericht op continue verbetering van processen en patiëntgerichtheid (RVA, z.d.).
- Joint Commission International (JCI) of Qualicor-accreditatie: Een internationale accreditatie voor ziekenhuizen die aan hoge standaarden willen voldoen op het gebied van patiëntveiligheid, zorgkwaliteit en organisatiecultuur.

Voor patiëntveiligheid wordt gewerkt met het VMS Veiligheidsprogramma, dat zich richt op thema's zoals medicatieveiligheid, valpreventie en infectiepreventie.

Beroepsuitoefening

De Wet BIG vormt een essentieel onderdeel van het juridische kader binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Deze wet heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken, en biedt bescherming aan patiënten tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door zorgverleners. De wet reguleert onder andere:

- Titelbescherming: Alleen zorgverleners die geregistreerd staan in het BIG-register mogen bepaalde beroepsmatige titels voeren, zoals arts, verpleegkundige of fysiotherapeut.
- Voorbehouden handelingen: Bepaalde medische handelingen mogen uitsluitend worden uitgevoerd door daartoe bevoegde en bekwame beroepsbeoefenaren.
- Tuchtrect: Zorgverleners vallen onder een tuchtrechtelijk systeem dat toeziet op professioneel en zorgvuldig handelen.
- Registratie en herregistratie: Zorgverleners dienen zich te registreren in het BIG-register en periodiek aan te tonen dat zij hun bekwaamheid behouden (V&VN, z.d.).

Hoewel de Wet BIG een nationale wet is, sluit zij aan bij bredere Europese principes zoals vastgelegd in Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad betreffende de erkenning van beroepskwalificaties. Deze richtlijn faciliteert het vrije verkeer van beroepsbeoefenaren binnen de Europese Unie en stelt eisen aan de kwaliteit en transparantie van beroepsuitoefening. De Nederlandse invulling via de Wet BIG is daarmee in lijn met Europese afspraken over patiëntveiligheid en kwaliteitsbewaking.

Kwaliteit op zorgorganisatieniveau

Landelijke regelgeving en richtlijnen worden op organisatieniveau vertaald naar beleid en protocollen, waarin zowel werkwijzen als kwaliteitskaders zijn vastgelegd en binnen de



gehele vakgroep bekend zijn (bijvoorbeeld vanuit het KNMG) . Deze protocollen stimuleren het uniform werken binnen de afdeling. De opgestelde protocollen worden opgenomen in het kwaliteitsbeheersysteem, waarvan het documentmanagementsysteem een belangrijk onderdeel vormt. Binnen dit systeem hebben alle medewerkers eenvoudig toegang tot de benodigde documenten.

Een ander belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeheersysteem is onder andere het kunnen melden van incidenten, calamiteiten en verbeterpunten. Binnen dit systeem kunnen medewerkers zelfstandig meldingen maken, waarna deze verder afgehandeld worden door betrokken medewerkers. Het streven hierbij is om de zorg te blijven verbeteren en te kunnen rapporteren richting de betreffende instituten. Daarnaast worden er Q-tracers, interne audits en veiligheidsrondes uitgevoerd. Tijdens deze momenten worden afdelingen intern op specifieke processen gecontroleerd. De uitkomsten worden in het kwaliteitsbeheersysteem gerapporteerd. Hieruit komen verbeterpunten om de zorg verder te verbeteren.

Naast bovenstaande punten worden ieder jaar de prestaties en veiligheid van het ziekenhuis in kaart gebracht door middel van beschikbare data. Deze data worden vervolgens samengevoegd zodat er concrete conclusies getrokken kunnen worden over de kwaliteit en veiligheid van zorg. Deze resultaten worden vervolgens aangeleverd aan de IGJ (indicatoren), hieruit komen vervolgens concrete verbeterdoelen.

Alle bovenstaand beschreven onderdelen dienen uiteindelijk een bijdrage te leveren aan de verbetercultuur binnen de organisatie. Door onder andere meldingen te maken, verbeterpunten uit Q-tracers te rapporteren en de verbeterdoelen kan het ziekenhuis continu verder blijven verbeteren en verder ontwikkelen.

6.2 Wettelijk en administratief kader Vlaanderen

De Vlaamse ziekenhuiszorg is ingebed in een uitgebreid juridisch en administratief kader dat de rechten van patiënten, de verantwoordelijkheden van zorgverleners en de voorwaarden voor kwaliteitsvolle en veilige zorg bepaalt. Het Belgische zorgsysteem is gebaseerd op het principe van solidariteit en op de sociale ziekteverzekering, die de toegang tot gezondheidszorg voor alle burgers garandeert (Gerken & Merkur, 2024).

Wettelijk en administratief kader

Wat betreft visum, licentie en beroepsuitoefening bepaalt de Wet over de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG) van 10 mei 2015 dat enkel erkende beroepsbeoefenaars gereglementeerde gezondheidszorgberoepen mogen uitoefenen, zoals artsen, verpleegkundigen, apothekers, psychologen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten en paramedici (Wet van 10 mei 2015, 2015).



Een belangrijk instrument binnen dit kader is het visum: zorgverleners mogen hun beroep enkel uitoefenen mits zij beschikken over een visum afgeleverd door de FOD Volksgezondheid (FOD Volksgezondheid, z.d.-c.). Sinds de wetswijziging van 18 mei 2024 geldt bovendien een taalvereiste: nieuwe aanvragers moeten aantonen dat zij één van de Belgische landstalen voldoende beheersen (Wet van 18 mei 2024, 2024). Daarmee wordt de WUG rechtstreeks verbonden met de Kwaliteitswet, waarbij de nadruk ligt op professionele bekwaamheid, patiëntveiligheid en patiëntgerichte communicatie.

Het toezicht op de naleving van de kwaliteitswet en de WUG berust bij de federale overheid, aangevuld met bevoegdheden van de gemeenschappen inzake erkenning van opleidingen en beroepspraktijken. Binnen de Kwaliteitswet werd de Federale Toezichtsc commissie opgericht, die controleert of zorgverleners en instellingen voldoen aan de wettelijke normen (Wet van 22 april 2019, 2019). Daarnaast bestaan toezichtstructuren voor vergunningen, beroepsregisters en klachtenmechanismen, die de toepassing van patiëntenrechten in de praktijk ondersteunen.

Beroepsuitoefening

De WUG heeft als doel patiënten te beschermen door de bevoegdheden van zorgverleners wettelijk vast te leggen. Enkel wie over een geldig visum beschikt en erkend is binnen een gereguleerd beroep, mag de overeenkomstige handelingen uitvoeren. De wet voorziet daarnaast in de mogelijkheid tot disciplinaire maatregelen en verbindt de beroepsuitoefening aan de vereisten van permanente vorming, bekwaamheid en kwaliteitsborging (Wet van 10 mei 2015, 2015; Wet van 22 april 2019, 2019).

Geneeskundige behandelingsovereenkomst

Hoewel België geen afzonderlijke wet zoals de Nederlandse Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) kent, bestaat er wel een vergelijkbaar juridisch kader. De rechten van de patiënt – zoals het recht op informatie, toestemming, inzage in het dossier, privacy en kwaliteitsvolle zorg – zijn vastgelegd in de patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002 en de moderniseringswet van 6 februari 2024 (Wet van 22 augustus 2002, 2002; Wet van 6 februari 2024, 2024). Deze wetgeving vormt de basis voor de behandelrelatie tussen patiënt en zorgverlener en verankert het principe van geïnformeerde toestemming en gedeelde besluitvorming.

Kwaliteit op zorgorganisatieniveau

De Wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (Kwaliteitswet) van 22 april 2019 verplicht zorgverleners om hun praktijkvoering te organiseren conform vastgelegde kwaliteitsnormen (Wet van 22 april 2019, 2019). Deze normen omvatten onder meer professionele bekwaamheid, permanente vorming, continuïteit en organisatie van zorg, beschikbaarheid en permanentie van diensten, zorgvuldig bijhouden van patiëntendossiers en het beschikken over een geldig visum of licentie. Met de wetswijziging van 18 mei 2024 werd bovendien de taalvereiste toegevoegd, waardoor



kwaliteit, veiligheid en communicatie rechtstreeks met elkaar worden verbonden (Wet van 18 mei 2024, 2024).

De kwaliteitszorg in Vlaamse ziekenhuizen is aanvullend verankerd via het kwaliteitsdecreet binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Dit decreet verplicht zorginstellingen tot het voeren van een kwaliteitsbeleid dat veilige, verantwoorde en transparante zorg garandeert (Departement Zorg, z.d.-b). Het beleid rust op drie pijlers:

1. Het gebruik van kwaliteitsindicatoren, ontwikkeld door het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ).
2. Toezicht door Zorginspectie, dat via onaangekondigde inspecties structuren, processen en resultaten evalueert.
3. Externe accreditatie, bijvoorbeeld via Qualicor Europe of Joint Commission International, waarmee zorginstellingen hun kwaliteit laten toetsen aan internationale normen (Departement Zorg, z.d.-b).

6.3 Persoonsgegevens in Nederland en België

Naast de specifieke kwaliteitswetgeving geldt in België, net als in Nederland, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG/GDPR) voor de verwerking van persoonsgegevens. Zorgverleners moeten passende technische en organisatorische maatregelen nemen om gezondheidsgegevens te beschermen, en patiënten hebben recht op inzage, correctie en verwijdering van hun gegevens (Europese Unie, 2016).

De verwerking van medische gegevens in elektronische patiëntendossiers en zorgnetwerken gebeurt binnen de grenzen van de privacywetgeving. In België onder toezicht van de Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) en in overeenstemming met de bepalingen van de WUG en de Kwaliteitswet. In Nederland vanuit de UAVG (Uitvoeringswet AVG) onder toezicht van de Autoriteit Persoonsgegevens.

6.4 Patiëntenrechten in Nederland en België

In zowel Nederland als België zijn patiëntenrechten stevig wettelijk verankerd, maar de manier waarop deze rechten zijn georganiseerd verschilt. België werkt met een duidelijke Patiëntenrechtenwet, die sinds de hervorming van 2024 zeven kernrechten omvat. Deze rechten zijn telkens gericht op kwaliteitsvolle zorg, participatie en respect voor de patiënt. Nederland kent dezelfde fundamentele rechten, maar deze zijn verspreid over meerdere wetten, zoals de WGBO, Wkkgz, AVG en Wabvpz. Daardoor zijn de inhoudelijke uitgangspunten vergelijkbaar, maar is de juridische verankering anders vormgegeven.

Belangrijk is dat sommige rechten in België niet letterlijk of afzonderlijk zijn vastgelegd, maar wel juridisch voortvloeien uit bestaande kernrechten. Zo bestaat er geen expliciet wettelijk recht op een second opinion of op het niet ontvangen van informatie, maar volgen deze mogelijkheden respectievelijk uit het recht op vrije keuze van zorgverlener en het



recht op informatie. Ook zijn er verschillen op het vlak van bewaartermijnen, inzage door nabestaanden en gegevenscorrectie, omdat deze in Nederland specifiek wettelijk geregeld zijn. Hieronder volgt een beknopte verschillenlijst:

- Second opinion: In België geen expliciet recht; in Nederland wél wettelijk vastgelegd via de WGBO.
- Recht om geen informatie te ontvangen: In België niet wettelijk vastgelegd maar wel gebruikelijk in de praktijk; in Nederland een expliciet recht.
- Bewaartermijn patiëntendossier: België kent geen expliciete wettelijke bewaartermijn; Nederland hanteert een vaste bewaartermijn van 20 jaar.
- Inzagerecht voor nabestaanden: België kent een beperkte regeling voor toegang tot dossierinformatie van een overledene onder strikte voorwaarden, maar geen algemeen wettelijk inzagerecht; Nederland heeft een expliciet wettelijk geregeld inzagerecht (KNMG handreiking).
- Correctie/verwijdering van gegevens: In België via de AVG maar niet opgenomen in de Patiëntenrechtenwet; in Nederland expliciet geregeld in de WGBO (en de AVG).

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de Belgische kernrechten, met per recht de overeenkomstige Nederlandse wetgeving en de belangrijkste verschillen en aanvullende Nederlandse rechten.

Tabel 2: Overeenkomsten en verschillen patiëntenrechten in Nederland en Vlaanderen

Kernrecht en België	België (bron)	Nederland (bron)	Belangrijk verschil	Aanvullende NL-rechten
Recht op kwaliteitsvolle zorg	Expliciet recht op kwaliteitsvolle zorg; 2024 legt nadruk op doelgerichte zorg (FOD Volksgezondheid; Goffin, 2024)	Verplichtingen via Wkkgz / WGBO: goede, veilige, doeltreffende zorg (Rijksoverheid; KNMG)	BE formuleert dit als patiëntenrecht; NL als verplichting voor zorgaanbieders	
Vrije keuze zorgverlener	Expliciet recht op vrije keuze van zorgverlener (FOD Volksgezondheid)	Recht op vrije artskeuze, met praktische beperkingen (Zorgwijzer)	Formulering als wettelijk recht explicieter in BE.	Second opinion
Recht op informatie	Volledige, begrijpelijke info; 2024: informatie op maat, vertrouwenspersoon (FOD; Goffin, 2024)	WGBO: duidelijke info, alternatieven, samen beslissen (Rijksoverheid; KNMG)	BE specificeert kwalitatieve eisen en rol vertrouwenspersoon	Recht om géén informatie te ontvangen



Toestemming en weigering	Informed consent als recht; wilsverklaringen expliciet (FOD Volksgezondheid)	WGBO: toestemming verplicht, recht op weigering/herroeping (Rijksoverheid)		
Rechten rond patiëntendossier	Inzage, afschrift; 2024: ook persoonlijke notities, digitale toegang (FOD; Goffin, 2024)	WGBO: inzage, correctie, vernietiging; bewaartermijn 20 jaar; inzage nabestaanden (KNMG)		Elektronische rechten (Wabvpz)
Privacy en intimiteit	GDPR + beroepsgeheim; privacy expliciet als recht (FOD Volksgezondheid)	AVG + beroepsgeheim; beveiliging conform NEN-7510 (Autoriteit Persoonsgegevens)		
Klachtbemiddeling	Ombudsdienst; 2024 versterkt toezicht (FOD; Zorgnet-Icuro)	Wkkgz: klachtenfunctionaris, geschilleninstantie met bindende uitspraak (Rijksoverheid; KNMG)	NL kent bindende uitspraak; BE bemiddeling zonder bindende beslissing	



7. Financieel kader

In dit hoofdstuk worden de financiële kaders rondom de zorg uitgewerkt. Eerst voor Nederland, vervolgens voor Vlaanderen.

7.1 Nederland

Het financieel kader van de Nederlandse ziekenhuiszorg wordt gekenmerkt door een complex samenspel van wet- en regelgeving, financieringsstromen en toezichtmechanismen. De kern van het systeem is gericht op het waarborgen van kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg.

Financiering en inkomstenstromen

De inkomsten bestaan uit nominale premies, inkomensafhankelijke bijdragen en rijksbijdragen. De financiering van ziekenhuizen vindt primair plaats via de Zorgverzekeringswet (Zvw), waarbij burgers van 18 jaar en ouder welke wonen of werkzaam zijn in Nederland een verplichte basisverzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar naar keuze (Meijer et al., 2022). Zorgverzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren (Meijer et al., 2022; Belo et al., 2011). De inhoud van het basispakket wordt jaarlijks vastgesteld door het Zorginstituut Nederland. De zorgverzekeraars sluiten contracten met zorgaanbieders, waaronder ziekenhuizen, en betalen op basis van prestatiebekostiging via Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) (Rijksoverheid, 2016; Ministerie van Financiën, 2019).

Budgettering en tarieven

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt jaarlijks regels, budgetten en tarieven vast voor gereguleerde zorg en bepaalt de voorwaarden voor vrije prijsvorming. Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders geldt een hogere eigen betaling, binnen de grenzen van het hinderpaalcriterium (Bohn Stafleu van Loghum, 2019). De NZa bewaakt de betaalbaarheid, beschikbaarheid en kwaliteit van zorg en adviseert het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over beleidsmatige en financiële kaders (Ministerie van Financiën, 2019).

Facturatie en kostenbeheersing

Zorgaanbieders factureren op basis van geleverde prestaties. De kostenbeheersing wordt ondersteund door selectieve zorginkoop door verzekeraars, toezicht door de NZa en rapportages van het Zorginstituut Nederland. Deze instellingen brengen de gerealiseerde zorguitgaven in kaart en leggen hierover verantwoording af aan de Tweede Kamer (Ministerie van Financiën, 2019).

Uitgavenpatronen

De uitgaven in de ziekenhuiszorg betreffen voornamelijk personeelskosten, medische apparatuur, infrastructuur en overhead. De vergrijzing en toenemende zorgvraag leiden tot stijgende uitgaven, wat druk zet op het stelsel (CBS, 2022).

Vergoedingsstructuren en eigen bijdragen

Het basispakket wordt jaarlijks vastgesteld door het Zorginstituut Nederland. Naast het basispakket bieden zorgverzekeraars optionele aanvullende verzekeringen aan (Meijer et al., 2022). Verzekerden betalen een maandelijkse premie aan de gekozen zorgverzekeraar. Om in aanmerking te komen voor vergoeding van zorg uit het basispakket geldt eerst een verplicht eigen risico van minimaal 385 euro. Dit bedrag wordt door de patiënt zelf betaald en is bedoeld om overconsumptie te voorkomen. Echter, bepaalde zorgvormen zijn hiervan uitgesloten. Voor specifieke zorg geldt een aanvullende eigen bijdrage, voorbeelden hiervan zijn bepaalde geneesmiddelen, hulpmiddelen en bepaalde vormen van zorg (Meijer et al., 2022).

Overige vormen van zorg

De financiering van de Nederlandse zorg is verdeeld over de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Ze dekken verschillende soorten zorg en worden op verschillende manieren betaald. De inhoud van deze wetten is beschreven in hoofdstuk 4.

Financiering Zorgverzekeringswet (Zvw)

De Zvw dekt de meeste medische zorg, zoals de huisarts, het ziekenhuis en farmaceutische zorg.

- **Betaling:** Verzekerden betalen een verplichte nominale premie aan een zorgverzekeraar, aangevuld met een inkomensafhankelijke bijdrage en het eigen risico.
- **Fonds:** De inkomensafhankelijke bijdragen en belastingen stromen naar het Zorgverzekeringsfonds. Vanuit dit fonds worden zorgverzekeraars betaald, die op hun beurt de zorgverleners betalen.

Financiering Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

De Wmo is bedoeld voor ondersteuning thuis, zodat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. Denk hierbij aan huishoudelijke hulp, aanpassingen in huis of dagbesteding.

- **Betaling:** De Wmo wordt gefinancierd door de Rijksoverheid, via de algemene belastingen. De gemeente is verantwoordelijk voor de uitvoering en verdeelt het budget.
- **Eigen bijdrage:** Mensen die gebruikmaken van Wmo-voorzieningen betalen een eigen bijdrage, waarvan de hoogte wordt bepaald door het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Vanaf 2027 wordt de hoogte van de eigen bijdrage weer inkomens- en vermogensafhankelijk.

Financiering Wet langdurige zorg (Wlz)



De Wlz dekt de zwaarste, langdurige zorg voor mensen met een chronische ziekte of beperking die 24 uur per dag zorg en toezicht nodig hebben.

- **Betaling:** De financiering verloopt via de overheid, via premies die worden ingehouden via loon of belasting.
- **Eigen bijdrage:** Voor zorg vanuit de Wlz wordt een eigen bijdrage berekend, waarvan de hoogte afhankelijk is van het inkomen en de gezinssamenstelling. Dit kan zowel voor zorg in een instelling als voor zorg thuis. De eigen bijdrage wordt betaald door degene die de Wlz-zorg ontvangt.

Persoonsgebonden budget (pgb)

Een persoonsgebonden budget (pgb) kan worden gebruikt als alternatief voor zorg in natura. Met een pgb kan de zorgvrager zelf zorg inkopen bij een zorgverlener naar keuze. Een pgb kan worden ingezet voor zorg vanuit de Wmo, Wlz en Zvw.

7.2 België

De financiering van het Belgische gezondheidssysteem steunt op solidariteit en verplichte bijdragen. Via de sociale zekerheid worden middelen verzameld die vervolgens worden herverdeeld onder de verschillende actoren. Dit model garandeert een brede toegankelijkheid van zorg, waarbij de overheid de regie voert en de mutualiteiten een centrale rol spelen in de uitvoering van de wettelijke ziekteverzekering (RIZIV, z.d.-a).

Rol van de verplichte ziekteverzekering en de mutualiteiten

De verplichte ziekteverzekering vormt een fundamentele pijler van het Belgische zorgsysteem. In 2022 was ongeveer 99,1% van de bevolking aangesloten bij de wettelijke ziekteverzekering (KCE, 2024). Elke inwoner die in België woont of werkt, is verplicht zich aan te sluiten bij een ziekenfonds (mutualiteit) of bij de openbare Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV/CAAMI).



De mutualiteiten beheren de wettelijke ziekteverzekering en staan in voor de terugbetaling van medische kosten en de uitbetaling van uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid. Daarnaast bieden zij vaak aanvullende diensten en voordelen aan, zoals tegemoetkomingen voor brillen, alternatieve therapieën of deelname aan preventieprogramma's (KU Leuven, z.d.; Expatica, 2024). Burgers kunnen vrij kiezen tussen verschillende ziekenfondsen, die traditioneel zijn gegroepeerd volgens ideologische strekking (christelijk, socialistisch, liberaal, neutraal of vrij beroep). Wie niet wenst aan te sluiten bij een private mutualiteit, kan terecht bij de HZIV/CAAMI, een publieke instelling die dezelfde wettelijke prestaties aanbiedt en alle verzekerden accepteert zonder bijkomende voorwaarden (CAAMI, z.d.).

Ziekenhuisfinanciering

Ziekenhuizen ontvangen hun inkomsten uit meerdere stromen. Het Budget federale Financiële Middelen (BFM) vertegenwoordigt de grootste bron en dekt onder meer infrastructuur (uitdovend tot investeringen 2025), personeel en basiswerking. De Vlaamse VIPA-subsidies financieren bouw, infrastructuur en zware medische apparatuur via forfaits. In januari 2025 bedroeg dit budget 9,62 miljard euro, een stijging van 40% ten opzichte van 2016 (Gezond België, 2025).

In 2023 realiseerde de sector van de algemene ziekenhuizen een totale omzet van 25 miljard euro (+23,5% sinds 2016). De verdeling van de inkomsten zag er als volgt uit:

- BFM 37,1%
- Honoraria van artsen, tandartsen en bepaalde paramedische beroepen 35,8%
- Farmaceutische en gelijkaardige producten 22%
- Forfaits RIZIV 4,4
- Kamersupplementen 0,5%
- Bijkomende producten 0,2% (FOD Volksgezondheid, z.d.-d).

Aan de uitgavenzijde nemen personeelskosten, medische apparatuur en geneesmiddelen het grootste aandeel in (FOD Volksgezondheid, 2023).



Facturatie en terugbetaling

De facturatie verloopt via de ziekenhuis- of verzamel-factuur, waarop de prestaties van zowel ziekenhuis als artsen worden gebundeld. Het RIZIV betaalt rechtstreeks een groot deel van de kosten aan het ziekenhuis terug, terwijl de patiënt enkel zijn persoonlijke bijdrage (remgeld en eventuele supplementen) betaalt. Dit systeem bevordert de transparantie, maar blijft complex door de uiteenlopende regels per zorgverstrekking en verzekeringsstatus (FOD Volksgezondheid, 2023).

Alle terugbetaalbare medische handelingen zijn vastgelegd in de nomenclatuur, beheerd door het RIZIV. Daarnaast bestaan er specifieke regelingen voor innovatieve behandelingen, nieuwe zorgvormen en geneesmiddelen. Het beleid streeft naar een evenwicht tussen kwaliteit, toegankelijkheid en financiële houdbaarheid, maar staat onder druk door de stijgende zorgvraag en de toenemende kostprijs van medische technologie en farmaceutische producten (RIZIV, z.d.-b).

Eigen bijdrage en hospitalisatieverzekering

Ondanks het solidariteitsbeginsel dragen patiënten een deel van de zorgkosten zelf via het remgeld. Het bedrag varieert naargelang de aard van de zorg en de verzekeringsstatus. Voor kwetsbare groepen, zoals personen met een verhoogde tegemoetkoming, gelden gunstigere voorwaarden. Toch blijft de discussie over betaalbaarheid en financiële drempels voor bepaalde patiëntengroepen actueel (Gerkens et al., 2024).

Naast de wettelijke verzekering sluiten veel burgers een aanvullende hospitalisatieverzekering af, die bijkomende kosten dekt die niet of slechts gedeeltelijk worden terugbetaald, zoals kamersupplementen en honorariumsupplementen op eenpersoonskamers of niet-vergoede geneesmiddelen (Vlaanderen.be, 2025).

Aanvullende dekkingen worden zowel aangeboden via mutualiteiten als via privé-verzekeraars, en kunnen bovendien via de werkgever worden afgesloten. De inhoud en omvang van deze verzekeringen variëren aanzienlijk. Sommige formules voorzien bijvoorbeeld een tussenkomst in extra medische kosten of ambulante zorg, wat de feitelijke financiële toegankelijkheid van zorg mee kan beïnvloeden.

Betaling van andere vormen van zorg

Naast de ziekenhuissector worden ook andere zorgvormen grotendeels gefinancierd via de verplichte ziekteverzekering. De uitgaven verlopen via het RIZIV, dat de nomenclatuur en de terugbetalingsregels voor elke zorgverstrekking vastlegt.

Eerstelijnszorg



Eerstelijnszorg zoals huisartsen, kinesitherapeuten en thuisverpleegkundigen – wordt hoofdzakelijk vergoed volgens het fee-for-service-principe: zorgverleners ontvangen een vergoeding per uitgevoerde prestatie, op basis van vastgelegde tarieven in de nomenclatuur. De patiënt betaalt een deel van de kost rechtstreeks aan de zorgverlener (remgeld), terwijl het overige deel door het ziekenfonds wordt terugbetaald. Daarnaast bestaan er alternatieve modellen, zoals het forfaitaire betalingssysteem in wijkgezondheidscentra, waarbij zorgverleners per ingeschreven patiënt een vast bedrag ontvangen (RIZIV, z.d.-c).

Geestelijke gezondheidszorg

Geestelijke gezondheidszorg wordt gedeeltelijk terugbetaald via conventies tussen het RIZIV en erkende zorgverleners. Sinds de hervormingen van 2021–2022 wordt sterker ingezet op ambulante zorg en multidisciplinaire samenwerking, met specifieke financiering voor eerstelijnspsychologische functies binnen regionale netwerken (RIZIV, z.d.-d; FOD Volksgezondheid, 2023).

Langdurige zorg en residentiële ouderenzorg

Langdurige zorg en residentiële ouderenzorg vallen grotendeels onder de bevoegdheid van de deelstaten. In Vlaanderen voorziet de overheid een combinatie van dagprijzen, forfaitaire vergoedingen en tegemoetkomingen via de Vlaamse sociale bescherming, beheerd door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. De bewoner betaalt een dagprijs, terwijl de overheid bijdraagt via de basistegemoetkoming voor zorg en aanvullende subsidies. De verplichte ziekteverzekering speelt hier slechts een beperkte rol (Vlaanderen.be, 2024; Zorgnet-Icuro, 2023).

Preventieve zorg

Preventieve zorg zoals vaccinaties, kankerscreenings en gezondheidsbevordering – wordt hoofdzakelijk gefinancierd via overheidsbudgetten op federaal en Vlaams niveau. De toegang is doorgaans kosteloos voor de burger, aangezien de meeste preventie- en screeningsprogramma's door de overheid worden georganiseerd en terugbetaald via de ziekteverzekering (Gezond België, 2024).

7.3 Obstakels grens overstijgende zorg

Financiële risico's bij grensoverstijgende zorg voor zorgorganisaties

De combinatie van verschillende financierings- en facturatiesystemen binnen een grensoverstijgende context brengt bijkomende financiële risico's met zich mee.



Daarnaast vormt het risico op onbetaalde zorgkosten een belangrijk aandachtspunt in grensoverstijgende zorg. In situaties waarin patiënten niet verzekerd zijn of geen contractuele dekking hebben, wordt vaak gewerkt met voorschotten en kostenramingen vooraf.

Uit praktijkervaring in grensregioziekenhuizen blijkt dat deze situaties regelmatig voorkomen, met name bij patiënten zonder geldige verzekeringsdekking of bij zorg die buiten bestaande contracten valt.

Ondanks deze maatregelen blijven incassoprocedures complex, aangezien grensoverstijgende invordering van zorgkosten administratief en juridisch uitdagend is. Dit vormt een reëel financieel risico voor zorginstellingen in grensregio's.

Uit het gesprek met het RIZIV blijkt dat zorgverzekeraars en ziekenfondsen een rol spelen in de organisatie van grensoverstijgende zorg. Voor Nederland werd toegelicht dat zorgverzekeraars zelf beslissen met welke zorgaanbieders zij contracten afsluiten, ook in het buitenland. Voor België werd aangegeven dat wordt uitgegaan van een uniforme deelname van ziekenfondsen. Daarnaast werd vermeld dat het ontbreken van contracten tussen bepaalde zorgverzekeraars en buitenlandse zorginstellingen een rol kan spelen in de toegang tot zorg voor specifieke patiëntengroepen.

Obstakels voor inwoners

In 2021 is een ITEM-studie geweest naar of de EU-richtlijn over patiëntenrechten goed werkt om grensoverschrijdende zorg in Europese grensregio's effectief en toegankelijk te maken (Sivonen, 2021). Deze studie stelt vast dat belangrijke obstakels meestal ontstaan doordat grensoverschrijdende bewoners verplicht zijn om vooraf toestemming te krijgen van hun zorgverzekeraars en deze vervolgens geweigerd krijgen. In verschillende situaties werd in het buitenland verkregen gezondheidszorg slechts gedeeltelijk vergoed. De diversiteit van de gezondheidssystemen blijkt vooral uit de complicaties door verkeerd uitgelijnde facturatiesystemen en verzekeringsdekking, wat leidt tot extra administratieve en financiële lasten voor de patiënt (Sivonen, 2021).

In de praktijk blijkt dat geplande zorg – ondanks het Europese kader – sterk afhankelijk blijft van nationale financierings- en contracteringsmechanismen.

Voor Nederlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen betekent dit dat zij bij geplande zorg doorgaans enkel toegang hebben tot zorg die binnen bestaande contractuele afspraken valt.

Voor ongeplande zorg gelden, zoals eerder beschreven, afwijkende Europese regels.



Het juridische kader kan bewoners van grensoverschrijdende regio's benadelen in vergelijking met degenen die in centrale gebieden wonen. Desalniettemin toont de richtlijn ook het potentieel om bepaalde hier onderzochte obstakels te verminderen – met name die met betrekking tot voorafgaande goedkeuring en vergoeding – gezien de uitdrukkelijke verwijzing naar de gezondheidszorgbehoeften van grensregio's en hun bevolkingen.



8. Datadeling & ICT

Elektronische patiëntendossiers (EPD)

Het elektronische patiëntendossier (EPD) vormt zowel in Nederland als in Vlaanderen de kern van digitale gegevensuitwisseling binnen de ziekenhuiszorg. EPD's ondersteunen zorgverleners met een actueel en integraal overzicht van patiëntgegevens en dragen bij aan medicatieveiligheid, continuïteit van zorg en multidisciplinaire samenwerking. Functionaliteiten zoals automatische waarschuwingen bij allergieën of medicatie-interacties vergroten de patiëntveiligheid en therapietrouw (RIVM, 2016). De implementatie van EPD's vereist echter zorgvuldige afstemming tussen systemen en gebruikers om optimaal te functioneren.

Zowel Nederlandse als Vlaamse ziekenhuizen werken met grootschalige EPD-systemen (zoals HiX van Chipsoft), waarbij een duidelijke beweging zichtbaar is richting integratie van voorheen losse deelsystemen. Dit bevordert eenmalige registratie, hergebruik van gegevens en datagedreven werken, maar stelt ook eisen aan interoperabiliteit en gegevenskwaliteit (AZ Klina, 2024; ChipSoft, z.d.).

Telemedicine en digitale zorgtoepassingen

Digitale zorgtoepassingen, waaronder teleconsulten, telemonitoring en eHealth-platforms, spelen in zowel Nederland als Vlaanderen een steeds belangrijkere rol binnen hybride zorgmodellen en regionale samenwerking. Deze toepassingen maken het mogelijk om zorg dichterbij de patiënt te organiseren en dragen bij aan toegankelijkheid, efficiëntie en patiëntgerichtheid, mits zij goed geïntegreerd zijn in bestaande zorgstructuren.

In de praktijk blijkt dat persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's) en patiëntportalen nog niet overal volledig zijn uitgerold of breed worden gebruikt. Desondanks bestaat de algemene tendens verdere digitalisering en het vergroten van de rol van de patiënt in het eigen zorgproces, via onder andere educatie, zelfmonitoring en digitale communicatie.

Interoperabiliteit en informatiesystemen

Een goed functionerend zorginformatiestelsel vereist interoperabele systemen die gegevens veilig en efficiënt kunnen uitwisselen tussen zorgverleners, zorginstellingen en patiënten. De Autoriteit Consument & Markt (ACM) benadrukt dat marktordening en transparantie in ICT-markten essentieel zijn om innovatie en samenwerking in de zorg te bevorderen. Zonder open standaarden en onderlinge compatibiliteit blijven gegevens gefragmenteerd en moeilijk toegankelijk (ACM, z.d.).

In Nederland spelen initiatieven zoals MedMij, het Landelijk Schakelpunt (LSP) en Cumuluz een centrale rol in de gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en patiënten. MedMij faciliteert veilige gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en PGO's, terwijl het LSP gericht is op gegevensdeling tussen zorgverleners onderling. Beide initiatieven worden ondersteund door Nictiz en VZVZ (Zó werkt de zorg, z.d.). Cumuluz is opgericht om



databeschikbaarheid in de zorgsector te verbeteren, zodat zorgverleners, patiënten, cliënten, burgers en onderzoekers op het juiste moment over de juiste informatie beschikken (Cumuluz, z.d.)

In Vlaanderen wordt vanuit het nationale eGezondheidsbeleid gewerkt aan een geïntegreerd en interoperabel ecosysteem. De Belgian Integrated Health Record (BIHR) fungeert hierbij als referentiearchitectuur voor toekomstige gegevensdeling. In het actieplan 2022-2024 lag de focus op de ontwikkeling van basisbouwstenen zoals e-voorschrift, VIDIS (uitwisseling van medicatiegegevens), Mult-eMediatt, decision support-tools en interoperabiliteitsplatformen zoals BeSafeShare (RIZIV, 2022). Het vervolgplan 2025 – 2027 bouwt hierop voort met nadruk op inter-operabilisering, authenticatie- en interfacediensten, gegevenskwaliteit en administratieve vereenvoudiging (RIZIV, 2025).

Praktijkervaringen tonen aan dat, ondanks de lopende nationale en Europese initiatieven rond digitalisering, de uitwisseling van patiëntgegevens in grensoverstijgende zorg nog sterk beperkt is. In het bijzonder blijkt dat elektronische patiëntendossiers, zoals systemen gebruikt in Nederland (o.a. ChipSoft/HiX), onvoldoende interoperabel zijn met Belgische systemen. Hierdoor ontbreekt een rechtstreekse en automatische gegevensuitwisseling tussen zorginstellingen over de grens.

In de praktijk leidt dit ertoe dat informatieoverdracht vaak verloopt via manuele of indirecte processen, zoals papieren documenten, e-mail of via de patiënt zelf. Daarnaast vormen verschillen in patiëntidentificatie (INSZ versus BSN) een bijkomende drempel, waardoor eenduidige koppeling van patiëntgegevens niet steeds mogelijk is en het risico op dubbele dossiers toeneemt.

Deze problematiek manifesteert zich onder meer in de farmaceutische zorg, waar medicatievoorschriften in grenssituaties niet altijd digitaal gedeeld kunnen worden. Hierdoor zijn apotheken vaak afhankelijk van papieren voorschriften en ontbreekt een volledige registratie van afgeleverde medicatie. Dit kan leiden tot bijkomende manuele verificatie, verhoogde administratieve belasting en potentiële risico's voor medicatieveiligheid en continuïteit van zorg.

De beperkte interoperabiliteit tussen systemen bemoeilijkt een efficiënte en veilige gegevensuitwisseling binnen grensoverstijgende zorg.

Toekomst

Innovatie op het gebied van datadeling en ICT richt zich steeds meer op het benutten van gezondheidsdata voor kwaliteitsverbetering, wetenschappelijk onderzoek en beleidsontwikkeling. Ziekenhuizen investeren in datawarehouses, analysetools en decision support-systemen om zorgprocessen en uitkomsten beter te monitoren en te



sturen. Zo maakt AZ Klina gebruik van een HiX Datawarehouse om onder andere managementrapportages en werkingsanalyses te genereren, waarmee beleid en processen datagedreven kunnen worden ondersteund (AZ Klina, 2024). Vanuit deze structuur worden ook kwaliteitsindicatoren centraal ontsloten en opgevolgd. Er wordt daarnaast sterk ingezet op het ontwikkelen van AI-tools, bijvoorbeeld voor medische codering en geautomatiseerde dossierscreening. Tot slot investeren de ziekenhuizen ook veel tijd aan data uitwisseling tussen de verschillende organisaties.

Binnen het Bravis ziekenhuis wordt innovatie breder benaderd dan alleen technologie. Initiatieven zoals telemonitoring, digitale communicatieplatforms (zoals BeterDichtbij), zelfzorgondersteuning en toepassingen van artificiële intelligentie worden gecombineerd met organisatiebrede programma's zoals de Polikliniek van de Toekomst en de Kliniek van de Toekomst. Deze programma's zijn gericht op efficiëntere werkprocessen, eenduidige werkwijzen en een grotere rol voor de patiënt in het zorgproces.

Tegelijkertijd worden deze nationale en lokale innovaties steeds sterker beïnvloed door Europese ontwikkelingen. Een belangrijke overkoepelende ontwikkeling is de totstandkoming van de European Health Data Space (EHDS (sinds maart 2025). Deze Europese wetgeving beoogt een geharmoniseerd juridisch en technisch kader voor elektronische gezondheidsgegevens binnen de Europese Unie. De EHDS richt zich zowel op het primair gebruik van data voor directe zorgverlening als op het secundair gebruik voor onderzoek, innovatie, beleidsvorming en regulering (European Commission, 2025). Als datahouder (waaronder ook als zorgaanbieder) word je verplicht om je data op een gestandaardiseerde manier beschikbaar te stellen voor primair én secundair datagebruik. Secundair datagebruik gaat via de Health Data Access Body (HDAB), zij doen een ELSI-beoordeling waarna de datahouder de data (anoniem/pseudoniem) zal moeten leveren. Al deze databeschikbaarheid en -uitwisseling dient transparant te worden voor burgers, zodat zij kunnen inzien waar hun data gebruikt is. Reeds bekende uitgangspunten voor deze databeschikbaarheid zijn SNOMED CT, FHIR en gepseudonimiseerd BSN. (Data voor gezondheid, z.d.)

Naast technologische harmonisatie vraagt de EHDS om een ethisch verantwoorde omgang met gezondheidsdata, waarin transparantie, toestemming en doelbinding centraal staan. Dit is met name relevant voor grensoverstijgende zorginitiatieven, zoals de samenwerking tussen Nederlandse en Belgische ziekenhuizen. In dergelijke contexten vormt veilige, gestandaardiseerde en interoperabele gegevensuitwisseling een essentiële randvoorwaarde voor effectieve samenwerking en duurzame innovatie in de zorg (Health-RI, z.d.).



9. Sociaal-cultureel kader

In dit hoofdstuk worden de verschillen en gelijkenissen tussen Nederland en Vlaanderen weergegeven op het gebied van cultuur en sociale normen en waarden. Bij grens overstijgende samenwerking spelen culturele verschillen tussen landen en organisaties een rol. Volgens Gerritsen (2014) verschillen Nederlanders en Belgen onder andere in taalgebruik, hiërarchie, emotie-uiting, regelgerichtheid en flexibiliteit. Organisatiecultuur beïnvloedt de bereidheid tot samenwerking, verandering en kwaliteitszorg (Berings, 2010; Diepeveen, 2005). Ook de mate van innovatie hangt samen met organisatiecultuur (Berings, 2010).

Organisatiecultuur en samenwerken

Voor effectieve samenwerking tussen organisaties zijn gedeelde belangen, waarden en doelstellingen belangrijk (Dozy, 2012). Culturele verschillen bemoeilijken samenwerking. Een gelijksoortige organisatiecultuur bevordert begrip en voorkomt misverstanden (Dozy, 2012).

Kwalitatieve zorg is een beginsel van grens overstijgende zorg (EP en de Raad, 2011). Dit vraagt om een kwaliteitscultuur die doelgerichte zorg ondersteunt (Berings, 2010). Hiervoor is begrip voor de Nederlandse en Vlaamse culturen nodig, met aandacht voor harde en zachte factoren, zoals voor systemen en cultuur (Berings, 2010).

Nederland en Vlaanderen liggen geografisch dicht bij elkaar en delen de Nederlandse taal, maar er bestaan duidelijke culturele verschillen. Deze verschillen zijn geworteld in taal, communicatie, werkcultuur, sociale omgangsvormen, gastronomie, gezondheid en nationale identiteit. Beide landen kennen veel gelijkenissen, maar hun subtiele contrasten verklaren waarom omgang en samenwerking soms anders verlopen.

In de praktijk blijkt dat samenwerking tussen zorgverleners in grensregio's vaak nog afhankelijk is van informele contacten. Zo verloopt communicatie tussen Belgische en Nederlandse apotheken regelmatig ad hoc, bijvoorbeeld via telefonische afstemming, zonder gestandaardiseerde procedures voor patiëntdoorverwijzing of medicatieopvolging. Hierdoor kan continuïteit van zorg sterk afhangen van individuele inzet en lokale initiatieven, wat de structurele uitbouw van grens overstijgende zorg bemoeilijkt.

Taal en Communicatie

Nederlanders staan bekend om hun directe communicatiestijl. Zij zeggen vaak precies wat zij denken, zonder veel omwegen. Deze openheid kan voor buitenstaanders als bot of onbeleefd overkomen, maar wordt in Nederland gezien als eerlijk en efficiënt. In ontmoetingen is de handdruk de standaard, terwijl vrienden en bekenden elkaar vaak begroeten met drie kussen (rechts-links-rechts) (Expatica, z.d.). In Vlaanderen verloopt communicatie doorgaans beleefder en indirecter. Zowel Vlamingen als Franstaligen



vermijden harde confrontaties en houden meer rekening met de gevoelens van anderen. In Vlaanderen wordt het formele “u” lang gebruikt bij onbekenden of in professionele situaties. Ook in België begroet men elkaar met een handdruk bij een eerste ontmoeting, maar onder vrienden en familie zijn drie kussen gebruikelijker, al beperken mannen dit vaak tot vrouwen.

Werkcultuur

De Nederlandse werkcultuur is egalitair en pragmatisch. Hiërarchie speelt een kleine rol, en werknemers spreken leidinggevenden vaak informeel aan. Vergaderingen zijn strak gepland en doelgericht, waarbij efficiëntie belangrijker is dan langdurig overleg. Stiptheid geldt als vanzelfsprekend. In Vlaanderen daarentegen is er meer respect voor hiërarchie en status. Relatiebeheer speelt een grote rol en zakelijke interacties verlopen formeler. Vlamingen scheiden werk en privé duidelijker en zakelijke lunches zijn doorgaans kort en zakelijk. Papierwerk, onderhandelingen en compromissen maken deel uit van de standaard werkwijze. Stiptheid wordt ook hier sterk gewaardeerd.

Sociale Normen en Omgangsvormen

Nederland kent een sterk individualistische cultuur. Vrijheid en persoonlijke autonomie zijn belangrijke waarden, zichtbaar in progressieve houdingen tegenover LGBTQ+ rechten, drugsbeleid en euthanasie. Sociale omgang is informeel en open; in dorpen wordt men vaak gegroet, en in Brabant zegt men veelvuldig “houdoe” bij afscheid. Vlaanderen is wat formeler en bescheidener. Opscheppen wordt niet gewaardeerd en beleefdheidsvormen als “alstublieft” en “dank u” zijn diep ingeburgerd. Vriendschappen ontwikkelen trager, maar zijn vaak langduriger en diepgaander dan in Nederland (Expatica, z.d.).

Humor

Humor laat de culturele verschillen goed zien. Nederlanders gebruiken directe en soms scherpe humor, vaak met zelfspot en taboedoorbrekende grappen. Vlamingen zijn subtieler: humor is vaker ironisch en gericht op het vermijden van belediging. Ook bestaan er verschillen tussen Vlaamse en Waalse humorstijlen.

Feestdagen en Tradities

In Nederland zijn negen officiële feestdagen bepaald door de overheid. Per organisatie verschilt op welke dagen men vrij is of moet werken (FNV, z.d.). België heeft tien wettelijke feestdagen. Wanneer een feestdag in het weekend valt, wordt deze verplaatst naar de eerstvolgende werkdag. In Nederland vervalt een feestdag in het weekend doorgaans (Vlaamse overheid, z.d.). België kennen vergelijkbare feestdagen, maar legt meer nadruk op regionale tradities. Voorbeelden zijn de Bedevaart van Scherpenheuvel en het Carnaval van Binche. Lokale identiteit speelt een grotere rol in Belgische festiviteiten.



Nationale Identiteit en Politiek

Nederland kent een vrij homogene nationale identiteit met de nadruk op vrijheid en gelijkheid.

België daarentegen heeft een meerlagige identiteit door de taalgrens en regionale verschillen. Dit komt ook terug in de politiek: het Nederlandse systeem is overzichtelijker en pragmatischer, terwijl België complexer is, met veel bestuurslagen en regelmatige spanningen tussen Vlaanderen en Wallonië.

Gezondheidszorg en Medisch Taalgebruik

Taalverschillen in de zorg zijn opvallend. Zo spreekt men in Vlaanderen van een ‘huisdokter’ in plaats van ‘huisarts’, ‘hospitalisatie’ in plaats van ‘ziekenhuisopname’, en ‘raadpleging’ in plaats van ‘spreekuur’. Ook de aanspreekstijl verschilt: Vlaamse artsen zijn formeler en gebruiken langer “u”, terwijl Nederlandse artsen sneller naar “jij” overschakelen.

Toegang tot zorg

In Vlaanderen zijn er aan de ene kant hogere drempels om zorg te gebruiken dan in Nederland. Werkgevers vragen veelal meer verantwoording, de vraag of een afspraak ook buiten werktijd plaats kan vinden wordt meer gesteld dan in Nederland. Aan de andere kant zijn drempels juist lager, er is vrije toegang tot specialisten (de huisarts vervult geen poortwachtersfunctie) en er is meer commerciële zorg, waarbij patiënten direct betalen voor een consult.

Wat betreft behandelingen is de tendens dat in België er sneller ingezet wordt op behandelingen, waarbij in Nederland er vaker een afwachtend beleid is.

Patiënttevredenheid

Patiënttevredenheid en patiëntbetrokkenheid spelen in zowel Nederland als Vlaanderen een belangrijke rol bij het verbeteren van de kwaliteit en effectiviteit van zorg. Zowel in Nederland als in Vlaanderen worden gestandaardiseerde vragenlijsten gebruikt en worden ervaringen systematisch gemeten, bijvoorbeeld met PREMs, om inzicht te krijgen in de ervaren kwaliteit van zorg.

Toch verschillen de accenten. In Nederland is het zorgstelsel meer marktgericht, waardoor patiëntervaringen en tevredenheidscijfers actief worden gebruikt om zorgaanbieders te vergelijken en keuzevrijheid te ondersteunen (Zorgwijzer, 2020). In Vlaanderen zijn deze metingen minder gekoppeld aan concurrentie en worden ze vaker intern gebruikt voor kwaliteitsverbetering.

Patiëntparticipatie

In beide systemen hebben patiënten wettelijke rechten op informatie, inzage in hun dossier en inspraak in de behandeling. Patiëntbetrokkenheid krijgt in Nederland en



Vlaanderen op een verschillende manier vorm. In Nederland wordt de patiënt actief gestimuleerd om als ‘zorgconsument’ regie te nemen over de eigen zorg. Dit is wettelijk ondersteund en komt onder meer tot uiting in de sterke positie van professioneel georganiseerde patiëntenorganisaties, zoals Patiëntenfederatie Nederland, die een duidelijke en door de overheid gesubsidieerde rol hebben in het zorgbeleid. In Vlaanderen ligt de nadruk eveneens op het versterken van de positie van de patiënt, met name via het concept van patient empowerment, dat gericht is op een meer gelijkwaardige relatie tussen arts en patiënt. Organisaties zoals het Vlaams Patiëntenplatform vertegenwoordigen patiënten, maar de klassieke machtsverhouding tussen de arts (vaak prestatiegebonden) en de patiënt is in de praktijk vaak nog traditioneler dan in Nederland.

Rol van familie en mantelzorger

In zowel Nederland als Vlaanderen is de rol van familie en gemeenschap in de zorg de afgelopen jaren sterk toegenomen door vergrijzing en personeelstekorten, maar de invulling daarvan verschilt duidelijk. Nederland zet sterk in op zelfredzaamheid vanuit de participatiesamenleving, waarbij de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) van burgers verwacht dat zij eerst in hun eigen netwerk naar oplossingen zoeken voordat professionele zorg wordt ingezet. Dit komt terug in het grote aantal mantelzorgers – naar schatting ruim 5 miljoen, ongeveer een derde van de bevolking – en in de relatief beperkte directe financiële ondersteuning, al bestaan er regelingen zoals zorgverlof en de Wet langdurige zorg (Wlz) voor intensieve zorgsituaties (De Klerk et al., 2026). Vlaanderen benadert mantelzorg anders: hier wordt deze vooral gezien als aanvulling op professionele zorg, zoals thuisverpleging en gezinszorg. Via de Vlaamse Sociale Bescherming is er bovendien sprake van wettelijke erkenning en financiële ondersteuning, bijvoorbeeld in de vorm van een mantelzorgpremie, en wordt de stap naar een woonzorgcentrum vaker als een logisch alternatief beschouwd dan in Nederland, waar het streven is om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te blijven wonen (Nivel, z.d.).

Deze verschillen werken ook door in de praktijk. In Nederland zorgen strikte indicatiestellingen en beleid gericht op ‘passende zorg’ ervoor dat familie en burens vaker intensieve zorgtaken op zich nemen, terwijl in Vlaanderen professionele thuiszorgdiensten deze taken structureler overnemen. Ook de samenwerking tussen zorgprofessionals en familie verschilt: in Nederland speelt de specialist ouderengeneeskunde een centrale rol en wordt nauw samengewerkt met mantelzorgers, terwijl in Vlaanderen de huisarts vaak het aanspreekpunt is en de familie meer als ondersteuner fungeert. Door de grote afhankelijkheid van mantelzorg in Nederland ontstaat bovendien vaker overbelasting bij mantelzorgers, wat minder sterk naar voren komt in het Vlaamse systeem waarin professionele ondersteuning een grotere rol blijft spelen (Nivel, z.d.).



Levenskwaliteit en Welzijn

Volgens OECD- en Eurostat-rapporten scoren beide landen hoog op levenskwaliteit. Nederland: hogere individuele levensvoldoening (7,6/10), sterke werk-privébalans en focus op preventie en mentale gezondheid. Vlaanderen: levensvoldoening 7,3/10, sterke gemeenschapszin en vrijwilligerswerk, maar soms langere werkweken en meer terughoudendheid rond mentale gezondheid. De levensverwachting is vergelijkbaar (81–82 jaar). Nederlanders rapporteren vaker een positieve gezondheidservaring, terwijl Vlamingen kritischer zijn en sneller specialistische zorg zoeken (OECD, 2023; Sciensano, z.d.; Vlaamse overheid, z.d.; Eurostat, z.d.).

Migratie en Integratie

Nederland telt ongeveer 25% inwoners met een migratieachtergrond en voert een multicultureel beleid. In Vlaanderen is dit 15–18%, met nadruk op taalverwerving en participatie. Nederland is meer individualistisch, Vlaanderen legt meer nadruk op gemeenschapszin en culturele integratie.

Conclusie

Nederland en Vlaanderen (België) delen historische, taalkundige en culturele overeenkomsten, maar hun verschillen zijn zichtbaar in communicatie, werkcultuur, sociale omgangsvormen, en nationale identiteit. Waar Nederland pragmatisch, direct en egalitair is, hecht Vlaanderen (België) meer waarde aan beleefdheid, hiërarchie en gemeenschapszin. Beide landen bieden een hoge levenskwaliteit, maar met een ander accent: Nederland scoort beter op werk-privébalans en individuele tevredenheid, terwijl Vlaanderen uitblinkt in sociale cohesie en lokale verbondenheid.



Bronvermelding

AVG Helpdesk Zorg. (z.d.). WGBO. <https://www.avghelpdeskzorg.nl/onderwerpen/w/wgbo>

Autoriteit Consument & Markt. (z.d.). Marktordening informatiesystemen en gegevensuitwisseling in de ziekenhuiszorg. <https://www.acm.nl/nl/publicaties/marktordening-informatiesystemen-en-gegevensuitwisseling-de-ziekenhuiszorg>

Autoriteit Persoonsgegevens. (z.d.). *AVG en dossierplicht in de zorg*. [Gezondheidsgegevens in een dossier | Autoriteit Persoonsgegevens](#)

AZ Klina. (2024, 25 maart). Persbericht: AZ Klina stapt over op een nieuw elektronisch patiëntendossier. <https://www.azklina.be/nieuws/persbericht-az-klina-stapt-over-op-een-nieuw-elektronisch-patientendossier>

AZ Klina. (z.d.-a). CoZo – Collaboratief Zorgplatform. <https://www.azklina.be/professional/nuttige-links/cozo>

AZ Klina. (z.d.-b). Gegevensdeling – Patiëntenrechten. <https://www.azklina.be/patient/patientenrechten/gegevensdeling>

Belgische Staat. (1964). Koninklijk besluit van 23 oktober 1964 betreffende de normen waaraan ziekenhuizen en hun diensten moeten voldoen (met latere wijzigingen). Belgisch Staatsblad. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&cn=1964102309

CAAMI. (z.d.). About CAAMI-HZIV. <https://www.caami-hziv.fgov.be/en/members/about-caami-hziv>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022). Geldstromen in de zorg; uiteindelijke financiering, 1998-2022. <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84554NED>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.). *Arbeidsmarkt zorg en welzijn*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn>



ChipSoft. (z.d.). HiX – Elektronisch Patiëntendossier (EPD). <https://www.chipsoft.com/nl-be/hix/elektronisch-patientendossier-hix>

Cumuluz (z.d.) – Sectoroverstijgende databeschikbaarheid voor betere zorg
<https://cumuluz.org>

Data voor gezondheid – European Health Data Space (EHDS)
<https://www.datavoorgezondheid.nl/onderwerpen/e/european-health-data-space>

De Klerk, M., Eggink, E., Schellingerhout, R., & De Boer, A. (2026). *Mantelzorg in beweging: kerncijfers en trends 2014–2024*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
<https://www.scp.nl/publicaties-scp/2026/05/mantelzorg-in-beweging.-kerncijfers-en-trends-2014-2024>

Departement Zorg. (2025). *Eerstelijnszones en zorgraden*. Vlaamse overheid.
<https://www.departementzorg.be/nl/eerstelijnszones-en-zorgraden>

Departement Zorg. (z.d.). *Lokaal sociaal beleid*. Vlaamse overheid.
<https://www.departementzorg.be/nl/lokaal-sociaal-beleid>

Departement Zorg. (z.d.-a). Uw erkenning aanvragen voor een gezondheidsberoep op basis van een diploma uit de EER/Zwitserland. Vlaamse overheid.
<https://www.departementzorg.be/nl/uw-erkenning-aanvragen-voor-een-gezondheidsberoep-op-basis-van-een-diploma-uit-de-eer-zwitserland>

Departement Zorg. (z.d.-b). Ziekenhuiserkenning en regelgeving.
<https://www.departementzorg.be/nl/ziekenhuiserkenning-en-regelgeving>

Digitaal Vlaanderen. (z.d.). *Expertisecentrum interoperabiliteit*. Vlaamse overheid.
<https://www.vlaanderen.be/digitaal-vlaanderen/onze-diensten-en-platformen/expertisecentrum-interoperabiliteit>

European Commission. (2025). European Health Data Space Regulation (EHDS).
https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_en



Europese Commissie. (2005). Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=CELEX:32005L0036>

Eurostat. (z.d.). *Quality of life indicators*. European Commission. <https://ec.europa.eu/eurostat>

Expatica. (2024, 29 februari). Insurance in Belgium: Health, car, home and life. <https://www.expatica.com/be/finance/insurance/insurance-in-belgium-100082>

Expatica. (z.d.). *Belgian culture and etiquette*. Expatica. <https://www.expatica.com/be/living/culture-society/belgian-culture-100/>

Expatica. (z.d.). *Dutch culture and social etiquette*. Expatica. <https://www.expatica.com/nl/living/culture-society/dutch-culture-100/>

FAGG/FarmaInfo. (2026, 14 januari). *Geneesmiddel, voedingssupplement, medisch hulpmiddel of cosmetisch product?* FarmaInfo. <https://farmainfo.be/themas/geneesmiddel-voedingssupplement-medisch-hulpmiddel-of-cosmetisch-product>

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). (2024). Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: Rapport 2024 (KCE Report 376As). Brussel: KCE. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/metadata/hspa/2024/A1.pdf>

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). (z.d.). Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België: Synthese (KCE Report 359As). <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/359as>

FNV. (z.d.). *Feestdagen*. Geraadpleegd op 31 maart 2026, van <https://www.fnv.nl/werk-inkomen/vakantie-vrij-verlof/feestdagen>

FOD Volksgezondheid. (2024). *Wet patiëntenrechten (7 kernrechten; update 2024)*. [Rechten van de patiënt | FOD Volksgezondheid](#)



- FOD Volksgezondheid. (2008). *Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008*. Belgisch Staatsblad.
https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&cn=2008071090
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2023). Ziekenhuizen en facturatie. <https://www.health.belgium.be/nl/ziekenhuizen>
- FOD Volksgezondheid. (2023). *Koninklijk Besluit van 20 september 2023 betreffende de uitoefening van de verpleegkunde*. <https://www.health.belgium.be>
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (z.d.-a). Visum voor een buitenlands diploma. <https://www.health.belgium.be/nl/e-services/visum-voor-een-buitenlands-diploma>
- FOD Volksgezondheid. (z.d.-b). *Visumportaal gezondheidszorg*.
<https://www.health.belgium.be/nl/tools/visumportaal-gezondheidszorg>
- FOD Volksgezondheid. (z.d.-c). *Wetgeving gezondheidszorginstellingen*.
<https://www.health.belgium.be/nl/gezondheidszorginstellingen-wetgeving>
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (z.d.-d). Finhosta [Dataset]. <https://www.health.belgium.be/nl/finhosta>
- Gerken, S., & Merkur, S. (2024). Belgium: Health system summary 2024. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376805/9789289059589-eng.pdf>
- Gezondbelgië. (2025a). Organisatie: Algemene ziekenhuizen. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/organisatie>
- Gezondbelgië. (2025b). Blikvanger Gezondheidszorg – Financiering. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. <https://www.gezondbelgie.be>
- Goffin, T., et al. (2024). *De vernieuwde Wet Patiëntenrechten*. Universiteit Gent.



Goffin, T. (2024). Patiëntenrechten 2.0: Patiëntparticipatie met respect.

Gezondheidsethiek, 5, Artikel e028. <https://doi.org/10.47671/TVG.80.24.028>

Health-RI. (z.d.). European Health Data Space. <https://www.health-ri.nl/en/european-health-data-space-1>

ITEM. (2025, 9 oktober). *360° arbeidsmarkt: Uitdagingen en oplossingen voor het erkennen van beroepskwalificaties in grensregio's*. Institute for Transnational and Euregional cross-border cooperation and Mobility (ITEM).

<https://crossborderitem.eu/publicaties/360-arbeidsmarkt-uitdagingen-en-oplossingen-voor-het-erkennen-van-beroepskwalificaties-in-grensregios/>

KNMG. (2020). *WGBO-wijzigingen 2020 en klachtrecht*. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. [Behandelingsovereenkomst \(WGBO\) | KNMG](#)

KU Leuven. (z.d.). Health insurance. <https://www.kuleuven.be/english/life-at-kuleuven/insurance-social-security/health-insurance>

Lambert, A.-S., Op de Beeck, S., Herbaux, D., Macq, J., Rappe, P., Schmitz, O., Schoonvaere, Q., Van Innis, A. L., Vandenbroeck, P., De Groote, J., Schoonaert, L., Vercruysse, H., Vlaemynck, M., Bourgeois, J., Lefèvre, M., Van den Heede, K., & Benahmed, N. (2025). *Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België: Synthese* (KCE Report 359As). Brussel: KCE.

Ministerie van Financiën. (2019). 3 Uitgaven Budgettair Kader Zorg.

<https://www.rijksfinancien.nl/memorie-van-toelichting/2019/OWB/XVI/onderdeel/d17e58653>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). *Buitenlands diploma*.

BIG-register. <https://www.bigregister.nl/buitenlands-diploma>

NEN. (2017). NEN-EN 15224:2017 nl – Kwaliteitsmanagementsystemen voor zorg en welzijn.



Nictiz. (z.d.). *Interoperabiliteit in de zorg*.

<https://nictiz.nl/wat-we-doen/zorginformatiestelsel/interoperabiliteit/>

Nivel. (z.d.). *Mantelzorgers*. <https://www.nivel.nl/nl/trefwoord/mantelzorger>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing.

https://doi.org/10.1787/health_glance-2023-en

Rijksoverheid. (2016). Het Nederlandse zorgstelsel.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel>

Rijksoverheid. (z.d.-a). Bescherming van medische gegevens.

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/digitale-gegevens-in-de-zorg/bescherming-van-medische-gegevens>

Rijksoverheid. (2024). *Hoofdstuk 10b. Arbeidsmarktkrapte*.

<https://www.rijksoverheid.nl/regering/regeerprogramma/10b-arbeidsmarktkrapte>

Rijksoverheid. (2022). *Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg*.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>

Rijksoverheid. (z.d.-b). Kwaliteit van de zorg.

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/kwaliteitseisen-zorginstellingen>

Rijksoverheid. (z.d.). *Rechten van patiënt en Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg*

(Wkkgz). [Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg \(Wkkgz\) | Kwaliteit van de zorg | Rijksoverheid.nl](#)

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. (z.d.). *Doelmatigheid in de gezondheidszorg*.

<https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/kwaliteitszorg/doelmatigheid-in-de-gezondheidszorg>



- RIVM. (2016). Voordelen voor de patiëntveiligheid van digitalisering in de zorg.
<https://www.rivm.nl/ict-in-zorg/onderzoek-voordelen-digitalisering-in-zorg>
- RIVM. (2021, 1 december). Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
<https://www.rivm.nl/cpt/kwaliteit-wet-en-regelgeving/wetgeving/wgbo>
- RIZIV. (2022). Actieplan eGezondheid 2022-2024.
https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/actieplan_2022_2024_egezondheid.pdf
- RIZIV. (2025). Interfederaal actieplan eGezondheid 2025-2027.
<https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/eggezondheid/interfederaal-actieplan-eggezondheid-2025-2027>
- RIZIV. (z.d.-d). Ziekenhuisfinanciering. <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling>
- RIZIV. (z.d.-e). Nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen.
<https://www.riziv.fgov.be/nl/nomenclatuur>
- RVA. (z.d.). HKZ-certificering in de zorg. <https://www.rva.nl>
- Samenvatting wijzigingen. (2024). *Vertrouwenspersoon en vertegenwoordiging in de Wet patiëntenrechten*. [nl_samenvatting_wijzigingen_wet_patientenrechten.pdf](https://www.rva.nl/samenvatting-wijzigingen-wet-patientenrechten.pdf)
- Sciensano. (z.d.). *Gezondheidsenquête België*. Sciensano. <https://www.sciensano.be>
- Secretariaat-Generaal van de Benelux Unie. (2018). *Gezondheidszorg over de grens: Barrières en opportuniteiten in de Benelux*. Benelux Unie.
https://www.benelux.int/files/1015/1937/2050/1_Gezondheidszorg_over_de_grens_Barrieres_en_opportuniteiten_in_de_Benelux.pdf
- Siebenhofer, P. (2026). *Zorgladder verpleegkundige (België)* [Infographic]. Gegeneerd met ChatGPT (OpenAI).
- Sivonen, S. (2021). *Cross-Border Impact Assessment 2021: Healthcare in cross-border regions*. Institute for Transnational and Euregional cross border cooperation and



Mobility (ITEM). <https://crossborderitem.eu/wp-content/uploads/grefrap21-D4-EN-1.pdf>

Sociale Zekerheid. (z.d.-a). Gezondheid en sociale zekerheid in België.
<https://www.socialsecurity.be>

Vlaamse overheid. (z.d.). *Graduaatsopleiding Basisverpleegkunde*.
<https://www.vlaanderen.be/onderwijs-en-vorming/een-onderwijsinstelling-of-opleiding-kiezen/op-zoek-naar-een-instelling-of-opleiding-in-het-hoger-onderwijs/graduaatsopleiding-basisverpleegkunde>

Vlaanderen.be. (2025). Mutualiteiten en hospitalisatieverzekeringen.
<https://www.vlaanderen.be/gezondheid-en-welzijn>

Vlaamse overheid. (z.d.). *Standaardtaal en taalvariatie*. Vlaanderen.be. .
<https://www.vlaanderen.be>

Vlaamse overheid. (z.d.). Feestdagen. Geraadpleegd op 31 maart 2026, van
<https://www.vlaanderen.be/intern/personeel/verloven-en-afwezigheden/feestdagen>

V&VN. (z.d.). Wet BIG: uitleg, overzicht risicovolle handelingen & meer.
<https://www.venvn.nl/thema-s/wet-en-regelgeving/wet-big>

Wabvpz. (z.d.). *Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg: Elektronische rechten*.

Wauters, A., & Hendrix, J. (2025). Ken je rechten als patiënt: Informatie en tips voor personen met een chronische aandoening. Christine Baelus (Verantw. uitgever).

Werken in de Gezondheidszorg. (2024). *Van HBO5-verpleegkunde naar basisverpleegkunde*. <https://www.werkenindegezondheidszorg.be>

Wessels, K., & van Driesten, G. (2023). *Zó werkt de zorg in Nederland*. De Argumentenfabriek.



Wit-Gele Kruis. (z.d.). Het voorschrift in de thuisverpleging: wanneer wel en wanneer niet.

<https://www.witgelekruis.be/het-voorschrift-de-thuisverpleging-wanneer-wel-en-wanneer-niet>

Zó werkt de zorg. (z.d.). Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de

zorg (Wabvpz). <https://app.zwdz.nl/gehandicaptenzorg/zorgwetten-gehandicaptenzorg>

Zorgnet-Icuro. (2024). *Overzicht wijzigingen Wet patiëntenrechten*. [De wet](#)

[patiëntenrechten. Overzicht van en toelichting bij de nieuwe bepalingen van 2024 |](#)

[Zorgnet-Icuro](#)

Zorgwijzer. (2020, 24 augustus). *Zorgaanbieder zoeken*.

<https://www.zorgwijzer.nl/zorgkompas/zorgaanbieder>

Zorgwijzer. (z.d.). *Vrije artsenkeuze in Nederland*. [Vrije artsenkeuze in zorgverzekering blijft](#)

[voorlopig bestaan - Zorgwijzer](#)

