



COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

Brussel, 17.02.2003  
COM(2003) 73 definitief

**MEDEDELING VAN DE COMMISSIE**

**betreffende de invoering van de Europese ziekteverzekeringskaart**

## Inhoudstabel

Inhoudstabel .....	2
Inleiding .....	3
1. De ziekteverzekeringskaarten: stand van zaken .....	4
1.1. De uiteenlopende uitgangssituaties in de verschillende landen .....	4
1.2. Grensoverschrijdende experimenten .....	6
1.3. De bijdrage van de communautaire politiek .....	6
1.3.1. Het actieplan eEurope 2005 .....	6
1.3.2. Het Netc@rds - project.....	7
1.3.3. Het 6e kaderprogramma voor onderzoek en ontwikkeling .....	7
2. Gemeenschappelijke kenmerken .....	7
2.1. Model .....	7
2.2. Gegevens op de kaart .....	8
2.3. Geldigheidsduur .....	8
2.4. Gebruik van de kaart .....	9
2.4.1. De verzekerde.....	9
2.4.2. De zorgverlener .....	10
2.4.3. De instellingen van de sociale zekerheid .....	11
3. Invoering van de Europese kaart: soepel en geleidelijk.....	11
3.1. Opties in verband met de zichtbare gegevens .....	11
3.1.1. Integratie van de Europese kaart en de nationale kaart(en).....	11
3.1.2. Invoering van een kaart die speciaal ontworpen is voor de mobiliteit binnen Europa ..	12
3.2. Regelingen voor de invoering van de kaart.....	12
3.2.1. De kaart bij de gehele bevolking verspreiden .....	12
3.2.2. De kaart aanmaken op vraag van de verzekerde .....	13
3.3. Tijdschema .....	13
3.3.1. Fase 1: voorbereiding .....	13
3.3.2. Fase 2: verspreiding.....	14
3.3.3. Fase 3: overgang naar een elektronische drager.....	15
Conclusie.....	15
BIJLAGE: Europese Unie .....	16
EVA en enkele kandidaat-landen .....	28

## INLEIDING

Toen de Europese Raad van Barcelona zijn goedkeuring gaf aan het actieplan om de belemmeringen van de geografische mobiliteit tegen het jaar 2005 uit de weg te ruimen, besloot hij tevens een Europese ziekteverzekeringskaart in te voeren. Die kaart zal *“alle formulieren vervangen die momenteel nodig zijn voor medische behandeling in een andere lidstaat”* en zal *“de procedures vereenvoudigen, zonder de bestaande rechten en plichten te wijzigen”*.

De Europese Raad vroeg de Commissie om een voorstel tegen de volgende vergadering van 20 maart 2003 te Brussel.

Het zijn eerst en vooral de burgers die voordeel hebben van deze nieuwe kaart, omdat zij bevrijd worden van de huidige procedures voor het aanvragen van de verschillende formulieren, want al die formulieren worden vervangen door één gepersonaliseerde kaart. Eerst wordt het tijdelijk verblijf in het buitenland gemakkelijker voor de toeristen, want de "E111" is het eerste formulier dat zou worden vervangen, en later volgen de werknemers die naar een ander land gedetacheerd worden (E128), het internationaal wegvervoer (E110), de studenten (E128) en de werkzoekenden (E119).

De gewone burger zal dus makkelijker kunnen genieten van de essentiële voordelen van de coördinatie van de wettelijke ziekteverzekeringsstelsels, die al meer dan dertig jaar geregeld wordt door verordening 1408/71<sup>1</sup>. Wie tijdelijk in een andere lidstaat verblijft, krijgt de dringend noodzakelijke zorgen onder dezelfde voorwaarden als de burgers van die staat. Patiënten die in het land waar zij tijdelijk verblijven ter plaatse moeten betalen, aan de dokter bijvoorbeeld, zullen die kosten veel sneller terugbetaald krijgen van het stelsel waarbij zij aangesloten zijn. De Europese kaart vergemakkelijkt de toegang tot de gezondheidszorg in het bezochte land en biedt de organen die in dat land de gezondheidszorg financieren de garantie dat die patiënt wel degelijk verzekerd is in zijn land van herkomst, en dat zij er kunnen op vertrouwen dat de organen van de andere staat hun vorderingen zullen terugbetalen. Er zijn wel enkele nationale verschillen in het gebruik van kaarten voor de sociale zekerheid en de gezondheidszorg, en men moet rekening houden met het feit dat de sociale zekerheid en de organisatie van de gezondheidszorg tot de bevoegdheid van de lidstaten behoren. Terwijl het uitreiken van kaarten aan de bevolking in sommige landen al gemeengoed is, ook voor zaken die verder gaan dan de vergoeding van medische kosten, is dat in andere landen absoluut niet het geval. Bovendien zijn de kaarten enkel bedoeld voor binnenlands gebruik en is er nog geen grensoverschrijdende dialoog mogelijk (geen “interoperabiliteit”), - met uitzondering van enkele projecten die in de proeffase verkeren.

De invoering van deze Europese ziekteverzekeringskaart in het kader van verordening 1408/71 betreffende de coördinatie van de wettelijke socialezekerheidsregelingen, moet gebeuren op basis van besluiten van de Administratieve Commissie voor de Sociale Zekerheid van Migrerende Werknemers (CASSTM). Die commissie is samengesteld uit vertegenwoordigers van de lidstaten, en is onder meer belast met de bevordering en de ontwikkeling van de samenwerking tussen de lidstaten met het oog op de modernisering van de informatie-uitwisseling tussen de instellingen, om de toekenning en terugbetaling van prestaties te bespoedigen. Verwacht wordt dat de tien kandidaat-landen die op 1 mei 2004

---

<sup>1</sup> Verordening nr. 1408/71 van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen, PB L 149 van 5 juli 1971 (geconsolideerde versie PB L28 van 30 januari 1997, bladzijde 1)

toetreden, na de ondertekening van het toetredingsverdrag op 16 april, als waarnemer de werkzaamheden van de Administratieve Commissie over dit onderwerp zullen bijwonen.

Deze Mededeling heeft als doel de toekomstige werkzaamheden van de Administratieve Commissie te vergemakkelijken. Zij is het resultaat van diepgaand overleg binnen die commissie, als gevolg van de Europese Raad van Barcelona. De lidstaten – en ook de EER-landen, Zwitserland, Slovenië en Tsjechië – hebben een grote bijdrage geleverd door uitvoerige informatie te verstrekken over de situatie op het gebied van bestaande of geplande kaarten in hun eigen land. Al die informatie is bijeengebracht in een overzicht van de stand van zaken in de bijlage bij deze Mededeling.

Dank zij dit voorbereidend werk is de Commissie thans in staat een tijdschema op te stellen met verschillende keuzemogelijkheden voor de uitvoering van de beslissing van Barcelona. In het begin zouden op de Europese kaart, met het blote oog leesbaar, gegevens staan die nodig zijn voor de toekenning en de terugbetaling van medische zorgen in een andere lidstaat dan waar de kaarthouder verzekerd is. Dat sluit niet uit dat die gegevens ook elektronisch op de kaart mogen worden aangebracht, om een grensoverschrijdende interoperabiliteit te doen ontstaan. De invoering van de kaart verloopt geleidelijk, in drie fasen:

- een fase van juridische en technische voorbereiding;
- een tweede fase die begint in 2004 met de lancering van de kaart in twee etappes: eerst enkel de vervanging van formulier E111, vervolgens de andere formulieren voor tijdelijk verblijf;
- en in een derde fase tenslotte worden de formulieren en ook sommige procedures overgezet op een elektronische drager. In sommige grensstreken bestaat zoiets al voor geplande geneeskundige verzorging in een andere land (E112), maar omdat de situatie en de gebruikte technologie van land tot land verschilt, kan niet meteen met deze fase worden gestart, al is dat wel de uiteindelijke bedoeling van het invoeren van een Europese kaart. In verband met de tijdelijke verblijven wordt er in projecten zoals Netc@rds (door de Europese Unie gesteund in het kader van het actieprogramma *eTEN*) onderzoek gedaan naar de technische, administratieve, juridische en financiële aspecten van een grootschalige overgang van papier naar elektronica. In het door de Europese Raad van Sevilla goedgekeurde *eEurope 2005*-plan wordt overwogen de Europese ziekteverzekerskaart als basis te gebruiken voor het bevorderen van een gemeenschappelijke aanpak van de identificatie van de patiënt, en voor het ontwikkelen van nieuwe functionaliteiten zoals een dossier voor medische noodgevallen.

## **1. DE ZIEKTEVERZEKERINGSKAARTEN: STAND VAN ZAKEN**

De grote verschillen binnen Europa zijn te wijten aan het feit dat de organisatie van gezondheidszorg en sociale zekerheid tot de nationale bevoegdheid behoren. Die diversiteit is dus noodgedwongen het uitgangspunt van dit kaartproject en het kan niet de bedoeling zijn naar harmonisatie te streven: de invoering van de kaart moet geleidelijk en soepel gebeuren, en de in het werk gestelde middelen moeten afgestemd zijn op het gekozen doel, dus op het bevorderen van de mobiliteit in de vorm van een tijdelijk verblijf in het buitenland.

### **1.1. De uiteenlopende uitgangssituaties in de verschillende landen**

Hoewel alle landen hun verzekerden op de een of andere manier identificeren, gebruiken ze niet allemaal een systeem van kaarten voor de contacten tussen de gezondheidszorg, de sociale zekerheid en de verzekerde (UK, S, IRL, EL, FIN en de meeste kandidaat-landen). In

enkele landen zijn er al projecten aan de gang (FIN, EL, S, alsook CZ). In andere landen bestaat er nog geen nationale kaart, maar zijn er plannen voor het uitreiken van kaarten door de regio's (E) of door de instellingen van de ziekteverzekering (NL).

In lidstaten waar er wel al ziekteverzekeringskaarten of gezondheidskaarten<sup>2</sup> bestaan (of waar zij binnenkort operationeel of experimenteel worden ingevoerd), zijn de functies van die kaarten zeer uiteenlopend. Een kaart kan bijvoorbeeld

- enkel dienen voor het identificeren van de verzekerde (L),
- of gebruikt worden om de aard van de verworven rechten na te gaan en om de procedures voor betaling of terugbetaling te vereenvoudigen (F, B, D, DK, NL),
- of identificatiegegevens bevatten die toegang geven tot online-diensten (A, I, E, SI),
- of een groter bereik hebben dan alleen sociale zekerheid: kaarten kunnen medische noodgegevens bevatten (FIN, IT), of dienen voor het controleren van de arbeidsstatus in de strijd tegen zwartwerk (B), of toegang verlenen tot openbare diensten zoals bibliotheken (DK) of tot de arbeidsbureaus (E). In IRL dient de nationale kaart voor de uitbetaling van bepaalde sociale uitkeringen, en voor de aanmelding bij het arbeidsbureau;
- en tenslotte zijn sommige landen voornemens om in het kader van de uitbouw van een beveiligd gezondheidsnetwerk ook medische gegevens op te kaart te zetten (ziekten, behandelingen, medische of chirurgische antecedenten,...) (F, NL, SI).

De aard en de omvang van de opgeslagen gegevens hangt uiteraard af van hun doel. Enkele kaarten bevatten alleen de nodige gegevens om de verzekerde te identificeren of eventueel online toegang te krijgen tot informatiebronnen en diensten. Andere bevatten ook inlichtingen over de rechten (zoals basisstelsel waarbij de kaarthouder is aangesloten, eventuele aanvullende verzekering, vergoedingstarieven voor verschillende behandelingen). Momenteel bestaan er nog geen Europese voorschriften in verband met de gegevens die wel of niet op kaarten worden aangebracht.

De aangewende technologieën hangen uiteraard af van de functie van de kaart. Sommige kaarten bevatten een microprocessor (F, D, A, E, NL), andere een geheugenchip (B, SI, D) of een magneetstrip (DK, FIN, IRL, L). Die kaarten zijn dus niet compatibel, al bestaan er wel projecten in die zin (bijvoorbeeld in EL, met het oog de talrijke Europese bezoekers die voor de Olympische Spelen 2004 worden verwacht). Voor het lezen van die kaarten zijn er dan ook verschillende soorten leesapparaten nodig, afhankelijk van de "intelligentie" die ze bevatten, - wat de dialoog (de "interoperabiliteit") tussen de soorten kaarten nog meer bemoeilijkt.

Zowel de technische ontwikkeling als de veranderingen in de zorgsystemen eisen een voortdurende aanpassing. Het datatransmissieprotocol, de netwerkbeveiliging en de cryptografie (*Public Key Infrastructure*) van internet bijvoorbeeld, bieden nieuwe kansen voor de ontwikkeling van online-diensten ten behoeve van alle actoren van de gezondheidszorg<sup>3</sup>. Het Europees landschap is in voortdurende evolutie, zodat een harmonisatie van de technologieën en de functies van de kaarten nauwelijks voorstelbaar is. Alle inspanningen moeten gericht zijn op de "interoperabiliteit" van de kaarten. Dat lijkt de meest realistische

---

<sup>2</sup> Bijlage 1 is een overzicht van de verschillende nationale situaties, opgesteld op basis van inlichtingen die verstrekt zijn door de lidstaten + Zwitserland, Slovenië en Tsjechië.

<sup>3</sup> Zie het rapport "*Smart Cards as Enabling Technology for Future-Proof Healthcare: A Requirements Survey*" gepubliceerd in november 2002 door de "Smart Card Charter" in het kader van het initiatief "eEurope Smart Card"

oplossing, die bovendien het best geschikt is met het oog op de via verordening 1408/71 nagestreefde coördinatie van de nationale socialezekerheidsstelsels.

## 1.2. Grensoverschrijdende experimenten

In de grensstreken is het meestal niet zozeer de bedoeling om de toegang tot de zorgen te vergemakkelijken in het kader van een tijdelijk verblijf (dus het vergoeden van de verstrekkingen), als wel om te streven naar coördinatie van het medisch aanbod. Daarom betreffen sommige experimentele projecten vooral het realiseren van een eenvoudiger en gemakkelijker toegang tot de geplande zorgen.

**Euregio Maas-Rijn:** op initiatief van twee ziekenfondsen, de ene in Duitsland en de andere in Nederland, krijgen personen die in Nederland verzekerd zijn, sedert 2000 een specifieke ziekteverzekeringskaart die qua techniek overeenstemt met de Duitse verzekeringskaart en die toegang geeft tot de gezondheidszorg in de Duitse grensstreek. Dat is wederzijds, want personen uit de Duitse grensstreek kunnen hun Duitse kaart gebruiken bij zorgverleners in die zone in Nederland.

**Baden-Württemberg - Vorarlberg:** dank zij een akkoord tussen de organen van de ziekteverzekering aanvaarden de Oostenrijkse zorgverleners de Duitse kaart in plaats van formulier "E111".

**Transcards:** om het Franse Thiérache en het Belgische Henegouwen te ontsluiten, biedt een overeenkomst tussen de Franse en Belgische sociale zekerheid sedert mei 2000 aan de bewoners van de grensgebieden (150 000 personen) de mogelijkheid om hun nationale kaart te gebruiken voor behandeling in een ziekenhuis aan de overkant van de grens, in de buurt van hun woonplaats. Er is geen voorafgaande toestemming vereist, zij hoeven enkel een identiteitsbewijs en de kaart van de sociale zekerheid voor te leggen (Belgische SIS kaart of Franse VITALE kaart), en het ziekenhuis maakt automatisch op basis van die kaart een formulier E112 aan.

**Netlink:** sedert oktober 2001 kunnen de ziekenhuizen van Baden-Württemberg de VITALE-kaart van hemodialysepatiënten uit de Elzas lezen, en op grond daarvan een E112 formulier opstellen.

## 1.3. De bijdrage van de communautaire politiek

### 1.3.1. Het actieplan *eEurope 2005*

Het door de Europese Raad van Sevilla in juni 2002 goedgekeurde actieplan *eEurope 2005* zal op basis van de toekomstige Europese ziekteverzekeringskaart die in het leven geroepen werd door de Europese Raad van Barcelona, verder bouwen aan de Europese samenwerking op het gebied van de elektronische gezondheidskaarten. Zo wordt in het hoofdstuk over de "eHealth" de definitie vastgelegd van een gemeenschappelijke aanpak van de patiëntenidentificatie (*identifier*) en van de architectuur van een "elektronisch medisch dossier" dank zij het standaardisatiewerk dat met name door het *eTen* – program wordt ondersteund.

Daarbij wordt voortgebouwd op hetgeen al gerealiseerd is door het *smartcard-initiatief* in het kader van *eEurope 2002*. Dat initiatief beoogt de *verspreiding van smartcards in geheel Europa, rekening houdend met de behoeften van burgers en ondernemingen*. Een aanbeveling in het *Smart Card Charter* luidt dat de aandacht bij de ontwikkeling van gezondheidskaarten in de eerste plaats moet gaan naar de rol van die kaarten als onderdeel van de infrastructuur van een beveiligd netwerk, door bijvoorbeeld online toegang te verlenen tot het administratief en medisch dossier van de patiënt. Hun rol bij de opslag van medische en administratieve gegevens zou dus eerder beperkt zijn.

In deze context is de creatie van een Europese ziekteverzekeringskaart een essentiële stap bij de eventuele ontwikkeling van nieuwe diensten of functionaliteiten die gebruik maken van

informatietechnologieën, bijvoorbeeld het opslaan van medische gegevens op een smartcard of een beveiligde toegang tot het medische dossier, dank zij de identifier van de verzekerde.

### *1.3.2. Het Netc@rds - project*

In het kader van de politiek van transeuropese netwerken (RTE)<sup>4</sup> is *eTEN* een communautair actieprogramma dat steun wil geven aan de transeuropese ontplooiing van diensten gebaseerd op telecommunicatienetwerken, en dat de openbare dienstverlening wil bevorderen met het oog op een betere sociale en territoriale samenhang.

Zo steunt dat programma onder meer de eerste fase van het Netc@rds project dat in 2002 voor de duur van 12 maanden gelanceerd werd door vier lidstaten (Griekenland, Duitsland, Oostenrijk, Frankrijk). Het betreft de vervanging van de papieren formulieren E111 en E128 door elektronische transfers op basis van gegevens die aangebracht zijn op de bestaande nationale kaarten en/of op basis van gegevens die online beschikbaar zijn. Dat project verloopt binnen het bestaande juridisch en technisch kader, en houdt dus rekening met de verschillende types van kaarten en met de nationale projecten terzake.

In de eerste fase van dit project zou een “investeringsplan” opgesteld worden, met vermelding van alle technische, administratieve, juridische en financiële modaliteiten voor de tweede fase, waarin dan voor het eerst elektronische kaarten die formulieren bevatten, zullen worden verspreid. In een derde fase zal de ontplooiing van die kaarten verder gaan.

De verschillende fasen van dit project dragen op die manier bij aan het voorbereidend technisch en juridisch werk voor de uitvoering van het besluit van Barcelona.

### *1.3.3. Het 6e kaderprogramma voor onderzoek en ontwikkeling*

Het 6e kaderprogramma streeft naar meer inzicht in sommige aspecten van de mobiliteit van patiënten binnen de Europese Unie. Het betreft de manier waarop de gezondheidssystemen reageren op het verblijf in een andere lidstaat, ook in verband met de terugbetaling, - de ontwikkeling van scenario's voor een grensoverschrijdend zorgaanbod, en de perspectieven voor grensoverschrijdende patiëntenstromen in een verruimde Unie.

## **2. GEMEENSCHAPPELIJKE KENMERKEN**

Er zijn gemeenschappelijke kenmerken nodig opdat de Europese kaart herkenbaar en bruikbaar zou zijn in alle lidstaten. Het gaat vooral om de aard van de aanwezige informatie, om de presentatie die zodanig moet zijn dat de kaarten leesbaar zijn ongeacht de taal van de gebruiker, en om een Europees model.

### **2.1. Model**

Er is een gemeenschappelijke modelkaart nodig met een Europees merkteken (bijvoorbeeld een logo die de Europese mobiliteit symboliseert), zodat die kaart voor alle actoren van de gezondheidszorg onmiddellijk herkenbaar is, ongeacht de verblijfplaats van de kaarthouder.

Bij het opstellen van het Europees model zijn er drie eisen:

- elke lidstaat kiest vrij voor ofwel het aanbrengen van een Europese kant op zijn nationale kaart, ofwel een afzonderlijke Europese kaart; dat laatste biedt natuurlijk meer vrijheid en flexibiliteit bij het ontwerpen van het model;

---

<sup>4</sup> Verordening EG 2236/95 gewijzigd bij verordening EG 1655/97

- als gekozen wordt voor een gecombineerde kaart moet het model aangepast zijn aan de verschillende technologieën (met magneetstrip of chip).
- als gekozen wordt voor een specifieke Europese kaart, moet er al van bij het ontwerp rekening gehouden worden met het feit dat er uiteindelijk een elektronische drager in de vorm van een chip op wordt aangebracht.

## **2.2. Gegevens op de kaart**

Om de leesbaarheid van de toekomstige kaart niet in het gedrang te brengen, mag zij enkel gegevens bevatten die onmisbaar zijn voor de toekenning van de verstrekkingen en voor de terugbetaling aan het orgaan van de verblijfplaats. Die essentiële gegevens staan nu al op de papieren E111, maar sommige van die gegevens zijn intussen overbodig geworden. De Commissie stelt voor op de Europese kaart enkel de volgende gegevens aan te brengen (lijst opgesteld door de Administratieve Commissie):

- naam en voornaam van de kaarthouder,
- identificatienummer van de kaarthouder,
- geldigheidsduur van de kaart,
- ISO – code van de lidstaat van verzekering,
- identificatienummer van het bevoegd orgaan, of de naam ervan,
- volgnummer van de kaart, om te kunnen controleren of de gegevens van de kaart overeenstemmen met de gegevens onder hetzelfde volgnummer bij het bevoegd orgaan, om fraude te vermijden.

Landen die een onderscheid maken tussen verschillende soorten rechten (bijvoorbeeld enkel ziekenhuisopname, of alle medische zorgen) kunnen dat op de kaart vermelden.

Aangezien de Europese kaart in de eerste fase enkel het formulier E111 vervangt, moet er volgens de huidige versie van verordening 1408/71 een onderscheid worden gemaakt tussen de oude formulieren "E111" en "E111+", om geen rechten te ontnemen aan een van de categorieën van verzekerden. De titularissen van een ouderdomspensioen of een invaliditeitspensioen hebben bij tijdelijk verblijf in een andere lidstaat immers recht op alle noodzakelijke zorgen, niet enkel op zorgen die “dringend noodzakelijk” zijn.

Tot slot moet ook de presentatie van deze gegevens gestandaardiseerd worden zodat de overeenstemmende velden kunnen worden gelezen, ongeacht de taal van de kaarthouder.

## **2.3. Geldigheidsduur**

Bij de beslissing over de geldigheidsduur van de Europese kaart moet men rekening houden met twee aspecten. Enerzijds kunnen lidstaten beslissen hun eigen ziekteverzekeringskaart die al een vastgelegde geldigheidsduur heeft, verder te gebruiken, en het model van de Europese kaart op de keerzijde aan te brengen. Anderzijds moet men bij het vastleggen van de geldigheidsduur rekening houden met een dubbele doelstelling: ten eerste de mobiliteit bevorderen en de procedures verlichten, ten tweede oneigenlijk gebruik en fraude vermijden.

In het vooruitzicht van een vervanging van alle formulieren voor tijdelijk verblijf, moet de geldigheidsduur bovendien realistisch en efficiënt zijn, zowel voor de rechten van de kaarthouder betreft als in het belang van socialezekerheidsorganen en de zorgverleners.



In die context is de Commissie op grond van de besprekingen in de Administratieve Commissie tot de conclusie gekomen dat die uiteenlopende belangen enkel verzoenbaar zijn als de lidstaten zelf de geldigheidsduur mogen kiezen van de Europese kaarten die zij uitreiken. Die flexibiliteit moet dan wel gepaard gaan met de toepassing van het principe van de verantwoordelijkheid van de lidstaat die de kaart uitreikt, om de juridische zekerheid en de geloofwaardigheid van de kaart te garanderen.

Twee belangrijke gevolgen daarvan:

- het orgaan dat de kaart heeft uitgereikt, moet in elk geval aan het bevoegd orgaan van het land van verblijf de verstrekkingen terugbetalen die op grond van een geldige kaart zijn verleend,
- om fraude en misbruik van de kaart te voorkomen moet de staat die de kaart uitreikt alle nodige maatregelen nemen, zoals gerechtelijke vervolging en bestraffing van de daders.

Wat dat laatste betreft: de huidige papieren formulieren die meestal met de hand zijn ingevuld, zijn veel fraudegevoeliger dan een gestandaardiseerde kaart, en het risico zal nog verminderen met de komst van elektronische kaarten.

## **2.4. Gebruik van de kaart**

Bij een ziekteverzekeringskaart zijn er drie spelers: de verzekerde, de zorgverleners (artsen, ziekenhuizen, medisch personeel,...) en het orgaan van de sociale zekerheid van het land van verzekering en van het land van verblijf, dat aan het land van verzekering de terugbetaling zal vragen van de gemaakte kosten.

### *2.4.1. De verzekerde*

De invoering van een kaart moet in de eerste plaats de verzekerde tot voordeel strekken. Hij hoeft dan niet meer voor elke reis naar een andere lidstaat een nieuw formulier bij zijn bevoegd orgaan aan te vragen, en geniet onder de beste voorwaarden van de voordelen van de Europese coördinatie van wettelijke socialezekerheidsstelsels.

Elke verzekerde moet een persoonlijke kaart ontvangen, - geen gezinskaart, want het is mogelijk dat één persoon van het gezin tijdelijk alleen naar het buitenland gaat (zakenreis, schoolreis,...).

In het begin wordt de kaart gebruikt zoals het huidige E111 formulier, dus voorgelegd aan de zorgverlener of aan het socialezekerheidsorgaan van de verblijfplaats.

Maar als het de bedoeling is dat de Europese kaart echt tot eenvoudiger procedures leidt, zijn er nog twee maatregelen nodig, die wel een wijziging eisen van verordening 1408/71 en toepassingsverordening 574/72:

- *gelijke rechten voor alle categorieën van verzekerden.* Nu voorziet verordening 1408/71 verschillende situaties waarin verzekerde personen recht kunnen hebben op gezondheidszorg gedurende een tijdelijk verblijf in een andere lidstaat. De omvang van die rechten verschilt naargelang van de categorie: een verzekerde kan in het land van verblijf recht hebben op ofwel de “*dringend noodzakelijke*” zorgen, ofwel op de “*noodzakelijke*” zorgen.

In de praktijk hebben alle personen die verzekerd zijn krachtens de wetgeving van een lidstaat (met uitzondering van de staatsburgers van derde landen), en hun gezinsleden, recht op de “*dringend noodzakelijke*” zorgen. De “*noodzakelijke*”

zorgen daarentegen zijn voorbehouden aan de titularissen van een ouderdoms- of invaliditeitspensioen (E111 met speciale vermelding), de studenten (in de staat van studie, met een E128), de gedetacheerden en de zeelieden en anderen (E128), de werknemers van het internationaal vervoer (E110), de werklozen die in een andere lidstaat werk gaan zoeken (E119) en de werknemers en zelfstandigen die slachtoffer waren van een arbeidsongeval of beroepsziekte (E123).

Die verschillen maken de invoering van een Europese kaart weliswaar niet onmogelijk, maar toch ingewikkeld en duur, want daardoor zijn er speciale kentekens nodig om de “categorie” van de verzekerde te identificeren, wat tevens de procedures voor het verifiëren van de rechten tussen de socialezekerheidsorganen bemoeilijkt. De Commissie heeft in het kader van de modernisering en vereenvoudiging van verordening 1408/71 een gelijkschakeling van de rechten voorgesteld, zodat alle verzekerden die tijdelijk in een andere lidstaat verblijven de “medisch noodzakelijke zorgen” kunnen krijgen, ongeacht de reden van hun verblijf. Door het politiek akkoord dat de Raad van Ministers van Sociale Zaken op 3 december 2002 bereikte over het hoofdstuk “ziekte” van verordening 1408/71, is de weg geëffend voor een specifiek voorstel tot gelijkschakeling van de rechten.

- *afschaffen van bepaalde formaliteiten die aan de verzekerde worden opgelegd naast het overleggen van het formulier voor het krijgen van zorgen in een andere dan de bevoegde lidstaat.*

Bepaalde lidstaten hebben aan de formulieren nog specifieke instructies toegevoegd, die verder gaan dan het voorleggen van het formulier als de verzekerde bij een tijdelijk verblijf in een andere lidstaat medische hulp nodig heeft. Zo moet de verzekerde soms bij een socialezekerheidsorgaan langsgaan vooraleer hij een beroep kan doen op een zorgverlener. Die verplichting getuigt van weinig realiteitszin als het gaat om mensen die slechts kort in een ander land verblijven; eigenlijk is het zelfs een belemmering van de toegang tot de gezondheidszorg en het vrij verkeer van personen. Veel staten zien nu al af van een sanctie bij het niet-naleven van dit soort procedure. Veel patiënten zijn niet eens op de hoogte van deze verplichting, en denken dat het bezit van een formulier volstaat om medische zorgen te krijgen in het land waar zij tijdelijk verblijven.

De Commissie zal in de nabije toekomst een voorstel indienen om verordening 574/72 in die zin te wijzigen.

#### *2.4.2. De zorgverlener*

Dank zij de kaart zal de zorgverlener geen slecht ingevulde, nauwelijks leesbare of moeilijk te begrijpen formulieren meer in handen krijgen, zoals nu maar al te vaak gebeurt. Door de standaardisering van de velden – met zichtbare gegevens – beschikt hij onmiddellijk over leesbare en duidelijke gegevens.

Voor hij de kaart aan de verzekerde teruggeeft mag de zorgverlener er een fotokopie van maken, of eventueel de gegevens voor de identificatie van de verzekerde en zijn bevoegd orgaan noteren op een nationaal document, wat vergemakkelijkt wordt door de standaard layout. Het gebruik van de nieuwe kaart mag in geen geval leiden tot extra kosten of bijkomend administratief werk voor de zorgverlener.

De invoering van een elektronisch systeem schakelt al deze manuele ingrepen uit en maakt de procedure voor de zorgverlener nog gemakkelijker.

### *2.4.3. De instellingen van de sociale zekerheid*

In de eerste fase moet de kaart, in een gestandaardiseerde en met het oog leesbare vorm, alle gegevens bevatten die het orgaan van de verblijfplaats nodig heeft om bij het bevoegd orgaan de terugbetaling aan te vragen. Dat zou het aantal afgewezen vorderingen moeten verminderen. De gegevens zullen immers leesbaarder en nauwkeuriger zijn dan op de huidige formulieren, die vaak nog met de hand worden opgesteld. Ook hier zou de overgang naar een elektronische drager de procedures moeten vereenvoudigen, door het verminderen van de kans op fouten, afwijzing van terugbetaling, fraude of misbruiken.

Door de rechten gelijk te schakelen wordt het beheer van de terugbetaling tussen de organen nog eenvoudiger, want het in de huidige papieren formulieren bestaande verschil tussen de categorieën van verzekerden wordt opgeheven.

## **3. INVOERING VAN DE EUROPESE KAART: SOEPEL EN GELEIDELIJK**

De Europese Raad van Barcelona wenste een sterk signaal ten gunste van de mobiliteit van de Europese burger. Daarom stelt de Commissie een scenario voor dat op drie pijlers rust: de vrije keuze van het soort kaart, soepele modaliteiten voor de invoering, en een driestappenplan.

Dit scenario respecteert ten volle de bevoegdheid van de lidstaten op het gebied van de organisatie en de werking van hun stelsels van gezondheidszorg en sociale zekerheid, met name voor wat de ziekteverzekeringskaarten betreft. De lidstaten moeten derhalve ook zelf zorgen voor een degelijke financiering, afhankelijk van hun eigen keuzes.

### **3.1. Opties in verband met de zichtbare gegevens**

Wat het type kaart betreft, zijn er twee mogelijkheden: ofwel de Europese kaart aanbrengen op de bestaande nationale kaart, ofwel een nieuwe kaart. Maar het feit dat de Europese kaart in het begin ook informatie moet bevatten die met het oog leesbaar is, maakt de integratie op een nationale kaart een stuk ingewikkelder.

#### *3.1.1. Integratie van de Europese kaart en de nationale kaart(en)*

Dat betekent dat men moet voldoen aan de technische specificaties en het model zoals hierboven uiteengezet, én zich tegelijkertijd moet aanpassen aan de technologie (magneetstrip, chips, reliëfdruk) van de nationale kaarten, - waarvan sommige bovendien nu al beide kanten gebruiken.

Naast die restricties, moeten er nog andere kwesties worden opgelost:

- als het elektronische kaarten betreft, moeten de gegevens van de Europese kaart erop worden geladen, en diezelfde gegevens moeten ook nog eens zichtbaar aangebracht zijn op de Europese kant van de kaart. Zo kan men in het land of de streek van verblijf eventueel een kaartlezer gebruiken, zonder daardoor in andere gevallen het visueel aflezen te beletten. De Administratieve Commissie moet dan ook nog het elektronische formaat van de op de Europese kaart geladen gegevens vastleggen.
- nationale kaarten zijn meestal vrij lang geldig. Als men met het aanbrengen van de Europese informatie op de keerzijde wacht tot de nationale kaart aan verlenging toe is, kan het dus lang duren voor alle kaarten aangepast zijn, - behalve door veel geld uit te geven om meteen alle kaarten te vervangen. Er zijn verschillende mogelijkheden om de aanpassing te bespoedigen: een zelfklever aanbrengen in afwachting van de normale

verlenging van de kaart, of de Europese kaart enkel uitgeven “op verzoek” van de verzekerde. In elk geval hangt die kwestie ook samen met de geldigheidsduur van de Europese kaart, want de nationale en de Europese kant van een en dezelfde kaart kunnen moeilijk elk een andere einddatum hebben<sup>5</sup>.

- ook moeten de verzekerden goed ingelicht zijn over het juiste gebruik van de twee kanten van hun kaart, die elk een ander doel hebben. De dekking die de nationale kaart aan een sociaal verzekerde biedt verschilt van die van de Europese kaart. Met een Europese kaart heeft men bij een tijdelijk verblijf in een ander land enkel recht op gezondheidszorg onder de voorwaarden die vastgelegd zijn in de coördinatieverordening 1408/71.

### *3.1.2. Invoering van een kaart die speciaal ontworpen is voor de mobiliteit binnen Europa*

Die oplossing biedt tal van voordelen. Een speciale Europese ziekteverzekeringskaart lijkt beter en duidelijker te beantwoorden aan de opdracht van de Europese Raad. Zij kan bijvoorbeeld enkel uitgereikt worden aan personen die op reis gaan in de Gemeenschap. Een afzonderlijke Europese kaart zou bepaalde technische moeilijkheden uit de weg gaan, zoals het niet-samenvallen van de geldigheidsduur van de twee kanten van een “Europees/nationale” kaart. Ook zijn er dan geen manke overgangsmaatregelen meer nodig zoals het aanbrengen van zelfklevers. Het bestaan van een specifieke Europese kaart belet niet dat landen of streken die al met elektronische kaarten werken, de gegevens van die Europese kaart ook kunnen laden op de chip van hun nationale kaart, voor meer gebruiksgemak in andere landen of streken die compatibele systemen bezitten.

## **3.2. Regelingen voor de invoering van de kaart**

Er zijn twee mogelijkheden: ofwel wordt de Europese ziekteverzekeringskaart aan de gehele bevolking verstrekt, of zij wordt naargelang van de behoefte uitgereikt aan hen die erom vragen. Die kaart is immers bedoeld voor tijdelijk verblijf (vakantie, wegtransport, studies, detachering) en is dus meestal niet bestemd voor dagelijks gebruik.

### *3.2.1. De kaart bij de gehele bevolking verspreiden*

Als deze oplossing gekozen wordt, moet elke verzekerde al een kaart in zijn bezit hebben vóór die van kracht wordt, dat wil zeggen vóór de datum waarop de papieren formulieren in die lidstaat worden afgeschaft. De Europese kaart kan dan massaal uitgedeeld worden in de tijd die voorafgaat aan het tijdstip van het van kracht worden van de kaart en aan de algemene afschaffing van de papieren formulieren. Door zo’n “big bang” operatie worden de verzekerden zich maximaal bewust van de voordelen van de Europese kaart. Wel is dat zéér duur, behalve als de lidstaat zou beslissen om tegelijkertijd een nationale kaart uit te geven. De ervaring in veel lidstaten leert dat het ook na een grondige voorbereiding meestal meer dan een jaar duurt om de verspreiding volledig af te ronden.

Ook kan de Europese kant geïntegreerd worden ter gelegenheid van het aanmaken van een nieuw exemplaar van de nationale kaart, bijvoorbeeld als de geldigheidsduur verstreken is, of omdat ze gestolen werd of zoek is geraakt, of omdat ze door een of ander onbruikbaar is

---

<sup>5</sup> De geldigheidsduur van de nationale kaarten is langer dan die van het huidige formulier E111. De in 2003 uit te reiken nieuwe Belgische SIS-kaarten zullen bijvoorbeeld 10 jaar geldig zijn, en die datum wordt enkel in de chip aangebracht (en is dus niet met het blote oog zichtbaar), - terwijl de basisrechten van de Franse SESAM-VITALE en van de Deense kaart onbeperkt van duur zijn.

geworden. Uiteindelijk zou dan toch de gehele bevolking die kaart bezitten. Deze methode is goedkoper, maar het kan lang kan duren voor alle kaarten vernieuwd zijn, want sommige lidstaten vervangen per jaar nog geen 5% van de kaarten.

### *3.2.2. De kaart aanmaken op vraag van de verzekerde*

Die doelgerichte oplossing biedt de beste kansen om de deadline van 1 juni 2004 te halen die in deze Mededeling is voorgesteld voor het invoeren van een Europese kaart en voor de afschaffing van de formulieren. Vanaf de datum van het van kracht worden van de Europese kaart en de algemene intrekking van de formulieren kan, op uitdrukkelijk verzoek van de verzekerde, door de instelling waarbij hij aangesloten is een kaart worden aangemaakt.

Als men kiest voor het aanbrengen van een Europese kaart op een nationale kaart, dan moet ofwel een kaart worden uitgegeven in overeenstemming met het nieuwe formaat, of er moet een zelfklever op worden aangebracht.

## **3.3. Tijdschema**

Toen de Europese Raad van Barcelona besliste tot het invoeren van een Europese kaart in vervanging van de verschillende formulieren, vroeg hij aan de Commissie om in 2003 een voorstel voor te leggen. In verband met de bovenstaande elementen lijkt een kalender die onderverdeeld is in drie fasen, *voorbereiding - verspreiding - overgang naar elektronische drager*, daarvoor het best geschikt.

### *3.3.1. Fase 1: voorbereiding*

Nadat de Europese Raad van Barcelona besliste een Europese kaart in te voeren, werden - na intensief overleg met de belangrijkste actoren van de coördinatie van de wettelijke socialezekerheidsstelsels - de taken vastgelegd die zeker moeten worden uitgevoerd vóór de eigenlijke lancering van de kaart.

1. Rekening houdend met de in Barcelona vastgelegde termijnen, stelt de Commissie voor dat de Administratieve Commissie alle aandacht zou toespitsen op de vervanging van enkel en alleen formulier E111 door een Europese kaart. De beslissingen over administratieve en technische modaliteiten in verband met de invoering van een Europese kaart moeten genomen worden vóór de zomer van 2003; de kaart moet met het blote oog leesbaar zijn, maar al van in het begin moeten landen die dat wensen een elektronische kaart kunnen invoeren.

De Administratieve Commissie dient onder meer een lijst op te stellen van gegevens die niet alleen zichtbaar maar, onmiddellijk of iets later, ook elektronisch op de kaart moeten staan. Ook moet zij het model van de Europese kaart definiëren, met gemeenschappelijke kentekenen.

Rekening houdend met de tijd die nodig is voor de technische en administratieve voorbereiding, stelt de Commissie **1 juni 2004** voor als datum voor het vervangen van formulier E111. Lidstaten die nu nog geen gebruik maken van kaarten in hun gezondheidszorg zouden tijdens een overgangperiode toch nog papieren formulieren E111 mogen gebruiken. Die zullen dan gedurende de door de betrokken lidstaten vast te leggen overgangperiode ook door de andere lidstaten worden aanvaard.

Sommige lidstaten zullen het moeilijk vinden om al op 1 juni 2004 een kaart in te voeren, zelfs als zij dat in het begin alleen doen op verzoek van een verzekerde die voor korte tijd naar het buitenland trekt. Een overgangperiode kan vermijden dat er

onredelijke verplichtingen en kosten ontstaan. Een vervelend gevolg van die soepelheid is echter dat in het land van verblijf een “dubbel circuit” van Europese kaarten en E111-formulieren ontstaat, ook als dat land zelf geen overgangperiode heeft gevraagd. Ook lidstaten die besloten hebben de Europese kaart op 1 juni 2004 in te voeren zullen, afhankelijk van het land van herkomst van de bezoekers, met een asymmetrisch tweesporensysteem moeten werken, wat enigszins afbreuk doet aan de van de Europese kaart verwachte voordelen. Daarom moeten de overgangperiodes kort zijn, in geen geval langer dan 18 maand

2. Als gevolg van het akkoord dat tijdens de Raad van 3 december 2002 is bereikt, zal de Commissie voorstellen om verordening 1408/71 zodanig te wijzigen dat de rechten van alle categorieën van verzekerden (gepensioneerden, studenten, werknemers, zelfstandigen) gelijkgeschakeld worden in die zin dat allen recht hebben op de “medisch noodzakelijke zorgen”.
3. De Commissie zal ook een wijziging voorstellen van verordening 574/72 in verband met het afschaffen van de bijkomende formaliteiten die momenteel nog geëist worden bovenop het voorleggen van een formulier in de lidstaat van tijdelijk verblijf. De verzekerde die op bezoek is in een lidstaat moet daar geneeskundige hulp kunnen krijgen aan het normale tarief, zodat er achteraf geen moeilijkheden ontstaan bij de terugbetaling van de verstrekkingen die hij in de andere lidstaat heeft ontvangen.
4. In 2004 dient de Administratieve Commissie werk te maken van de goedkeuring van een aantal besluiten betreffende de vervanging van alle andere formulieren in verband met een tijdelijk verblijf. Het feit dat de vervanging van het papieren E111 formulier dan al voltooid zal zijn, maakt deze stap gemakkelijker.
5. Tezelfdertijd zullen de technische specificaties voor de overgang van de formulieren naar een elektronische drager onderzocht worden op basis van de resultaten van de eerste fase van het project Netc@rds. De modaliteiten voor het registreren en lezen van elektronische gegevens moeten gedefinieerd worden met het oog op een eventuele elektronische verwerking van de procedures voor de toegang tot de gezondheidszorg op de plaats van verblijf en voor de vergoeding van de kosten van die verstrekkingen.

### 3.3.2. Fase 2: verspreiding

De verspreiding van de Europese kaart kan in twee fasen gebeuren:

1. Tijdens de eerste fase, die start op *1 juni 2004*, wordt de kaart ingevoerd als vervanging van het formulier E111. Vanaf dan worden de papieren formulieren niet meer door de andere lidstaten erkend, behalve tijdens de eventuele overgangperiode.

In dat geval zouden de andere lidstaten wel nog papieren E111 formulieren aanvaarden tot het eind van de overgangperiode.

2. De tweede fase die afloopt *ten laatste op 31 december 2005* betekent het einde van de overgangperiodes, en de volledige vervanging van alle formulieren die gebruikt worden voor een tijdelijk verblijf.

Zo komt er een einde aan de dubbele omloop van kaarten en formulieren. Vanaf dan krijgen de verzekerden in principe enkel nog met een Europese

ziekteverzekeringskaart toegang tot de medische verzorging in een andere lidstaat in het kader van een tijdelijk verblijf.

### *3.3.3. Fase 3: overgang naar een elektronische drager*

De vervanging van de formulieren door de Europese kaart, de vereenvoudiging van de procedures, de gelijkschakeling van de rechten, en de proefprojecten in verband met de dialoogmogelijkheden (interoperabiliteit) tussen verschillende elektronische kaarten, vormen een samenhangend geheel dat pas volledig tot ontplooiing kan komen als het gebruik van elektronische dragers veralgemeend wordt en als de formulieren en procedures automatisch worden beheerd. De overgang naar een elektronische drager vormt de derde fase, waarvan de timing niet alleen afhangt van de beoordeling van de fase 2 die in 2008 voltooid kan zijn (twee jaar na het eind van de tweede fase en de overgangperiode), maar ook van de resultaten van de eerste fase van het project Netc@rds.

Tijdens die laatste fase kan onderzocht worden of er op de Europese kaart een functionaliteit kan worden opgenomen in verband met de persoonlijke gezondheidstoestand, bijvoorbeeld medische gegevens voor noodgevallen, of gegevens in verband met behandelingen van de persoon in kwestie.

### **CONCLUSIE**

De Europese ziekteverzekeringskaart is een ambitieus project ten dienste van een echt Europa van de burgers. Die kaart is gebaseerd op een rijke waaier van ervaringen in tal van landen, en de Commissie gelooft dat deze Europese ziekteverzekeringskaart vanaf 2004 een gemakkelijk, praktisch en soepel instrument zal zijn. Het in deze Mededeling gepresenteerde scenario voor de invoering van de kaart, en met name het driefasenplan – *voorbereiding / verspreiding / overgang naar elektronische drager* – is samen met de bijbehorende kalender een duidelijk bewijs van deze ambitie.

## BIJLAGE

### EUROPESE UNIE

	België	Denemarken	Duitsland	Griekenland	Spanje	
<b>Naam van de kaart / van het project</b>	Carte SIS / SIS kaart: Sociale identiteitskaart	Sygesikringsbeviset (Socialezekerheidskaart)	Versicherten-karte (Verzekeringskaart)	AMKA-EMAES (opzetten van een nationaal socialezekerheidsregister)	TASS Tarjeta de Afiliacion de la Seguridad Social (Socialezekerheidslidkaart)	TSI Tarjeta Sanitaria Individual (ziekteverzekeringskaart)
<b>Doel van de kaart</b>	Multifunctionele kaart; de zichtbare gegevens en de PDBF zijn bruikbaar voor de sociale zekerheid, de gezondheidszorg, de werkgever en de fiscus; de gegevens van de SFDF bestanden kunnen enkel gelezen worden met behulp van een kaart voor zorgverleners met een SAM (bijvoorbeeld het ziekenfonds, de zorgverleners en de sociale inspectie)	Verklaring inzake het recht op verstrekkingen bij ziekte. Dient ook als reisverzekering (ziekte). Kan verder gebruikt worden als bibliotheekkaart en als identiteitskaart voor particuliere en openbare bedrijven.	Geeft de persoon die aangesloten is bij de wettelijke ziekteverzekering recht op behandeling door arts en tandarts.	Iedereen die opgenomen is in het algemeen nationaal socialezekerheidsregister krijgt een socialezekerheidskaart.	Voor de identificatie in het socialezekerheidsstelsel en de gezondheidszorg. Vergemakkelijkt de gewone transacties, vooral met het Ministerie van arbeid en sociale zaken, en de onmiddellijke verstrekking van algemene en persoonlijke informatie via terminals (kiosken) in de gehele Gemeenschap.	Toegang tot het nationaal gezondheidsstelsel, door identificatie van de persoon en informatie over het recht op medicamenten.
<b>Datum van invoering</b>	1998	1993	1994	1993	In 1995 is een project gestart om beide kaarten samen te smelten, als pilootproject van de Autonome regio Andalusië	
<b>Aantal kaarten in omloop</b>	Meer dan 10 miljoen	Een socialezekerheidskaart met identificatiegegevens wordt uitgereikt aan alle inwoners van Denemarken.	Al wie in Duitsland aangesloten is bij de wettelijke ziekteverzekering, dus ongeveer 80 miljoen kaarten.	In december 2002 hadden al 2,5 miljoen mensen hun kaart ontvangen	5,5 miljoen	Alle burgers, ongeacht hun toegang tot de openbare gezondheidszorg. De TSI worden uitgereikt door elk van de 17 autonome regio's + het Ministerie van gezondheid en consumentenzaken, dat verantwoordelijk is voor de autonome steden Ceuta en Melilla



	België	Denemarken	Duitsland	Griekenland	Spanje
<b>Ontwikkeling</b>	Op de kaart is er ruimte over voor sectoriele toepassingen die geactiveerd kunnen worden door een andere soort SAM kaart. Ook kan die gebruikt worden voor de Belgische e-Government projecten. In de loop van 2003/2004 krijgen alle kaarthouders een nieuwe versie van de kaart. Er zijn plannen om aan alle inwoners een smart card uit te reiken als identiteitskaart met elektronische authenticatie en handtekening; dat proefproject is in 2002 gestart. Die kaart kan worden gebruikt voor veilige on-line toegang tot de gegevens van de ziekteverzekering.	Er is over gediscussieerd of het ziekteverzekeringsbewijs een smart card moet zijn met een digitale handtekening op basis van PKI. Momenteel wachten wij op de implementatie van een op software gebaseerde digitale handtekening op basis van PKI. Als beslist wordt dat de beveiliging in Denemarken een apparatuurgebonden digitale handtekening vereist, zullen we opnieuw nagaan of het ziekteverzekeringsbewijs een smart card kan zijn met een digitale handtekening.	In de loop van de volgende vier jaar wordt een nieuwe generatie kaarten met microprocessors ingevoerd. Naast administratieve gegevens zal die kaart ook gegevens over de gezondheidstoestand bevatten, en de informatie om als E111 te dienen. Er zijn plannen om ook elektronische recepten op de kaart te plaatsen.	Na afloop van het project (2003) zal de socialezekerheidskaart vervangen worden door een memory/smart card in overeenstemming met de beslissing van de bevoegde Griekse ministeries en van de Technische Commissie voor de Administratieve Commissie voor de sociale zekerheid van migrerende werknemers	Er wordt overwogen om deze kaart aan alle verzekerden uit te reiken (hoofdverzekerden en medeverzekerden)
<b>Opmerkingen</b>	Er is interactie tussen de SIS kaart en de kaart voor zorgverleners, die een microprocessor met een SAM (Secure Access Module) bevat. Wegens zijn multifunctionaliteit kan de kaart niet meer zichtbare gegevens bevatten dan hetgeen nodig is voor de identificatie.	Naam en adres van de verzekerde en het CPR-nummer en de categorie van verstrekkingen komen in reliëfdruk. De achterkant van de kaart bevat, in het Engels, inlichtingen over de ziekteverzekering voor toeristen, de beveiligde handtekeningstrook en de magneetstrip	a) de gegevens op de kaart zijn niet versleuteld. b) de toegang tot de kaart is niet speciaal beschermd. c) de verzekerde krijgt een nieuwe kaart na afloop van de geldigheidsduur of bij verandering van verzekeraar d) investering van ongeveer 250 miljoen € voor de eerste uitrusting.	De technische specificaties van de toekomstige memory/smart card zijn nog niet gedefinieerd	TSI wordt ook gebruikt als onderdeel van een informatiesysteem voor de planning en het beheer in de gezondheidszorg TSI is geen identiteitskaart, noch een bewijs van de socialezekerheidsstatus van een werkende.

	België	Denemarken	Duitsland	Griekenland	Spanje	
<b>Identificatie (*) = zichtbare gegevens</b>	Identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ) (*) naam, eerste voornaam, initiaal van de tweede voornaam (*) geslacht (pictogram) (*) geboortedatum (*)	CPR nummer (nummer van de kaarthouder in het centraal personenregister)(*), naam en adres (*)	Nummer + naam van het ziekenfonds dat de kaart uitreikt (*) Naam en voornaam van de verzekerde (*) Geboortedatum (*) Adres van de verzekerde Inschrijvingsnummer bij de ziekteverzekering (*) Statuut van de verzekerde (*)	Alle zichtbare gegevens(*): Eerste 3 letters van de voornaam, eerste letter van patronymikon en familienaam van de kaarthouder (in Griekse en Latijnse letter) initialen van familienaam, voornaam en patronymikon SSRN (socialezekerheidsnummer) in barcode / SSRN voor optische lezer (OCR) SSRN in reliëfdruk.	Naam en voornaam van de kaarthouder (*) Inschrijvingsnummer (*)	Identificatie van de kaarthouder (*) Socialezekerheidsnummer (*) Nummer van de nationale identiteitskaart (*) Namen en voornamen (*)
<b>Andere gegevens op de kaart (*) = zichtbare gegevens</b>	Geldigheidsduur (begin- en einddatum) (*), kaartnummer (*)	Alle zichtbare gegevens(*): Naam en telefoonnummer van de huisarts Naam en logo van het district. Naam en telefoonnummer van de gemeente. Categorie van verstrekkingen. Naam, adres en telefoonnummer van de ziekteverzekering voor toeristen. Begindatum geldigheidsduur	APC-bestand Begindatum verzekeringsdekking  Indien de kaart slechts beperkte geldigheidsduur heeft, de periode aangeven (*)	Gegevens over de Directie van de Sociale Zekerheid (postadres, telefoonnummer..) NB: geboortedatum en geslacht staan al op de SSRN	Datum van uitreiking Geboortedatum ...	Recto: - naam van de Autonome regio die de kaart uitreikt (*) - Identificatiecode van het gebied: Spanje + Autonome regio (*) - categorie van rechten (bijvoorbeeld werknemer, gepensioneerde, verstrekking van medicamenten) (*) - Vervaldatum (*) Verso: - naam van de eerstelijnsarts(*) - Adres en telefoonnummer van het eerstelijnscentrum (*) In 7 regio's is er een verschillende lay-out, in 10 (incl. Ceuta en Melilla) dezelfde lay-out
<b>Authenticatie</b>	Geen	Beveiligde handtekeningenstrook	Achterkant van de kaart: Beveiligde handtekeningenstrook	Authenticatie van de kaarthouder: Beveiligde handtekeningenstrook op de achterkant van de kaart	Het identificatiesysteem omvat ook gebruik van biometrie (bijvoorbeeld vingerafdruk)	Geen

	België	Denemarken	Duitsland	Griekenland	Spanje	
<b>Categorie van andere op de kaart opgeslagen gegevens</b>	Card directory (CDIR) => kaartregister voor het lokaliseren van de bestanden Issuer data file (ISDF) => met o.m. geldigheidsduur van de uitgegeven kaarten Public data file (PDBF) => openbaar bestand met o.m. alle zichtbare gegevens over de kaarthouder Sickness fund data file (SFDF) => Ziekenfondsbestand met o.m. de identificatiecode van de verzekeraar, zijn toegangscodes en gegevens over het recht op verstrekkingen bij ziekte+ ATR; AID=A0 00 00 33	De zichtbare gegevens plus enkele andere zoals nationaliteit, uitgever van de kaart, type kaart, registratienummer van de arts, codenummer district en gemeente staan op de magneetstrip. Barcode met CPR-nummer van de kaarthouder.	Controlegegevens (protocol en configuratie van het geheugen) Informatie voor diagnostiek en identificatie van de kaart (card manufacturer data) Directory-informatie (Identificatie van de personaliser en soort applicatie) Applicatiebestand (zie lijst van gegevens hierboven) Vultekens voor gecontroleerde bezetting van niet gebruikte geheugencapaciteit	Geen		Identificatienummer van de kaarthouder Namen en voornamen Identificatiecode van het gebied: Spanje + Autonome regio Categorie van rechten Vervaldatum
<b>Soort kaart</b>	Memory chipkaart	Kaart met magneetstrip	Memory chipkaart	Formaat van kredietkaart zonder magneetstrip op keerzijde	Memory chip card met magneetstrip op achterkant voor interoperabiliteit met TSI	Een magneetstripkaart, met uitzondering van de kaart van de Autonome regio Andalusië, die TSI en TASS combineert
<b>Processortype op de chipkaart</b>	1024-bytes EEPROM	Geen	256-bytes EEPROM	Geen	16 Kb ROM 240 bytes RAM 3,024 bytes EEPROM	Geen
<b>Besturingssysteem op de kaart</b>	Starcos s2.1c	Geen	./.	Geen	TIBC, compatibel met VISA	Geen
<b>Toegepaste internationale standaarden</b>	ISO 7816 (dimensie van de kaart, positie en karakteristieken van de geheugenchip, interfaces en communicatieprotocol)	Magneetstrip: DS/ISO 7811-2, Barcode: EAN/UPC-128	In overeenstemming met de relevante ISO standaarden, met name in voor de locatie van de contacten, in overeenstemming met de ISA-norm (ISO 7816-2)	ISO 843 voor omzetting van Griekse in Latijnse lettertekens	ISO standaarden voor kaarten	

	Frankrijk	Ierland	Italië		Luxemburg	Nederland	
Naam van de kaart / van het project	Carte Vitale (Vitale kaart)	Social Service Card (kaart van de sociale diensten)	Carta Nazionale dei Servizi CNS (Nationale dienstenkaart)	CIE (Elektronische Identiteitskaart)	Carte d'Identification à la sécurité sociale (Identificatiekaart voor de sociale zekerheid)	Verzekeringpas	Zorgpas
Doel van de kaart	Terugbetaling van de verstrekkingen van de gezondheidszorg (arts, medicamenten) De Vitale kaart is verbonden met en de CPS kaart van de zorgverleners en met de FSE (elektronisch ziekenfondsformulier). Meer dan 130 000 zorgverleners produceren maandelijks 60 miljoen elektronische ziekenfondsformulieren (50% van het totaal) en gebruiken daarbij de Vitale kaart om de gegevens over de verzekerde te raadplegen.	- Vaste PPSN (personal public service number) van de kaarthouder - de kaart wordt ook gebruikt voor de elektronische betaling van sommige sociale uitkeringen en voor het “stempelen” van werklozen.	Deze kaart wordt uitgegeven door de plaatselijke autoriteiten (gemeenten en regio's) in overeenstemming met de nationale standaarden, voor verschillende vormen van dienstverlening (e-Government, transport, gezondheidszorg...). Zelfde als de CIE, maar zonder laserstrip.	Identiteitskaart en kaart voor netwerkdiensten	De kaart wordt enkel voor identificatie gebruikt (inschrijvingsnummer) en geeft de houder geen recht op prestaties.	Identificatie van de verzekerde en attest van zijn rechten	
Datum van invoering	1998 / 2001	1992	1998 (proefproject in 4 plaatselijke gezondheidscentra, als onderdeel van het NETLINK project)	2001	In de jaren tachtig	1998	1999 (experiment met regionale chipkaart)

	Frankrijk	Ierland	Italië	Luxemburg	Nederland		
<b>Aantal kaarten in omloop</b>	40 miljoen 53,5 miljoen	1.75 miljoen mensen hebben een kaart ontvangen	Het eerste voorbeeld van een CNS-kaart is de dienstenkaart voor de regio Lombardije (CRS-SISS), een gezondheidskaart die in Lecco aan 300 000 personen werd uitgereikt. Een ander voorbeeld is de militaire gezondheidskaart. Ook andere gemeenten hebben op CNS lijkende kaarten verspreid (Bologna, Siena, Brescia).	100.000 tegen eind 2001 met de bedoeling in de volgende jaren de gehele bevolking te bereiken	De kaart wordt uitgereikt aan ieder die aangesloten is bij de ziekteverzekering	Elk ziekteverzekeringsorgaan mag kaarten gebruiken voor het aantonen van de rechten. Als daarvoor een magneetkaart gebruikt wordt, moet die in overeenstemming zijn met de nationale specificaties	
<b>Ontwikkeling</b>	Project Vitale 1ter (2003-2004) zet het Vitale systeem verder open voor de aanvullende stelsels met het oog op een "aanvraag voor elektronische terugbetaling". Aangezien die kaart meer en meer via internet wordt gebruikt, moet de hele gegevensstroom versleuteld worden. Het Vitale 2 project beoogt aan alle begunstigden (60 miljoen) een kaart te bezorgen, die ook gegevens voor medische noodgevallen bevat, de laatste 3 of 4 gesigneerde recepten, enkele aanwijzingen (zoals het adres van de arts, plaats van de medische bestanden), inlichtingen over de laatste financiële transacties en over de aanvullende ziekteverzekering	Deze kaart zal vervangen worden door een kaart van de openbare diensten (Public Service Card) met nieuwe technologie om de toegang tot deze diensten te vergemakkelijken	INPS (nationale instituut voor de sociale voorzorg) is als geassocieerde partner bij het project NETLINK betrokken, en bestudeert de mogelijkheid om uit te breiden tot de sectoren pensioen en sociale uitkeringen.	In de loop van de volgende vier jaar wordt deze kaart een nationale elektronische identiteitskaart	Geen	De zorgverleners hebben ook zonder kaart de mogelijkheid om de rechten van hun patiënten elektronisch te controleren. Daarom werd het gebruik van kaarten als bewijs van de rechten vanaf 1 september 2002 ingetrokken.	De functionaliteit kan in de toekomst uitgebreid worden tot andere toepassingen zoals medische gegevens.

	Frankrijk	Ierland	Italië	Luxemburg	Nederland	
<b>Toelichtingen</b>	Zie informatie over Transcards, Netlink en Netc@rds	a) uit hoofde van de recente wetten zal het gebruik van de PPSN uitgebreid worden, en zal die uiteindelijk als enige “sleutel” dienen voor de toegang van de burger tot een hele reeks diensten van de openbare sector.	Bevoegde operatoren zullen een speciale CNS/O – kaart krijgen (Carta Nazionale dei Servizi/Operatore) waarmee zij, onder toezicht van de burger, toegang krijgen tot zijn vertrouwelijke gegevens.	De kaart kan verschillende functionaliteiten bevatten en wordt misschien in de nabije toekomst als enige kaart in Italië gebruikt. In elk geval is deze kaart de standaard die door de Italiaanse I.T.-autoriteiten aanbevolen wordt in de overheidsdiensten.	Al wie aangesloten is bij de sociale zekerheid ontvangt een kaart. De informatie wordt niet automatisch bijgewerkt, maar de gebruiker kan een nieuwe kaart aanvragen als de gegevens veranderen.	De magneetstrip wordt niet altijd gebruikt, ook al omdat sommige zorgverleners, vooral huisartsen, geen leesapparaat hebben.
<b>Identificatie (*) = Zichtbare gegevens</b>	Nationaal Identificatie Nummer (NIR) naam en voornaam van de kaarthouder (*) Naam van de echtgenoot voor gehuwde vrouw (*)	PPSN (Personal Public Service Number) (*) Naam (*) en geboortedatum (*) van de kaarthouder	Persoonlijke gegevens Nationaal registratienummer (Fiscaal nummer) van de kaarthouder Identificatiegegevens van de gemeente	Persoonlijke gegevens Nationaal registratienummer (Fiscaal nummer) van de kaarthouder Identificatiegegevens van de gemeente	Registratienummer (numeriek en barcode), geboortenaam, voornaam en, voor gehuwde vrouwen, de naam van de echtgenoot	Naam en voornaam (*) Registratienummer (*) Geboortedatum (*) Geslacht (*)
<b>Andere gegevens op de kaart (*) = zichtbare gegevens</b>	Verplichte ziekteverzekering Contactbureau Adres kaarthouder	Datum van uitreiking Vervaldatum Geslacht	Gegevens voor medische noodgevallen E111 Netlink gegevensset	Gegevens voor medische noodgevallen E111 Netlink gegevensset	Kaartnummer	Naam van de verzekeraar (*) Naam van eerstelijnsarts en apotheker (*) verzekeringsgegevens (*) geldigheidsduur (begin- en einddatum) (*)
<b>Authenticatie</b>	Wederzijdse herkenning van Vitale- en CPS-kaart (microprocessor-kaart voor zorgverleners)	Verso: Beveiligde handtekeningenstrook	Ja, met een sterke digitale handtekening en een challenge-response mechanisme.	Ja, met een sterke digitale handtekening en een challenge-response mechanisme.		

	Frankrijk	Ierland	Italië		Luxemburg	Nederland	
<b>Categorie van andere op de kaart opgeslagen gegevens</b>	Geldigheidsduur van de kaart, onder meer rechten in verband met aanvullende ziekteverzekering		E111 in overeenstemming met de Netlink specificaties	E111 in overeenstemming met de Netlink specificaties; geen toepassingen op de kaart. Enkel een paar sleutels voor identificatie en authenticatie door middel van asymmetrische cryptografie en gegevens om te gebruiken als dienstenkaart	Naast de al genoemde gegevens bevat de magneetstrip ook het adres van de kaarthouder		
<b>Soort kaart</b>	Microprocessor-kaart	Plastiekaart met magneetstrip	Microprocessor-kaart	Microprocessor + optische geheugenkaart	Formaat kredietkaart met magneetstrip op keerzijde	Plastiekaart met magneetstrip (bij de meeste ziekenfondsen)	Microprocessor-kaart
<b>Processortype op de chipkaart</b>		Geen		16 K EEPROM	Geen	Geen	
<b>Besturingssysteem</b>	COS	Geen			Geen	Geen	

	Frankrijk	Ierland	Italië		Luxemburg	Nederland	
<b>Toegepaste internationale standaarden</b>	ISO 7816	In overeenstemming met de relevante ISO standaarden	Zie aanbevelingen NETLINK	ISO-7816 en PKCS-RSA.		ISO/IEC 7810: Identificatiekaarten – fysieke karakteristieken NEN-EN-ISO/IEC 7811: Identificatiekaarten - Registratietechnieken ISO/IEC 7813: Identificatiekaarten – Financiële transactie NEN 1888: Algemene definitie van persoonlijke gegevens NEN 5825: Adressen - Definitie, lettertekens, uitwisselingsformaat en presentatie EN 1387: gezondheidskaarten – algemene karakteristieken ENV 12018: Structuur van de identificatie- en administratieve gegevens en van algemene medische gegevens	



	Oostenrijk	Portugal		Zweden	Finland		Verenigd Koninkrijk
<b>Naam van de kaart / van het project</b>	e-Card	Cartão do Utente Ministério da Saúde (Identificatiekaart voor bij de nationale gezondheidsdienst ingeschreven personen)	CARDLINK (noodkaart voor diabetici)	NIET VAN TOEPASSING (zie TOELICHTINGEN)	(Standaard ziekteverzekeringskaart (met of zonder foto))		NIET VAN TOEPASSING (zie TOELICHTINGEN)
<b>Doel van de kaart</b>	In de eerste fase vervangt de kaart, voor alle personen die in Oostenrijk verzekerd zijn, het oude systeem van ziekteverzekeringsbewijzen.	Voor te leggen in alle gezondheidsdiensten of instellingen van de SNS (Serviço Nacional de Saúde), en in apotheken en instellingen die een overeenkomst gesloten hebben met het Ministerie van gezondheid			De kaarten worden vooral in apotheken gebruikt, waar de verzekerde zijn eigen kaart moet voorleggen voor de terugbetaling van voorgeschreven medicamenten. De kaart met foto wordt gebruikt als identiteitsbewijs, ook al is het geen officiële identiteitskaart	De kaart is vooral bedoeld als draagbare zoek sleutel voor het terugvinden van informatie op het netwerk. - Elektronische identiteit - ziekteverzekering. - Welfare en gezondheidszorg	
<b>Datum van invoering</b>	2001				1990	1999	
<b>Aantal kaarten in omloop</b>	Alle in Oostenrijk verzekerde personen	ongeveer 9 miljoen	1100 kaarten voor diabetici en 250 kaarten voor zorgverleners		De standaardkaart werd uitgereikt aan alle permanente inwoners van Finland; ongeveer 600.000 personen hebben die ingeruild voor een kaart met foto (tegen vergoeding).	Regionaal proefproject	
<b>Ontwikkeling</b>	In de tweede fase wordt de kaart een sleutel voor andere applicaties in de sociale zekerheid en de gezondheidszorg en – vooral in verband met de elektronische handtekening – een kaart die de burger toegang geeft tot e-government toepassingen op het internet.	Identificatiekaart voor de sociale zekerheid (in onderzoek)					

	Oostenrijk	Portugal		Zweden	Finland		Verenigd Koninkrijk
<b>Toelichtingen</b>	a) de kaart is ontworpen als sleutel voor de Oostenrijkse gezondheidszorg en draagt zelf geen specifieke gegevens, maar vergemakkelijkt de toegang tot diensten en gegevens. b) toegang tot de gegevens op de kaart en/of activatie van de toepassingen is enkel mogelijk als tezelfdertijd een juiste tweede kaart wordt ingebracht c) de kaart is voorbereid voor elektronische handtekening.		De kaart kan overal in plaats van de SNS registratiekaart gebruikt worden	Voor de inwoners van Zweden worden er binnen het socialezekerheidsstelsel geen elektronische kaarten gebruikt voor identificatie of informatie en er zijn momenteel geen plannen voor de invoering van dergelijke kaarten. Wel loopt er een proefproject voor een elektronische identiteitskaart, te gebruiken voor authenticatie en elektronische handtekening in het kader van e-services.		Belangrijkste doel is de klant de mogelijkheid van elektronische identificatie te bieden, vertrouwelijke informatie voor het verzenden te versleutelen en berichten te verifiëren aan de hand van een elektronische handtekening	Volksraadpleging van juli 2002 tot januari 2003 (www.homeoffice.gov.uk/dob/ecu.htm)
<b>Identificatie (*) = zichtbare gegevens</b>	Nationaal sociale-zekerheidsnummer (*) naam, voornaam, titel (*) geboortedatum geslacht kaartnummer (*)	SNS registratienummer (*) volledige naam van kaarthouder (*) geboortedatum (*) geboorteplaats, geslacht, nationaliteit,	SNS registratienummer (*) volledige naam van kaarthouder (*) geboortedatum (*)		- nummer van het bevolkingsregister van de kaarthouder - familienaam en voornamen - geboortedatum - woonplaats	Voor de sociale zekerheid bevat de kaart dezelfde gegevens als de ziekteverzekeringskaart.	
<b>Andere gegevens op de kaart (*) = zichtbare gegevens</b>	Certificaten voor de authenticatie en de elektronische handtekening met bijbehorende persoonlijke sleutels.	Datum van uitreiking (*), Regio /subregio / gezondheidscentrum			De kaart met foto bevat bijkomende informatie, met name voor gepensioneerden.  + naam van het socialezekerheidsorgaan  Datum van uitgifte  Andere gegevens in verband met sociale zekerheid	De elektronische gegevens zullen naast identificatie, handtekening en encryptie-elementen (PKI) ook gegevens bevatten over bijvoorbeeld vaccinatie, chronische ziekten, en aanwijzingen over orgaandonatie, familieleden.	

	Oostenrijk	Portugal		Zweden	Finland		Verenigd Koninkrijk
<b>Authenticatie</b>	De code van de sleutel komt in het gehele systeem maar één keer voor.  Naargelang van de behoeften zijn verschillende beveiligingsniveaus mogelijk : een tweede erkende kaart, een encryptieprocedure, een PIN, elektronische handtekening.	Geen	Geen		Op de fotokaart staat ook de handtekening van de kaarthouder.	Certificaten voor authenticatie en elektronische handtekening	
<b>Categorie van andere op de kaart opgeslagen gegevens</b>	Er wordt momenteel gewerkt aan het opladen van de E111 als onderdeel van het Netc@rds project	Gegevens over remgeld/terugbetaling van recepten, of vrijstelling; subsystemen of verzekeringsmaatschappijen met gegevens over de geldigheid				Belangrijkste informatie (versleuteld) over prestaties van sociale diensten en gezondheidszorg	
<b>Type kaart</b>	Chipkaart met cryptoprocessor	Magneetstrip	microprocessorkaart met magneetstrip		Plastiek "SII kaart "	Microprocessorkaart met cryptoprocessor	
<b>Processortype op de chipcard</b>	32 K EEPROM	Geen			Geen		
<b>Besturingssysteem op de kaart</b>	MICARDO 2.1 (multi-applicatie besturingssysteem en mogelijkheid om achteraf bij te laden)	Geen			Geen		
<b>Toegepaste internationale standaarden</b>	Relevante technische en internationale standaarden				De relevante ISO standaarden	De relevante ISO standaarden + EU/G7 en CEN TC/251standaarden	

## EVA EN ENKELE KANDIDAAT-LANDEN

	IJsland	Liechtenstein	Noorwegen	Zwitserland		Tsjechië	Slovenië
<b>Naam van de kaart / van het project</b>	NIET VAN TOEPASSING	NIET VAN TOEPASSING	NIET VAN TOEPASSING	Covercard@System	Zwitsers project voor een ziekteverzekeringskaart	MACHA (Gezondheids- en ziekteverzekeringskaart)	Kartica zdravstvenega zavarovanja HIC (ziekteverzekeringskaart)
<b>Doel van de kaart</b>				Bewijs van het recht op verzekeringsprestaties. Zorgverleners (ziekenhuis, apotheek, arts enz.) kunnen "on line" op elk tijdstip nagaan of de kaart nog geldig is.	Bewijs van het recht op verzekeringsprestaties. Vergemakkelijk de administratieve gegevens-uitwisseling (met het oog op terugbetaling).	Elektronische gezondheids- en ziekteverzekeringskaart. Identificatie van de patiënt/verzekerde. Bewijs van verleende zorgen voor het ziekenfonds. De kaart bevat identificatiegegevens en medische gegevens, PIN, elektronische handtekening, identificatie sociale zekerheid	HIC is het enige document voor de identificatie en de aanspraak op prestaties van de verplichte en vrijwillige ziekteverzekering. Het is ook een sleutel voor de diensten die via de selfservice terminals worden verleend.
<b>Datum van invoering van de kaart</b>				Ingevoerd in Zwitserland op 1 juni 1996.	Het project moet nog door het Zwitsers parlement worden goedgekeurd.	1997-1999	Proefproject in één regio in 1998, Nationale invoering voltooid in oktober 2000
<b>Aantal kaarten in omloop</b>				35 van de 93 verzekeringsorganisaties hebben ongeveer 4 miljoen kaarten uitgereikt aan hun verzekerden.	Geen	Proefproject: 30.000 kaarten voor de verzekerden, 100 kaarten voor de zorgverleners	HIC is uitgereikt aan alle verzekerden van de verplichte ziekteverzekering in Slovenië, dus de volledige bevolking (bijna 2 miljoen); daarnaast zijn er ongeveer 18.000 kaarten voor zorgverleners in omloop.

	IJsland	Liechtenstein	Noorwegen	Zwitserland	Tsjechië	Slovenië
<b>Ontwikkeling</b>				<p>De bedoeling is dat die ziekteverzekeringkaart uiteindelijk een echte gezondheidskaart wordt die de verzekerden en zorgverleners toegang biedt tot de gegevens betreffende de verzekerde.</p>	<p>Het project werd geleid door het Ministerie van Gezondheid met de steun van de algemene ziekteverzekering. Het proefproject is nog bezig. In 2002 heeft het als basis gediend voor de voorbereiding van de nationale implementatie van een "elektronische identificatie van de verzekerden" waarvan de 1<sup>e</sup> fase (analyse en projectdesign) in 2003 van start gaat</p>	<p>2000: eerste fase, het HIC systeem omvat de identificatie van de verzekerde en het bewijs van het recht op verzekeringsprestaties en de naam van de gekozen persoonlijke artsen. 2001: Nieuwe dienst – aanvragen van attesten (in de aard van het E111 formulier) via selfservice terminals, met de HIC als toegangssleutel. 2003: Nieuwe gegevens – registreren van gegevens over geleverde medisch-technische hulpmiddelen, registreren van gegevens over allergie en vaccinatie, registreren van vrijwillige toezegging voor donatie van organen en weefsels. 2004: Technologische upgrade - PKI en elektronische handtekening (in de eerste fase op de HPC, in de tweede fase op de HIC). Het systeem maakt upgrades met / downloaden van nieuwe toepassingen en datasets op de al in omloop zijnde kaarten mogelijk; dat gebeurt door middel van een standaard management procedure.</p>

	IJsland	Liechtenstein	Noorwegen	Zwitserland	Tsjechië	Slovenië	
<b>Opmerkingen</b>	Er zijn plannen voor een kaart om de rechten aan te tonen.			Met betrekking tot de gegevens die momenteel op de E111 staan 1. gegevens over de verzekerde, met uitzondering van gegevens over zijn status als werknemer, zelfstandige of gepensioneerde enz. 2. De kaarten worden per persoon uitgereikt en bevatten geen gegevens over gezinsleden. 3. Soms wordt er geen geldigheidsduur aangegeven. 4. Naam van het bevoegd orgaan, maar geen nadere gegevens .	Als het project voor een Europese ziekteverzekeringskaart sneller klaar is dan het Zwitsers project, zal dat laatste aan het eerste worden aangepast.	Project ondersteund door het EU programma PHARE. Proefzone: Litomerice (grootste stad van de regio). Deelnemers: 1 stedelijk ziekenhuis, 14 artsen, 1 ziekteverzekering instelling. In het kader van dit proefproject is een stuurgroep gevormd die zich bezighoudt met de problemen in verband met ziekteverzekering kaarten.	Het HIC systeem omvat de kaarten voor zorgverleners (Health Professional Cards - HPC), kaartlezers, een netwerk van selfservice terminals, API's met uniforme standaard in alle werkstations van de zorgverleners. De zorgverleners krijgen enkel toegang tot de HIC gegevens door middel van hun eigen HPC en een speciale kaartlezer. Houders van HPC kaarten zijn onderverdeeld in groepen met verschillende sleutels op hun HPC en bijgevolg verschillende toegangsrechten tot de gegevens die op de HIC zijn opgeslagen. Het netwerk van selfservice terminals wordt gebruikt voor het on-line actualiseren van de HIC gegevens, voor diensten (zoals bestellen van verzekeringsattesten, met de HIC als toegangssleutel), het laden van nieuwe toepassingen en functies op de HIC (nieuwe bestanden, wijziging van toegangsrechten) en het verstrekken van informatie.
<b>Identificatie (*) = zichtbare gegevens</b>				Naam van verzekeraar (*) Naam, voornaam, geboortedatum en geslacht van de verzekerde (*) Verzekeringsnummer (*) Telefoonnummer voor noodgevallen(*) Barcode (*)	Ten minste dezelfde als wat nu op de Zwitserse kaarten staat. Er is een nieuw systeem van verzekeringnummers gepland, die geldig blijven voor de hele duur van de Zwitserse verzekeringsdekking.	Naam en voornaam (*), Geboortedatum (*), Adres, nummer bij de ziekteverzekering (*), naam verzekeringsmaatschappij (risico ziekte) (*)	- Nummer bij de ziekteverzekering (*), - Kaartnummer (*), - Naam en voornaam (*), - Geboortedatum (*)

	IJsland	Liechtenstein	Noorwegen	Zwitserland		Tsjechië	Slovenië
<b>Andere gegevens op de kaart (*) = zichtbare gegevens</b>				Verzekering: gewone ziekte- en moederschapsverzekering (LAMal), aanvullende private verzekering.	De verzekerde zal de mogelijkheid krijgen om persoonlijke gegevens over zichzelf op te slaan voor noodgevallen (bloedgroep, allergie aan medicijnen enz.).	ID gegevens voor de sociale zekerheid, ID gegevens van de patiënt (contactadres, adres van de arts, adres van het patiëntendossier), Geselecteerde medische gegevens, Datum van uitreiking (*)	- Gegevens over de kaarthouder (adres, geslacht), - gegevens over verzekeringspremies (registratienummer, bedrijf, adres), - gegevens over de verplichte ziekteverzekering (datum bevestiging, geldigheidsduur verzekering), - gegevens over particuliere (vrijwillige) verzekering (verzekeringsmaatschappij, soort polis, geldigheidsduur), - geselecteerde gegevens over eerstelijnsartsen (huisarts / kinderarts, tandarts, gynaecoloog)
<b>Authenticatie</b>						PIN	Wederzijdse herkenning van ziekteverzekeringskaart en kaart van de zorgverlener (met challenge/response mechanisme), HPC dient als toegangssleutel voor de gegevens op de HIC (met symmetrische 3DES cryptografie en PIN codes).
<b>Categorie van andere op de kaart opgeslagen gegevens</b>						Beveiligingsgegevens, PIN	Geen
<b>Soort kaart</b>				Kaart met magneetstrip	Microprocessorkaart gepland	Microprocessorkaart	Microprocessorkaart
<b>Processortype op de chipkaart</b>				Geen		MOTOROLA SC21, 3KB EEPROM, 6KB ROM	16 kB EEPROM, 32 kB ROM, 1280 B RAM, 16-bit CPU
<b>Besturingssysteem</b>				Geen		ORGA ICCRe/V.24	GEMXCOS

	IJsland	Liechtenstein	Noorwegen	Zwitserland	Tsjechië	Slovenië
<b>Toegepaste internationale standaarden</b>				ISO 2.	Mogelijk de internationale NETLINK standaarden.	ISO standaarden: 7816- 1, 2, 3, 7810 - ISO/IEC 7816 (fysieke karakteristieken, dimensies en locatie van contacten, elektronische signalen en transmissieprotocol, intersectoriële uitwisselingscommando's, nummering en registratieprocedure voor identifiers, intersectoriële gegevens-elementen, commando's voor intersectoriële beveiliging), - ISO/IEC 10373 (Testmethodes), - ISO/IEC 11770 (Mechanismen met asymmetrische technieken), - ISO/IEC 7810 (fysieke karakteristieken), - ISO/IEC 7812 (nummering), - ISO/IEC 8824, 8825 (Abstract Syntax Notation One=ASN.1), - CEN ENV 1375 (ID-000 dimensies en fysieke karakteristieken kaart), - prEN (algemene karakteristieken), - EN 1867 (nummering), - EN 726 (specificatie van kaart, onafhankelijk van applicatie), - relevante Europese Unie aanbevelingen.