



## SAMENVATTING VAN HET ONDERZOEK

*Federaal Wetenschapsbeleid*

*Programma Sociale Cohesie*

Onderzoeksovereenkomst SO/02/064

Naar een rationalisatie van de EG-Coördinatieverordeningen inzake sociale zekerheid ?

Promotor: Prof. dr. Yves Jorens  
betoelaagde Belgische partner

Wetenschappelijk Medewerkers: Mevr. Cindy Salamon  
Mevr. Barbara De Schuyter

## 1. Inleiding

Het vrije verkeer van personen en in het bijzonder van werknemers, is één van de grondbeginselen waarop de EG gegrondvest is. Art. 39 EG behelst het recht om zich vrij te verplaatsen binnen de het grondgebied van de verschillende Lid-Staten en daar te verblijven om er effectief een beroep uit te oefenen.

Hoewel dit recht al een geruime tijd bestaat, blijkt de realisatie ervan bemoeilijkt te worden door heel wat hinderpalen. Dit maakt het moeilijk om het recht op vrij verkeer daadwerkelijk uit te oefenen. De bevordering van het grensoverschrijdende vrije verkeer van werknemers vraagt dan ook maatregelen van de gemeenschapswetgever. Deze liggen voor een belangrijk deel op het vlak van de sociale zekerheid. Het fundamentele recht op vrij verkeer wordt dan ook aangevuld en gewaarborgd via een systeem van coördinatie van de socialezekerheidssystemen. Op grond van Art. 42 EG werden belangrijke maatregelen genomen ter regeling van de sociale zekerheid die noodzakelijk zijn voor de totstandkoming van het vrij verkeer van werknemers. Verordening 1408/71 werd, samen met haar toepassingsverordening 574/75, uitgevaardigd ter coördinatie van de verschillende sociale zekerheidsregelingen van de Lid-Staten. Deze verordeningen vormen de belangrijkste instrumenten inzake grensoverschrijdende tewerkstelling.

De Verordening diende verschillende malen gewijzigd een aangepast te worden om rekening te kunnen houden met ontwikkelingen die zich voordeden, zowel op communautair niveau, zoals de rechtspraak van het Hof van Justitie, alsook met veranderingen die zich op nationaal niveau, de socialezekerheidsstelsels van de Lid-Staten, hebben voorgedaan. Daarbij komt ook nog eens dat het migratiebeeld grondig veranderd is sinds de Verordening werd geschreven. Daar waar vroeger migrerende werknemers personen waren, die zich met heel hun familie vestigden in een andere Lid-Staat om daar een nieuw leven uit te bouwen, bestaat de migrerende persoon de dag van vandaag voornamelijk uit hoger opgeleid personeel, dat zich tijdelijk naar het buitenland begeeft, doch veelal met de doelstelling om terug te keren naar hun land van oorsprong. Dit hele aanpassingsproces van de Verordening heeft er echter vaak voor gezorgd dat het een complex en moeilijk leesbaar geheel werd. De Europese coördinatievoorzieningen blijken dikwijls te complex en te moeilijk geworden om te worden geïnterpreteerd door nationale overheden, door socialezekerheidsinstellingen, rechtbanken en zelfs door de Europese instellingen.

Omwille van deze redenen werden er op Europees niveau heel wat initiatieven ontwikkeld ter vereenvoudiging van de Verordening. Het debat werd uiteindelijk geopend door de Commissie, die in 1998 een eerste voorstel tot vereenvoudiging en modernisering van de Verordening indiende. Een belangrijke stap werd echter genomen tijdens het Belgisch EU-Voorzitterschap in december 2001, toen de Raad een aantal parameters aanvaardde, die duidelijke prioriteiten en principes

moeten omvatten, die het politiek kader scheppen, waarbinnen concrete hervormingen konden worden beslist omtrent de Verordening. Het hele vereenvoudigingsproces kende tenslotte haar resultaat in het aanvaarden van Verordening 883/2004 van 29 april 2004. Deze Verordening zal echter maar van toepassing worden vanaf de datum van inwerkingtreding van de Toepassingsverordening. Daar deze nog dient te worden gewijzigd en men voorziet dat de nieuwe Verordening pas ten vroegste misschien in 2008 in werking zal kunnen treden, blijft het huidig kader van Verordening 1408/71 en 574/72 met al haar wijzigingen nog steeds van kracht.

## **2 Doelstelling**

Uit voorafgaand onderzoek (JORENS, Y. (ed.), "Grensoverschrijdende arbeid en Sociale Zekerheid: de relatie tussen België en zijn buurlanden: Duitsland, Frankrijk en Nederland", Rapport Sociale Cohesie, een voorbereidende studie, Fase I, auteurs: BUYASSE, S., JORENS, Y., KESSLER, F., KLOSSE, S. en SCHULTE, B., Gent, Academia Press, 2003, 217 p. ) is reeds gebleken dat heel wat problemen bestaan onder de huidige Verordening 1408/71. Dit onderzoek wijst op een aantal inconsistenties en praktische (bilaterale) toepassingsproblemen. De Verordening kan worden beschreven als een lappendeken waarbij bijzondere regelingen bestaan voor verschillende categorieën van personen en waarbij verschillende principes worden toegepast op verschillende risico's. Het wegwerken van deze inconsistenties zou op zich een belangrijke bijdrage leveren aan de verdere vereenvoudiging van de Verordening. Rationalisatie is het middel bij uitstek om tot een adequate vereenvoudiging en modernisering van de Verordening te komen. Aangezien de nieuwe verordening pas van toepassing zal zijn na inwerkingtreding van de toepassingsverordening is het van belang verder te onderzoeken of de bestaande problemen zullen worden opgelost en of er nog inconsistenties bestaan waarvoor geen oplossing werd aangereikt. Nu de herziening van de toepassingsverordening volop aan de gang is, is het nuttig na te gaan waar de grootste praktische problemen zich voordoen.

Het uitgangspunt van het onderzoek zijn de 12 parameters, die als richtsnoer dienden voor mogelijke hervormingen van de Europese coördinatiereglementering. De parameters geven duidelijk aan dat een aantal principes openstaan voor verdere discussie en verfijning. Huidig onderzoek wil dus verder bouwen op het politiek akkoord dat werd verwezenlijkt in Laken. Hierbij willen we punten die nog ter discussie staan, wetenschappelijk ondersteunen en op prospectieve wijze toetsen via 'best practice' modellen en het wegwerken van inconsistenties binnen de regelen, al naargelang het risico.

Het huidig onderzoek is toegespitst op 2 sectoren van de sociale zekerheid, m.n. gezondheid en tewerkstelling. De te onderzoeken sectoren werden niet willekeurig gekozen. Uit voorafgaand onderzoek is gebleken dat in deze twee

sectoren de inconsistenties en de bilaterale oplossingen die Lid-Staten onder elkaar hebben afgesloten, het duidelijkst tot uiting komen. De focus op beide sectoren laat toe de verschillende argumenten pro of contra voor een bepaalde methode met elkaar te vergelijken.

De bepalingen van de verordening vormen geen consistent geheel.

De Verordeningen hanteren verschillende categorieën van personen die telkens verschillende rechten worden toegekend. Hierbij is het vooral de aparte regeling voor grensarbeiders die vele vragen oproept.

Bij de toepassing van de verordening blijkt er ook een grote inconsistentie te bestaan tussen de verschillende risico's en de op hen toepasselijke regels. Zo wordt bij het systeem van de ziekteverstrekingen gekozen voor een integratie in het land van woon- of verblijfplaats, terwijl bij het hoofdstuk werkloosheid wordt aangesloten bij het land van vroegere tewerkstelling. Bij gezondheidszorg wordt geopteerd voor vergaande integratie in het land waar men verblijft en ook de controle wordt door dit land verricht, terwijl er bij werkloosheid amper sprake is van integratie. Daarenboven bestaan er, zeker in het kader van de ziekteregelingen, verschillende bilaterale initiatieven, die zijn aangenomen naar aanleiding van in de praktijk voorkomende problemen bij de implementatie van de verordeningen en die tot doel hebben een betere eenvoudiger toepassing van de verordeningen mogelijk te maken. Waarom voor het ene risico die oplossing wordt gekozen en voor het andere risico een ander, is niet steeds even duidelijk. De export van werkloosheidsuitkeringen is beperkt tot drie maanden en daarenboven zijn grensarbeiders volledig ten laste van het woonland terwijl ze daar nooit bijdragen hebben betaald. Is er een rechtvaardigingsgrond voor deze aparte regeling die afwijkt van het algemene werklandbeginsel? Waarom bestaan deze verschillen? Moet het werklandbeginsel de voorkeur krijgen als algemene basis voor de coördinatie van het arbeidsrecht, het sociale zekerheidsrecht en belastingen? Kan het systeem dat wordt gehanteerd voor de ziekteregeling ook worden toegepast bij werkloosheid? Zijn er deugdelijke gronden aanwezig voor de handhaving van het verschil in systematiek al naargelang het aan de orde zijnde sociale risico?

### **3 Werkmethode**

De geselecteerde risico's worden bestudeerd vanuit 2 invalshoeken. Eerst gaan we over tot identificatie en analyse van de inconsistenties binnen de regels van de Verordening(en) al naargelang het risico. Daarna worden de bilaterale initiatieven, die werden ondernomen naar aanleiding van in de praktijk ondervonden toepassingsproblemen bij de implementatie van de Verordeningen, geëvalueerd en geanalyseerd.

De bedoeling van het onderzoek is dit verschil tussen beide sectoren duidelijk in beeld te kunnen brengen, waarbij alle moeilijkheden en de inconsistenties als ook de bilaterale initiatieven in kaart worden gebracht. Vervolgens werden interviews afgenomen met mensen die in de praktijk met deze problematiek bezig zijn en werd ook onderzoek gedaan naar statistische gegevens om een zo duidelijk mogelijk beeld te kunnen krijgen over de migratie die plaats heeft in kader van de gezondheidszorg en tewerkstelling.

Omdat we de verschillende dimensies van het luik betreffende gezondheidszorg willen benaderen, is besloten om een enquête op te stellen betreffende grensoverschrijdende gezondheidszorg. Deze enquête naar de patiënt toe is gefocust op de relatie tussen België en Nederland omdat de meeste initiatieven in het kader van grensoverschrijdende gezondheidszorg plaats vinden tussen deze Lid-Staten. Beide landen vormen immers een belangrijk voorbeeld binnen de verschillende experimenten die bestaan in gans Europa. De enquête betreft echter enkel Belgische patiënten die zorg in Nederland hebben verkregen.

Voor de enquête-studie werden 7 *doelgroepen* beoogd die aan de hand van een post-enquête werden bevraagd:

1. Dringende zorg tijdens tijdelijk verblijf
2. Geplande zorg met voorafgaande toestemming
3. E112+ (IZOM)
4. Geplande zorg zonder voorafgaande toestemming
5. Grensarbeiders
6. Uitkeringsgerechtigde grensarbeiders
7. Grensstreekbewoners

Per doelgroep werd een aangepaste enquête opgesteld. In totaal werden 5.000 enquêtes verstuurd, met een respons van 28% (1.383 teruggestuurde enquêtes).

Naast de enquête werden ook heel wat interviews afgenomen met de verschillende gezondheidsactoren die actief zijn in Vlaanderen en te maken hebben met grensoverschrijdende zorg.

Voor het luik werkloosheid werden enkel interviews afgenomen, omdat de groep personen die zou moeten worden aangesproken moeilijker identificeerbaar is. De problemen waarmee deze groep wordt geconfronteerd, ontstaan ook pas als ze effectief werkloos zijn. De bestaande problemen zijn dus eerder administratief van aard. Daarom werden enkel de betrokken administraties ondervraagd. Ook het aantal personen die hun recht op verstrekkingen in kader van gezondheidszorg uitvoeren is veel groter dan het aantal personen die gebruik maakt van de mogelijkheid het recht op werkloosheidsuitkering te exporteren.

## **4                    Structuur van het eindrapport van het onderzoek**

In het eerste deel van het rapport wordt even kort ingegaan op de basisprincipes van de Verordening. Daarnaast wordt gefocust op de verschillende artikelen die van toepassing zijn in kader van gezondheidszorg en de werkloosheid.

In een tweede deel wordt vervolgens stilgestaan bij een weergave van problemen die zich voordoen bij de toepassing en interpretatie van Verordening 1408/71. Daarbij is een selectie gemaakt van de meest relevante problemen die zich in de praktijk voordoen.

In deel drie tenslotte wordt een voorstel tot rationalisatie van de verordening voorgesteld rekening houdende met wat vandaag bestaat en de problemen die zich hierbij in de praktijk al dan niet voordoen.

## **5                    Voorstellen tot oplossing van de implementatieproblemen**

### **5.1                Gezondheidszorg**

De Verordening 1408/71 maakt een onderscheid tussen verschillende soorten verzekerden en de verschillende zorg, die men kan verkrijgen in een andere Lid-Staat.

#### **A.                *Grensarbeider***

De grensarbeider wordt onderscheiden van de gewone migrerende werknemer of zelfstandige en krijgt omwille van zijn specifieke situatie een speciale bescherming toebedeeld. De grensarbeider wordt een keuzerecht toegekend, waardoor hij de mogelijkheid krijgt zorgverstrekkingen te ontvangen zowel in de woonstaat als in de werkstaat, terwijl de gewone migrerende werknemer of zelfstandige enkel recht heeft op verstrekkingen in het woonland.

Deze speciale bescherming had oorspronkelijk als doel te voorkomen dat er nodeloze lange werkonderbrekingen zouden ontstaan wanneer een grensarbeider nood heeft aan medische verzorging op het ogenblik dat hij aan het werken was. Het zou onredelijk zijn dat een grensarbeider, die nood heeft aan verzorging, eerst naar zijn woonstaat zou moeten terugkeren om de verzorging in kwestie te kunnen verkrijgen. Nochtans heeft de grensarbeider daardoor een geprivilegieerde positie verkregen ten aanzien van de gewone migrerende werknemer. De grensarbeider heeft immers een onvoorwaardelijk keuzerecht, terwijl de migrerende werknemer of zelfstandige slechts recht heeft op prestaties op het grondgebied van de werkstaat, wanneer hij op het grondgebied van die staat verblijft of wanneer hij zijn woonplaats overbrengt naar die Lid-Staat. De grensarbeider heeft door deze regeling dus een recht gekregen dat verder gaat dan de oorspronkelijke bedoeling van de regeling.

Men moet zich dus afvragen of deze ongelijke regeling van het recht op verstrekkingen nog steeds gerechtvaardigd is. Men kan de regeling in vraag stellen door te verwijzen naar de relevantie ervan voor de grensarbeider in de dagelijkse realiteit. Op basis van de uitgevoerde enquête kan worden geconcludeerd dat de regel voor de grensarbeider niet echt relevant is. Het keuzerecht wordt slechts in zeer beperkte mate gebruikt. Wanneer de grensarbeider ervoor kiest om zorg te verkrijgen in zijn werkstaat dan betreft het in de meeste gevallen gespecialiseerde zorg en ziekenhuiszorg. Nochtans is de gepensioneerde grensarbeider – een grensarbeider verliest immers zijn keuzerecht bij pensionering - wel voorstander van het behoud van dit keuzerecht na pensionering, ondanks het beperkte gebruik dat van dit keuzerecht wordt gemaakt. Deze resultaten geven een sterke contradictie weer: men wil het keuzerecht behouden, maar in de praktijk wordt er niet zo veel gebruik van gemaakt.

Dit vormt echter het bewijs dat er *in principe* geen nood is aan een keuzerecht en dat het verschil tussen verschillende categorieën van verzekerden kan worden opgeheven. Er is dus geen gegronde reden om een verschil in behandeling toe te staan. Te meer daar het keuzerecht vaak wordt gebruikt voor zorg die in principe onder de voorafgaande toestemmingsprocedure zou moeten vallen. Het keuzerecht zou dus kunnen worden afgeschaft.

*B. Toegang tot zorg in een andere Lid-Staat*

a) E111

Bij Verordening 631/2004 werd een nieuwe criterium ingevoerd om zorg te kunnen krijgen bij tijdelijk verblijf in een andere Lid-Staat. Het criterium om zorg te kunnen verkrijgen in een andere Lid-Staat is nu medische noodzakelijkheid en niet meer onmiddellijke noodzakelijkheid. Door het nieuwe criterium wordt nu ook niet-dringende zorg terugbetaald. Het is voldoende dat de zorg medisch noodzakelijk wordt tijdens het tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Lid-Staat. Het nieuwe artikel heeft dus ook een nieuw uitgangspunt. Men kan nu zelfs naar het buitenland gaan wanneer men al ziek is of wanneer men bepaalde zorg nodig heeft.

Het nieuwe criterium heeft als eerste doel de invoering van de Europese Ziekteverzekeringskaart (EZVK) mogelijk te maken. Een gelijkschakeling van rechten was nodig aangezien er anders verschillende Europees ziekteverzekeringskaarten zouden moeten bestaan. De vraag is echter of de invoering van dit criterium relevant is voor de praktische uitvoering van Art. 22 lid 1 a) Verordening 1408/71, dat het recht op gezondheidszorgen bij tijdelijk verblijf in een andere Lid-Staat regelt. Het zorgt er inderdaad voor dat er een gelijkschakeling is van rechten tussen de verschillende categorieën van verzekerden. Nochtans is het de arts die zal oordelen over de noodzakelijkheid

van de zorg. Afgaand op de invulling die door de Belgische ziekenfondsen aan het oude criterium wordt gegeven en vergelijkend met de wijze waarop het nieuwe criterium moet worden geïnterpreteerd, is het duidelijk dat er in de praktijk niet echt veel zal veranderen. Men kan dus stellen dat de gelijkschakeling van de rechten in de praktijk vooral een administratieve vereenvoudiging inhoudt.

Het tweede doel, of eerder het gevolg daarvan is dat het verschil tussen geplande en niet-geplande zorg, zoals ze gedefinieerd waren onder de oude verordening, wordt opgeheven. Op die manier kan tegelijk ook de *Kohll&Decker*-procedure worden geïntegreerd in de Verordening. Het onderscheid tussen dringende zorg en geplande zorg, zoals dat onder de oude Verordening gekend was, verdwijnt hiermee. De voorafgaande toestemming heeft onder de nieuwe verordening niet meer de functie van effectieve toestemming (ter bescherming van het eigen systeem). Het heeft enkel een functie voor tarifiering. Als men de toestemming heeft verkregen dan zal de terugbetaling gebeuren op basis van de tarieven van het land waar de zorg is verkregen. Is dat niet het geval dan zullen de tarieven van het land van aansluiting gelden. De bewoordingen van de nieuwe verordening zijn echter misleidend. Door de voorafgaande toestemming in te schrijven in Art. 22 Verordening 1408/71 en niet in de bepalingen betreffende terugbetaling, wordt de illusie opgehouden dat de voorafgaande toestemming nog steeds nodig is om geplande zorg in een ander Lid-Staat te kunnen verkrijgen. Indien de invoering van het nieuwe criterium te beschouwen is als de implementatie van *Kohll&Decker*, dan moet erop gewezen worden dat het onderscheid tussen dringende en geplande zorg niet relevant is. Na *Kohll&Decker* is dit verschil niet meer nodig. Onafhankelijk van het feit of de zorg nu dringend was of niet en onafhankelijk van het feit of de zorg gepland was of niet, zal de terugbetaling toch gebeuren maar dan wel op grond van de tarieven van de bevoegde Lid-Staat. Het onderscheid in stand houden vormt een restrictieve toepassing van de rechtspraak van het Hof. Maar bij de integratie van *Kohll&Decker* in de verordening is men niet ver genoeg gegaan, want men heeft de toestemming in de tekst behouden, waardoor er onduidelijkheid bestaat over de juiste functie ervan.

Ook Verordening 883/2004 die nog niet in werking is getreden, volgt de rechtspraak van het Hof niet of slechts gedeeltelijk. Zo neemt de nieuwe Verordening niet alle situaties van grensoverschrijdende zorg in overweging, in het bijzonder wanneer mensen, die aan een aandoening lijden en onder de Verordening ambulante zorg in het buitenland willen genieten, nog steeds toestemming nodig hebben. Dit is duidelijk in strijd met de rechtspraak van het Hof. Wil men *Kohll&Decker* op een juiste wijze implementeren, dan moet het verschil tussen geplande en dringende zorg worden afgeschaft. Men moet zich natuurlijk ook de vraag stellen wat de impact daarvan zou zijn op het zorgstelsel van de Lid-Staten. Zal de afschaffing van dit verschil een stijging van de patiëntenmobiliteit veroorzaken waardoor het eigen zorgstelsel in gedrang zal komen? Verwijzend naar de cijfers die beschikbaar zijn over de grensoverschrijdende samenwerkingsverbanden en verwijzend naar de cijfers



van ons eigen onderzoek, kan op deze vraag negatief worden geantwoord. Het is slechts in uitzonderlijke gevallen dat gekozen wordt voor zorg in de andere Lid-Staat. Dit alles bewijst dat de vrees voor een sociaal toerisme niet echt gefundeerd is en dat de *Kohll&Decker*-procedure in principe zou moeten kunnen worden uitgebreid naar alle zorg.

Vindt men deze optie te vergaand dan kan nog steeds geopteerd worden voor het behoud van het verschil tussen de dringende zorgprocedure en de *Kohll&Decker*-regeling. Dan behoudt men twee parallelle procedures met twee verschillende terugbetalingwijzen. De dringende zorgprocedure enerzijds en de *Kohll&Decker*-procedure anderzijds, die zowel geplande als niet-geplande zorg bevat. Indien men voor deze optie kiest, blijft het probleem echter bestaan van wat onder dringende zorg moet worden verstaan.

b) E112

Wenst men een behandeling te verkrijgen in een andere Lid-Staat dan in zijn woonstaat voor een reeds bestaande ziekte, dan is dit op grond van het artikel 22, lid 1 c Verordening 1408/741 slechtst zeer uitzonderlijk mogelijk. Art. 22, lid 1 c Verordening 1408/71 beperkt deze mogelijkheid tot behandelingen die voor de gezondheidstoestand van de verzekerde passend zijn en wordt afhankelijk gesteld van een voorafgaande toestemming van de bevoegde instelling. Bij het al dan niet toekennen van die toestemming heeft het bevoegde orgaan een ruime discretionaire bevoegdheid. Het komt toe aan de verzekeringsinstelling van het bevoegde land om te bepalen of aan de vermelde voorwaarde is voldaan. Onderzoek heeft uitgewezen dat iedere Lid-Staat zelf bepaalt hoe dit artikel dient te worden geïmplementeerd, wat leidt tot verschillende interpretaties. Een groot probleem bij Artikel 22 is dat het enkel zegt wanneer de toestemming zeker niet mag worden geweigerd. Het bepaalt echter niets voor alle andere gevallen. Gevolg is dan natuurlijk dat de verzekerde volledig afhankelijk is van de interpretatie, die het bevoegde orgaan aan dit Artikel 22 zal geven.

Aangezien over heel wat zaken onduidelijkheden blijven bestaan en aangezien de rechtspraak van het Hof niet altijd even consequent wordt geïmplementeerd, zou het dus ook hier nuttig kunnen zijn om internationale standaarden in te voeren ter bepaling van wanneer wel toestemming moet worden gegeven en wanneer dat niet het geval is. Op die manier kan een meer uniforme benadering worden bereikt binnen de verschillende Lid-Staten.

### C. *Evaluatie administratieve regelingen en samenwerkingsakkoorden*

Met het oog op de grensoverschrijdende gezondheidszorg werden verschillende soorten samenwerkingsovereenkomsten afgesloten. De reikwijdte is erg verschillend en ook de partijen die erbij betrokken zijn, kunnen echter van elkaar verschillen. Nochtans hebben ze één gemeenschappelijk doel, met name de mobiliteit van de patiënt te vereenvoudigen, dit door de invoering van

administratieve vereenvoudiging en door versoepeling van de toestemmingsprocedures.

Afgaand op de inhoud van deze overeenkomsten, is duidelijk dat elk van deze regelingen er op neer komen dat de toestemmingsprocedure wordt vereenvoudigd en in de meeste gevallen zelfs wordt opzij geschoven. De afgifte van het E112-formulier wordt niet afhankelijk gemaakt van een voorafgaande medische toestemming. De toestemming is niet afhankelijk van een beoordeling van een adviserende geneesheer. Het E112-formulier vervult een zuiver administratieve functie, die de tenlasteneming van de kosten moet mogelijk maken.

Het afsluiten van deze samenwerkingsovereenkomsten komt eigenlijk overeen met de implementatie van de *Kohll&Decker*-rechtspraak van het Hof van Justitie. Deze vereenvoudigde toegangsprocedures komen er in feite op neer dat men *Kohll&Decker* gaat toepassen, zonder de terugbetalingswijze daarvan over te nemen. De terugbetaling gebeurt in kader van deze samenwerkingsovereenkomsten immers niet op basis van de tarieven van het bevoegde land, maar wel op basis van de tarieven van het land waar de zorg is verleend. Het gevolg daarvan is dat er binnen bepaalde regio's, waar overeenkomsten van dit genre bestaan, in principe geen onderscheid meer bestaat tussen dringende en geplande zorg. Het maakt voor de verzekerden die van deze overeenkomsten gebruik kunnen maken niet uit of de zorg in de andere betrokken Lid-Staat dringend dan wel gepland is. Het verschil in procedure is enkel zichtbaar door het soort E-formulier dat men gebruikt. Het is dus enkel de administratieve procedure die verschilt wanneer men naar de andere Lid-Staat gaat.

#### *D. Voorstel tot rationalisatie van de verordening*

Uitgaand van de hierboven beschreven situaties, kan men zich afvragen op welke manier de rechtspraak van het Hof het beste kan worden geïmplementeerd en op welke manier de toegang tot zorg in een ander Lid-Staat kan worden vereenvoudigd.

Het ideale scenario zou zijn om het beste van de twee systemen met elkaar te combineren. De toepassing van de *Kohll&Decker*-procedure zoals voorzien door het Hof van Justitie, maar waarbij de terugbetaling zou gebeuren op basis van de tarieven van de Lid-Staat waar de zorg is verleend en niet op basis van de tarieven van de bevoegde Lid-Staat. De zorg in een ander Lid-Staat zou dan niet meer afhankelijk worden gesteld van een voorafgaande toestemming en de terugbetaling van de kosten op basis van de tarieven die werden toegepast, wordt op deze manier verzekerd. Dit systeem bestaat vandaag al in regio's waar samenwerkingsovereenkomsten werden afgesloten. De vraag is dus of dit systeem kan worden veralgemeend en niet enkel meer zou worden toegepast

binnen de grensstreken. Afgaand op de verschillende mogelijkheden die bestaan om toegang tot zorg te vereenvoudigen, kan men concluderen dat er in de praktijk behoefte is aan een definitieve, bij wet vastgelegde versoepelde toepassing van E112. Om de rechtsongelijkheid tegen te gaan, moet de verruimde toepassing van de E112-procedure wel voor iedereen van toepassing zijn, ongeacht de geografische situering van de verzekerde.

Indien dit het geval zou zijn, zou dit een enorme vereenvoudiging met zich mee brengen. Dit systeem zou in eerste instantie tegemoetkomen aan de gefragmenteerde aanpak die vandaag de dag bestaat. Tussen en binnen de Lid-Staten zijn er ook verschillen te vinden betreffende de grensoverschrijdende zorg, die eventueel aanleiding kunnen geven tot rechtsongelijkheid tussen de EU-burgers. Verzekerden die gebruik kunnen maken van mogelijkheden die hen worden aangeboden onder samenwerkingsprojecten, hebben een grotere vrijheid tot grensoverschrijdende gezondheidszorg dan elders. Hetzelfde geldt voor grensarbeiders. Het nieuwe systeem zal er dan ook voor zorgen dat geen enkele verzekerde wordt bevoordeligd ten opzichte van andere verzekerden. Een ander voordeel dat dit systeem zal meebrengen, is tevens dat alle problemen die geconfronteerd gaan met de *Kohl&Decker*-procedure (zoals de mogelijke financiële last van de patiënt, die immers alle kosten dient voor te schieten, alsmede de onzekerheid dat zijn kosten ook zullen worden terugbetaald) hierdoor een oplossing zouden krijgen. De bestaande dualiteit tussen een systeem gebaseerd op de EG-Verordening en een systeem rechtstreeks gebaseerd op het EG-Verdrag is ook niet bevorderlijk voor de patiënt. Daarnaast brengt dit ook heel wat administratieve problemen met zich mee. Zoals reeds aangetoond, zou ook het onderscheid tussen medisch noodzakelijke en geplande zorg opgeheven worden, wat heel wat administratieve vereenvoudiging met zich kan meebrengen.

De voorgestelde combinatie van beide bestaande procedures voor zorg in een andere Lid-Staat brengt een vereenvoudiging van het huidige systeem met zich mee en ligt in het verlengde van zowel de rechtspraak van het Hof van Justitie, als van de huidige bewoording van Artikel 22 van de Verordening. Velen zullen echter als tegenargument opwerpen dat dit systeem financiële risico's inhoudt voor de Lid-Staten en voor de organisatie van de toegang en de kwaliteit van de zorg voor de nationale onderdanen. Het valt natuurlijk moeilijk in te schatten hoe de patiënt zelf zou gaan reageren, wanneer hem een onbeperkte mogelijkheid wordt geboden om zich in een andere Lid-Staat te laten verzorgen. Nochtans blijkt dat in het algemeen de mobiliteit van de patiënt beperkt is en er zeker geen systematisch gebruik van wordt gemaakt om zich over de grens heen te laten verzorgen. Uit de door ons uitgevoerde enquêtes blijkt tevens dat personen, die wel gebruik maken van de mogelijkheden, vooral personen zijn, die reeds eerder gebruik hebben gemaakt van grensoverschrijdende zorg en daar een goede ervaring mee hebben gehad of personen, die gemigreerd zijn en voor zorg terugkeren naar hun land van oorsprong. Men kan natuurlijk echter niet uitsluiten dat in de toekomst het gedrag van de patiënt zou veranderen. Wat zal dan de

invloed zijn op het eigen systeem en hoe kan dit worden opgelost ? De financiële organisatie van het systeem zou kunnen worden beïnvloed, systemen zullen moeten worden gereorganiseerd omwille van een overcapaciteit die zou ontstaan, enz. Hoe kan dit worden opgevangen ? Het is natuurlijk een onmogelijke opgave om de nationale tarieven van de Lid-Staten te harmoniseren en het probleem van tarifieringsverschillen zal dus blijven bestaan. Een mogelijke oplossing zou natuurlijk wel kunnen zijn om een soort Europees solidariteitsfonds op te richten ter compensatie van de financiële gevolgen van een stijgende patiëntenmobiliteit.

Maar een alternatief dient te worden voorzien voor het geval het nieuwe systeem toch een negatieve invloed zou hebben. De rechtspraak van het Hof heeft als doel een optimale allocatie van productiemiddelen met keuzevrijheid van de consument te realiseren binnen de Europese markt. Grensoverschrijdende samenwerking moet dan ook worden gestimuleerd op een zo ruim mogelijke wijze. Omwille hiervan dient men het afsluiten van overeenkomsten betreffende toegang tot zorg te bevorderen. Dit ligt in het verlengde van wat de dag van vandaag gebeurt in bepaalde regio's, waarbij een soort automatische toestemming wordt gegeven om zich in het buitenland te laten verzorgen. In zekere mate impliceert dit dat men zorg van een andere Lid-Staat in het eigen systeem gaat integreren en deze verstrekkingen dus in het eigen aanbod gaat opnemen. Integratie van zorg van een andere Lid-Staat in het eigen systeem veronderstelt echter dat men voldoende vertrouwen moet hebben dat de zorg van een gelijkwaardig niveau is en dat de zorg dezelfde kwaliteit heeft als de zorgverstrekingen, die in de eigen staat worden verleend. De huidige rechtspraak van het Hof van Justitie biedt hier echter te weinig waarborgen voor. Dit is echter noodzakelijk. Indien overeenkomsten betreffende de afschaffing van een toestemming worden afgesloten, impliceert dit ook onmiddellijk de noodzaak om bij de planning van het zorgsysteem rekening te houden in het eigen systeem met de buitenlandse zorg, die zal worden gegeven aan verzekerden. Als de toestemming wegvalt, moet de integratie worden bekomen door de planning van het eigen systeem daarop te richten. Dit is intrinsiek gekoppeld aan de nood voor kwaliteitsnormen.

Bij gebrek aan enig Europees kaderwerk in dit verband is het aan de Lid-Staten om via samenwerkingsovereenkomsten de kwaliteit wederzijds te gaan onderzoeken en tot een wederzijdse erkenning te komen van elkaars controlemechanisme. Daarom lijkt het ons van belang dat gepaard gaand met de overeenkomsten ter afschaffing van de voorafgaande toestemmingsprocedure, zoals voorzien in de verordening, in de tweede plaats overeenkomsten worden afgesloten betreffende de wederzijdse erkenning van controlemechanismen van de andere Lid-Staat, controle zowel op de kwaliteit van de zorgverstreking, als op de zorgverlening (de arts) in het algemeen, en dit zolang er geen harmonisatie van kwaliteitsstandaarden bestaat. Hieraan gekoppeld bestaat een grote behoefte voor een duidelijk bepaling van de rechten van de patiënt. Er ontstaat hierbij ook een nood aan een definitie van een soort "health care basket"

op Europees niveau en aan een definitie van wat onder medische zorg moet worden verstaan. Definiëring van een dergelijke "health care basket" zet zonder twijfel aan tot het creëren van een Europees verstrekkingenpakket, waarin alle nationale zorg met alle bijkomende zorg van andere Lid-Staten zullen vervat zitten. Onder dit alternatief systeem blijven natuurlijk prijsverschillen bestaan. Dit is op zich niet problematisch, daar verschillen in prijs in zorgsystemen ook nuttig zijn, daar op die manier de kwaliteit van de zorg wordt gewaarborgd en verbeterd en het zorgt voor concurrentie in de gezondheidszorg. Het is dus voldoende dat er, zolang geen harmonisatie van de kwaliteitsnormen en van het Europese zorgpakket bestaat, overeenkomsten worden afgesloten over de afschaffing van de toestemming en de erkenning van elkaars controle mechanismen. Op die manier kan de terugbetaling van de verleende zorg gebeuren op basis van de tarieven van de Lid-Staat waar de zorg werd verleend aangezien de bevoegde Lid-Staat ermee akkoord gaat dat de zorg in de andere Lid-Staat dezelfde kwaliteit heeft als deze in het eigen systeem. Dit houdt in dat we aanvaarden dat ons systeem gebaseerd is op het beginsel van de Lid-Staat waar de zorg is ontvangen. Dit zorgt op zich al voor een vereenvoudiging in van het bestaande systeem.

Het nieuwe systeem zou er dan op neer komen dat men recht heeft op zorg die voor de patiënt zelf het beste is. De patiënt zou zich niet meer moeten bekommeren over het feit of de zorg al dan niet tot het nationale zorgpakket behoort. Het voorgestelde systeem komt dan ook tegemoet aan de wil van de patiënt die omwille van sociale redenen over de grens zorg wil ontvangen. Onder het bestaande systeem is dat niet mogelijk. Enkel medische redenen worden in overweging genomen. Onder dit systeem is er ook geen nood meer aan onderscheiden bepalingen voor verschillende categorieën van verzekerden want iedereen heeft recht op de beste zorg die bestaat voor hem. Op deze manier krijgt iedere verzekerde het keuzerecht, los van bijkomende voorwaarden. Dit veronderstelt dat het keuzerecht van de grensarbeider kan worden afgeschaft.

## 5.2 Werkloosheid

### A. *Grensarbeiders*

Ondanks het feit dat Verordening 1408/71 uitgaat van het werklandbeginsel, kent de regeling inzake werkloosheidsuitkeringen hierop een uitzondering, voor zover het onder meer een volledig werkloze grensarbeider betreft. Deze laatste krijgt immers werkloosheidsuitkeringen volgens en ten laste van het woonland. Er wordt hierbij een fictie ingevoerd, ingegeven door het vermoeden dat de grensarbeider meer kans maakt op integratie in zijn woonland. Maar dit vermoeden stemt niet meer overeen met de werkelijkheid. Er zijn dan ook meerdere redenen die pleiten voor de instelling van het werklandprincipe in plaats van het woonlandprincipe. Behalve dat het werklandbeginsel ook in de praktijk beter zou aansluiten bij de realiteit, zijn er nog andere redenen die pleiten

voor een invoering van het werklandprincipe. Zo is het qua verdeling van sociale lasten rechtvaardiger, daar het woonlandbeginsel er voor zorgt dat het woonland uitkeringen moet betalen, zonder dat daarvoor bijdragen zijn ontvangen. Het werklandbeginsel zou bovendien ook rechtvaardiger zijn naar de werkloze toe. Nu worden de hoogte van de uitkering en de duur ervan bepaald door de wetgeving van de woonstaat. Het kan voorkomen dat de uitkering lager is dan deze die men zou ontvangen hebben in het werkland. De hoogte van de uitkering kan dus onevenredig zijn ten aanzien van de hoogte van de betaalde bijdragen. Dit wordt als een reëel probleem ervaren door de grensarbeiders en zou opgelost kunnen worden door het invoeren van het werklandbeginsel.

De invoering van het werklandbeginsel zou tenslotte een vereenvoudiging met zich meebrengen in die zin dat de toe te passen wetgeving en de bevoegde staat niet meer afhankelijk zouden zijn van het feit of de werkloze nu gedeeltelijk dan wel volledig werkloos is. Het onderscheid tussen beide is moeilijk daar dit niet in alle Lid-Staten samen hangt met de arbeidsovereenkomst. De invoering van het werklandbeginsel heeft niet enkel bovenvermelde voordelen, maar zorgt er ook voor dat het onderscheid tussen grensarbeiders en gewone migrerende werknemers niet meer nodig is. Men kan de verschillende categorieën die door de verordening zijn ingevoerd op die manier gaan gelijkschakelen, waardoor alle migrerende personen op dezelfde wijze zouden worden behandeld.

## *B. Export*

Werkloosheidsuitkeringen zijn in principe niet uitvoerbaar. Artikel 69 van de Verordening kent hierop een kleine uitzondering, met name kan de werkloze gedurende drie maanden in een andere Lid-Staat werk gaan zoeken met behoud van zijn uitkering ten laste van de bevoegde Lid-Staat. Het onderzoek toont aan dat de periode waarvoor de werkloosheidsuitkering mag worden uitgevoerd veel te kort is om op de arbeidsmarkt van de andere Lid-Staat een nieuwe job te vinden. Een uitbreiding van deze mogelijkheid lijkt dan ook aangewezen. Heel wat Lid-Staten vrezen echter dat dit zou leiden tot een sociaal toerisme, daar de hoogte van de uitkering immers bepaald wordt door de wetgeving van de bevoegde Lid-Staat. Dit kan er dan toe leiden dat werklozen uit Lid-Staten met hoge werkloosheidsuitkeringen zich naar andere Lid-Staten zouden kunnen verplaatsen, waar het klimaat bv. beter is en daar gedurende verschillende maanden kunnen verblijven met behoud van hun werkloosheidsuitkeringen, terwijl ze in de bevoegde Lid-Staat slechts recht hebben op een beperkt aantal verlofdagen. Dit is echter de dag van vandaag ook reeds het geval. Alles heeft te maken met de lastencontrole die wordt uitgevoerd op een werkloze, die van een andere Lid-Staat komt om werk te zoeken. Indien men de mogelijkheid om de werkloosheidsuitkering uit te voeren onbeperkt zou toelaten dan zou dit moeten gepaard gaan met een vergaande samenwerking tussen beide Lid-Staten. Dit is echter niet nieuw en kadert volledig binnen de samenwerkingsplicht die op grond van de verordening wordt ingevoerd voor de Lid-Staten. Nochtans zal de regeling zoals ze is voorzien in de nieuwe verordening deze samenwerking nog minder evident maken, aangezien de bevoegde Lid-Staat dan zal moeten instaan voor

de uitbetaling van de uitkeringen terwijl de werkloze op het grondgebied van een andere Lid-Staat werk zoekt. Er zal onder de nieuwe verordening helemaal geen incentive bestaan om de controle daadwerkelijk uit te voeren. Daarom is het nodig deze samenwerkingsplicht in het hoofdstuk van werkloosheid duidelijk te omschrijven, zodat misbruik van de onbeperkte exportmogelijkheid tot een minimum wordt beperkt.

De Lid-Staten wijzen op sociaal toerisme, maar men mag ook de omgekeerde situatie niet vergeten. Heel wat werklozen die afkomstig zijn van een Lid-Staat waar de uitkeringen laag zijn en die zich naar een 'rijkere' Lid-Staat begeven om er werk te zoeken, zullen moeilijkheden ondervinden om te overleven in die staat waar de levensstandaard en de prijzen in principe overal hoger zijn. Men zou kunnen stellen dat het systeem dat geldig is onder de verordening, waarbij de uitkering wordt bepaald door de wetgeving van de bevoegde Lid-Staat beperkend is voor het vrij verkeer van deze groep werklozen. De werkloze van 'armere' Lid-Staten zullen minder snel geneigd zijn om werk te gaan zoeken in een 'rijkere' Lid-Staten. Pleit dit echter voor een verandering van het werklandbeginsel? Zou het beter zijn om het systeem dat geldt bij gezondheidszorg te vertalen naar werkloosheid?

Het systeem van gezondheidszorg is gekenmerkt door volledige integratie van de persoon die zorg verkrijgt in een andere Lid-Staat, in het systeem van de ontvangstaat, alsof hij daar verzekerd was. Dat betekent dat de tarieven van de ontvangende Lid-Staat van toepassing zijn. De bevoegde Lid-Staat zal de verstrekkingen dus moeten terugbetalen aan het tarief dat geldig is voor de nationale onderdanen van de Lid-Staat waar de zorgverstrekkingen is verleend. Dit systeem, toegepast op de werkloosheid, zou betekenen dat de hoogte en de duur van de werkloosheidsuitkeringen zou bepaald worden door de wetgeving van het land waar werk wordt gezocht en niet door de bevoegde Lid-Staat. Op deze wijze wordt de uitkering ook gekoppeld aan de controle die wordt uitgevoerd, zoals dit ook het geval is voor de nationale onderdanen van die Lid-Staat. De bevoegde Lid-Staat zou deze uitkeringen dan aan deze hoogte moeten terugbetalen. Wanneer de mogelijkheid op export onbeperkt wordt, houdt dit systeem een financieel risico in voor de 'armere' Lid-Staten, aangezien zij het risico lopen dat gedurende de periode, die bepaald is in de wetgeving van de ontvangende Lid-Staat, hogere uitkeringen zouden moeten worden terugbetaald, dan dat er bijdragen zijn geïnd. Men zou daarom een beperking kunnen invoeren voor de gevallen wanneer werklozen afkomstig zijn uit een Lid-Staat met lagere uitkeringen dan de Lid-Staat waarheen de werkloze zich begeeft. Dit zou echter een discriminatie invoeren op grond van de Lid-Staat waarvan men afkomstig is en de keuze van Lid-Staat waar men werk wil zoeken. Het is dus niet aangeraden om het systeem van integratie volledig te gaan toepassen. Het systeem van volledige integratie zoals het geldt voor de zorgvertrekkingen, is niet wenselijk voor de werkloosheidsuitkeringen. Het feit dat in het kader van grensoverschrijdende gezondheidszorg hogere tarieven moeten worden terugbetaald, dan deze die gelden in het bevoegde land, houdt niet dezelfde

risico's in als bij de werkloosheid het geval zou zijn. Grensoverschrijdende zorg is een zeer marginaal gegeven en betreft meestal slechts eenmalige behandelingen. Bij werkloosheid zouden de financiële risico's veel groter zijn, daar een werkloze gedurende een langere tijd in de andere Lid-Staat werk kan gaan zoeken. Het integratiebeginsel is in principe minder geschikt voor langlopende uitkeringen.

Een oplossing voor deze situatie zou zijn, het onderscheid tussen verstrekkingen en uitkeringen te behouden voor werkloosheid zoals dit nu ook het geval is voor gezondheidszorg. Voor de verstrekkingen, m.n. de controle en de reïntegratiemaatregelen, zou men volledig geïntegreerd worden in het systeem van het ontvangstland. Betreft het daarentegen uitkeringen dan blijft het werklandbeginsel van toepassing en de hoogte en de duur van de uitkering zal dan ook bepaald worden door de wetgeving van de bevoegde Lid-Staat. Het probleem van de werkloze uit de armere Lid-Staat blijft dan natuurlijk wel bestaan, maar dit is het resultaat van de coördinatie die door de Verordening wordt ingevoerd. Men mag hierbij niet vergeten dat de exportmogelijkheid een recht is en geen plicht. Wie beslist hiervan gebruik te maken, moet dan ook de gevolgen daarvan accepteren. Vereist is dan wel dat de werkloze hierover voldoende wordt geïnformeerd.

### C. *Voorstel tot rationalisatie van de Verordening*

In het hoofdstuk van werkloosheid wordt een onderscheid ingevoerd tussen het voordeel in geld, met name de uitkering, en het voordeel in natura, met name de diensten van arbeidsbemiddeling. Het uitgangspunt van de uitkeringen is het werklandbeginsel, ongeacht of men grensarbeider is of niet. Het recht op werkloosheidsuitkering wordt dus bepaald door de wetgeving van de bevoegde Lid-Staat, wat alvast een heleboel administratieve afhandelingen eenvoudiger zal maken. De exportmogelijkheid wordt nu onbeperkt mogelijk, ten minste voor zover deze betrekking heeft op uitkeringen. De controle zal echter gebeuren door de staat waar werk wordt gezocht. Voor de diensten van arbeidsbemiddeling wordt men dus volledig geïntegreerd in het systeem van de ontvangende Lid-Staat. In het kader van de samenwerkingsplicht tussen de Lid-Staten zouden overeenkomsten kunnen worden afgesloten betreffende de erkenning van de controlemechanismen van de betrokken Lid-Staten. Deze erkenning zal ook het misbruik tot een minimum kunnen beperken.

## **6 Algemeen besluit**

Voor de invoering van het nieuwe systeem voor gezondheid en werkloosheid vertrekken we van het onderscheid tussen de 'verstrekkingen in natura', m.n. de zorgverlening en de diensten van arbeidsbemiddeling, en de uitkeringen, m.n. de uitkeringen in kader van gezondheidszorg en de werkloosheidsuitkeringen. Voor de diensten ontstaat er nu een volledige integratie in de Lid-Staat waar de dienst



wordt verleend. Voor gezondheidszorg betekent dit dat het tarief van de Lid-Staat van zorgverlening van toepassing is ten gevolge van de wederzijdse erkenning van elkaars controlemechanismen. Voor de werkloosheid betekent dit dat de controle op initiatieven van de werkloze om effectief werk te vinden door de Lid-Staat gebeurt waar werk wordt gezocht. Ook in dit laatste geval zal de bevoegde Lid-Staat de controle aanvaarden die door de andere Lid-Staat wordt uitgevoerd. Voor de dienstverlening wordt voor alle sectoren een wederzijdse erkenning van de controlemechanismen van het land waar de dienst wordt verleend, ingevoerd. Export wordt in beide gevallen onbeperkt. Voor gezondheidszorg is het voldoende dat er overeenkomsten worden afgesloten over de erkenning van elkaars kwaliteitsnormen en het daarmee gepaard gaande controlemechanisme en dat er internationale standaarden worden aangereikt ter bepaling van de kwaliteit samen met criteria ter bepaling van het 'health care basket' en van wat onder medische zorg moet worden verstaan. Voor werkloosheid is het voldoende dat er samen wordt gewerkt betreffende de controle van de werkloze.