

**Ordonnance du (date) sur la carte d'assuré pour l'assurance
obligatoire des soins (OCA)**

Entrée en vigueur prévue pour le 1^{er} janvier 2007

Commentaire et contenu de l'ordonnance (annexe)

Berne, septembre 2006

Table des matières

1	INTRODUCTION.....	3
2	CONTENU DE L'ORDONNANCE	6
21	Principe (Art. 1).....	6
22	Exigences techniques (art. 2)	6
23	Données pour la facturation	7
231	Données imprimées (art. 3)	7
232	Données électroniques (art. 4).....	7
233	Vérification du numéro d'assuré AVS (art. 5)	8
24	Données au sens de l'art. 42a, al. 4, LAMal	8
241	Etendue des données (art. 6)	8
242	Accès aux données visées par l'art. 6 (art. 7).....	10
243	Authentification du fournisseur de prestations (art. 8).....	12
25	Droits et obligations	12
251	Droits de l'assureur (art. 9)	12
252	Obligation d'informer de l'assureur (art. 10).....	12
253	Obligations du fournisseur de prestations (art. 11)	13
254	Obligations de la personne assurée (art. 12)	13
26	Facturation.....	13
261	Contrôle du rapport d'assurance (art. 13)	13
262	Procédure d'interrogation en ligne (art. 14).....	14
27	Essais pilotes cantonaux (art. 15).....	14
28	Standards techniques (art. 16)	15
29	Dispositions finales	15
291	Modification du droit en vigueur (art. 17)	15
292	Dispositions transitoires (art. 18)	15
293	Entrée en vigueur (art. 19).....	15
3	FINANCEMENT.....	17

1 Introduction

La Suisse fait partie du peloton de tête des pays où les conditions sont bonnes pour investir dans les technologies de l'information et de la communication et les utiliser. Ce potentiel n'a pas été suffisamment exploité jusqu'ici dans le système de santé. Les mêmes données administratives et médicales sont saisies, transmises et triées plusieurs fois, tant manuellement qu'électroniquement. Il en résulte des processus inefficaces, des erreurs et les pertes d'informations.

L'organisation fédéraliste du système de santé permet certes des solutions proches de la pratique, mais elle nuit à l'homogénéité du système. La carte d'assuré constitue un premier pas vers une meilleure coordination et une promotion des services informatiques de santé au niveau national. D'autres étapes suivront avec la mise en œuvre de la stratégie e-health requise en janvier 2006 par le Conseil fédéral.

Le Parlement a créé la base légale pour l'introduction d'une carte d'assuré le 8 octobre 2004, avec l'art. 42a de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)¹, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005.

Le 22 juin 2005, le Conseil fédéral a adopté un premier concept pour l'introduction de cette carte et il en a défini les objectifs :

- **efficacité de l'administration** : réduction des tâches administratives pour le décompte des prestations (réduction du nombre d'erreurs dans la saisie des données, amélioration de la qualité des données, simplification du maniement des données des assurés, réduction du nombre de demandes de précisions) ;
- **qualité et sécurité** : amélioration de la qualité médicale et de la sécurité des soins (possibilité d'enregistrer des données personnelles sur la carte d'assuré) ;
- **« Patient Empowerment »** : responsabilisation accrue des assurés (qui décident de l'étendue et de l'utilisation des données personnelles).

Sur cette base, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a publié en automne 2005 un design de base (*Grobdesign*) du système de carte d'assuré, élaboré par un expert accompagné par un groupe de pilotage externe. Un projet concret de mise en œuvre a été livré au printemps 2006. Le design de base et la proposition de mise en œuvre ont été discutés avec les principaux partenaires :

- Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
- santésuisse Les assureurs-maladie suisses
- Association suisse d'assurances (ASA)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (SUVA)
- Fédération des médecins suisses (FMH)
- Société suisse des pharmaciens (SSPh)
- H+ Les Hôpitaux de Suisse
- Forum Travail d'âge stationnaire Suisse
- Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé (FSAS)
- Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (Spitex)

¹ RS 832.10

- Association suisse de physiothérapie (Fisio)
- Fondation pour la protection des consommateurs (FPC)
- Fondation Organisation suisse des patients (OSP)
- Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP)
- Fédération romande des consommateurs (FRC)
- Associazione pazienti della Svizzera italiana (APSI)
- Préposé fédéral à la protection des données (PFPD)
- Office fédéral de la justice (OFJ)

Le modèle proposé a été mis au point sur la base des résultats de ces auditions. L'introduction de la carte d'assuré, conformément à l'art. 42a, al. 3, LAMal, est du ressort des assureurs. Par « introduction », le Parlement a toujours entendu implicitement dans ses débats « financement ». Comme rien n'indique que les autres acteurs participeront volontairement aux frais d'introduction, il faut s'efforcer de mettre en place un modèle qui suive de près les prescriptions de l'art. 42a LAMal. Les utilisations prévues par l'al. 4 sont donc conçues de telle sorte que les frais d'émission de la carte restent minimales pour les assureurs en ce qui concerne la mise en œuvre de l'al. 4. Il n'existe pas de base légale pour obliger les fournisseurs de prestations à mettre à disposition lesdites utilisations. Le modèle remanié prévoit donc que ces applications restent facultatives pour les fournisseurs de prestations.

Les cantons ont souligné plusieurs fois qu'il était nécessaire, de leur point de vue, de combiner les essais pilotes cantonaux en cours avec le système de la carte d'assuré. C'est pourquoi l'ordonnance contient un article qui permet aux cantons de munir la carte d'assuré d'autres utilisations, pour autant que celles-ci soient inscrites dans une loi cantonale.

Aux termes de l'art. 42a, al. 3, le Conseil fédéral règle, après audition des milieux intéressés, les standards techniques qui doivent être appliqués. Pour que ces standards puissent être adaptés le plus simplement possible à l'état actuel de la technique, ils doivent être réglementés dans une ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI). Et pour les définir de façon réaliste et proche de la pratique, une coopération de tous les acteurs impliqués dans le système est indispensable. L'OFSP a choisi l'association eCH pour offrir une plateforme indépendante d'échange de connaissances. L'intégration dans le cadre de cette association facilite la participation d'offreurs privés, qui devraient prendre part aux discussions en tant que détenteurs importants du savoir spécialisé. Conformément aux statuts, les standards seront fixés par consensus et pourront être recommandés au titre de standards eCH par un comité d'experts. Lors de ce procédé, les standards internationaux existants sont pris en considération, dans la mesure où ils sont disponibles et correspondent au système suisse de la santé. Ceci encourage la concurrence et favorise la réduction des entraves au commerce. Ces standards n'auront pas de caractère obligatoire et seront mis gratuitement à la disposition de tous les intéressés. Il sera ainsi possible, entre autres, d'élaborer des standards librement accessibles à tous. Ceux-ci seront ensuite déclarés obligatoires par le DFI et inscrits dans une ordonnance.

La carte d'assuré doit garantir que des indications fiables sur la personne assurée et le rapport d'assurance soient disponibles sous forme électronique au moment de la saisie de données administratives chez le fournisseur de prestations. Certes, l'art. 42a LAMal n'oblige pas à facturer les prestations LAMal sous forme électronique, mais la facturation électronique prévue par

les conventions tarifaires peut encourager la diffusion des technologies de l'information et de la communication liée à l'introduction de la carte d'assuré.

2 Contenu de l'ordonnance

21 Principe (Art. 1)

Les assureurs sont tenus de délivrer une carte d'assuré à toute personne soumise à l'assurance obligatoire des soins (AOS) conformément à l'art. 3 LAMal. Cette obligation s'étend donc à tous les assurés AOS résidant ou séjournant en Suisse, ainsi qu'aux assurés résidant à l'étranger (art. 1 ss de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; OAMal²). Mais la carte d'assuré ne pourra pas être effectivement utilisée par tous les assurés, car elle n'est pas utilisable dans un contexte international. En effet, elle n'octroie pas par elle-même aux assurés LAMal résidant à l'étranger le droit à des prestations médicales en Suisse et elle ne sera pas non plus utilisée dans le cadre de l'entraide internationale en matière de prestations. Sont concernés les assurés AOS qui résident dans un Etat membre de la CE et qui sont soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes (art. 1, al. 2, let. d, OAMal), ainsi que les personnes qui résident en Islande ou en Norvège et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de l'Accord amendant la Convention AELE (art. 1, al. 2, let. e, OAMal). Pour recourir à des prestations médicales en Suisse, ces personnes doivent présenter une carte d'assuré européenne, et ces prestations sont facturées selon les règles de l'entraide internationale en matière de prestations. Font exception les assurés résidant dans un des Etats de la CE qui ont convenu avec la Suisse du libre choix du lieu de traitement (Allemagne, Autriche, Belgique, France, Hongrie, Pays-Bas). Ces assurés peuvent se faire soigner dans leur Etat de résidence ou en Suisse. Dans ce dernier cas, le décompte suit les règles du droit suisse et de l'entraide internationale en matière de prestations, raison pour laquelle la carte d'assuré est alors utilisée.

La carte d'assuré émise doit satisfaire à certaines exigences quant à son équipement technique (art. 2) et aux données servant à la facturation (art. 3 et 4).

22 Exigences techniques (art. 2)

Selon le concept proposé, la carte d'assuré est munie d'un microprocesseur (puce électronique) autorisant les applications énumérées à l'art. 2. Un microprocesseur possède des capacités en partie identiques à celles d'un miniordinateur et peut notamment exécuter des prestations de sécurité importantes dans le traitement de données personnelles. La puce électronique doit permettre les applications suivantes :

- traitement de données personnelles (let. a) et prise des mesures de sécurité qui y sont liées, comme la vérification du droit d'accès à ces données (let. b) ;
- blocage de données au moyen d'un code PIN (let. c) ;
- établissement d'un numéro d'autorisation (let. d) ;
- applications supplémentaires pour des essais pilotes cantonaux (let. e).

La définition des modalités techniques nécessaires, y compris des normes et des standards, est déléguée au DFI (voir art. 16). Ces normes et ces standards seront fixés sur recommandation d'un groupe d'experts de l'association eCH (voir Introduction).

² RS 832.102

23 Données pour la facturation

231 Données imprimées (art. 3)

L'art. 42a, al. 1, LAMal prévoit que la carte d'assuré contient le nom de l'assuré et un numéro d'assurance sociale attribué par la Confédération.

Les données énumérées à l'al. 1 servent à faciliter l'identification de la personne assurée par le fournisseur de prestations, ainsi qu'à d'autres buts administratifs dans le cadre du traitement, en particulier à la facturation. Les données personnelles supplémentaires telles que la date de naissance et le sexe réduisent le risque d'une fausse identification de la personne assurée et augmentent ainsi l'efficacité du système. Contrairement aux données personnelles au sens de l'art. 42a, al. 4, LAMal, toutes les données administratives doivent obligatoirement figurer sur la carte, et ce tant sous forme imprimée qu'électronique (voir ci-dessous, art. 4, al. 1, let. a). Pour des raisons pratiques, il est judicieux que le numéro d'identification de la carte d'assuré soit identique au numéro d'identification de la carte européenne d'assurance-maladie (CEAM) (al. 2).

La CEAM a été introduite en Suisse pour le 1^{er} janvier 2006. Le droit européen³ autorise les Etats contractants à placer la CEAM au verso des cartes d'assurance maladie existant dans les Etats membres. La Suisse aimerait laisser les assureurs libres de combiner en une seule la carte d'assuré LAMal et la CEAM ou d'émettre deux cartes distinctes (al. 3). En cas de combinaison, la carte aurait une face « européenne » et une face « suisse ». Tout porte à croire que les assureurs LAMal entendent délivrer une carte combinée. Dans ce cas, les deux jeux de données devront figurer intégralement sur les faces respectives.

L'al. 4 habilite le DFI à régler les exigences concernant la présentation graphique. Mais celles-ci doivent se limiter à un minimum, soit probablement à la dénomination de la carte dans les quatre langues nationales accompagnée de l'écusson de la Confédération.

232 Données électroniques (art. 4)

Les données imprimées conformément à l'art. 3, al. 1, doivent également être enregistrées sur la carte sous forme électronique (al. 1).

Des informations supplémentaires peuvent être nécessaires pour la facturation. C'est pourquoi l'al. 2 autorise les assureurs à enregistrer sur la carte d'assuré les indications suivantes : adresse de la personne assurée, formes particulières d'assurance au sens de l'art. 62 LAMal, suspension éventuelle de la couverture accident au sens de l'art. 8 LAMal, indications relatives aux assurances complémentaires, pour autant que la personne assurée ait donné son accord, et données de la carte européenne d'assurance-maladie qui sont en partie identiques à celles de la carte d'assuré.

³ Décision n° 189 de la Commission administrative des Communautés européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants du 18 juin 2003.

233 Vérification du numéro d'assuré AVS (art. 5)

Le numéro d'assuré de l'assurance vieillesse et survivants (AVS) doit être imprimé sur la carte d'assuré en tant que numéro d'assurance sociale. Avec la loi fédérale du 23 juin 2006 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; « Nouveau numéro d'assuré AVS »)⁴, le nouveau numéro « non-parlant » sera introduit au 1^{er} janvier 2008 et sera utilisé pour la carte d'assuré.

Avant de délivrer la carte d'assuré, les assureurs vérifient le numéro d'assuré auprès de la Centrale de compensation (CdC), et demandent le cas échéant l'attribution d'un numéro (al. 1). Les utilisateurs du numéro doivent prendre certaines mesures de précaution, décrites à l'art. 50g LAVS. Les mesures suivantes doivent être prises :

- annoncer l'utilisation du numéro à la CdC (al. 1) ;
- prendre des mesures techniques et organisationnelles pour que le numéro utilisé soit correct et qu'il n'en soit pas fait une utilisation abusive (al. 2, let. a) ;
- mettre à disposition les données nécessaires à la vérification du numéro attribué (al. 2, let. b) ;
- procéder aux éventuelles corrections relatives au numéro AVS ordonnées par la CdC (al. 2, let. c).

Les standards minimaux concernant les mesures techniques et organisationnelles sont définis par le DFI en accord avec le Département fédéral des finances (DFF) (art. 50g, al. 3). Un renvoi à l'art. 50g LAVS suffit donc pour les mesures de précaution à prendre par les assureurs (al. 2).

24 Données au sens de l'art. 42a, al. 4, LAMal

241 Etendue des données (art. 6)

Conformément à l'art. 42a, al. 4, LAMal, la personne assurée a la possibilité de faire enregistrer de son propre chef des données personnelles sur la carte d'assuré. Lors de son émission, la carte sera préparée de telle sorte que la structure des données soit disponible et puisse être simplement remplie. La personne assurée peut choisir dans la liste de l'ordonnance les catégories de données qu'elle souhaite faire enregistrer sur la carte. Les enregistrements sont faits par un fournisseur de prestations à la demande de la personne assurée et seulement si les informations nécessaires existent. Aucun examen (p. ex. détermination du groupe sanguin) ne doit être fait uniquement dans le but d'enregistrer l'information en question sur la carte d'assuré.

La liste des données facultativement enregistrables sur la carte d'assuré (art. 6, al. 1) s'inspire d'un jeu de données d'urgence déjà défini, les « données cliniques limitées » (Limited Clinical Data, LCD⁵). Celles-ci comprennent une sélection de données pour les cas d'urgence, ainsi que des données relatives à l'immunisation, au groupe sanguin et à la transfusion.

Données relatives au groupe sanguin et à la transfusion (let. a) : la personne assurée peut faire enregistrer des indications sur le groupe sanguin, le facteur rhésus, les transfusions sanguines ou les produits sanguins administrés, etc.

⁴ FF 2006 5505.

⁵ Selon la norme ISO 21549.

Données relatives au système immunitaire (let. b) : la personne assurée peut faire enregistrer des indications sur les vaccinations effectuées, etc.

Allergies (let. c) : la personne assurée peut faire enregistrer des indications sur les allergies connues à certaines substances, denrées alimentaires, etc.

Maladies (let. d) : la personne assurée peut faire enregistrer des indications sur certaines maladies, p. ex. des maladies chroniques existantes ou des anciennes maladies.

Inscription supplémentaire dans des cas médicalement fondés (let. e) : cette indication permet à la personne assurée de mettre à disposition, dans des cas fondés, des informations personnelles importantes. Elles peuvent mentionner des opérations subies, le port de prothèses, d'un stimulateur cardiaque, etc.

Ordonnance de médicaments (let. f) : la carte d'assuré peut servir de vecteur pour l'ordonnance électronique de médicaments. L'ordonnance elle-même, ou un code permettant d'y accéder sur un serveur, sera chargée à l'intention du pharmacien sur la carte d'assuré.

Médication (let. g) : les médicaments remis seront saisis sous forme de liste. Chaque entrée peut être complétée par la date de remise, le nom du médecin prescripteur et/ou de la pharmacie de remise, le pharmacode, ainsi qu'un code archive si le médicament n'est plus pris. Il est également possible de contrôler les interactions et les contre-indications des médicaments remis.

Ni la prescription électronique, ni la médication n'ont été contestées par les milieux intéressés lors des auditions. Elles ont même été parfois explicitement demandées, car elles sont déjà pratiquées aujourd'hui. Une introduction obligatoire de ces fonctionnalités n'est toutefois pas possible, faute de base légale. L'inscription de ces deux applications dans la liste des données librement enregistrables les rend disponibles, avec l'accord de la personne assurée. Mais elles engendrent des investissements financiers de la part des acteurs impliqués.

Une ou plusieurs adresses de contact en cas d'urgence (let. h) et la mention de l'existence de directives anticipées (let. i) : un champ supplémentaire est prévu sur la carte d'assuré, où la personne assurée peut si elle le veut faire enregistrer des adresses de contact en cas d'urgence et la mention de directives anticipées ou d'autres documents (p. ex. carte de donneur d'organe ou certificat de vaccination). La mention de proches ou de médecins traitants peut être très utile pour un fournisseur de prestations. La possibilité d'enregistrer sur la carte l'existence de directives anticipées répond au souhait répété d'organisations de patients et de consommateurs. L'acceptation et l'utilité de la carte d'assuré s'en trouvent ainsi encore renforcées. La carte de donneur, le certificat ou la décision ne seront pas enregistrés sur la carte, mais seulement l'indication de l'endroit où se trouvent ces documents.

Les enregistrements de données d'ordre médical, visées aux let. a à f, doivent être munis d'une signature électronique qualifiée basée sur un certificat émanant d'un fournisseur de services de certification reconnu au sens de la loi fédérale du 19 décembre 2003 sur les services de certification dans le domaine de la signature électronique (loi sur la signature électronique, SCSE)⁶

⁶ RS 943.03

(al. 2). Il s'agit des données relatives au groupe sanguin et à la transfusion (let. a), des données relatives au système immunitaire (let. b), des allergies (let. c), des maladies (let. d), de l'inscription supplémentaire dans des cas médicalement fondés (let. e) et de la prescription électronique de médicaments (let. f). Les données visées aux lettres a à e ne seront pas signées séparément, mais en bloc. Le fournisseur de prestations qui procède à une nouvelle inscription signe donc tout le jeu de données. Pour cette raison, il est recommandé au fournisseur de prestations, avant tout traitement de données, d'enregistrer dans son propre système l'ancien jeu de données et de signer ensuite le jeu de données traité. Il sera ainsi possible au besoin de retracer toutes les modifications opérées sur la carte d'assuré. En revanche, chaque prescription électronique de médicaments (let. f) doit être signée. Chaque fournisseur de prestations assume ainsi la responsabilité de l'ordonnance qu'il a enregistrée. Une signature électronique qualifiée peut reposer p. ex. sur une carte de professionnel de la santé (*Health Professional Card*) personnelle servant en même temps de certificat professionnel.

En cas de perte de la carte, le remplacement des données doit être possible. Le dernier médecin (en général le médecin de famille) à avoir modifié et signé le jeu de données devrait tenir à disposition dans ses dossiers de patients (sous forme électronique ou sur papier) la dernière version de toutes les données. Celles-ci peuvent ainsi être rapidement reportées sur la nouvelle carte d'assuré.

Le fournisseur de prestations n'est pas tenu d'enregistrer les données visées à l'al. 1 (al. 3). S'il le fait, il peut exiger de la personne assurée un dédommagement pour cette prestation. Comme il ne s'agit pas d'une prestation obligatoirement prise en charge par la LAMal, les frais éventuels sont à la charge de la personne assurée.

242 Accès aux données visées par l'art. 6 (art. 7)

L'accord de la personne assurée est indispensable pour traiter les données personnelles facultatives. Les fournisseurs de prestations habilités à le faire et l'étendue de leurs droits d'accès (lecture, écriture, suppression) sont indiqués dans le tableau ci-dessous (annexe de l'ordonnance). L'étendue des droits d'écriture et de suppression varie selon les catégories de fournisseurs de prestations. Les assureurs n'ont pas accès aux données d'ordre médical.

Groupes de données selon l'art. 6, al. 1	Données relatives au groupe sanguin et à la transfusion (art. 6, al. 1, let. a)	Données relatives au système immunitaire (art. 6, al. 1, let. b)	Allergies (art. 6, al. 1, let. c)	Maladies (art. 6, al. 1, let. d)	Inscription supplémentaire dans des cas médicalement fondés (art. 6, al. 1, let. e)	Ordonnances de médicaments (art. 6, al. 1, let. f)	Médication (art. 6, al. 1, let. g)	Adresses de contact en cas d'urgence (art. 6, al. 1, let. h)	Existence de directives anticipées (art. 6, al. 1, let. i)
Possibilité de blocage au moyen d'un code PIN	X	X	X	X	X	X	X		
Signature électronique qualifiée indispensable	X	X	X	X	X	X			
Médecins	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression
Pharmaciens	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture Ecriture	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression
Dentistes	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression
Chiropraticiens	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression
Sages-femmes	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression
Physiothérapeutes	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression
Ergothérapeutes	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression
Infirmières et infirmiers	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression
Logopédistes/orthophonistes	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression
Diététiciens	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture	Lecture Ecriture Suppression	Lecture Ecriture Suppression

Aux termes de l'al. 3, la personne assurée peut bloquer les données visées par l'art. 6, al. 1, let. a à g. Elle peut débloquer ces données selon les cas. L'inconvénient est que les données bloquées ne sont pas disponibles en cas d'urgence si la personne n'est pas consciente (voir ci-dessous, al. 4). La deuxième phrase énonce le principe que la personne assurée ne peut en aucun cas être tenue de communiquer à des tiers les données facultativement enregistrées sur la carte. Ce principe signifie également que la personne assurée ne doit en aucun cas subir un quelconque dommage par le fait qu'elle ne désire pas enregistrer de données personnelles sur sa carte. A contrario, il est interdit d'accorder un quelconque avantage – par exemple sous forme de rabais - aux personnes qui le désirent. Les données sont protégées par le fait qu'elles ne peuvent être traitées que par les fournisseurs de prestations autorisés à le faire.

Lorsque, en cas d'urgence, la personne assurée n'est pas en mesure de donner son autorisation à l'accès aux données d'ordre médical, les fournisseurs de prestations peuvent, à titre exceptionnel, accéder à ces données sans son autorisation (al. 3). Mais ce n'est possible que si ces données ne sont pas bloquées par un code PIN.

243 Authentification du fournisseur de prestations (art. 8)

L'art. 8 prévoit que l'accès aux données visées par l'art. 6 n'est possible qu'au moyen d'une preuve électronique de la qualité de fournisseur de prestations permettant une authentification sûre (voir tableau des droits d'accès). Pour répondre à la situation courante des fournisseurs de prestations, il faut que le personnel administratif aussi puisse reprendre les données de la carte d'assuré. C'est pourquoi il n'est pas exigé de preuve personnelle. Il suffit d'une preuve qui confirme, au moment d'accéder aux données, l'appartenance à un groupe de fournisseurs de prestations (p. ex. « médecin » ou « pharmacien ») et le droit d'accéder à ces données.

25 Droits et obligations

251 Droits de l'assureur (art. 9)

La carte d'assuré reste propriété de l'assureur qui l'a délivrée. Il peut en fixer la durée de validité. Si elle reste sa propriété, son droit de récupérer la carte à l'échéance du rapport d'assurance est également garanti (voir art. 12).

252 Obligation d'informer de l'assureur (art. 10)

Le principe de transparence exige que les personnes concernées soient informées des principes régissant le traitement de leurs données personnelles et sachent ainsi quelles données figurent sur la carte d'assuré et qui peut interroger et traiter les données enregistrées sur la carte d'assuré et dans quel but. A l'égard du traitement des données, les personnes concernées ont des droits qui leur sont reconnus par la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD)⁷. Elles doivent être informées de ces droits, notamment de celui de demander des renseignements sur les données, de les rectifier ou de les supprimer. Le droit de la personne assurée de pouvoir demander, le cas échéant, la rectification ou la suppression des données personnelles découle du droit de recevoir en tout instant, sur demande, des informations concernant les données personnelles.

⁷ RS 235.1

L'information sur le traitement des données doit aussi attirer clairement et expressément l'attention de la personne assurée (p. ex. par des caractères gras) sur le fait que les données personnelles au sens de l'art. 6 éventuellement enregistrées sur la carte doivent être supprimées avant la restitution de la carte à l'assureur qui l'a délivrée. La personne assurée doit ensuite veiller elle-même à ce que ses données médicales soient supprimées avant la restitution de la carte d'assuré à l'assureur. Cela peut également se faire en coupant la carte respectivement la puce électronique en deux.

Les assureurs doivent donner ces informations par écrit et de manière compréhensible en même temps que la carte d'assuré.

253 Obligations du fournisseur de prestations (art. 11)

Le fournisseur de prestations qui, à la demande de la personne assurée, enregistre des données personnelles sur la carte d'assuré est également soumis à l'obligation d'informer concernant ces données. Il doit expliquer à la personne assurée qui peut interroger et traiter les données d'ordre médical enregistrées sur la carte et à quelles fins. En particulier, il doit signaler à la personne assurée qu'elle a la possibilité de bloquer ces données au moyen d'un code PIN, et quels en sont les avantages et les inconvénients (voir ch. 242). La personne assurée qui fait enregistrer des données d'ordre médical sur sa carte doit les supprimer en cas de restitution de la carte. Elle est informée de ce devoir par le fournisseur de prestation. En outre, la personne assurée y est également rendue attentive par écrit par l'assureur lors de la remise de la carte.

254 Obligations de la personne assurée (art. 12)

L'al. 1 énonce le principe selon lequel la personne assurée doit présenter sa carte d'assuré au fournisseur de prestations pour recourir à des prestations médicales. L'octroi de prestations médicales ne doit cependant pas être lié à la présentation de la carte.

En cas de perte de la carte ou de changement d'assureur, une nouvelle carte d'assuré est remise à la personne assurée. En cas de changement d'assureur, l'assureur précédent peut exiger la restitution de la carte (al. 2). Cette obligation de restitution est une mesure visant à prévenir l'utilisation de la carte au-delà de l'expiration du rapport d'assurance.

26 Facturation

261 Contrôle du rapport d'assurance (art. 13)

L'objectif de simplifier la facturation grâce à la carte d'assuré ne peut être atteint que si les fournisseurs de prestations travaillent avec des données administratives à jour. Des modifications, notamment en cas de changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'un semestre (art. 7, al. 1, LAMal). C'est pourquoi le fournisseur de prestations est tenu de vérifier les données une fois par semestre pendant la durée du traitement. Cela permet d'améliorer la fiabilité des données de facturation. Le contrôle peut se faire par une interrogation des données sur la carte d'assuré ou une procédure d'interrogation en ligne (al. 1). Dans ce dernier cas, le fournisseur de prestations interroge ces données sur un serveur mis en place par les assureurs. L'obligation de contrôler l'existence du rapport d'assurance est limitée au domaine d'application de l'ordonnance, c'est-à-dire aux données concernant l'assurance-maladie obligatoire, et ne peut par conséquent pas être étendue au domaine des assurances complémentaires.

Le contrôle du rapport d'assurance est attesté à l'aide d'un numéro d'autorisation que le fournisseur de prestations doit indiquer sur la facture (al. 2). Ce numéro confirme à l'assureur que le fournisseur de prestations a vérifié le rapport d'assurance. Le numéro d'autorisation devrait être composé d'éléments qui réduisent le travail administratif lors de la facturation (p. ex. numéro de carte, numéro AVS de l'assuré, numéro d'enregistrement (no reg.) du fournisseur de prestations⁸, date de l'interrogation, date d'expiration de l'attestation d'assurance). La composition définitive du numéro est définie par le département.

262 Procédure d'interrogation en ligne (art. 14)

Pour la procédure d'interrogation en ligne, l'assureur doit mettre à la disposition du fournisseur de prestations les mêmes données que celles qui figurent sur la carte d'assuré, c.-à-d. l'indication de l'existence d'un rapport d'assurance, ainsi que les données servant à la facturation prévues par l'art. 3, al. 1. De plus, l'assureur peut mettre à la disposition du fournisseur de prestations les informations mentionnées à l'art. 4, al. 2.

L'accès à la procédure d'interrogation en ligne ne devrait être possible qu'au moyen de la carte d'assuré (al. 3). Mais il peut arriver que la carte ne soit pas disponible pour facturer les prestations. C'est notamment le cas avec les prestataires qui fournissent leurs prestations sur prescription médicale, mais qui n'ont pas de contact personnel avec la personne assurée (p. ex. analyses de laboratoire ou envoi de médicaments). En cas de visite à domicile également, le médecin pourra disposer de la carte d'assuré, mais il n'aura pas forcément d'appareil de lecture portable sous la main. Il ne pourra donc contrôler le rapport d'assurance qu'après coup. Il y aura aussi des situations dans lesquelles la personne assurée ne présentera ou ne pourra pas présenter sa carte d'assuré. Dans ces cas, la procédure d'interrogation en ligne doit être possible même sans carte d'assuré (al. 4).

L'assureur et le fournisseur de prestations doivent garantir conjointement la sécurité de la transmission des données par des mesures techniques appropriées (al. 5)

27 Essais pilotes cantonaux (art. 15)

Les cantons ont la compétence constitutionnelle d'introduire sur leur territoire des cartes de santé. A l'heure actuelle, plusieurs cantons projettent ou utilisent déjà des cartes dont les fonctionnalités dépassent celles de la carte d'assuré. A cet égard, il est judicieux que la carte d'assuré puisse être utilisée pour ce genre de projets. L'ordonnance permet donc aux cantons une utilisation plus étendue de la carte d'assuré dans le cadre d'essais pilotes dans le domaine de la santé. Les initiatives cantonales correspondent en outre à l'orientation voulue par le Parlement, qui en adoptant l'art. 42a, al. 4, LAMal a voulu que la carte d'assuré aille dans le sens d'une carte de santé.

Pour que la carte d'assuré puisse être utilisée au-delà des applications prévues par l'ordonnance, il faut que les cantons règlent les conditions-cadre de cette utilisation dans une loi cantonale. Contrairement aux projets pilotes, qui testent l'application par étapes en vue d'une solution planifiée, les essais pilotes étudient les formes possibles d'une solution ainsi que leur acceptation et leur adéquation. C'est pourquoi la carte d'assuré sera conçue de ma-

⁸ Le code créditeur est un numéro attribué par l'association faîtière des assureurs-maladie, santésuisse, et servant à la facturation.

nière à permettre de tels essais pilotes cantonaux (p. ex. suffisamment de place pour les enregistrements, préparation du cryptage). Il appartient aux cantons d'harmoniser entre eux, autant que possible, le développement de leurs projets pour éviter l'apparition d'une multiplicité de solutions incompatibles entre elles. Les cantons qui utilisent la carte d'assuré pour leurs essais pilotes doivent évaluer ces essais et remettre leur rapport d'évaluation à l'OFSP.

28 Standards techniques (art. 16)

La compétence de régler les modalités techniques, y compris les normes et standards, est déléguée au DFI. Les bases seront élaborées par les acteurs du système dans le cadre de l'association eCH.

29 Dispositions finales

291 Modification du droit en vigueur (art. 17)

Elément nouveau, le numéro d'autorisation est défini comme une composante obligatoire de la facturation de la prestation (ajout à l'art. 59, al. 1, OAMal). Pour exploiter pleinement le potentiel d'amélioration de l'efficacité auprès de plus de 90 assureurs dont les systèmes de facturation diffèrent, il faut en outre que le numéro d'identification de la carte d'assuré et le numéro AVS de l'assuré figurent également à l'avenir sur les factures. Selon la nouvelle teneur de l'art. 59, al. 1, OAMal, les fournisseurs de prestations devront indiquer sur leurs factures :

- le numéro d'identification de la carte d'assuré au sens de l'art. 3, al. 1, let. e, de l'ordonnance (let. d) ;
- le numéro d'assuré au sens de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)⁹ (let. e) ;
- le numéro d'autorisation au sens de l'art. 13, al. 2, de l'ordonnance (let. f).

292 Dispositions transitoires (art. 18)

Les assureurs doivent mettre en pratique la partie obligatoire du système de la carte d'assuré d'ici au 1^{er} janvier 2008. L'introduction de la carte d'assuré conforme aux exigences formulées aux art. 1 à 4 est impérative (al. 1). De plus, les assureurs doivent mettre l'art. 14 en place la procédure d'interrogation en ligne visée à l'art. 14 jusqu'au 1^{er} juillet 2008 (al. 2). Les fournisseurs de prestations qui désirent utiliser la procédure d'interrogation en ligne ainsi que les assureurs doivent garantir la sécurité de la transmission des données selon l'art. 14, al. 5, jusqu'au 1^{er} juillet 2008.

Vu que la mise en oeuvre de l'art. 42a, al. 4, LAMal, reste facultative pour les fournisseurs de prestations, aucune échéance ne peut leur être imposée dans ce domaine.

293 Entrée en vigueur (art. 19)

⁹ RS 831.10

L'ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 2007, sous réserve de l'art. 5, al. 2. L'art. 5, al. 2, entrera en vigueur en même temps que la modification de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants («Nouveau numéro d'assuré AVS»).

3 Financement

Dans ses débats, le Parlement entendait implicitement par « introduction » de la carte d'assuré son financement également. Les assureurs supportent donc les coûts de l'introduction de la carte et du serveur administratif. Pour pouvoir répondre aux nouvelles exigences en matière de facturation, les fournisseurs de prestations aussi devront faire des investissements en matériel et en logiciel. En principe, ils devront supporter ces coûts eux-mêmes (des indemnisations pour les frais d'infrastructures sont parfois prévues dans les conventions tarifaires). Il faut partir du principe que les investissements sont couverts par les contrats existants entre les partenaires tarifaires ou qu'ils seront pris en compte dans les débats futurs concernant les tarifs. Les frais supplémentaires résultant de l'adaptation de la carte d'assuré pour les essais pilotes cantonaux ne doivent pas être à la charge des assureurs.

L'OFSP a commandé en hiver 2005/2006 une analyse coût/profit du modèle prévu de carte d'assuré. Les auteurs de l'analyse, Debold&Lux, Hambourg, ont calculé les frais d'investissement et d'exploitation pour la mise en œuvre et l'exploitation d'une carte d'assuré conforme à l'art. 42a LAMal et ils ont identifié et évalué les effets profitables du nouveau système. Les coûts et les profits ont été présentés de manière à pouvoir être rapportés aux différents acteurs. Les calculs des experts ont donné des frais d'investissement uniques de 100 millions de francs et des frais d'exploitation annuels de 9 millions de francs. Ces frais sont contrebalancés par des économies uniques de 16 millions de francs (remplacement de la CEAM) et des économies annuelles de 33 millions de francs (surtout grâce à la simplification du travail administratif chez les assureurs). Il en résulte que les frais d'investissement seraient amortis en quatre petites années. Cette analyse coût/profit devrait aider les acteurs du domaine de la santé à évaluer les coûts d'installation et d'exploitation du système et à en apprécier correctement le potentiel économique.