



COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

Bruxelles, le 17.02.2003  
COM(2003) 73 final

**COMMUNICATION DE LA COMMISSION**

**relative à l'introduction de la carte européenne d'assurance maladie**

## Table des matières

Table des matières .....	2
Introduction .....	3
1. Les cartes d'assurance maladie : un état des lieux .....	4
1.1. Une grande diversité des situations nationales .....	5
1.2. Les expériences transfrontalières .....	6
1.3. La contribution des politiques communautaires .....	6
1.3.1. Le Plan d'action eEurope 2005 .....	6
1.3.2. Le projet Netc@rds .....	7
1.3.3. Le 6e Programme-cadre de recherche-développement .....	7
2. Les caractéristiques communes .....	8
2.1. Le modèle .....	8
2.2. Les informations présentes sur la carte .....	8
2.3. La durée de validité .....	9
2.4. Le fonctionnement de la carte .....	9
2.4.1. L'assuré .....	10
2.4.2. Le prestataire de soins .....	11
2.4.3. Les institutions de sécurité sociale .....	11
3. L'introduction de la carte européenne : flexibilité et progressivité .....	11
3.1. Le support visuel : les options .....	12
3.1.1. L'intégration de la carte européenne et de la (ou des) cartes nationales .....	12
3.1.2. La création d'une carte dédiée à la mobilité européenne .....	13
3.2. Les modalités d'introduction .....	13
3.2.1. Diffusion générale .....	13
3.2.2. Émission à la demande de l'assuré .....	13
3.3. Le calendrier .....	14
3.3.1. Phase 1 : préparation .....	14
3.3.2. Phase 2 : diffusion .....	15
3.3.3. Phase 3 : passage à un support électronique .....	15
Conclusion .....	16
Union européenne .....	17
EEE et certains pays candidats .....	32

## INTRODUCTION

En approuvant le plan d'action visant à éliminer les obstacles à la mobilité géographique d'ici 2005, le Conseil européen de Barcelone a décidé de créer une carte européenne d'assurance maladie. Elle « *remplacera tous les formulaires actuellement nécessaires pour bénéficier des soins dans un autre État membre* ». Elle permettra ainsi « *une simplification des procédures, mais ne changera pas les droits et obligations existants* ».

Dans ce cadre, le Conseil européen a demandé à la Commission de présenter une proposition avant sa prochaine réunion, qui se tiendra à Bruxelles le 20 mars 2003.

La nouvelle carte européenne profitera d'abord aux citoyens européens, en leur évitant les procédures actuelles d'obtention des différents formulaires, qui seront remplacés par une carte unique et individuelle. Elle favorisera leur mobilité dans le cadre de séjours temporaires : les voyages, dans un premier temps, puisque le formulaire "E111" devrait être le premier à être remplacé par la carte européenne ; et, dans un second temps, le détachement dans un autre pays par l'employeur (E128), le transport routier international (E110), les études (E128) ou la recherche d'un emploi (E119).

Ce faisant, elle leur permettra de bénéficier, sous une forme plus aisée, de la facilité essentielle offerte par la coordination des régimes légaux d'assurance maladie, organisée depuis plus de trente ans par le règlement 1408/71<sup>1</sup>. Toutes les personnes en séjour temporaire dans un autre État peuvent accéder aux soins immédiatement nécessaires dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet État. Quant aux patients qui feraient l'avance des frais, chez le médecin par exemple, dans le pays de séjour temporaire, ils pourront être remboursés plus rapidement par leur régime d'affiliation. La création d'une carte européenne simplifiera l'accès aux soins dans le pays de séjour temporaire tout en garantissant aux organismes qui financent le système de soins du pays de séjour que le patient est bien assuré dans son pays d'origine et qu'ils seront donc bien remboursés par leurs homologues. On doit tenir compte ici de la diversité des situations nationales en matière d'usage des cartes dans les systèmes de protection sociale et de santé, et respecter la compétence des États en matière de sécurité sociale et d'organisation des systèmes de soins. Si certains pays ont déjà diffusé largement des cartes à leur population, avec parfois des objectifs qui vont au-delà de la seule prise en charge des soins, c'est encore loin d'être le cas partout. Par ailleurs, la capacité des cartes de dialoguer par-delà les frontières (leur "interopérabilité") est aujourd'hui inexistante, à l'exception de quelques projets encore en phase pilote, puisqu'elles n'ont qu'une vocation nationale.

La mise en oeuvre de la carte européenne d'assurance maladie, dans le cadre du règlement 1408/71 relatif à la coordination des régimes légaux de sécurité sociale, doit s'effectuer sur la base de décisions de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants (CASSTM). Cette commission est composée des représentants des États membres et elle est notamment chargée de promouvoir et de développer la coopération entre les États membres destinée à moderniser les échanges d'information entre les institutions et à accélérer l'octroi et le remboursement des prestations. Après la signature du Traité d'adhésion, le 16

---

<sup>1</sup> Règlement CE n°1408/71 du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, JO L 149 du 5 juillet 1971 (version consolidée JO L28 du 30 janvier 1997, page 1)

avril prochain, il est prévu que les dix pays candidats devant adhérer le 1er mai 2004 participent comme observateurs aux travaux de la CASSTM sur ce sujet.

La présente communication a pour objectif de faciliter les travaux futurs de la Commission administrative. Elle résulte d'une consultation approfondie de cette commission, à la suite du Conseil européen de Barcelone. Les États membres -mais aussi ceux de l'EEE et la Suisse, ainsi que la Slovénie et la République tchèque- ont eux aussi coopéré de manière très utile, en fournissant des informations détaillées sur leur situation nationale, qu'il s'agisse de cartes existantes ou de projets. Ces informations ont permis d'établir un état des lieux actuel et précis, et sont synthétisées dans l'annexe de cette communication.

Grâce à ces travaux, la Commission est en mesure de proposer un calendrier accompagné de différentes options pour la mise en œuvre de la décision de Barcelone. La carte européenne devrait ainsi, dans un premier temps, présenter de manière apparente les informations nécessaires à l'octroi et au remboursement des soins de santé dispensés à une personne dans un Etat membre autre que celui où elle est affiliée. Cela n'exclut en aucun cas que ces données puissent aussi être reprises sous forme électronique, afin de favoriser l'émergence d'une interopérabilité transfrontalière. L'introduction de la carte devrait se faire de manière progressive, selon trois phases :

- une phase de préparation juridique et technique ;
- une phase de lancement, à partir de 2004, qui comporte deux étapes: le remplacement du seul formulaire E111, et ensuite le remplacement des autres formulaires utilisés lors d'un séjour temporaire ;
- une troisième phase, qui verrait à terme le passage à un support électronique des formulaires, ainsi que de certaines procédures. Un tel support existe déjà, dans certaines régions transfrontalières, pour les soins programmés (E112), mais la diversité des situations nationales et des choix techniques ne permet pas de passer d'emblée à cette phase, qui est néanmoins l'objectif ultime de la création d'une carte européenne. En ce qui concerne les séjours temporaires, certains projets, dont *Netc@rds*, soutenu par l'Union européenne dans le cadre du programme d'action *eTEN*, portent sur les aspects techniques, administratifs, juridiques et financiers du déploiement à large échelle de solutions de passage des formulaires à un support électronique. Le plan *eEurope 2005*, approuvé par le Conseil européen de Séville, prévoit de s'appuyer sur la création de la carte européenne pour promouvoir une approche commune d'identification du patient, et développer de nouvelles fonctionnalités, comme le dossier médical d'urgence.

## **1. LES CARTES D'ASSURANCE MALADIE : UN ÉTAT DES LIEUX**

L'Europe est marquée par une grande diversité, liée à la compétence nationale dans ce domaine en matière d'organisation des systèmes de soins de santé et de sécurité sociale. Le projet de carte européenne s'inscrit donc naturellement dans cette diversité, et ne vise pas à une harmonisation des dispositifs existants : il doit ainsi offrir flexibilité et progressivité dans sa mise en œuvre, et respecter une proportionnalité stricte entre l'objectif poursuivi –favoriser la mobilité lors de séjours temporaires- et les moyens utilisés.

## 1.1. Une grande diversité des situations nationales

Si tous les pays possèdent un système d'identification des assurés sociaux, certains n'utilisent pas aujourd'hui un système de carte pour les relations entre le système de santé, celui de sécurité sociale et les assurés (UK, S, IRL, EL, FIN et la plupart des pays candidats). Certains de ces pays ont néanmoins des projets en cours (FIN, EL, S, ainsi que CZ). Par ailleurs, certains pays ne possèdent pas de carte nationale, mais envisagent que les régions (E) ou les organismes d'assurance maladie (NL) en distribuent.

Parmi les États membres qui possèdent des cartes d'assurance maladie ou de santé<sup>2</sup> (ou en posséderont bientôt de façon opérationnelle ou expérimentale), les fonctions qu'elles assurent varient fortement. On peut citer à titre d'exemple :

- certaines servent exclusivement à l'identification de l'assuré (L),
- d'autres permettent de vérifier la nature des droits ouverts et de faciliter les procédures de paiement ou de remboursement (F, B, D, DK, NL),
- d'autres contiennent des données d'identification qui permettent d'accéder à des services en ligne (A, I, E, SI),
- certaines cartes couvrent un champ plus large que la sécurité sociale : elles peuvent contenir des données médicales d'urgence (FIN, IT), servir à la vérification du statut de la personne au regard du droit du travail afin de lutter contre le travail clandestin (B), permettre l'accès à des services publics, par exemple des bibliothèques publiques (DK) ou les agences pour l'emploi (E). En IRL, la carte nationale sert à la délivrance électronique de certaines prestations sociales et à l'inscription à l'agence pour l'emploi.
- enfin, certains États prévoient d'intégrer des données médicales (pathologies, traitements suivis, antécédents médicaux ou chirurgicaux), dans le cadre du développement d'un réseau de santé sécurisé (F, NL, SI).

La nature et l'étendue des données stockées sur les différentes cartes dépendent de l'usage auquel elles sont destinées. Certaines cartes contiennent seulement les informations nécessaires à l'identification de l'assuré, et permettent éventuellement d'accéder en ligne à des ressources et des services. D'autres contiennent aussi les informations relatives aux droits ouverts (par exemple, le régime de base auquel est affilié le porteur, son éventuel régime complémentaire, le niveau de la prise en charge pour les différents types de soins). Il n'existe pas à ce jour de norme européenne portant sur les informations qui doivent figurer sur les cartes.

Les technologies utilisées dépendent logiquement des choix opérés en matière de fonctions de la carte. Certaines cartes portent des puces à microprocesseur (F, D, A, E, NL), d'autres des puces à mémoire (B, SI, D) ou une bande magnétique (DK, FIN, IRL, L). Ces cartes ne sont donc pas aujourd'hui compatibles, bien que de tels projets existent (par exemple en EL, dans la perspective des Jeux Olympiques 2004 et de l'accueil de nombreux visiteurs européens dans les sites olympiques). Elles exigent aussi des lecteurs différents, en fonction de

---

<sup>2</sup> Voir en annexe 1 une synthèse des différentes situations nationales, établie grâce aux informations fournies par les États membres, ainsi que par la Suisse, la Slovénie et la République tchèque.

« l'intelligence » contenue sur les cartes elles-mêmes, ce qui est une limitation supplémentaire à leur capacité à dialoguer (ou "interopérabilité").

Les mutations des systèmes de santé, comme les évolutions techniques, entraînent une adaptation constante des dispositifs existants : ainsi, l'Internet, avec son protocole de transmission de données, et les dispositifs de sécurisation des réseaux et de cryptographie (*Public Key Infrastructure*), offrent des opportunités nouvelles de développement de services en ligne à destination de tous les acteurs du système de soins<sup>3</sup>. Le paysage européen est donc en évolution permanente, ce qui rend difficile d'imaginer une harmonisation des technologies et des fonctions assurées par les cartes. En revanche, les efforts doivent porter sur l'"interopérabilité" des cartes. Cette voie paraît à la fois réaliste et appropriée à l'objectif de la coordination des régimes de sécurité sociale des Etats membres du règlement 1408/71.

## 1.2. Les expériences transfrontalières

Dans le cadre régional transfrontalier, l'objectif est souvent moins de faciliter l'accès aux soins (et donc leur prise en charge) dans le cadre de séjours temporaires que la recherche d'une meilleure articulation entre les offres de soins. C'est pourquoi certaines expériences portent sur un accès simplifié et plus ouvert aux soins programmés.

**L'Eurégio Meuse-Rhin** : sur l'initiative de deux institutions d'assurance maladie, l'une en Allemagne et l'autre aux Pays-Bas, des personnes assurées aux Pays-Bas reçoivent depuis 2000, une carte d'assurance maladie spécifique, techniquement semblable à la carte d'assurance allemande et qui leur donne accès aux soins de santé dans la zone frontalière allemande. En échange de cette facilité, des personnes assurées dans cette zone frontalière allemande peuvent utiliser leur carte d'assurance maladie allemande auprès des prestataires de soin de la dans la zone correspondante aux Pays-Bas.

**Baden-Württemberg - Vorarlberg** : grâce à un accord entre institutions d'assurance-maladie, la carte allemande est reconnue par les prestataires de soins autrichiens à la place du formulaire "E111".

**Transcards** : afin de désenclaver la Thiérache française et le Hainaut belge, une convention conclue entre les sécurités sociales française et belge permet, depuis mai 2000, aux habitants de la zone transfrontalière (150 000 personnes) d'utiliser leur carte nationale pour accéder aux soins dans un hôpital proche de leur domicile, mais situé de l'autre côté de la frontière. Cet accès est ouvert sans autorisation préalable, sur présentation d'une pièce d'identité et de la carte de l'assuré social (SIS belge ou VITALE française), l'hôpital éditant automatiquement le formulaire E112 à partir de la carte.

**Netlink** : depuis octobre 2001, les hôpitaux du Baden-Württemberg qui accueillent des patients alsaciens en hémodialyse, dans le cadre d'une convention entre les sécurités sociales allemande et française, peuvent lire la carte VITALE et éditer le formulaire E112 à partir de celle-ci.

## 1.3. La contribution des politiques communautaires

### 1.3.1. Le Plan d'action eEurope 2005

Approuvé par le Conseil européen de Séville, en juin 2002, le Plan d'action *eEurope 2005* vise à s'appuyer sur la future carte européenne d'assurance maladie, créée lors du Conseil européen de Barcelone, pour soutenir la coopération européenne en matière de cartes santé électroniques. En particulier, le chapitre "eSanté" évoque la définition d'une approche

---

<sup>3</sup> Voir le rapport « *Smart Cards as Enabling Technology for Future-Proof Healthcare: A Requirements Survey* » publié en novembre 2002 par la « Smart Card Charter » dans le cadre de l'initiative « eEurope Smart Card »

commune concernant l'identification unique du patient et l'architecture d'un "dossier médical électronique", grâce à un travail de normalisation soutenu notamment par le programme eTen.

Ces travaux s'appuient sur ceux déjà réalisés par la *Smart Card Initiative* dans le cadre de *eEurope 2002*. Cette initiative a visé à "*encourager la diffusion des cartes intelligentes dans toute l'Europe et à répondre aux besoins des citoyens et des entreprises*". La *Smart Card Charter* recommande aux politiques de développement des cartes santé de soutenir en priorité le rôle de celles-ci en tant qu'éléments d'infrastructure au sein de réseaux sécurisés, en permettant par exemple l'accès en ligne au dossier administratif et médical du patient. Leur rôle de stockage d'informations médicales et administratives devrait donc rester limité.

La création de la carte européenne d'assurance maladie représente dans ce contexte une étape indispensable au développement éventuel de nouveaux services ou fonctionnalités utilisant les technologies de l'information, par exemple le stockage sur une carte "intelligente" de données médicales ou l'accès sécurisé au dossier médical grâce à l'identifiant de l'assuré.

### *1.3.2. Le projet Netc@rds*

Dans le cadre de la politique des réseaux transeuropéens (RTE)<sup>4</sup>, *eTEN* est un programme d'action communautaire destiné à soutenir le déploiement transeuropéen de services basés sur les réseaux de télécommunication et à promouvoir des services d'intérêt public favorisant la cohésion sociale et territoriale.

Il soutient ainsi la première l'étape du projet Netc@rds, lancée en 2002 pour une période de 12 mois par quatre Etats membres (Grèce, Allemagne, Autriche, France). Ce projet porte sur le remplacement des formulaires papier E111 et E128 par des flux électroniques, à partir des données présentes sur les cartes nationales existantes et/ou à partir des données accessibles en ligne. Ce projet respecte le cadre juridique et technique existant, notamment la diversité des choix opérés par les participants en matière de carte et les projets nationaux en cours.

La première l'étape de ce projet doit permettre de définir un « plan d'investissement » reprenant l'ensemble des modalités techniques, administratives, juridiques et financières requises pour sa deuxième étape, qui devrait voir un déploiement initial de cartes électroniques comportant les formulaires. Une troisième étape permettrait d'élargir encore le déploiement.

Les différentes phases de ce projet devraient ainsi nourrir les travaux de préparation technique et juridique de mise en œuvre de la décision de Barcelone.

### *1.3.3. Le 6e Programme-cadre de recherche-développement*

Le 6e PCRD vise à améliorer la compréhension de certains enjeux liés à la mobilité des patients à l'intérieur de l'Union. Les sujets de recherche concernent la manière dont les séjours dans un autre Etat membre sont pris en compte par les systèmes de santé, y compris les aspects liés au remboursement ; le développement de scénarios de partage transfrontalier de l'offre de soins ; et enfin les perspectives en matière de flux transfrontaliers de patients dans une Union élargie.

---

<sup>4</sup> Règlement CE 2236/95 amendé par le règlement CE 1655/99

## **2. LES CARACTÉRISTIQUES COMMUNES**

La carte européenne nécessite des caractéristiques communes pour être reconnue et utilisée dans tous les États membres. Ces caractéristiques portent essentiellement sur la nature des informations présentes, sur leur présentation, qui doit rendre les cartes lisibles quelle que soit la langue de l'utilisateur, ainsi que sur un modèle européen.

### **2.1. Le modèle**

L'élaboration d'un modèle de carte commun -avec un signe distinctif européen, éventuellement un logo symbolisant la mobilité européenne- est nécessaire pour assurer la reconnaissance immédiate de la carte, par tous les acteurs du système de santé, et quel que soit le lieu de séjour du titulaire de la carte.

Le modèle européen doit tenir compte de trois contraintes :

- chaque État membre est libre de choisir entre la création d'une face européenne sur une carte nationale ou la création d'une carte européenne distincte, ce dernier choix offrant évidemment plus de liberté et de souplesse pour un modèle européen ;
- dans le cas d'un choix d'intégration, le modèle doit s'adapter à la diversité des technologies utilisées (carte à bande magnétique ou carte à puce).
- dans le cas où l'État fait le choix d'une carte européenne spécifique, la conception du modèle devra prendre en compte dès l'origine la perspective finale du passage à un support électronique sous forme de puce.

### **2.2. Les informations présentes sur la carte**

Afin d'assurer la lisibilité de la future carte, seules les données qui sont absolument nécessaires à l'octroi et au remboursement des soins à l'institution du lieu de séjour devraient y figurer. Ces données essentielles sont d'ores et déjà présentes sur le formulaire E111 papier, mais celui-ci comporte aussi des données devenues inutiles ou superflues. La Commission suggère donc que les données devant être présentes sur la carte européenne soient limitées à la liste suivante, qui sera établie par la CASSTM :

- le nom et le prénom du titulaire de la carte,
- son numéro d'identification,
- la durée de validité de la carte,
- le code ISO de l'État membre d'affiliation,
- un numéro d'identification de l'institution compétente, ou à défaut son nom,
- le numéro logique de la carte, qui doit permettre de vérifier la cohérence entre les informations portées sur la carte et celles que possède l'organisme d'affiliation pour le même numéro logique, afin notamment de réduire le risque de fraude.

Pour les pays qui distinguent entre les types de droits ouverts (par exemple, soins hospitaliers seulement, ou ensemble des soins de santé), cette mention pourrait être ajoutée.

De même, dans la mesure où la première étape de l'introduction de la carte européenne vise le seul remplacement du formulaire E111, en l'état actuel du règlement 1408/71, il faudrait distinguer entre ce qui correspond aux anciens formulaires "E111" et "E111+", afin de ne pas restreindre les droits d'une catégorie d'assurés. En effet, actuellement, les titulaires de pensions de retraite ou d'invalidité ont droit aux soins nécessaires, et pas seulement "immédiatement nécessaires" dans l'Etat membre de séjour temporaire

Enfin, la présentation de ces informations doit être normalisée afin de permettre une lecture quelle que soit la langue de l'utilisateur, par superposition des champs.

### **2.3. La durée de validité**

La définition d'une durée de validité de la carte européenne comporte deux aspects. D'une part, certains Etats membres peuvent décider de se servir de leur propre carte d'assurance maladie pour y adosser le modèle de la carte européen, sachant que leur carte nationale a déjà une durée de validité. D'autre part, la durée de validité devrait être fixée en fonction d'un double objectif : favoriser la mobilité et alléger les procédures, tout en prévenant les usages irréguliers ou frauduleux de la carte européenne.

Par ailleurs, la perspective du remplacement de l'ensemble des différents formulaires de séjour temporaire requiert que la durée de validité de la carte soit fixée de manière réaliste et efficace, tant pour les droits des titulaires que dans l'intérêt des institutions de sécurité sociale et des praticiens.

Dans ce contexte, il apparaît à la Commission, sur la base des débats de la CASSTM, que la seule voie adaptée à cette diversité, est de permettre aux Etats membres de choisir la durée de validité des cartes européennes qu'ils émettront. Cependant cette flexibilité doit absolument s'accompagner de l'application du principe de la responsabilité de l'Etat d'émission, afin de garantir la sécurité juridique et la crédibilité de la carte.

Ceci emportera deux conséquences essentielles :

- dans tous les cas, l'institution de l'Etat d'émission de la carte devra rembourser à l'institution compétente de l'Etat de séjour les soins qui ont été dispensés sur la base d'une carte en cours de validité,
- il appartiendra à l'Etat d'émission de prendre toutes les dispositions nécessaires à la lutte contre la fraude et les abus, en particulier prévoir les poursuites judiciaires et les sanctions adéquates contre ses auteurs.

Sur ce dernier point, le risque de fraude est aujourd'hui plus élevé avec des formulaires papier, souvent remplis à la main, que dans le cas d'une carte normalisée, et serait très limité avec la diffusion future de cartes électroniques.

### **2.4. Le fonctionnement de la carte**

Une carte d'assurance maladie fait intervenir trois acteurs principaux : l'assuré, les prestataires de soins (médecins, hôpitaux, auxiliaires médicaux,...) et les institutions de sécurité sociale, celle de l'Etat d'affiliation, et celle du lieu de séjour, qui va demander le remboursement des dépenses de soins à celle d'affiliation.

#### 2.4.1. L'assuré

L'assuré doit être le premier bénéficiaire de l'introduction d'une carte. En effet, il ne devra plus demander un nouveau formulaire à son institution compétente avant chaque séjour temporaire dans un autre État membre, tout en bénéficiant, dans de meilleures conditions, des avantages actuels de la coordination européenne des régimes légaux d'assurance maladie.

Chaque personne assurée devrait recevoir une carte individualisée, et non pas familiale, les séjours temporaires pouvant être le fait d'une seule personne (voyages d'affaires, classes vertes).

Dans un premier temps, l'assuré utilisera la carte comme le formulaire E 111 actuel, en la présentant au prestataire de soins ou à l'institution de sécurité sociale du lieu de séjour.

Cependant, pour que l'introduction de la carte européenne entraîne une simplification véritable des procédures, deux mesures sont souhaitables. Elles nécessitent une modification du règlement 1408/71 et de son règlement d'application 574/72 :

- *L'alignement des droits entre toutes les catégories d'assurés.* Le règlement 1408/71, sans sa forme actuelle, prévoit plusieurs situations dans lesquelles des personnes assurées peuvent avoir droit aux soins de santé lors d'un séjour temporaire dans un autre État membre. L'étendue de ces droits varie selon les différentes catégories d'assurés, une personne assurée pouvant prétendre, dans l'État de séjour, soit aux soins "*immédiatement nécessaires*", soit aux soins "*nécessaires*".

Concrètement, l'ensemble des personnes assurées en vertu de la législation d'un État membre, à l'exception des ressortissants des pays tiers, ainsi que les membres de leur famille, ont droit à tous les soins "*immédiatement nécessaires*". Par contre, ont droit aux soins "*nécessaires*" les titulaires de pensions de retraite ou d'invalidité (E111 avec mention spéciale), les étudiants (dans l'État où ils suivent des études, avec le E128), les travailleurs détachés ou les gens de mer et autres (E128), les transporteurs (E110), les chômeurs qui se rendent dans un autre État membre pour y chercher un emploi (E119) et les travailleurs salariés ou non salariés victimes d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle (E123).

Ces différences ne font pas obstacle en elles-mêmes à l'introduction de la carte européenne, mais elles la compliquent et pourraient la rendre plus coûteuse. Elles obligeraient en effet à prévoir des mentions spéciales sur les cartes, pour identifier la "catégorie" de l'assuré, alourdissant les procédures de vérification des droits entre institutions de sécurité sociale. La Commission dans le cadre de sa proposition de modernisation et de simplification du règlement 1408/71 a proposé un alignement des droits pour l'ensemble des assurés qui se déplacent dans un autre État membre afin qu'ils puissent bénéficier des soins "*médicalement nécessaires*", quelle que soit la nature du séjour temporaire. Le Conseil des ministres des Affaires sociales du 3 décembre 2002, grâce à son accord politique sur le chapitre "maladie" du règlement 1408/71, a ouvert la voie à une proposition consacrée spécifiquement à l'alignement des droits.

- La suppression de certaines exigences à l'égard des assurés qui s'ajoutent à la présentation du formulaire pour l'octroi des soins dans un autre État membre que l'État d'affiliation.

Les instructions accompagnant les formulaires comportent, dans certains cas et pour certains Etats membres, des prescriptions spécifiques qui viennent s'ajouter à la présentation du formulaire par l'assuré qui aurait besoin de soins lors de son séjour temporaire dans un autre Etat membre. Il s'agit par exemple de l'obligation de passer par une institution de sécurité sociale du lieu de séjour, avant de recourir à un prestataire de soins. En cas de séjour bref dans un autre pays, une telle obligation peut apparaître comme irréaliste, voire comme un véritable obstacle à l'accès aux soins et à la libre circulation des personnes. De nombreux États ont d'ores et déjà renoncé à sanctionner le non-respect de ce type de procédure. Cette obligation est d'ailleurs souvent ignorée des patients, qui de bonne foi ont considéré que la simple possession du formulaire leur garantissait un accès aux soins, en cas de besoin, dans l'Etat membre de séjour temporaire

La Commission soumettra prochainement une proposition de modification du règlement 574/72 en ce sens.

#### *2.4.2. Le prestataire de soins*

Le prestataire de soins ne recevra plus, comme c'est le cas actuellement, un formulaire mal rempli, peu lisible, ou encore peu compréhensible. La normalisation des champs de la carte - avec des données apparentes - permettra au prestataire de soins de disposer immédiatement de données plus lisibles et plus claires.

Le prestataire de soins devra restituer la carte à son titulaire. Il en fera une copie ou aura éventuellement à sa disposition un document national, sur lequel il portera les données identifiant l'assuré et son institution compétente, de manière plus facile du fait de la présentation normalisée. Aucune charge ou formalité administrative supplémentaires ne doit lui être imposée du fait de l'introduction de la carte.

Le passage à un support électronique en supprimant ces étapes matérielles devrait faciliter plus nettement encore la tâche du prestataire de soins

#### *2.4.3. Les institutions de sécurité sociale*

Dans la première étape, la carte devrait comporter sous une forme normalisée et apparente les données nécessaires pour permettre à l'institution de séjour d'adresser à l'institution d'affiliation une demande de remboursement. Son introduction devrait diminuer le nombre de rejets de ces demandes. En effet, ces données seront plus lisibles et plus précises que sur les formulaires actuels, souvent encore rédigés de façon manuscrite. Là encore, le passage à un support électronique devrait alléger ces procédures en réduisant fortement les risques d'erreurs, de rejet des demandes de remboursement, de fraude ou d'abus.

L'alignement des droits simplifiera davantage encore la gestion des remboursements entre institutions, en éliminant les différences entre chaque catégorie d'assuré dans les formulaires papier actuels.

### **3. L'INTRODUCTION DE LA CARTE EUROPÉENNE : FLEXIBILITÉ ET PROGRESSIVITÉ**

Le Conseil européen de Barcelone a voulu donner un signe fort en faveur de la mobilité et du citoyen européen. C'est pourquoi la Commission propose un scénario qui repose sur trois volets : un libre choix du support de la carte européenne ; des modalités flexibles d'introduction ; un calendrier en trois étapes.

Ce scénario respecte pleinement la compétence des États membres dans l'organisation et le fonctionnement de leur système de soins de santé et sécurité sociale, notamment en matière de cartes d'assurance maladie. En conséquence, les États membres devront prévoir les modalités de financement adéquates, selon les choix qu'ils auront faits.

### **3.1. Le support visuel : les options**

Le choix du support de la carte européenne est une alternative : soit l'intégration dans une carte nationale existante, soit l'émission d'une carte nouvelle. Cependant, dans un premier temps, la carte européenne devrait comporter des informations apparentes, ce qui rend sans doute plus complexe l'intégration sur une carte nationale.

#### *3.1.1. L'intégration de la carte européenne et de la (ou des) cartes nationales*

Un tel choix suppose de respecter les spécifications techniques et le modèle proposés ci-dessus, tout en s'adaptant aux technologies (bandes magnétiques, puces, cartes embossées ou non) retenues par les cartes nationales, et alors que certaines d'entre elles utilisent déjà les deux faces.

En plus de ces contraintes, plusieurs questions spécifiques apparaissent :

- dans le cas d'une carte électronique, il sera nécessaire d'y charger les données de la carte européenne, tout en créant une face européenne visible avec ces mêmes données. En effet, cela permettrait une lecture éventuelle par un lecteur de cartes dans le pays ou la région de séjour, sans empêcher une lecture visuelle dans les autres cas. La CASSTM devrait alors définir également le format électronique des données reprises sur la carte européenne.
- de nombreuses cartes nationales possèdent des périodes de validité assez longues. Aussi, le remplacement de la carte nationale pour y adosser la carte européenne imposera des délais pour l'adaptation du stock de cartes existantes, sauf à subir les coûts excessifs d'un remplacement des toutes ces cartes. Des dispositifs divers peuvent être imaginés afin de favoriser cette adaptation : l'apposition d'un autocollant en attendant le renouvellement de la carte, ou l'émission de cartes européennes "à la demande" de l'assuré. En tout état de cause, cette question est étroitement liée à celle de la période de validité qui sera retenue pour la carte européenne : on peut en effet difficilement imaginer que celle des faces nationale et européenne ne coïncide pas<sup>5</sup>.
- Enfin, se pose la question de l'information adéquate des assurés sur l'usage distinct des deux faces de leur carte en raison de la différence de leur objectif. En effet, la carte nationale qui fonde le droit de l'assuré social, n'a pas du tout la même portée que la carte européenne. Cette dernière permettra seulement d'avoir accès aux soins de santé dans un autre Etat membre dans les conditions définies par le règlement de coordination 1408/71 lors d'un séjour temporaire dans un autre pays.

---

<sup>5</sup> Les cartes nationales ont des périodes de validité qui excèdent celle de l'actuel formulaire E111. Par exemple, elle sera de dix ans pour la nouvelle carte belge SIS émise en 2003, et elle sera d'ailleurs inscrite seulement dans la puce (et donc invisible à l'oeil nu) ; elle est illimitée pour les droits de base dans la carte française SESAM-VITALE, ainsi que dans la carte danoise.

### 3.1.2. *La création d'une carte dédiée à la mobilité européenne*

Les avantages de cette solution sont nombreux. Une carte d'assurance maladie européenne spéciale semble répondre de manière plus visible et significative au mandat du Conseil européen. Sa diffusion pourrait en outre être réservée aux personnes qui se déplacent dans la Communauté. Techniquement, la création d'une carte européenne distincte de la carte nationale allège considérablement certaines contraintes, comme celle de l'absence provisoire de coïncidence entre les périodes de validité des deux faces d'une carte « europeo-nationale ». Elle éviterait aussi les dispositifs transitoires peu satisfaisants tels que l'apposition d'autocollants. La création d'une carte européenne spécifique n'exclut pas que les données de celle-ci puissent être aussi chargées sur la puce dans certains pays ou certaines régions possédant de telles cartes, afin de permettre une utilisation plus facile dans les pays ou les régions de séjour qui posséderaient des équipements compatibles.

## 3.2. LES MODALITÉS D'INTRODUCTION

L'introduction de la carte européenne d'assurance maladie peut se faire selon deux modalités : soit elle est distribuée à toute la population, soit elle est donnée, en fonction des besoins, aux personnes qui la demandent. Il faut ici rappeler que cette carte est destinée aux personnes qui accomplissent des séjours temporaires (vacances, transport routier, études, détachement) : il ne s'agit donc pas, dans la très grande majorité des cas, d'une carte d'usage quotidien

### 3.2.1. *Diffusion générale*

Si cette solution est choisie, la diffusion de cette carte à l'ensemble des assurés devrait être réalisée avant la date d'entrée en vigueur de la carte qui coïnciderait alors avec l'abandon des formulaires papiers par l'Etat membre en cause. La carte européenne pourrait être diffusée massivement, préalablement à son entrée en vigueur et le retrait généralisé des formulaires papier. Ce « big bang » a l'avantage d'assurer une visibilité maximale par les assurés des avantages offerts par la carte européenne. Cependant, elle entraînerait des coûts élevés, sauf si, par exemple, l'Etat membre décide d'introduire une carte nationale de façon simultanée. L'expérience de nombreux Etats membres montre qu'il faut souvent plus d'un an, après une préparation approfondie, pour réussir une diffusion générale.

La carte européenne pourrait aussi être intégrée à une carte nationale pendant la procédure de renouvellement de celle-ci, soit qu'elle soit arrivée au terme de sa période de validité, soit qu'elle ait été perdue ou volée, soit enfin qu'un événement particulier l'ait rendue obsolète. A terme, toute la population la posséderait. Si cette méthode offre l'avantage de réduire les coûts, il faut cependant prendre en compte le fait qu'un tel renouvellement s'étalerait sur une période assez longue, car, dans certains Etats membres, moins de 5% des cartes sont remplacées annuellement.

### 3.2.2. *Émission à la demande de l'assuré*

Cette solution plus ciblée permettrait de respecter plus sûrement l'échéance du 1er juin 2004 que propose cette communication pour l'introduction de la carte européenne et du retrait généralisé des formulaires. A partir de la date d'entrée en vigueur de la carte européenne et du retrait généralisé des formulaires, celle-ci pourrait être émise lorsqu'un assuré s'adresse à son organisme d'affiliation.

Si le choix opéré est celui de l'intégration d'une face européenne sur une carte nationale, cela suppose, soit de rééditer une carte conforme au nouveau format, soit d'y apposer un autocollant.

### **3.3. Le calendrier**

Le Conseil européen de Barcelone, en décidant la création de la carte européenne en remplacement des différents formulaires, a demandé à la Commission de soumettre une proposition en 2003. Compte tenu des éléments décrits ci-dessus, un calendrier divisé en trois phases -*préparation/diffusion/passage à un support électronique* - paraît le plus approprié.

#### *3.3.1. Phase 1 : préparation*

Après la décision de création de la carte qu'a prise le Conseil européen de Barcelone, une intense consultation des principaux acteurs de la coordination des régimes légaux de sécurité sociale a permis d'identifier les tâches nécessaires au lancement effectif de la carte.

1. Compte tenu des échéances fixées par le Conseil européen de Barcelone, la Commission propose que la CASSTM concentre ses travaux sur le remplacement du seul formulaire E111 par la carte européenne. Les décisions devraient être prises avant l'été 2003 et préciser les modalités administratives et techniques de création de la carte européenne, en prévoyant son émission sous forme de support visuel et la possibilité ouverte dès le départ, aux pays qui le souhaiteraient, d'une émission sous forme de carte électronique.

La CASSTM devrait en particulier établir la liste de données devant figurer de manière apparente sur la carte, et qui devraient aussi y être intégrées sous forme électronique, immédiatement ou à terme. Elle devrait aussi définir le modèle de la carte européenne, avec des signes distinctifs communs.

La Commission suggère que le remplacement du formulaire E111 soit effectif le **1er juin 2004**, compte tenu des délais techniques et administratifs nécessaires à l'introduction de la carte. Elle prévoira néanmoins que les États membres qui n'utilisent pas aujourd'hui de carte dans leur système d'assurance maladie et de santé, puissent choisir une période transitoire, pendant laquelle ils continueront d'émettre des formulaires E111 en version papier. Ceux-ci seront donc admis dans les autres États jusqu'à l'expiration de la période transitoire prévue par les États membres concernés.

En effet, certains États membres pourraient rencontrer des difficultés à introduire une carte le 1er juin 2004, même en choisissant de les émettre à la demande des assurés, lors d'un départ en séjour temporaire. Une période transitoire leur évitera des contraintes et des coûts disproportionnés. Cependant, une telle flexibilité implique nécessairement dans ce cas une "double circulation" de cartes européennes et de E111 dans les pays de séjour, qu'ils bénéficient ou non de la période transitoire. Cela signifie que les États membres qui auront choisi d'introduire la carte européenne au 1er juin 2004 devront néanmoins gérer un système à géométrie variable en fonction des pays d'origine des visiteurs, ce qui amoindrirait fortement la simplification qui est censée découler de la création de la carte européenne. C'est pourquoi ces périodes transitoires devront avoir une durée relativement brève et en tout état de cause non supérieure à dix-huit mois

2. La Commission proposera une modification du règlement 1408/71 relative à l'alignement des droits pour les "soins médicalement nécessaires" entre toutes les catégories d'assurés (titulaires d'une pension de vieillesse, étudiants, salariés, indépendants), suite à l'accord réalisé lors du Conseil du 3 décembre 2002.
3. La Commission proposera aussi une modification du règlement 574/72 relative à la suppression des formalités qui viennent actuellement s'ajouter à la présentation du formulaire par l'assuré dans l'Etat membre de son séjour temporaire. L'assuré en séjour temporaire doit pouvoir bénéficier d'un traitement dans des conditions tarifaires normales, pour ne pas rencontrer de difficultés au moment du remboursement des dépenses de soins de santé reçus dans un autre Etat membre.
4. En 2004, la CASSTM devrait s'attacher à adopter les décisions nécessaires au remplacement de tous les autres formulaires liés au séjour temporaire. Le remplacement du formulaire E 111 papier devrait rendre cette étape plus facile.
5. Au même moment, sur la base de résultats de la première l'étape du projet Netc@rds, les spécifications techniques nécessaires au passage des formulaires à un support électronique devraient être examinées. Les modalités d'enregistrement et de lecture électronique des données devraient être définies pour permettre un traitement éventuellement électronique des procédures relatives à l'accès aux soins et à la prise en charge sur le lieu de séjour.

### 3.3.2. Phase 2 : diffusion

La diffusion de la carte européenne pourrait se réaliser en deux étapes successives :

1. La première étape, débutant *le 1er juin 2004*, verrait l'introduction de la carte en remplacement du formulaire E111. Les formulaires papier cesseront d'être reconnus dans les autres États membres, sous réserve des périodes transitoires éventuelles.

En effet, dans ce cas, les autres Etats membres devraient continuer à accepter les formulaires papiers E111 jusqu'à l'expiration de la période transitoire prévue.

2. La seconde étape, s'achevant *le 31 décembre 2005 au plus tard*, signifierait la fin des périodes transitoires et le remplacement de l'ensemble des formulaires utilisés pour un séjour temporaire .

Il sera ainsi mis fin à la circulation parallèle des cartes et des formulaires. Seule la carte d'assurance maladie européenne permettra en principe l'accès aux soins des assuré dans un autre Etat membre dans le cadre d'un séjour temporaire.

### 3.3.3. Phase 3 : passage à un support électronique

Le remplacement des formulaires par la carte européenne, la simplification des procédures, l'alignement des droits et les projets-pilotes de dialogue entre différentes cartes électroniques, forment un ensemble cohérent qui prendra son sens et sa portée véritable avec l'utilisation généralisée d'un support électronique et parallèlement d'une gestion automatisée des formulaires et des procédures. Ce passage à un support électronique représenterait une troisième phase, dont le début dépend à la fois de l'évaluation de la phase 2, qui pourrait être réalisée en 2008 (deux ans après la fin de la seconde étape et des périodes transitoires) et des résultats de la première étape du projet Netc@rds.

Lors de cette dernière étape, on pourrait aussi évaluer la possibilité d'intégrer dans la carte européenne des fonctionnalités liées à la santé de l'individu, par exemple la possibilité d'accéder à des données médicales utiles pour les soins urgents, ou aux informations liées aux traitements suivis par l'individu.

## CONCLUSION

La création d'une carte européenne d'assurance maladie est un projet ambitieux au service d'une véritable Europe des citoyens. Elle doit s'appuyer sur la diversité et la richesse de l'expérience acquise par de nombreux pays ; dans ce contexte, la Commission estime que cette carte européenne d'assurance maladie peut offrir dès 2004 un outil facile, pratique et souple. Le scénario d'introduction de la carte que présente cette communication, en particulier le découpage en trois phases *-préparation/diffusion/passage à un support électronique -* et leur calendrier, reflète cette analyse et cette ambition.

## ANNEXE

### UNION EUROPEENNE

	Belgique	Danemark	Allemagne	Grèce	Espagne	
<b>Nom de la carte / du projet</b>	Carte SIS / SIS Kaart: Sociale Identiteitskaart / Carte d'identité sociale	Sygesikringsbeviset (Carte de sécurité sociale)	Versicherten-karte (Carte d'assurance)	AMKA-EMAES (Création d'un registre général national de sécurité sociale)	TASS Tarjeta de Afiliacion de la Seguridad Social (Carte d'affiliation à la sécurité sociale)	TSI Tarjeta Sanitaria Individual (Carte d'assurance maladie)
<b>But de la carte</b>	Cette carte a plusieurs fonctions: les données visibles et le fichier PDBF peuvent être utilisés par les organisations de sécurité sociale, les prestataires de soins, les employeurs et les autorités fiscales; les données contenues dans le fichier SFDF ne peuvent être consultées qu'à l'aide d'une carte de professionnel de la santé dotée d'un module SAM (par exemple, par l'organisme d'assurance maladie, les prestataires de soins ou l'autorité d'inspection sociale).	Atteste le droit aux prestations de soins de santé en nature. Elle sert également d'attestation d'assurance maladie pour les touristes. En outre, elle peut être utilisée comme carte de bibliothèque et comme carte d'identité en relation avec les entreprises privées et publiques.	Permet aux affiliés au régime légal d'assurance maladie d'avoir accès aux soins médicaux et dentaires.	Chaque personne inscrite au Registre général national de sécurité sociale doit recevoir une carte de sécurité sociale.	À utiliser comme pièce d'identification personnelle dans le domaine de la sécurité sociale et de la santé. Son utilisation facilitera les opérations courantes, notamment avec le ministère de l'emploi et des affaires sociales, ainsi que la fourniture immédiate d'informations à caractère général et personnel par le biais de terminaux (kiosques) répartis dans l'ensemble de la Communauté.	Permet l'accès aux soins de santé dans l'ensemble du système de santé national en identifiant la personne et en fournissant des informations concernant le droits aux prestations pharmaceutiques.
<b>Date d'introduction de la carte</b>	1998	1993	1994	1993	Un projet a été lancé en 1995 afin de rassembler ces deux cartes en une seule. Dans ce cadre, un projet pilote a été démarré dans la communauté autonome d'Andalousie.	

	Belgique	Danemark	Allemagne	Grèce	Espagne	
<b>Nombre de cartes en circulation</b>	Plus de 10 millions	Une carte d'assurance maladie contenant des données d'identification est délivrée à toute personne résidant au Danemark.	L'ensemble des affiliés au régime légal d'assurance maladie en Allemagne, c'est-à-dire environ 80 millions de personnes, disposent de cette carte.	En décembre 2002, cette carte avait déjà été délivrée à 2,5 millions de personnes.	5,5 millions	Tous les citoyens, quel que soit leur titre d'accès aux soins de santé publics. Les cartes TSI sont émises par chacune des 17 communautés autonomes + le ministère de la santé et de la consommation, responsable des villes autonomes de Ceuta et Melilla.
<b>Évolution</b>	<p>Cette carte comprend encore de la place disponible pour des applications sectorielles qui pourraient être activées par une carte SAM d'un autre type. Elle pourrait également être utilisée dans le cadre des projets de mise en ligne des services publics belges.</p> <p>Une nouvelle version de la carte sera distribuée à tous les titulaires en 2003/2004.</p> <p>Il est prévu qu'une carte d'identité à puce dotée d'un dispositif d'authentification et de signature électronique soit distribuée à tous les résidents belges. Le projet pilote correspondant a été lancé en 2002. Cette carte pourrait être utilisée afin d'obtenir un accès sécurisé en ligne aux données d'assurance maladie.</p>	<p>Une discussion a eu lieu pour décider si l'attestation d'assurance maladie devait être une carte à puce avec une signature numérique basée sur l'infrastructure à clé publique (ICP). Nous attendons à présent la mise en oeuvre d'un logiciel de signature numérique (système ICP). Si les exigences de sécurité au Danemark requièrent un dispositif matériel de signature numérique, nous réexaminerons la question de savoir si l'attestation d'assurance maladie doit être une carte à puce dotée d'un système de signature numérique.</p>	<p>Il est prévu d'introduire, au cours des quatre prochaines années, une carte d'assurance maladie de la nouvelle génération dotée d'un microprocesseur. Outre les données administratives, cette carte comprendrait les données de santé ainsi que les informations permettant l'utilisation de la carte en tant que formulaire E111. Il est également prévu d'y ajouter la prescription électronique.</p>	<p>Après l'achèvement du projet (2003), la carte de sécurité sociale sera remplacée par une carte à puce/mémoire correspondante conformément aux décisions prises par les autorités grecques compétentes et par la commission technique de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants.</p>	<p>Il est envisagé de la distribuer à tous les assurés (titulaires et bénéficiaires).</p>	

	Belgique	Danemark	Allemagne	Grèce	Espagne	
<b>Commentaires</b>	La carte SIS fonctionne en interaction avec la carte de professionnel de la santé, qui se présente sous la forme d'une carte à microprocesseur dotée d'un SAM (Secure Access Module - module d'accès sécurisé) En raison de sa nature multifonctionnelle, cette carte ne peut inclure des données plus visibles que les données d'identification.	Le nom et l'adresse de la personne assurée, ainsi que le n° RCP et le groupe de prestations de santé dont elle relève sont inscrits en caractères en relief. Le verso de la carte contient des informations en anglais concernant l'assurance maladie pour les touristes, la bande de signature de sécurité et la bande magnétique.	a) Les données figurant sur la carte ne sont pas cryptées. b) L'accès aux données ne fait l'objet d'aucune protection particulière. c) Les assurés reçoivent une nouvelle carte lorsque la date de validité expire ou en cas de changement de caisse de maladie. d) L'équipement initial a nécessité un investissement de 250 millions d'euros environ.	Les caractéristiques techniques de la future carte à puce/mémoire doivent encore être définies.		La carte TSI est également associée à un système d'information visant à faciliter l'obtention des données nécessaires à la planification, à la gestion et à l'utilisation des ressources sanitaires. La carte TSI ne fait pas office de pièce d'identité et n'atteste pas la situation d'un travailleur sur le plan de la sécurité sociale.
<b>Identification (*) = données visibles</b>	N° d'identification à la sécurité sociale (NISS) (*) Nom, prénom, initiale du deuxième prénom (*) Sexe (icône) (*) Date de naissance (*)	N° RCP (n° du titulaire de la carte au Registre central des personnes) (*) Nom et adresse (*)	N° + nom de la caisse de maladie qui a délivré la carte (*) Nom et prénom de l'assuré (*) Date de naissance (*) Adresse de l'assuré (*) N° d'assurance maladie (*) Statut de l'assuré (*)	Toutes les données visibles (*): 3 premières lettres du prénom et nom de famille du titulaire de la carte (en caractères grecs et latins) Initiales du nom de famille, du prénom et du patronyme SSRN en code barre / SSRN en format OCR SSRN imprimé en creux	Nom et prénom du titulaire (*) N° d'affiliation (*)	Identification du titulaire (*) N° de sécurité sociale (*) N° du document d'identité national (*) Nom et prénoms (*)

	Belgique	Danemark	Allemagne	Grèce	Espagne	
<b>Autres données sur la carte</b> (* = données visibles)	Date de validité (début et fin) (*) N° de la carte (*)	Toutes les données visibles (*): Nom et n° de tél. du médecin généraliste Nom et logo du département de résidence Nom et n° de tél. de la commune Groupe de prestations de santé Nom, adresse et n° de tél. de l'assurance maladie pour les touristes Date de début de validité	Fichier APC Date de début de la période de couverture sociale Lorsque la carte n'est valide que pour une période limitée, période de validité de la carte (*)	Identification du Secrétariat général pour la sécurité sociale (adresse postale, n° tél.,...) Remarque: la date de naissance et le sexe sont inclus dans le SSRN.	Date de distribution Date de naissance ...	Sur le recto: - nom de la communauté autonome ayant émis la carte (*); - code d'identification du territoire ayant émis la carte: Espagne + communauté autonome (*); - type d'accès aux prestations (par exemple, travailleur, retraité, détails concernant les prestations pharmaceutiques) (*); - date d'expiration (*) Au verso: - nom du prestataire de soins principal (*) - adresse et n° de téléphone du centre de soins principal (*) En termes d'aspect, la carte se présente de la même manière dans 10 communautés (y compris Ceuta et Melilla), et d'une manière différente dans les 7 autres.
<b>Authentification</b>	Aucune	Bande de signature de sécurité	Au verso de la carte: bande de signature de sécurité	Authentification du titulaire: au verso de la carte: bande de signature de sécurité	Le système d'identification implique le recours à des méthodes biométriques (par exemple, relevé des empreintes digitales).	Aucune

	Belgique	Danemark	Allemagne	Grèce	Espagne	
<b>Autres catégories de données enregistrées sur la carte</b>	Répertoire de la carte (CDIR - Card directory) => permet de localiser les fichiers de données Fichier de données relatives à l'émetteur (ISDF - Issuer data file) => contient entre autres la date de validité de la carte Fichier de données publiques (PDBF - Public data file) => données relatives au titulaire de la carte Fichier de données relatives à la caisse de maladie (SFDF - Sickness fund data file) => contient le code d'identification de l'assureur, ses codes d'accès et certaines données relatives aux droits à l'assurance maladie + ATR; AID=A0 00 00 33	Les données visibles plus quelques autres comme la nationalité, l'émetteur de la carte, le type de carte, le n° d'enregistrement du médecin généraliste et les n° de code du département et de la commune sont enregistrées sur la bande magnétique. Le n° RCP du titulaire figure sur un code barre.	Informations de contrôle (protocole et configuration de la mémoire) Informations pour le diagnostic et l'identification de la carte («Card manufacturer data») Informations du répertoire (pour l'identification des applications et du personnalisateur) Fichier d'application (voir liste de données ci-dessus) Élément de remplissage pour l'occupation contrôlée de la mémoire non utilisée pour le fichier d'application	Aucune		Identification du titulaire Nom et prénoms Code d'identification du territoire émetteur de la carte: Espagne + communauté autonome Titre d'accès aux prestations Date d'expiration
<b>Type de carte</b>	Carte à mémoire	Carte à bande magnétique	Carte à mémoire	Carte au format carte de crédit sans bande magnétique au verso	Carte à mémoire dotée d'une bande magnétique au verso permettant l'interopérabilité avec la carte TSI.	Carte à bande magnétique, sauf la carte émise par la communauté autonome d'Andalousie, qui combine la carte TSI et la carte TASS.
<b>Type de processeur utilisé sur la carte à puce</b>	EEPROM 1024 octets	Aucun	EEPROM 256 octets	Aucun	ROM 16 Ko RAM 240 octets EEPROM 3 024 octets	Aucun
<b>Système d'exploitation utilisé sur la carte</b>	Starcos s2.1c	Aucun	./.	Aucun	TIBC, compatible VISA	Aucun
<b>Normes internationales appliquées</b>	ISO 7816 (dimensions de la carte, position et caractéristiques de la mémoire et protocoles d'interface et de communication)	Bande magnétique: DS/ISO 7811-2. Code barre: EAN/UPC-128	Conforme aux normes ISO correspondantes, notamment en ce qui concerne l'emplacement des contacts, conforme à la norme ISA (ISO 7816/2)	ISO 843 pour la conversion des caractères grecs en caractères latins	Normes ISO applicables aux cartes en question	

	France	Irlande	Italie		Luxembourg	Pays-Bas	
<b>Nom de la carte / du projet</b>	Carte Vitale	Social Service Card (Carte de service social)	Carta Nazionale dei Servizi CNS (Carte nationale de service)	CIE (Carte d'identité électronique)	Carte d'identification à la sécurité sociale	Verzekeringpas (Carte d'assurance)	Zorgpas (Carte de soins)
<b>But de la carte</b>	Remboursement des soins de santé (par exemple, visites chez les prestataires de soins, produits pharmaceutiques). La carte Vitale est étroitement liée à la carte CPS des professionnels de la santé et à la feuille de soins électronique (FSE). Les plus de 130 000 professionnels de la santé produisent chaque mois 60 millions de feuilles de soins électroniques (50 % du montant total) en utilisant la carte Vitale afin d'obtenir les informations nécessaires concernant l'assuré.	- Le PPSN (Personal Public Service Number) du titulaire figure en permanence sur la carte. - La carte est également utilisée pour effectuer certains paiements de la prévoyance sociale, ainsi que par les chômeurs pour "pointer" au chômage.	Cette carte est émise par les autorités locales (communes et régions) conformément aux normes nationales dans le but de fournir divers types de services (services publics en ligne, transports, santé, etc.) aux citoyens. Elle équivaut à la carte CIE, mais ne comporte pas de bande laser.	Carte d'identité et carte de service de réseau	La carte est uniquement utilisée à des fins d'identification (n° d'enregistrement) et ne donne droit à aucune prestation.	Identification de l'assuré et preuve du droit aux prestations	
<b>Date d'introduction de la carte</b>	1998 / 2001	1992	1998 (projet pilote dans 4 unités sanitaires locales dans le cadre du projet NETLINK)	2001	Dans les années 80	1998	1999 (Tentative d'utilisation d'une carte à puce au niveau régional)

	France	Irlande	Italie		Luxembourg	Pays-Bas	
<b>Nombre de cartes en circulation</b>	40 millions 53,5 millions	1,75 million de personnes ont reçu cette carte.	Le premier exemple de carte CNS est la carte régionale des services de Lombardie (CRS-CISS), une carte de santé distribuée à 300 000 personnes de la ville de Lecco. La carte de santé militaire constitue un autre exemple. D'autres communes ont également distribué une carte similaire à la carte CNS (Bologne, Sienne, Brescia).	100 000 jusque fin 2001, dans l'optique d'une distribution à l'ensemble de la population dans les prochaines années	La carte est délivrée à toute personne couverte par une assurance maladie.	Chaque organisme d'assurance maladie est libre d'utiliser la carte comme preuve du droit aux prestations. Toutefois, si une carte magnétique est utilisée, celle-ci doit être conforme aux prescriptions nationales.	

	France	Irlande	Italie		Luxembourg	Pays-Bas	
<b>Évolution</b>	<p>Le projet Vitale 1 ter (2003-2004) ouvre davantage le système Vitale aux régimes complémentaires afin de créer une "demande de remboursement électronique". La carte étant utilisée de plus en plus fréquemment sur Internet, l'ensemble du flux de données devra être crypté.</p> <p>Le projet Vitale 2 vise à fournir à tous les bénéficiaires (60 millions de personnes) une carte comprenant les données de santé requises en cas d'urgence, les 3 ou 4 dernières prescriptions signées, certaines indications telles que l'adresse du prestataire de soins de santé, l'endroit où se trouvent les dossiers médicaux, etc., des renseignements relatifs aux dernières opérations financières et une série d'informations ayant trait au régime complémentaire d'assurance maladie.</p>	<p>La carte de service social sera remplacée par une carte de service public, exploitant une nouvelle technologie qui facilitera l'accès à ces services.</p>	<p>L'INPS (institut national de sécurité sociale) participe également au projet NETLINK en tant que partenaire associé, pour étudier la possibilité d'étendre son utilisation aux secteurs des pensions et des prestations sociales.</p>	<p>Au cours des quatre prochaines années, la carte deviendra la carte d'identité électronique nationale.</p>	<p>Aucune</p>	<p>Les prestataires de soins disposent d'autres solutions ne nécessitant pas de carte pour vérifier de manière électronique que leurs patients ont bien droit aux soins concernés. C'est pourquoi l'utilisation de la carte comme preuve du droit aux prestations a été supprimée le 1er septembre 2002.</p>	<p>L'utilisation de la carte peut être étendue à d'autres applications à l'avenir, par exemple aux données de santé.</p>

	France	Irlande	Italie		Luxembourg	Pays-Bas	
<b>Commentaires</b>	Voir informations concernant Transcards, Netlink et Netc@rds	a) En vertu de lois récentes, l'utilisation du PPSN sera étendue, et celui-ci finira par devenir la "clé" unique permettant aux citoyens d'accéder à toute une gamme de services dans le secteur public.	Les opérateurs qualifiés se verront octroyer une carte spéciale CNS/O ("Carta Nazionale dei Servizi/Operatore") qui leur permettra d'accéder aux données confidentielles sous le contrôle du citoyen.	Cette carte peut accueillir diverses fonctions et il se peut qu'elle devienne à l'avenir la seule carte utilisée en Italie. Quoi qu'il en soit, elle constitue la norme suivie dans le domaine de l'administration publique par l'Autorité italienne pour les technologies de l'information.	Toute personne affiliée à un organisme de sécurité sociale reçoit une carte. Les informations ne sont pas mises à jour automatiquement, mais les utilisateurs peuvent demander une nouvelle carte en cas de changement des données.	La bande magnétique n'est pas toujours utilisée, en partie à cause des prestataires de soins, en particulier les médecins généralistes qui ne disposent pas de l'équipement nécessaire pour lire la carte.	
<b>Identification</b> (*) = données visibles	N° d'identification national (NIR) (*) Nom et prénom du titulaire (*) Nom de jeune fille pour les femmes (*)	PPSN (Personal Public Service Number - numéro personnel attribué par le service public) (*) Nom du titulaire (*) Date de naissance (*)	Données à caractère personnel N° d'enregistrement national (n° d'identification fiscale) du titulaire Données d'identification de la commune	Données à caractère personnel N° d'enregistrement national (n° d'identification fiscale) du titulaire Données d'identification de la commune	N° d'enregistrement (format numérique et code barre), prénom à la naissance, nom de famille et, pour les femmes mariées, nom de jeune fille	Nom et prénom (*) N° d'enregistrement (*) Date de naissance (*) Sexe (*)	
<b>Autres données sur la carte</b> (*) = données visibles	Régime obligatoire d'assurance maladie Bureau de contact Adresse du titulaire	Date d'émission de la carte Date d'expiration de la carte Sexe	Données d'urgence Données Netlink E111	Données d'urgence Données Netlink E111	N° de carte	Nom de l'organisme assureur (*) Noms du prestataire de soins et du pharmacien principaux (*) Détails relatifs à l'assurance (*) Date de validité (début et fin) (*)	
<b>Authentification</b>	Reconnaissance mutuelle de la carte Vitale et de la carte CPS (carte à microprocesseur pour les professionnels de la santé)	Au verso de la carte: bande de signature de sécurité	Oui, sur la base d'un dispositif fiable de signature numérique et d'un mécanisme de stimulation/réponse	Oui, sur la base d'un dispositif fiable de signature numérique et d'un mécanisme de stimulation/réponse			

	France	Irlande	Italie		Luxembourg	Pays-Bas	
<b>Autres catégories de données enregistrées sur la carte</b>	Validité de la carte Détails concernant le titre d'accès aux prestations, y compris la validité Droit à une assurance maladie complémentaire		E-111 en fonction des caractéristiques Netlink	E-111 en fonction des caractéristiques Netlink  La carte ne comporte aucune application, mais seulement deux clés destinées au crypto-système asymétrique permettant l'identification et l'authentification, ainsi que des données relatives aux services en vue d'une utilisation comme carte de service.	Outre les données mentionnées, la bande magnétique contient également des détails concernant l'adresse du titulaire.		
<b>Type de carte</b>	Carte à microprocesseur	Carte en plastique dotée d'une bande magnétique	Carte à puce (microprocesseur)	Microprocesseur + carte mémoire optique	Carte au format carte de crédit avec bande magnétique au verso	Carte en plastique dotée d'une bande magnétique (utilisée par la plupart des caisses de maladie)	Carte à microprocesseur
<b>Type de processeur utilisé sur la carte à puce</b>		Aucun		EEPROM 16 K	Aucun	Aucun	
<b>Système d'exploitation utilisé sur la carte</b>	COS	Aucun			Aucun	Aucun	

	France	Irlande	Italie		Luxembourg	Pays-Bas	
<b>Normes internationales appliquées</b>	ISO 7816	Conforme aux normes ISO pertinentes	Voir recommandations NETLINK	ISO 7816 et PKCS-RSA		ISO/CEI 7810: Cartes d'identification – caractéristiques physiques NEN-EN-ISO/CEI 7811: Cartes d'identification – technique d'enregistrement ISO/CEI 7813: Cartes d'identification – cartes de transactions financières NEN 1888: Définition générale des données à caractère personnel NEN 5825: Adresses - définition, jeux de caractères, format d'échange et présentation physique EN 1387: Applications pour la santé - cartes: caractéristiques générales ENV 12018: Structure des données d'identification, des données administratives et des données médicales communes	

	<b>Autrich</b>	<b>Portugal</b>		<b>Suède</b>	<b>Finlande</b>		<b>Royaume-Uni</b>
<b>Nom de la carte / du projet</b>	e-Card	Cartão do Utente Ministério da Saúde (Carte d'identification de l'utilisateur du service national de santé)	CARDLINK (Carte d'urgence pour les diabétiques)	Néant (voir COMMENTAIRES)	Carte d'assurance maladie standard (avec ou sans photo)		Néant (voir COMMENTAIRES)
<b>But de la carte</b>	Il s'agit dans un premier temps de remplacer l'ancien système de feuilles de soins pour toutes les personnes assurées en Autriche.	Utilisée dans tout service ou institution de santé du SNS (Serviço Nacional de Saúde) ainsi que dans les pharmacies et les institutions ayant conclu des conventions avec le ministère de la santé.			Cette carte est principalement utilisée en pharmacie, où les assurés doivent présenter leur carte personnelle afin d'être remboursés pour l'achat de médicaments sous prescription. La carte avec photo est utilisée pour attester l'identité du titulaire, même s'il ne s'agit pas d'une preuve d'identité officielle.	Le principal objectif est d'exploiter le potentiel de la carte en tant que clé portable pour la recherche d'informations sur des réseaux. - Identité électronique - Assurance maladie - Sécurité sociale et soins de santé	
<b>Date d'introduction de la carte</b>	2001				1990	1999	
<b>Nombre de cartes en circulation</b>	Toutes les personnes assurées en Autriche.	Environ 9 millions	1100 cartes de diabétiques et 250 cartes de professionnel de la santé		La carte standard a été délivrée à toutes les personnes qui résident de manière permanente en Finlande; 600.000 d'entre elles l'ont échangée contre une carte avec photo (disponible contre paiement d'un certain montant).	Projet pilote régional	

	<b>Autrich</b>	<b>Portugal</b>		<b>Suède</b>	<b>Finlande</b>		<b>Royaume-Uni</b>
<b>Évolution</b>	Au cours de la deuxième étape, la carte fera office de clé d'accès à d'autres applications dans le domaine de l'assurance maladie et des soins de santé et deviendra une carte de citoyen permettant d'accéder aux applications des services publics en ligne sur Internet, en utilisant notamment un dispositif de signature électronique.	Carte d'identification à la sécurité sociale (à l'étude)					
<b>Commentaires</b>	<p>a) La carte fait office de clé d'accès au système de soins de santé autrichien, elle ne contient aucune donnée spécifique, mais facilite plutôt l'accès aux services et aux données.</p> <p>b) L'accès aux données présentes sur la carte et l'activation des applications ne sont possibles qu'en introduisant simultanément une carte d'accès.</p> <p>c) La carte peut utiliser un dispositif de signature électronique.</p>		La carte peut être utilisée dans tous les endroits où est utilisée la carte d'utilisateur SNS.	Les personnes résidant en Suède ne disposent d'aucune carte électronique d'identification/ d'information à utiliser dans le cadre du système suédois de sécurité sociale, et l'introduction de ce type de carte n'est pas prévue pour l'instant. Toutefois, un projet pilote existe concernant des cartes d'identité électroniques offrant des services d'authentification et de signature électronique, susceptibles d'être utilisées dans le cadre de services en ligne.		Le principal objectif est de fournir au client un dispositif d'identification électronique, de crypter les informations sensibles à envoyer et de vérifier le message envoyé à l'aide d'une signature électronique.	Une consultation publique a été lancée en juillet 2002 et s'achèvera en janvier 2003 ( <a href="http://www.homeoffice.gov.uk/dob/ecu.htm">www.homeoffice.gov.uk/dob/ecu.htm</a> ).

	<b>Autriche</b>	<b>Portugal</b>		<b>Suède</b>	<b>Finlande</b>		<b>Royaume-Uni</b>
<b>Identification (*) = données visibles</b>	N° national de sécurité sociale (*) Nom, prénom et titre (*) Date de naissance Sexe N° de la carte (*)	Numéro d'utilisateur SNS (*) Nom complet du titulaire (*) Date de naissance (*) Lieu de naissance Sexe Nationalité	Numéro d'utilisateur SNS (*) Nom complet du titulaire (*) Date de naissance (*)		- N° du titulaire au registre de la population - Nom et prénoms - Date de naissance - Lieu de résidence	En ce qui concerne la sécurité sociale, la carte comprend les mêmes données que la carte d'assurance maladie.	
<b>Autres données sur la carte (*) = données visibles</b>	Certificats d'authentification et signature électronique avec clés privées correspondantes.	Date d'émission (*) Région/sous-région/centre de santé			La carte avec photo comporte des informations complémentaires, essentiellement concernant la pension. + Nom de l'institution d'assurance sociale Date d'émission Autres données relatives à la sécurité sociale	Son contenu électronique comprendra, outre les éléments relatifs à l'identification, à la signature et au cryptage (PKI), entre autres, des données ayant trait à la vaccination, aux maladies chroniques, les instructions en matière de don d'organes et les coordonnées de la famille proche.	
<b>Authentification</b>	La "clé" est unique au sein du système. Selon le degré de confidentialité requis par les diverses applications, différents niveaux de sécurité peuvent être instaurés: deuxième carte autorisée, procédure de cryptage, code PIN, signature électronique.	Aucune	Aucune		La carte avec photo porte la signature du titulaire.	Certificats pour l'authentification et la signature électronique	
<b>Autres catégories de données enregistrées sur la carte</b>	Des travaux sont en cours concernant un éventuel chargement des données E-111, dans le cadre du projet Netc@ards.	Indication du régime de remboursement des médicaments, de l'exemption des tickets modérateurs et de l'existence de sous-systèmes ou de compagnies d'assurance, et dates de validité respectives				Informations clés (cryptées) relatives à la prestation de services sociaux et de soins de santé	

	<b>Autriche</b>	<b>Portugal</b>		<b>Suède</b>	<b>Finlande</b>		<b>Royaume-Uni</b>
<b>Type de carte</b>	Carte à puce dotée d'un cryptoprocresseur	Bande magnétique	Carte à puce dotée d'une bande magnétique		Carte en plastique SII	Carte à microprocesseur dotée d'un cryptoprocresseur	
<b>Type de processeur utilisé sur la carte à puce</b>	EEPROM 32 K	Aucun			Aucun		
<b>Système d'exploitation utilisé sur la carte</b>	MICARDO 2.1 (système d'exploitation multi-applications permettant le chargement ultérieur de données)	Aucun			Aucun		
<b>Normes internationales appliquées</b>	Normes techniques et internationales applicables				Normes ISO pertinentes	Normes ISO pertinentes + normes EU/G7 et CEN TC/251	

## AELE ET CERTAINS PAYS CANDIDATS

	Islande	Liechtenstein	Norvège	Suisse		République tchèque	Slovénie
<b>Nom de la carte / du projet</b>	Néant	Néant	Néant	Covercard®System	Projet de carte d'assurance maladie suisse	MACHA (Carte de santé et d'assurance maladie)	Kartica zdravstvenega zavarovanja HIC (Health Insurance Card - (Carte d'assurance maladie)
<b>But de la carte</b>				Attestation du droit aux prestations d'assurance maladie Permet aux prestataires de soins (hôpitaux, pharmacies, docteurs, etc.) de vérifier "en ligne", et à tout moment, la validité de la carte présentée par le porteur lorsque des prestations sont fournies.	Attestation du droit aux prestations d'assurance maladie Facilite les échanges administratifs de données (à des fins de remboursement)	Carte électronique de santé et d'assurance maladie Identification des patients/assurés Confirmation des soins délivrés pour le bureau d'assurance maladie La carte comporte des données d'identification et des données médicales, un code PIN, une signature électronique et le n° d'identification à la sécurité sociale.	La carte HIC est l'unique document en vigueur pour l'identification et la mise en oeuvre des droits à l'assurance maladie dérivant de l'assurance maladie obligatoire et volontaire. Elle sert également de clé d'accès aux services proposés par le biais d'un réseau de terminaux en libre-service.
<b>Date d'introduction de la carte</b>				1er juin 1996	Le projet doit encore être approuvé par le Parlement suisse.	1997-9	Introduction pilote dans une région en 1998 Introduction nationale achevée en octobre 2000
<b>Nombre de cartes en circulation</b>				35 organismes assureurs (sur 93) ont distribué environ 4 millions de cartes à leurs assurés.	Aucune	Projet pilote: 30 000 cartes d'assuré, 100 cartes de professionnel de la santé	La carte HIC a été distribuée à toutes les personnes couvertes par le régime d'assurance maladie obligatoire en Slovénie, c'est-à-dire à l'ensemble de la population (près de 2 millions de personnes). Quelque 18 000 cartes de professionnel de la santé sont utilisées.

	Islande	Liechtenstein	Norvège	Suisse	République tchèque	Slovénie
<b>Évolution</b>				<p>Il est prévu que la carte d'assurance maladie devienne une carte de santé à part entière offrant aux assurés et aux prestataires de soins un accès sécurisé aux données concernant les assurés.</p>	<p>Le projet a été dirigé par le ministère de la santé et soutenu par le bureau général d'assurance maladie. Le projet pilote est toujours en cours.</p> <p>En 2002, il a servi de base à la préparation du lancement national d'un "dispositif électronique d'identification des personnes couvertes par une assurance maladie", dont la première étape (analyses et conception du projet) démarrera en 2003.</p>	<p>2000: au cours d'une première phase, le système HIC a couvert l'identification de l'assuré et la preuve de ses droits à une assurance, ainsi que l'enregistrement des médecins traitants sélectionnés.</p> <p>2001: nouveau service - commande d'attestations de convention (similaires au formulaire européen E111) par le biais de terminaux en libre-service, la carte HIC servant de clé d'accès.</p> <p>2003: nouvelles données - enregistrement de données relatives aux aides techniques médicales, enregistrement de données relatives aux allergies et à la vaccination, enregistrement de l'engagement volontaire du titulaire de la carte à faire don de ses organes et tissus à des fins de transplantation.</p> <p>2004: mise à niveau technologique - PKI et signature électronique à mettre en oeuvre (sur la carte HPC dans un premier temps, et sur la carte HIC dans un deuxième temps). Le système est ouvert aux mises à jour par téléchargement de nouvelles applications et de données sur les cartes en circulation; la procédure de gestion standard est appliquée à cet égard.</p>

	Islande	Liechtenstein	Norvège	Suisse		République tchèque	Slovénie
<b>Commentaires</b>	La création d'une carte d'identification est envisagée.			En ce qui concerne les données actuellement couvertes par le formulaire E111: 1. les données relatives aux assurés, à l'exception des informations concernant leur statut de salarié, de non-salarié ou de retraité, etc.; 2. les cartes sont individuelles et ne comportent aucune information concernant les membres de la famille; 3. dans certains cas, la période de validité de la carte n'est pas précisée; 4. le nom de l'institution compétente, sans informations détaillées.	Si le projet de carte d'assurance maladie de l'Union européenne se concrétise avant le projet suisse, ce dernier sera adapté en conséquence.	Projet soutenu par l'UE dans le cadre du programme PHARE. Site pilote: ville de Litomerice (grande ville régionale). Nombre de participants: 1 hôpital municipal, 14 médecins, 1 société d'assurance maladie. Dans le cadre du projet pilote, un groupe de pilotage a été mis sur pied et participe en permanence aux activités liées aux cartes de santé.	Le système HIC comprend les cartes de professionnel de la santé (HPC - Health Professional Card), des lecteurs de cartes, un réseau de terminaux en libre-service et des interfaces API standard communes pour toutes les stations de travail des prestataires de soins de santé. Les professionnels de la santé peuvent uniquement accéder aux données HIC en utilisant leur carte HPC et un lecteur approprié. Les titulaires de cartes HPC sont divisés en plusieurs groupes, chaque groupe possédant une carte HPC à clé distincte et, par conséquent, des droits d'accès différents aux données HIC. Le réseau de terminaux en libre-service est utilisé pour la mise à jour en ligne des données HIC, les services (tels que la commande d'attestations de convention, la carte HIC servant de clé d'accès), l'ajout de nouvelles applications et fonctions à la carte HIC (nouveaux fichiers, changement des droits d'accès) et la communication d'informations.
<b>Identification</b> (* ) = données visibles				Nom de l'organisme assureur (* ) Nom, prénom, date de naissance et sexe de l'assuré (* ) N° d'assurance (* ) N° de téléphone à composer en cas d'urgence (* ) Code barre (* )	Au minimum, les mêmes données que celles figurant actuellement sur les cartes distribuées en Suisse. Il est prévu d'attribuer de nouveaux numéros d'assurance qui resteront valables pour toute la durée de la couverture d'une personne par le système suisse.	Nom et prénom (* ) Date de naissance (* ) Adresse N° d'assurance maladie (* ) Société d'assurance maladie (* )	- N° d'assurance maladie (* ) - N° de carte (* ) - Nom et prénom (* ) - Date de naissance (* )

	Islande	Liechtenstein	Norvège	Suisse		République tchèque	Slovénie
<b>Autres données sur la carte</b> (* ) = données visibles				Couverture d'assurance: institution d'assurance maladie et maternité commune (LAMal), assurance privée complémentaire.	Il prévu de permettre aux assurés de fournir des données sensibles les concernant à utiliser en cas d'urgence (groupe sanguin, allergies à certains médicaments, etc.).	Données d'identification à la sécurité sociale Données d'identification du patient (adresse de contact, adresse du prestataire de soins de santé, adresse du dossier médical du patient) Données médicales particulières Date d'émission (*)	- Données relatives au titulaire de la carte (adresse, sexe) - Détails concernant l'affiliation à l'assurance (n° d'enregistrement, nom de la société, adresse) - Détails concernant l'assurance maladie obligatoire (date de confirmation, validité de l'assurance) - Détails concernant une assurance maladie privée (volontaire) (société d'assurance, type de police d'assurance, validité de l'assurance) - Détails concernant les médecins habituellement consultés (généraliste, pédiatre, dentiste, gynécologue)
<b>Authentification</b>						Code PIN	Reconnaissance mutuelle des cartes HIC et HPC (par un mécanisme de stimulation/réponse) La carte HPC sert de clé d'accès aux données de la carte HIC (en utilisant la technique de cryptographie symétrique 3DES et des codes PIN).
<b>Autres catégories de données enregistrées sur la carte</b>						Données de sécurité, code PIN	Aucune
<b>Type de carte</b>				Carte à bande magnétique	Carte à microprocesseur prévue	Carte à microprocesseur	Carte à microprocesseur
<b>Type de processeur utilisé sur la carte à puce</b>				Aucun		MOTOROLA SC21, EEPROM 3Ko, ROM 6Ko	EEPROM 16 Ko, ROM 32 Ko, RAM 1280 octets, CPU 16 bits

	Islande	Liechtenstein	Norvège	Suisse		République tchèque	Slovénie
<b>Système d'exploitation utilisé sur la carte</b>				Aucun		ORGA ICCRe/V.24	GEMXCOS
<b>Normes internationales appliquées</b>				ISO 2	Probablement les normes NETLINK internationales	Normes ISO: 7816- 1, 2, 3, 7810	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ISO/CEI 7816 (caractéristiques physiques, dimensions et emplacements des contacts, signaux électroniques et protocoles de transmission, commandes intersectorielles pour les échanges, système de numérotation et procédure d'enregistrement d'identificateurs d'applications, éléments de données intersectoriels, commandes intersectorielles de sécurité)</li> <li>- ISO/CEI 10373 (méthodes d'essai)</li> <li>- ISO/CEI 11770 (mécanismes utilisant des techniques asymétriques )</li> <li>- ISO/CEI 7810 (caractéristiques physiques)</li> <li>- ISO/CEI 7812 (système de numérotation)</li> <li>- ISO/CEI 8824, 8825 (notation de syntaxe abstraite numéro 1)</li> <li>- CEN ENV 1375 (dimensions et caractéristiques physiques de la carte ID-000),</li> <li>- prEN (caractéristiques générales)</li> <li>- EN 1867 (système de numérotation)</li> <li>- EN 726 (spécifications de la carte indépendantes des applications)</li> <li>- recommandations communautaires pertinentes disponibles</li> </ul>