

Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé

CSSSS/17/175

DÉLIBÉRATION N° 11/052 DU 19 JUILLET 2011, DERNIÈREMENT MODIFIÉE LE 3 JUILLET 2018, CONCERNANT LA COMMUNICATION DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL RELATIVES À LA SANTÉ ENTRE LES PRESTATAIRES DE SOINS ET LES OFFICES DE TARIFICATION, D'UNE PART, ET LES ORGANISMES ASSUREURS, D'AUTRE PART, EN VUE DE LA DÉTERMINATION DU STATUT D'ASSURABILITÉ DES PATIENTS CONCERNÉS ET DU CALCUL DU TARIF APPLICABLE DANS LE CADRE DU RÉGIME DU TIERS PAYANT OU DE LA PRISE EN CHARGE DE L'AIDE MÉDICALE PAR LE CPAS, ET EN VUE D'ÉVITER UNE DOUBLE PRISE EN CHARGE DE CERTAINS FRAIS D'HOSPITALISATION

Vu la loi du 13 décembre 2006 *portant dispositions diverses en matière de santé*;

Vu la loi du 3 décembre 2017 *portant création de l'Autorité de protection des données*, notamment l'article 114, modifié par la loi du 25 mai 2018 ;

Vu la délibération n° 11/052 du 19 juillet 2011, dernièrement modifiée le 19 septembre 2017 ;

Vu le rapport d'auditorat du 2 juillet 2018;

Vu le rapport de monsieur Bart Viaene ;

Émet, après délibération, la décision suivante, le 3 juillet 2018:

I. OBJET

A. DÉTERMINATION DU STATUT D'ASSURABILITÉ ET CALCUL DU TARIF APPLICABLE DANS LE CADRE DU RÉGIME DU TIERS PAYANT

1. Dans le régime du tiers payant, l'organisme assureur (OA) rembourse directement au prestataire de soins concerné – il s'agit à la fois de personnes physiques (médecins, infirmiers, pharmaciens, ...) et d'entités (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, maisons de repos et de soins, laboratoires, groupements de médecins, groupements d'infirmiers, pharmacies, sociétés de médecins, ...) - le montant de l'intervention de l'assurance dans ses frais d'honoraires. Par conséquent, l'assuré social ne doit plus avancer ce montant mais doit uniquement payer la part personnelle, appelée aussi ticket modérateur, au prestataire de soins.

2. L'application du régime du tiers payant suppose cependant que les prestataires de soins concernés soient au courant du statut d'assurabilité de leurs patients. A cet effet, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a développé une application leur permettant de contrôler ce statut d'assurabilité d'une manière sécurisée et donc de calculer correctement le montant restant à payer par le patient.

L'application vise également à éviter une double prise en charge de certains frais d'hospitalisation.

3. Une autre application permet aux prestataires de soins de consulter le tarif qu'ils peuvent facturer compte tenu du statut d'assurabilité du patient.
4. Lorsque l'intervention des OA dans le coût des fournitures délivrées par les pharmaciens n'est pas directement versée par ces OA aux titulaires, l'article 165 de la loi *relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*, coordonnée le 14 juillet 1994, dispose que toutes les opérations de tarification et tous les paiements des OA pour fournitures délivrées par les pharmaciens sont obligatoirement effectués par l'intermédiaire d'offices de tarification agréés.

Les pharmaciens doivent donc obligatoirement être affiliés auprès d'un office de tarification. Les offices de tarification interviennent, au profit des pharmaciens, dans le traitement administratif des fournitures pharmaceutiques par les OA. Ils peuvent être considérés comme les intermédiaires obligatoires dans les relations entre les pharmaciens et les OA et ils doivent, en cette qualité, pouvoir faire appel à certaines données à caractère personnel lorsque la facturation est rejetée par l'OA en question (ce qui n'arrive qu'exceptionnellement). Il est à noter que les données à caractère personnel obtenues peuvent uniquement être utilisées à cette fin par les offices de tarification, à l'exclusion de toute autre finalité. En d'autres termes, ils peuvent uniquement traiter les données à caractère personnel dans la mesure où cela est nécessaire au règlement administratif des fournitures pharmaceutiques entre les pharmaciens et les OA.

5. Les deux applications en question vérifieront, sur base du NISS, dans une banque de données à caractère personnel gérée par le Collège intermutualiste national, auprès de quel organisme assureur le patient concerné est affilié. Lors de la vérification du statut d'assurabilité, il est néanmoins possible que le prestataire de soins concerné indique lui-même, lorsqu'il effectue la demande, l'OA concerné.
6. En ce qui concerne la vérification de l'assurabilité, le prestataire de soins ou l'office de tarification envoie, au moyen de l'application concernée, un message électronique qui, en plus de quelques données administratives relatives au message électronique même, contient les données à caractère personnel suivantes relatives à la personne concernée:
 - le numéro d'identification de la sécurité sociale;
 - un numéro de référence attribué par le demandeur à sa demande;
 - le numéro d'identification de l'OA (si connu);
 - le type de consultation (à titre d'information ou dans le cadre de la facturation);

- le type de contact (si le demandeur est un hôpital ou une polyclinique: soins ambulatoires, hospitalisation de jour ou hospitalisé ailleurs);
- les dates de début et de fin de la période consultée (pour les prestataires de soins autres que les pharmaciens);
- date de la demande/délivrance (uniquement pour les pharmaciens).

7. Après réception de la demande, les OA transmettent une réponse qui varie en fonction de la nature de la demande.
8. Le message électronique qui est transmis par un OA à un pharmacien ou à un office de tarification contient, outre quelques données administratives relatives au message électronique même, les données à caractère personnel suivantes:

Données d'identification de la personne concernée:

- le numéro d'identification de la sécurité sociale;
- le nom, le prénom et le sexe, la date de naissance et, le cas échéant, la date de décès.

Données à caractère personnel relatives à l'assurabilité du patient:

- code relatif au statut (facturation possible, facturation impossible en raison d'un problème individuel, facturation pas possible en raison d'un problème avec le système);
- le numéro d'identification de l'OA¹;
- le numéro d'inscription auprès de la compagnie d'assurance;
- date de la demande/délivrance;
- date de fin de la couverture;
- le code titulaire 1 et 2;
- le régime du tiers payant (pas d'application, non préférentiel ou préférentiel) à la date de la demande;
- date de la communication;
- le numéro de référence de la demande;
- le numéro de l'accord concerné en matière d'engagement de paiement;
- un code en vue de la vérification par l'OA de l'accord en matière d'engagement de paiement;
- les numéros d'identification des OA en cas d'affiliation double ou triple ;
- le statut MAF

Données à caractère personnel relatives au trajet de soins² du patient atteint d'une maladie chronique (diabète de type 2 ou insuffisance rénale chronique) :

- le type de trajet de soins (diabète de type 2 ou insuffisance rénale chronique) ;

¹ Le prestataire de soins doit être au courant de l'identité de l'OA ou des OA concerné(s) auprès duquel (desquels) l'intéressé est affilié durant la période consultée, étant donné qu'en cas d'application du régime du tiers payant, il doit directement s'adresser à l'OA de l'intéressé, en vue d'obtenir le remboursement des soins fournis.

² L'article 2 de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins définit le trajet de soins comme : « la prise en charge organisée d'un patient chronique atteint d'une pathologie déterminée, sur la base d'un contrat « trajet de soins » qui fixe ... les modalités de la collaboration entre le médecin généraliste, le médecin spécialiste et le bénéficiaire en vue de réaliser des engagements et des objectifs personnalisés s'appuyant sur des recommandations evidence-based de bonne pratique ».

- le numéro INAMI du médecin généraliste qui a signé le contrat de trajet de soins ;
- le numéro INAMI de la maison médicale dont le médecin a signé le trajet de soins ;
- le numéro INAMI du médecin spécialiste qui a signé le contrat de trajet de soins ;
- la date de début des droits aux avantages liés au trajet de soins ;
- la date de fin du contrat de trajet de soins ;
- la date de fin des droits aux avantages liées au trajet de soins.

Données à caractère personnel liées au statut affection chronique³ :

- l'année/les années durant la(es)quelle(s) l'assuré bénéficie du statut affection chronique et comprise(s) dans la période de consultation demandée.

Données à caractère personnel liées au pharmacien de référence⁴ :

- le numéro INAMI de l'officine avec laquelle la convention de pharmacien de référence a été conclue ;
- la date à laquelle la convention pharmacien de référence a été conclue (date de prestation du CNKi).

En principe, tout patient a le droit de choisir un pharmacien de référence. Toutefois, conformément au trente-septième avenant du 11 juillet 2017⁵ à la convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs, l'assurance soins de santé ne rembourse la prestation « pharmacien de référence » que pour les patients chroniques :

- qui s'adressent à une pharmacie publique (à l'exclusion des patients résidant en maisons de repos ou en maisons de repos et de soins)
- et pour lesquels le constat est fait, dans une même pharmacie, que 5 médicaments remboursés différents au moins (c'est-à-dire au moins 5 principes actifs différents) ont été délivrés sur une période d'1 an, dont au moins 1 médicament chronique (c'est-à-dire au moins 160 Defined Daily Doses délivrées au cours des douze derniers mois).

Au sein de ce groupe cible, 4 sous-groupes sont à considérer comme prioritaires :

- les patients ayant le statut de « malade chronique » avec un dossier médical global ;

³ Arrêté royal du 15 décembre 2013 portant exécution de l'article 37vicies/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Grâce au statut de personne atteinte d'une affection chronique, le patient bénéficie automatiquement d'avantages comme le tiers payant ou une diminution du plafond de ses tickets modérateurs dans le cadre du minimum à facturer. Le statut est octroyé :

-automatiquement au patient qui a des dépenses importantes en soins de santé ou à celui qui bénéficie du forfait malades chroniques Le statut est accordé dans ce cas pour 2 ans, est ensuite renouvelable d'année en année.

-sur base d'une attestation médicale à transmettre à la mutualité au patient atteint d'une maladie rare ou orpheline et qui a des dépenses importantes en soins de santé. Dans ce cas, le statut est accordé pour 5 ans renouvelables.

⁴ La mission du pharmacien de référence est d'avoir une vue globale sur l'ensemble des médicaments du patient ; de tenir à la disposition du patient et des prestataires de soins concernés un schéma de médication ; de garantir au patient un accompagnement personnalisé, adapté à ses besoins spécifiques ; de collaborer avec le médecin de famille et les autres prestataires de soins, et d'être la personne de contact pour toute information relative à la médication du patient.

⁵http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_pharmaciens_avenant37.pdf

- les patients engagés dans un pré-trajet diabète et bénéficiant d'une éducation donnée par le pharmacien de référence ou par un pharmacien exerçant dans la même pharmacie publique que le pharmacien de référence ;
- les patients polymédiqués (prenant au moins 5 médicaments chroniques sur une période d'1 an) ;
- les patients qui nécessitent ou expriment un besoin spécifique de suivi des soins pharmaceutiques en fonction de pathologies ou d'états physiologiques particuliers, de risques iatrogènes (potentiels), de non-observance (suspectée) du traitement médicamenteux, ou d'un besoin d'accompagnement spécifique pour raison sociale.

9. Le message électronique qui est transmis par un prestataire de soins autre qu'un pharmacien contient, outre quelques données administratives relatives au message électronique même, les données à caractère personnel suivantes:

Données d'identification de la personne concernée:

- le numéro d'identification de la sécurité sociale;
- le nom, le prénom et le sexe, la date de naissance et, le cas échéant, la date de décès.

Reprise de certaines données à caractère personnel mentionnées dans la demande:

- le numéro de référence de la demande;
- le type de consultation (à titre d'information ou dans le cadre de la facturation);
- le type de contact (si le demandeur est un hôpital ou une polyclinique: soins ambulatoires, hospitalisation de jour ou hospitalisé ailleurs);
- la date de début et de fin de la période consultée.

Données à caractère personnel relatives à la situation de la personne concernée:

- l'indication de la situation globale de la personne concernée pendant la période consultée, plus précisément: la situation normale, une mutation vers un organisme assureur, plusieurs situations spécifiques au cours de la période consultée, le dossier de la personne concernée est clôturé (suite au décès, à une mutation, ou cause indéterminée) ou le dossier de la personne concernée est ouvert à l'issue de la période consultée;
- (le cas échéant) la date de la mutation vers un autre OA, l'identification de l'OA d'origine et le nouvel organisme assureur et la date de l'affiliation auprès de l'OA;
- l'application de l'exception à l'interdiction d'application du régime du tiers payant;
- le numéro INAMI de l'hôpital où le patient est hospitalisé si les soins ambulatoires ou techniques sont délivrés dans un hôpital autre que l'hôpital dans lequel le patient est hospitalisé, ainsi que la date et le service d'admission de l'hôpital concerné⁶.

Données à caractère personnel relatives au maximum à facturer⁷: l'année la plus récente située dans la période consultée au cours de laquelle le patient a droit au maximum à

⁶ Pendant un séjour dans l'hôpital A, il se peut qu'un patient doive subir un examen ou un traitement dans l'hôpital B, après quoi il retourne le jour même à l'hôpital A. C'est l'hôpital B qui facturera ce montant ; toutefois, sur la facture, il devra aussi mentionner l'hôpital A ainsi que le jour d'hospitalisation et le type de service hospitalier dans lequel l'intéressé séjourne.

⁷ Les données à caractère personnel relatives au maximum à facturer sont nécessaires dans les cas où le prestataire de soins doit aussi transmettre cette information au patient assuré de sorte que ce dernier puisse disposer d'un aperçu

facturer, complétée des autres années situées dans la période consultée au cours desquelles le patient a droit au maximum à facturer.

Données à caractère personnel relatives à l'assurabilité du patient⁸:

- la date de début et de fin de la période d'assurabilité;
- l'identification de l'OA;
- les codes titulaire 1 et 2;
- le numéro de l'accord concerné en matière d'engagement de paiement;
- la date de la communication.

Données à caractère personnel supplémentaires. Il est possible que le patient bénéficie pour la période consultée d'une convention avec une maison médicale. Les maisons médicales reçoivent, pour chaque patient inscrit auprès d'elles sur base d'un abonnement, un montant forfaitaire qui couvre les prestations réalisées par les médecins, infirmiers et kinésithérapeutes de la maison médicale. Les prestations de ces catégories de prestataires de soins ne sont donc plus remboursables individuellement pour les abonnés d'une maison médicale. Le prestataire de soins qui, dans le cadre du régime du tiers payant, facture ses prestations à l'OA d'un abonné d'une maison médicale se verra donc confronté à un refus de remboursement. Les médecins, infirmiers et kinésithérapeutes doivent donc être informés de l'existence d'une convention conclue avec une maison médicale. Le cas échéant, les dates de début et de fin de la convention sont mentionnées dans le message réponse. En ce qui concerne certaines catégories d'assurés sociaux – par exemple celles qui entrent en considération pour un forfait de soins aux malades chroniques –, il est interdit de leur facturer des honoraires supplémentaires lorsqu'en cas d'hospitalisation ces assurés partagent une chambre de deux personnes ou une chambre commune. C'est la raison pour laquelle l'OA doit transmettre cette donnée à caractère personnel à l'hôpital en cas d'hospitalisation.

Données à caractère personnel relatives au trajet de soins du patient atteint d'une maladie chronique :

- le type de trajet de soins (diabète de type 2 ou insuffisance rénale chronique) ;
- le numéro INAMI du médecin généraliste qui a signé le contrat de trajet de soins ;
- le numéro INAMI de la maison médicale dont le médecin a signé le trajet de soins ;
- le numéro INAMI du médecin spécialiste qui a signé le contrat de trajet de soins ;
- la date de début des droits aux avantages liés au trajet de soins ;
- la date de fin du contrat de trajet de soins ;
- la date de fin des droits aux avantages liés au trajet de soins.

complet des données de facturation le concernant, notamment en cas d'hospitalisation, et dans les cas où la réglementation prévoirait que le prestataire de soins doive adapter la facturation de ses prestations, conformément à cette information. L'application vise également à éviter une double prise en charge de certains frais d'hospitalisation.

⁸ Ces données sont indispensables au prestataire de soins en vue de vérifier que la facturation peut bien avoir lieu et de déterminer la partie des frais des soins qui tombe à charge de l'OAet de l'assuré. Les codes CT1 et CT2 permettent de faire une distinction entre l'assurabilité *gros risques* et les *petits risques*. Les CT1 et CT2 contiennent des informations relatives au droit à l'assurabilité (respectivement pour les gros et petits risques), à la qualité de l'assuré et au montant de l'allocation (intervention majorée ou intervention ordinaire).

Données à caractère personnel liées au statut affection chronique :

- l'année/les années durant la(es)quelle(s) l'assuré bénéficie du statut affection chronique et comprise(s) dans la période de consultation demandée.

Données à caractère personnel liées au pharmacien de référence :

- le numéro INAMI de l'officine avec laquelle la convention de pharmacien de référence a été conclue ;
- la date à laquelle la convention pharmacien de référence a été conclue (date de prestation du CNKi).

10. Pour déterminer le tarif applicable, le prestataire de soins envoie au moyen de l'application développée un message électronique contenant les données à caractère personnel suivantes :

- le NISS du patient ;
- le NISS du médecin demandeur ;
- la date de la prestation ;
- un ou plusieurs codes nomenclature pour lesquels le médecin souhaite connaître le tarif ;
- le numéro INAMI du détenteur du DMG, si d'application ;
- le motif spécifique permettant d'appliquer le régime du tiers payant pour le patient (situation financière, service de garde organisé, ...), si d'application.

11. Le message électronique qu'un OA envoie à titre de réponse, contient les données à caractère personnel suivantes :

- identification du patient (NISS, nom, prénom, date de naissance, sexe, code titulaire 1/2) ;
- en ce qui concerne le tarif applicable :
 - o le code nomenclature demandé ;
 - o l'honoraire (montant légal prévu pour la prestation) ;
 - o le montant à payer par l'OA ;
 - o le ticket modérateur (la quote-part personnelle à payer par le patient) ;
 - o le numéro de l'accord concerné en matière d'engagement de paiement ;
 - o le motif de l'application du régime du tiers payant.

12. Lors du calcul des tarifs, l'OA tiendra compte des informations suivantes :

- relatives au médecin ainsi que concernant la pratique de groupe (qualification, accréditation, détenteur DMG) ;
- relatives au patient (DMG, trajet de soins, patient palliatif, âge, maladie chronique, régime de remboursement) ;
- relatives à la prestation (code nomenclature, date de la prestation).

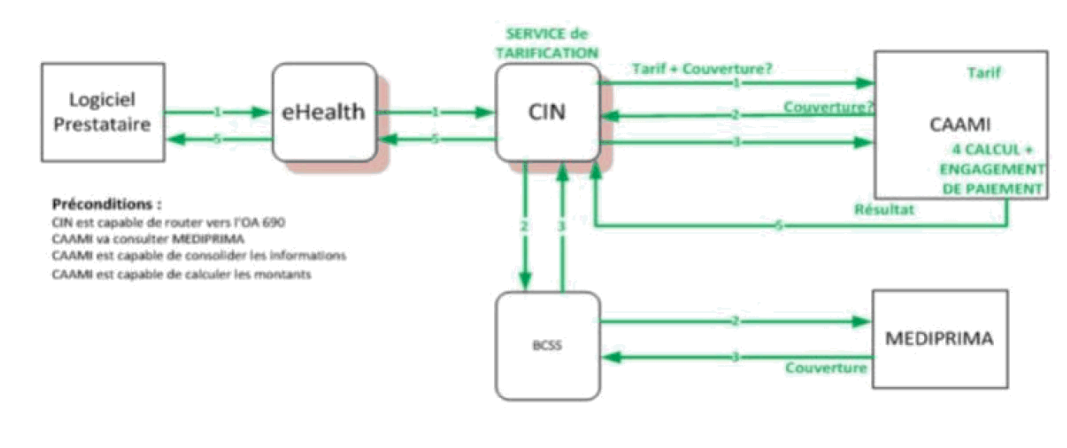
13. Lors du calcul du tarif, l'OA ne tiendra pas compte des informations suivantes : hospitalisation éventuelle, règles de cumul éventuelles, contrôles croisés, montants maximums, règles générales de nomenclature, MAF, Une réévaluation du contrôle a posteriori reste possible. Aucun tarif ne sera communiqué si le patient est lié à une maison médicale et que la prestation est couverte par le contrat concerné.

B. CONSULTATION DU TARIF APPLICABLE DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'AIDE MÉDICALE PAR LE CPAS

14. Par sa délibération n° 12/021 du 6 mars 2012, la section sécurité sociale du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé a autorisé l'échange de données à caractère personnel dans le cadre du projet eCarmed relatif à la décision électronique de prise en charge de l'aide médicale par le CPAS (projet maintenant nommé « Mediprima »).
15. Le projet poursuit les objectifs suivants :
 - l'informatisation de la décision de prise en charge de l'aide médicale, décernée par le CPAS et par laquelle le CPAS s'engage à prendre en charge la totalité ou une partie des frais médicaux d'une personne en difficultés financières, conformément aux modalités réglementaires ;
 - le transfert vers la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI), au lieu du CPAS, du paiement de l'intervention de l'Etat dans la prise en charge des frais médicaux pour les personnes à charge du CPAS qui entrent en ligne de compte pour une telle intervention ;
 - l'optimisation des contrôles par la CAAMI par des contrôles systématiques des factures qu'elle reçoit et l'existence d'une base de données centralisée grâce à laquelle il n'est plus possible de demander simultanément plusieurs interventions pour frais médicaux pour une même personne auprès de plusieurs CPAS.
16. Afin de permettre aux prestataires de soins de facturer correctement le ticket modérateur aux patients couverts par une décision de prise en charge de l'aide médicale par le CPAS, un service web a été développé par le Collège intermutualiste national. Sur la base de l'information fournie par le prestataire de soins, de l'information dont la CAAMI dispose elle-même et des décisions de prise en charge par un CPAS enregistrées au niveau de Mediprima, la CAAMI calculera le tarif applicable.
17. Le prestataire de soins ou l'établissement de soins doit à cet effet communiquer les informations suivantes via le service web :
 - la date de la prestation,
 - le NISS,
 - un ou plusieurs codes de nomenclature pour lesquels le médecin souhaite connaître le tarif,
 - la référence et la version du message électronique.
18. Le prestataire de soins reçoit ensuite les informations suivantes de la part de la CAAMI :
 - l'identification du patient (NISS, nom, prénom, date de naissance et sexe),
 - le tarif applicable par code de nomenclature :
 - o le code de nomenclature demandé,
 - o la date de la prestation,
 - o l'honoraire,
 - o le ticket modérateur,
 - o le numéro d'agrément de l'engagement de paiement,
 - o le montant de remboursement SPP Intégration sociale,
 - o le montant de remboursement CPAS,

- la référence et la version du message électronique,
- flag besoin d'une attestation AMU.

19. Les flux de données se déroulent comme suit :



Etape 1 : Une demande de consultation du tarif à facturer dans le cadre de Mediprima pour une personne déterminée est envoyée à la CAAMI à partir du logiciel du prestataire de soins via le webservice 'Consultation Mediprima'. La Plate-forme eHealth intervient dans ce cadre pour la vérification de l'identité de l'utilisateur et la coordination des sous-processus s'effectue via l'Enterprise Service Bus (ESB) de la Plate-forme eHealth. C'est le Collège intermutualiste national (CIN) qui réceptionne la demande en tant qu'organe central des organismes assureurs et qui transmet la demande via le canal approprié, NIPPIN, à l'organisme assureur concerné, plus précisément la CAAMI.

Etapes 2 et 3 : La CAAMI envoie une demande de consultation de la banque de données des décisions en matière de prise en charge de l'aide médicale par un CPAS à l'intervention du CIN et de la Banque Carrefour de la sécurité sociale (BCSS). La réponse est transmise à la CAAMI par le même chemin.

Etape 4 : Sur la base de la réponse, la CAAMI calcule le tarif et confirme ou non l'engagement de couvrir les frais.

Etape 5 : Le résultat du calcul et l'engagement sont transmis au CIN et sont communiqués au prestataire de soins concerné via le service web à l'intervention de la Plate-forme eHealth.

II. EXAMEN DE LA DEMANDE

A. COMPÉTENCE

19. Conformément à l'article 42, § 2, 3°, de la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé, la section Santé du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé est, en vue de la protection de la vie privée, compétente pour l'octroi d'une autorisation de principe concernant toute communication de données à caractère personnel

relatives à la santé au sens de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel⁹.

20. Sur la base de l'identité du demandeur et/ou du code nomenclature de la prestation effectuée, des données à caractère personnel relatives à la santé de la personne concernée dont l'assurabilité est consultée ou pour laquelle le tarif applicable est demandé pourraient en principe être déduites, par exemple lorsque le demandeur est un établissement ou un prestataire de soins ayant une spécialisation médicale spécifique ou si la prestation est liée à un type de maladie déterminé. Le traitement des données à caractère personnel précitées doit dès lors être qualifié de communication de données à caractère personnel relatives à la santé.
21. Conformément à l'article 15, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale*, la communication de données sociales à caractère personnel par les organismes assureurs requiert une autorisation de principe de la section sécurité sociale du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé. Cependant, la communication de données à caractère personnel relatives à la santé par les organismes assureurs aux prestataires de soins tombe aussi sous l'application de l'article 42, § 2, 3^o, de la loi du 13 décembre 2006.
22. La présente délibération se limite dès lors au traitement de la communication de données à caractère personnel relatives à la santé entre les prestataires de soins et les offices de tarification d'une part et les OA d'autre part. La communication de données à caractère personnel autres que des données à caractère personnel relatives à la santé par les organismes assureurs aux prestataires de soins doit faire l'objet d'une autorisation de la section Sécurité sociale du Comité sectoriel.

B. ADMISSIBILITÉ

23. Le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé est en principe interdit, conformément à l'article 7, § 1^{er}, de la loi du 8 décembre 1992, sauf exceptions spécifiques. Le Comité constate que la communication de données à caractère personnel relatives à la santé satisfait aux conditions des exceptions à l'interdiction précitée telles que prévues à l'article 7, §2, c,¹⁰.

C. FINALITÉ

⁹ La communication de données à caractère personnel relatives à la santé est notamment exemptée d'une autorisation lorsque la communication est effectuée entre des professionnels des soins de santé dans le cadre du traitement de l'intéressé, ainsi que lorsque la communication est effectuée par ou en vertu de la loi, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

¹⁰ "lorsque le traitement est nécessaire à la réalisation d'une finalité fixée par ou en vertu de la loi, en vue de l'application de la sécurité sociale".

24. L'article 4, § 1^{er}, 1^o, de la loi du 8 décembre 1992 *relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel*¹¹ dispose que tout traitement de données à caractère personnel doit être loyal et licite. Cela implique que tout traitement de données doit être réalisé de manière transparente et dans le respect du droit. Par ailleurs, l'article 4, § 1^{er}, 2^o, de la loi du 8 décembre 1992 n'autorise le traitement que pour des finalités déterminées, explicites et légitimes.
25. Le traitement de données à caractère personnel poursuit des finalités légitimes, à savoir :
- l'application efficace du régime du tiers payant, ce qui permet aux patients de ne pas devoir d'abord payer eux-mêmes le montant de l'intervention de l'assurance dans le coût des honoraires des prestataires de soins pour ensuite récupérer ce montant auprès de l'OA ;
 - l'application efficace de la décision de prise en charge de l'aide médicale par le CPAS.
26. A cet égard, il est également prévu l'usage des données à caractère personnel précitées relatives au maximum à facturer pour une autre finalité, à savoir éviter une double prise en charge de certains frais d'hospitalisation. La communication des données à caractère personnel concernées par les organismes assureurs aux hôpitaux concernés a été autorisée dans ce cadre par la section Sécurité sociale du Comité par sa délibération n° 07/003 du 9 janvier 2007¹², qui confirme la finalité légitime de la communication des données à caractère personnel relatives au maximum à facturer.

D. PROPORTIONNALITÉ

27. L'article 4, §1^{er}, 3^o, de la loi du 8 décembre 1992 dispose que les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont obtenues ou pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement.
28. Le Comité constate que les données d'identification du patient concerné sont nécessaires en vue d'une identification univoque de ce dernier.
29. Afin de permettre aux organismes assureurs de consulter les informations relatives à l'état d'assurabilité, le Comité estime qu'il est en effet nécessaire que le numéro d'identification de l'organisme assureur, le numéro d'inscription auprès de la compagnie d'assurance, le type de consultation, le type de contact, les dates de début et de fin de la période consultée (pour les prestataires de soins autres que les pharmaciens) et la date de la demande/de la délivrance (uniquement pour les pharmaciens) soient communiqués. Ces données constituent en effet les critères de consultation nécessaires.
30. Le système du maximum à facturer a pour conséquence que, lorsque le montant des quotes-parts personnelles qui ont été prises en charge pendant une année civile déterminée par les membres d'un ménage, atteint le montant plafond en vigueur, les quotes-parts personnelles dépassant ce montant plafond sont entièrement prises en charge par l'assurance obligatoire

¹¹ M.B. 18 mars 1993.

¹² www.privacycommission.be

soins de santé et indemnités. En vertu de l'article 3, alinéa 3, de la loi du 5 juin 2002 *relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé*, les prestataires de soins peuvent être informés de l'octroi du maximum à facturer à des patients. L'arrêté royal du 13 janvier 2014 *portant exécution de l'article 3, alinéa 3, de la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé, en ce qui concerne les pharmaciens*, qui entre en vigueur au 1^{er} janvier 2015, dispose à cet égard que lorsqu'un pharmacien délivre une prestation de santé à un bénéficiaire dans une officine ouverte au public et que ce bénéficiaire bénéficie de l'octroi du maximum à facturer pour l'année dans laquelle la prestation est délivrée, l'organisme assureur auprès duquel ce bénéficiaire est affilié ou inscrit en informe le pharmacien lors de la consultation des données d'assurabilité du bénéficiaire. Lors de la délivrance de produits remboursables, le pharmacien est donc en mesure de vérifier à l'aide d'une application si un droit au maximum à facturer existe pour la période concernée dans le chef du patient. Il pourra ainsi garantir une facturation correcte vis-à-vis du patient.

31. Dans le message électronique transmis en tant que réponse aux prestataires de soins autres que les pharmaciens, l'identification de l'hôpital où le patient est hospitalisé, la date d'admission de l'hospitalisation en cours et le service d'admission de l'hospitalisation en cours (données à considérer comme des données à caractère personnel relatives à la santé) sont uniquement repris lorsque les soins ambulatoires ou techniques sont délivrés dans un hôpital autre que l'hôpital dans lequel le patient est hospitalisé. Pendant un séjour dans l'hôpital A, il se peut qu'un patient doive subir un examen ou un traitement dans l'hôpital B, après quoi il retourne le jour même à l'hôpital A. C'est l'hôpital B qui facturera ce montant ; toutefois, sur la facture, il devra aussi mentionner l'hôpital A ainsi que le jour d'admission et le type de service hospitalier dans lequel l'intéressé séjourne.
32. En ce qui concerne le calcul du tarif dans le cadre du régime du tiers payant, le Comité estime qu'il est en effet nécessaire de communiquer la date de la prestation, un ou plusieurs codes nomenclature pour lesquels le médecin souhaite connaître le tarif, le numéro INAMI du détenteur du DMG et, si d'application, le motif spécifique permettant d'appliquer le régime du tiers payant pour le patient (situation financière, service de garde organisé, ...).
33. Afin de permettre au CIN et à la CAAMI de consulter l'information relative au tarif de la prise en charge de l'aide médicale par le CPAS, le Comité sectoriel estime qu'il est effectivement nécessaire que la date de la prestation, le NISS ou le numéro d'inscription auprès de l'organisme assureur, les codes de nomenclature applicables et la référence soient communiqués à Mediprima. Ces données constituent en effet les critères de consultation nécessaires. Dans le message électronique transmis comme réponse aux prestataires de soins, les données d'identification du patient ainsi que les détails du tarif applicable sont communiqués.
34. Le Comité estime que les données à caractère personnel sont adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont obtenues.

E. MESURES DE SÉCURITÉ

35. Pour les applications précitées, il y a lieu de prévoir un solide système d'identification et d'authentification des utilisateurs.

La mise à la disposition des applications doit se limiter aux prestataires de soins visés à l'article 2, n), de la loi *relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*, coordonnée le 14 juillet 1994, et à leurs mandataires respectifs, en vue de l'application du régime du tiers payant et (en ce qui concerne les données à caractère personnel relatives au maximum à facturer) en vue d'éviter une double prise en charge de certains frais d'hôpitaux. Les offices de tarification doivent également avoir accès, au profit des pharmaciens, aux données à caractère personnel précitées.

36. Par ailleurs, des loggings relatifs à la consultation des données à caractère personnel concernées doivent être gérés et tenus à la disposition du Comité. Ces loggings doivent notamment mentionner quel prestataire de soins ou office de tarification a obtenu quels types de données à caractère personnel relatives à quel patient, à quel moment et pour quelles finalités.

Les loggings doivent permettre au Comité d'exercer sa mission de contrôle. Ils devront être conservés pendant au moins dix ans.

L'accès aux loggings doit être limité aux conseillers en sécurité des institutions de sécurité sociale concernées par l'application, à la demande du Comité sectoriel ou des fonctionnaires dirigeants des institutions de sécurité sociale concernées. En ce qui concerne l'accès aux loggings, il y a lieu de prévoir également un système d'identification et d'authentification solide, par exemple au moyen de la carte d'identité électronique.

37. Les conseillers en sécurité des parties concernées par les applications (« consultation de l'assurabilité » et « consultatif des tarifs ») – tant les conseillers en sécurité désignés auprès des institutions de sécurité sociale, conformément à la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale*, que (le cas échéant) les conseillers en sécurité désignés auprès des hôpitaux, conformément à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 *portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre*, et auprès des offices de tarification, conformément à l'arrêté royal du 15 juin 2001 *déterminant les critères d'agrément des offices de tarification*, – doivent, dans le cadre de leurs missions légales et réglementaires, surveiller l'usage de l'application.

38. La communication des données à caractère personnel proprement dite, à l'aide de l'application précitée, doit également faire l'objet de mesures de protection spécifiques.

Il y a lieu d'utiliser un système d'autorisation d'accès aux deux applications afin de permettre à leur gestionnaire de vérifier, d'une part, la légitimité de l'accès de l'utilisateur et, d'autre part, de disposer d'un système qui assure en permanence l'adéquation entre les missions de l'utilisateur et les autorisations accordées.

Par ailleurs, il y a lieu de mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles nécessaires afin de pouvoir constater avec certitude quel utilisateur utilise ou a utilisé les services, à quel moment et pour quelles finalités.

Selon la technologie utilisée (particulièrement lors de l'utilisation des services web), il est nécessaire de mettre en place un système qui garantit l'origine du message et sa non-altération durant l'échange.

Dans le cadre d'échanges de données en dehors de l'Extranet de la sécurité sociale, en dehors de réseaux privés sécurisés reconnus par la Banque Carrefour de la sécurité sociale ou dans le cadre d'échanges de données qui n'ont pas lieu à l'intervention de la Plate-forme eHealth, il y a lieu d'utiliser une procédure de cryptage end-to-end.

Au niveau applicatif, c'est l'usage d'un protocole HTTPS qui est obligatoire.

Dans le cadre de l'utilisation du réseau Internet et afin de protéger le réseau contre d'éventuelles attaques externes, il y a lieu de prévoir la mise en place d'un serveur "*mandaté*". Ainsi, les utilisateurs d'Internet ont seulement indirectement accès à certains serveurs internes à l'infrastructure.

39. Les différents hôpitaux et offices de tarification ne pourront obtenir communication des données à caractère personnel précitées que pour autant qu'ils disposent d'un conseiller en sécurité de l'information (dont ils communiquent l'identité au Comité sectoriel) et d'un plan de sécurité (qu'ils tiennent à la disposition du Comité sectoriel).

Par ces motifs,

le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé

autorise la communication des données à caractère personnel relatives à la santé précitées, au moyen des applications sécurisées précitées, entre les prestataires de soins concernés (et/ou leurs mandataires) et les offices de tarification, d'une part, et les organismes assureurs, d'autre part, en vue d'une application efficace du régime du tiers payant, du système Mediprima, de la simplification de la facturation des prestations de santé et en vue d'éviter une double prise en charge de certains frais d'hospitalisation.

La communication des données à caractère personnel précitées ne pourra être autorisée que pour autant que les hôpitaux et offices de tarification concernés disposent d'un conseiller en sécurité de l'information (dont ils communiquent l'identité au Comité sectoriel) et d'un plan de sécurité (qu'ils tiennent à la disposition du Comité sectoriel).

Bart VIAENE

Le siège du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé est établi dans les bureaux de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, à l'adresse suivante: Quai de Willebroeck - 1000 Bruxelles.
