

Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé
Section “Santé”

CSSSS/16/236

**DÉLIBÉRATION N° 16/076 DU 19 JUILLET 2016, MODIFIÉE LE 22 NOVEMBRE 2016,
RELATIVE À LA COMMUNICATION DU DOCUMENT JUSTIFICATIF DES
PRESTATIONS EFFECTUÉES OU DE FOURNITURES PAR LES PRESTATAIRES DE
SOINS AUX BÉNÉFICIAIRES**

La section santé du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé (dénommée ci-après « le Comité sectoriel »);

Vu la loi du 15 janvier 1990 *relative à l’institution et à l’organisation d’une Banque-carrefour de la sécurité sociale*, notamment l’article 37;

Vu la loi du 8 décembre 1992 *relative à la protection de la vie privée à l’égard des traitements de données à caractère personnel*;

Vu la loi du 21 août 2008 *relative à l’institution et à l’organisation de la plate-forme eHealth*;

Vu l’autorisation n° 16/76 du 19 juillet 2016;

Vu le rapport d’auditorat de la Plate-forme eHealth du 10 novembre 2016;

Vu le rapport de monsieur Yves Roger.

Émet, après délibération, la décision suivante, le 22 novembre 2016:

I. OBJET DE LA DEMANDE

1. Depuis le 1er juillet 2015, les prestataires de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire (le patient), à son représentant légal ou à son administrateur provisoire un document justificatif des prestations effectuées donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire ainsi que des prestations n'y donnant pas lieu lorsque ces dernières sont effectuées avec des prestations qui y donnent lieu :¹
 - si le dispensateur de soins porte en compte au bénéficiaire outre des montants pour des prestations remboursables des montants pour des prestations non-remboursables.
 - si le dispensateur de soins facture au moyen de MyCareNet.
2. Le montant total à payer par le bénéficiaire pour les prestations, en ce compris les acomptes payés, figurent sur le document justificatif.
Lorsqu'une attestation de soins donnés ou de fournitures ou un document équivalent détaillant l'ensemble des prestations remboursables est remis au bénéficiaire, le document justificatif comprend :
 - pour l'ensemble des prestations remboursables, le total à payer en ce compris les suppléments éventuels;
 - en regard de chaque prestation non remboursable, reprise sous la forme d'un libellé, son montant.
3. Lorsqu'une attestation de soins donnés ou de fournitures ou un document équivalent détaillant l'ensemble des prestations remboursables n'est pas remis au bénéficiaire, le document justificatif comprend :
 - de manière distincte, en regard de chaque prestation remboursable, le montant payé par le bénéficiaire en vertu des tarifs, le montant payé par le bénéficiaire à titre de supplément et, le cas échéant, l'intervention facturée directement à l'organisme assureur ;
 - en regard de chaque prestation non remboursable, reprise sous la forme d'un libellé, son montant.
4. A la demande du bénéficiaire, le document justificatif contient, pour les prestations de santé et les dispositifs médicaux, le montant d'achat des dispositifs fournis par le dispensateur lorsque ceux-ci font l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire ou font partie d'une prestation de santé donnant lieu à une pareille intervention.
5. Le Comité de l'assurance, sur proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente, peut fixer pour chaque catégorie de dispensateurs de soins :
 - 1° les autres mentions qui figurent sur le document justificatif;
 - 2° les modalités suivant lesquelles le document justificatif est remis au bénéficiaire;
 - 3° le moment où le document justificatif est remis au bénéficiaire s'il ne s'agit pas du moment où la prestation est effectuée;
 - 4° des modalités de regroupement de prestations similaires sur le document justificatif;
 - 5° un modèle de document justificatif ainsi que les cas dans lesquels ce modèle doit être

¹ Art. 53, § 1er/2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

utilisé.

6. En exécution de ce qui précède, la communication du document justificatif a été décrite plus en détail pour deux groupes-cibles, plus précisément pour les infirmiers et les sages-femmes. A cet égard, il est prévu que le document justificatif puisse être communiqué par la voie électronique.
7. Pour les infirmiers, il est prévu ce qui suit ²:
 - L'infirmier doit remettre le document justificatif mensuellement au bénéficiaire, aussi vite que possible et au plus tard 28 jours calendrier après l'envoi de la facturation. En cas de factures de correction, de refacturation ou de réintroduction de facturation et lors de remboursements, l'infirmier doit remettre un nouveau document justificatif au bénéficiaire en fin de procédure afin que celui-ci puisse disposer de toutes les informations correctes.
 - Sur le document justificatif, l'infirmier doit reprendre les informations suivantes :
 - o le statut de conventionnement de l'infirmier concerné par les prestations reprises sur le document justificatif ;
 - o en regard de chaque prestation, mentionnée avec son rang dans la nomenclature, un libellé concis et compréhensible pour le patient ;
 - o une vue complète des coûts pour le patient.
 - Lorsque les prestations sont portées en compte par un groupement d'infirmiers, le document justificatif doit être délivré par ce groupement et non par les infirmiers individuels ayant exécuté les prestations mentionnées. Dans ce cas, il y a lieu de mentionner :
 - o le numéro tiers-payant de groupe (si le groupement porte les prestations en compte à l'aide d'un tel numéro)
 - o le nom du groupement
 - o l'adresse de contact
 - o le nom de la personne de contact
 - o les noms des infirmiers et des aides soignants ayant contribué aux prestations mentionnées.
 - La délivrance du document justificatif au bénéficiaire, à son représentant légal ou à son administrateur peut être réalisée sur support papier ou électronique via une adresse électronique communiquée par le bénéficiaire ou via une e-Box. Pour une délivrance électronique, le bénéficiaire doit avoir donné son accord formel et il doit être fait usage d'un format lisible (par exemple via un document Word, PDF,...).
 - Lorsque le document justificatif n'est pas remis au patient lui-même, le bénéficiaire et la personne qui reçoit le document justificatif doivent marquer leur accord, conformément à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. L'infirmier doit être en mesure de présenter ces consentements aux organes compétents en cas de contrôle.
8. Des modalités similaires ont été prévues pour les sages-femmes ³:

² Le règlement du 27 juillet 2015 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en exécution de l'article 53, § 1er/2 de la même loi.

- Le statut de conventionnement du prestataire de soins concerné par les prestations reprises sur le document justificatif est mentionné sur le document justificatif.
- Lorsque les prestations sont portées en compte par un groupement de sages-femmes, le document justificatif peut être délivré par ce groupement de sages-femmes et non par les sages-femmes individuelles ayant exécuté les prestations mentionnées.
- Ce document justificatif constitue un seul document pouvant contenir plusieurs volets ou pages et offre au bénéficiaire une vue complète des coûts.
- La délivrance du document justificatif au bénéficiaire peut être réalisée sur support papier ou électronique via une adresse électronique communiquée par le bénéficiaire ou via une e-Box. Pour une délivrance électronique, le bénéficiaire doit avoir donné son accord formel et il doit être fait usage d'un format lisible (par exemple via un document Word, PDF,....).
- Le document justificatif doit être remis au bénéficiaire, aussi vite que possible et au plus tard simultanément avec l'envoi de la facturation.
- Les prestations identiques peuvent être rassemblées sur le document justificatif. La sage-femme ou le groupement de sages-femmes concerné étant alors en charge d'en déterminer la manière concrète de procéder.

9. L'INAMI demande maintenant une autorisation au Comité sectoriel pour la communication du document justificatif des prestations effectuées, décrite ci-avant, et demande explicitement son avis en ce qui concerne les techniques utilisées pour la communication électronique du document justificatif.

II. EXAMEN

10. Conformément à l'article 42, § 2, 3°, de la loi du 13 décembre 2006 *portant dispositions diverses en matière de santé*, toute communication de données à caractère personnel relatives à la santé requiert une autorisation de principe de la section santé du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé, sauf dans quelques cas exceptionnels. Par ailleurs, la section santé est en outre chargée de veiller au respect des dispositions fixées par ou en vertu de la loi visant à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel relatives à la santé, conformément à l'article 46, § 2, 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. À cet effet, elle peut formuler toutes recommandations qu'elle juge utiles et aider à la solution de tout problème de principe ou de tout litige.
11. Le document justificatif contient au moins les données d'identité de l'intéressé, un aperçu des prestations effectuées sous forme de codes de nomenclature avec les coûts y relatifs, ainsi que l'identité et la qualification du prestataire de soins concerné. Le Comité sectoriel est d'avis que ces données doivent dès lors être qualifiées 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 personnel (dénommée ci-après "LVP").

³ Le règlement du 7 septembre 2015 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en exécution de l'article 53, § 1/2 de la même loi.

12. Conformément à l'article 7, § 1er, de la LVP, le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé est interdit, sauf exceptions prévues au § 2. En l'occurrence, force est de constater que le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé, c'est-à-dire la communication par le prestataire de soins à l'intéressé, 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 (art. 7, § 2, c).
13. L'article 4 de la LVP dispose que les données à caractère personnel doivent être traitées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes. D'après le demandeur, le législateur a explicitement prévu, à l'article 53 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, la rédaction et la communication d'un document justificatif, afin :
 - d'améliorer la transparence des coûts des soins de santé (quel est le coût d'une prestation de soins, d'un traitement et des services y associés ? Y a-t-il une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé ? Si oui, laquelle ? Quelle est la part personnelle du bénéficiaire ?)
 - de fournir au bénéficiaire un document justificatif spécifique, conformément aux principes de la directive européenne 2011/24/UE du 9 mars 2011 concernant l'application des droits des patients dans les soins de santé transfrontaliers et à la réglementation relative à la protection des consommateurs.
14. Compte tenu de ce qui précède, le Comité sectoriel est d'avis que la communication du document justificatif répond effectivement à des finalités déterminées, explicites et légitimes.
15. Conformément à l'article 4 de la LVP, la communication de données à caractère personnel doit être adéquate, pertinente et non excessive au regard des finalités pour lesquelles les données sont obtenues ou pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement. Le Comité sectoriel constate que le document justificatif doit mentionner le statut de conventionnement de l'infirmier, une description concise et compréhensible pour le patient en regard de chaque prestation (mentionnée avec son rang dans la nomenclature) et un aperçu complet du coût pour le patient. En outre, le patient et le(s) prestataire(s) de soins concerné(s) sont identifiés. En ce qui concerne les sages-femmes, il est prévu que le document justificatif mentionne le statut de conventionnement de la sage-femme ayant contribué aux prestations mentionnées dans le document justificatif, ainsi qu'un aperçu complet des coûts pour le patient. Dans la mesure où la communication vise à améliorer la transparence des coûts dans les soins de santé, le Comité sectoriel estime que les données à caractère personnel concernées sont adéquates, pertinentes et non excessives.
16. En ce qui concerne les infirmiers, la réglementation prévoit explicitement que si le document justificatif n'est pas remis au bénéficiaire, une autorisation doit être accordée par le bénéficiaire et par la personne qui reçoit le document justificatif, conformément à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. L'infirmier doit être en mesure de présenter ces consentements aux organes compétents en cas de contrôle.
17. Le Comité sectoriel souligne que cette obligation doit également s'appliquer à la communication d'un document justificatif par des sages-femmes.

18. La réglementation prévoit, tant pour les infirmiers que pour les sages-femmes, que la communication du document justificatif puisse s'effectuer par la voie électronique "via une adresse électronique communiquée par le bénéficiaire ou via une e-Box". Pour une délivrance électronique, le bénéficiaire doit avoir donné son accord formel et il doit être fait usage d'un format lisible (par exemple via un document Word, PDF,....).
19. Compte tenu du fait que les données transmises doivent être qualifiées de données à caractère personnel relatives à la santé, il est nécessaire de prévoir les mesures techniques et organisationnelles adéquates afin de préserver la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel, comme requis par l'article 16 de la LVP. A cet égard, il est fait référence aux Mesures de référence⁴ établies par la Commission de la protection de la vie privée ainsi qu'à la recommandation n° 01/2013 du 21 janvier 2013 relative aux mesures de sécurité à respecter afin de prévenir les fuites de données⁵.
20. Le Comité sectoriel rappelle le point de vue de la Commission de la protection de la vie privée selon lequel l'envoi électronique de données relatives à la santé n'est autorisé qu'à travers des systèmes sécurisés, tels que l'eBox.
21. L'eBox est la plateforme de services en ligne de la sécurité sociale. Cette boîte aux lettres électronique permet au citoyen de recevoir de manière centralisée et sécurisée des documents officiels émanant des différentes institutions de sécurité sociale ou d'autres expéditeurs habilités. Les citoyens peuvent activer leur eBox en communiquant une adresse e-mail. Ils seront ensuite avertis par e-mail dès qu'une communication est disponible dans leur eBox. Pour accéder à son eBox et consulter ses documents en toute sécurité, le citoyen doit se connecter au moyen de sa carte eID ou d'un token.
22. L'utilisation de l'eBox offre les garanties suivantes :
- l'identification et l'authentification de l'expéditeur s'effectuent au moyen d'un certificat reconnu,
 - l'intégrité du message est garantie par l'application d'un algorithme de hachage au message⁶,
 - les messages sont conservés sur l'infrastructure sécurisée de l'asbl Smals,
 - seules les métadonnées⁷ du message sont accessibles au gestionnaire technique de l'eBox pour le traitement et le suivi des messages,
 - le contenu du message en tant que tel dans la banque de données est uniquement accessible à un nombre limité de personnes habilitées et ce exclusivement à la demande explicite de l'expéditeur et/ou du destinataire et avec prise de loggings de sécurité,
 - l'identification et l'authentification du destinataire (citoyen) au moyen de son eID ou token.

4

https://www.privacycommission.be/sites/privacycommission/files/documents/mesures_de_reference_en_matiere_de_securete_applicables_a_tout_traitement_de_donnees_a_caractere_personnel_0.pdf

⁵ https://www.privacycommission.be/sites/privacycommission/files/documents/recommandation_01_2013_0.pdf

⁶ Le message ainsi que le résultat du hachage sont envoyés par l'expéditeur vers l'eBox. En appliquant à nouveau l'algorithme de hachage au message reçu et en comparant ce résultat avec le résultat de hachage reçu, le gestionnaire technique de l'eBox peut vérifier si le message reçu n'a pas été modifié après l'envoi.

⁷ Identité de l'expéditeur et du destinataire, date d'envoi, type de message, etc.

23. Le Comité sectoriel constate toutefois que les fournisseurs de messagerie électronique les plus courants ne fournissent pas ces garanties.
24. Le Comité sectoriel est dès lors d'avis que pour la communication électronique du document justificatif, il y a lieu d'utiliser l'eBox ou un système offrant les mêmes garanties que l'eBox. En cas d'utilisation d'un autre système que l'eBox, l'approbation préalable du Comité sectoriel doit être obtenue.

Par ces motifs,

la section santé du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé,

accorde, selon les modalités de la présente délibération, une autorisation générale pour la communication du document justificatif des prestations effectuées ou de fournitures par les prestataires de soins aux bénéficiaires, à condition que

- s'il est transmis par la voie électronique, le document justificatif soit transmis via l'eBox ou via un système d'échange sécurisé garantissant un même niveau de sécurité, moyennant l'approbation du Comité sectoriel;
- si le document justificatif n'est pas transmis au patient même, l'accord du patient et de la personne recevant le document soit obtenu, conformément à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Yves ROGER
Président

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 38 - 1000 Bruxelles (tél. 32-2-741 83 11).