



**Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé
Section « Sécurité sociale »**

CSSSS/18/105

DÉLIBÉRATION N° 12/021 DU 6 MARS 2012, MODIFIÉE LE 8 MAI 2018, RELATIVE À LA COMMUNICATION DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL DANS LE CADRE DE LA DÉCISION ÉLECTRONIQUE DE PRISE EN CHARGE DE SOINS PAR LES CPAS (MEDIPRIMA)

Vu la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale*, notamment son article 15, § 1^{er};

Vu les demandes du SPP Intégration Sociale du 9 janvier 2012 et du 28 mars 2018;

Vu les rapports d'auditorat de la Banque-carrefour de la sécurité sociale du 24 février 2012 et du 23 avril 2018;

Vu le rapport du Président.

A. OBJET DE LA DEMANDE

1. Cette demande s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du projet de décision électronique de prise en charge des soins par les CPAS. Ce projet, initialement nommé « eCARMED » et entre-temps rebaptisé « Mediprima », est une initiative du SPP Intégration Sociale (IS).
2. Actuellement dans la pratique, de nombreux centres publics d'action sociale (CPAS) délivrent une carte médicale « papier ». Par le biais de celle-ci, le CPAS s'engage auprès du prestataire de soins (médecin, hôpital, dentiste, ...) à prendre en charge sous diverses conditions (franchise, montant plafonné, nombre limité de prestations) certains soins médicaux pendant une période déterminée.
3. Grâce à la décision électronique de prise en charge des soins, le paiement des frais à charge de l'État sera réalisé par la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) au nom du SPP IS, lorsqu'il s'agit de frais médicaux remboursables par le SPP IS, et non plus par les CPAS, comme c'est le cas actuellement.

4. Le projet “Mediprima” consiste en l’organisation d’une collaboration entre les partenaires concernés afin de simplifier et d’accélérer le traitement de toutes les factures relatives aux soins de santé provenant de tous les prestataires de soins pour les personnes qui bénéficient d’une prise en charge par le CPAS dans le cadre de l’aide médicale. “Mediprima” a donc un triple objectif:
- l’informatisation de la décision de prise en charge des soins, délivrée par le CPAS, par laquelle le CPAS s’engage à prendre en charge la totalité ou une partie des frais médicaux des personnes en difficultés financières, conformément aux modalités réglementaires;
 - le transfert à la CAAMI, en lieu et place des CPAS, du paiement de l’intervention de l’Etat dans la prise en charge des frais médicaux, des personnes émergeant au CPAS, qui bénéficie d’une telle intervention;
 - l’amélioration des contrôles par la CAAMI en effectuant des contrôles systématiques des factures qu’elle réceptionne et l’existence d’une base de données centralisée qui rendra impossible la demande simultanée d’interventions dans des frais médicaux pour la même personne auprès de plusieurs CPAS.
5. La décision électronique de prise en charge des soins, représentera également une triple garantie:
- l’assurance pour la personne qui en bénéficie de recevoir une aide médicale dans les limites décrites dans sa décision électronique de prise en charge des soins (il s’agit d’une personne qui demande l’intervention du CPAS pour ses frais médicaux);
 - l’assurance pour le dispensateur de soins que les traitements, consultations et soins qu’il prodigue seront pris en charge;
 - l’assurance pour le CPAS que la part à charge de l’Etat sera payée directement au prestataire de soins.
6. La décision électronique de prise en charge des soins, facilitera le travail des différents acteurs concernés par la délivrance et/ou la facturation relatives aux prises en charge des soins à savoir les CPAS, le SPP IS, les prestataires de soins et les usagers.

En principe, la demande d’intervention doit être introduite par le demandeur d’aide avant les prestations de soins. La délivrance d’une décision électronique de prise en charge des soins, est précédée par un certains nombres de formalités. En effet, lorsqu’une personne en difficulté a introduit une demande d’aide auprès d’un CPAS, ce dernier, par le biais d’une enquête sociale, déterminera s’il intervient ou non et ce notamment dans la prise en charge des frais médicaux. L’article 60, § 1er, al. 1, de la loi organique des CPAS du 8 juillet 1976, énonce que l’intervention du CPAS est précédée, si nécessaire, d’une enquête sociale qui débouche sur un diagnostic précis sur l’existence et l’étendue du besoin d’aide et propose les moyens les plus appropriés pour y faire face.

Il y a lieu de souligner que cette demande d’intervention dans les frais médicaux peut également être introduite auprès des CPAS par les services sociaux d’un hôpital au nom du patient et avec l’accord de ce dernier.

7. Dans le cadre d’une demande d’intervention dans des frais médicaux, le CPAS se doit notamment de vérifier l’assurabilité de la personne lors de son enquête sociale. Par la

délibération 99/36 du 2 mars 1999, modifiée le 6 mars 2012, les CPAS ont été autorisés à accéder notamment aux données d'assurabilité.

8. En réponse à une question sur l'assurabilité à une date donnée (la date de consultation) d'une personne représentée par son numéro NISS, le CPAS dispose des informations suivantes:
 - existence ou non d'un droit à l'intervention de l'assurance maladie-invalidité (AMI) pour la personne;
 - période de couverture (date de début et de fin d'assurabilité).

9. Le CPAS prend donc une décision quant à son intervention. En cas de décision positive, il détermine également la durée de son intervention, l'étendue des soins et des prestations médicales couvertes (par exemple la prise en charge du ticket modérateur ou de soins non repris dans la nomenclature INAMI). Il peut aussi fixer des conditions limitatives comme le fait de s'adresser à un ou plusieurs prestataires spécifiques ou la présentation d'une attestation « aide médicale urgente » (voir infra). Les conditions du remboursement par le CPAS sont décrites dans la décision électronique de prise en charge des soins.

10. En cas de décision favorable du conseil de l'aide sociale, le CPAS doit pouvoir l'introduire dans la base de données « Mediprima ». Il doit donc pouvoir envoyer les données à caractère personnel suivantes au SPP IS, via la BCSS:
 - numéro BCE du CPAS;
 - numéro NISS de la personne bénéficiaire;
 - revenus inférieurs ou pas au Revenu d'Intégration Sociale (RIS) correspondant à sa catégorie: cette circonstance influe sur le taux de remboursement de l'Etat;
 - la période de validité de la décision.

11. Le SPP IS contrôlera le statut de la personne (légal/illégal) par des procédures automatiques et auprès de différentes instances (notamment les données du Registre national et de la BCSS) et transmettra sa décision positive ou négative de remboursement sous forme d'un pourcentage de prise en charge (0%, 50% ou 100%) appliqué soit sur la part patient, soit sur la part AMI (celle qui est prise en charge par un organisme assureur lorsqu'il s'agit d'une personne assurée).

Le CPAS créera un dossier dans la base de données « Mediprima » après l'envoi par le SPP IS des pourcentages de prises en charge.

12. La décision électronique de prise en charge des soins, délivrée par le CPAS, permettra de distinguer huit catégories de soins, couverts - ou non:
 - *données relatives à l'hospitalisation*: période de validité, description des modalités et limites de la prise en charge financière par les CPAS (exemples : franchise de 50 euros à charge du client du CPAS, prise en charge d'un nombre limité de prestations de soins) et éventuellement une liste des hôpitaux (éventuellement avec service) où les soins seront pris en charge pour cette personne;
 - *données relatives aux soins hospitaliers ambulatoires*: période de validité, description des modalités et limites de la prise en charge financière par les CPAS (exemples : franchise de 50 euros à charge du client du CPAS, prise en charge d'un

- nombre limité de prestations de soins...) et éventuellement une liste des hôpitaux (éventuellement avec service) où les soins seront pris en charge pour cette personne (sans cette indication, les soins seront remboursés dans tous les hôpitaux);
- *données relatives au médecin prescripteur*: période de validité, description des modalités et limites de la prise en charge financière par les CPAS (exemples : franchise de 50 euros à charge du client du CPAS, prise en charge d'un nombre limité de prestations de soins...) et éventuellement une liste de médecins auprès desquels les soins seront pris en charge pour cette personne;
 - *données relatives aux frais pharmaceutiques (officines)*: période de validité, description des modalités et limites de la prise en charge financière par les CPAS (exemples : franchise de 50 euros à charge du client du CPAS, prise en charge d'un nombre limité de prestations de soins...) et éventuellement une liste des pharmacies auprès desquelles les médicaments seront pris en charge pour cette personne (sans cette indication, les médicaments seront remboursés dans toutes les pharmacies);
 - *données paramédicales*: période de validité, description des modalités et limites de la prise en charge financière par les CPAS (exemples : franchise de 50 euros à charge du client du CPAS, prise en charge d'un nombre limité de prestations de soins...) et éventuellement une liste des prestataires (kiné, infirmière,...) auprès desquels les soins seront pris en charge pour cette personne (sans cette indication, les soins seront remboursés chez tous les prestataires paramédicaux);
 - *données relatives aux prothèses*: prise en charge des coûts liés à la fabrication / la pose de prothèses;
 - *données relatives au transport médical*: période de validité, description des modalités et limites de la prise en charge financière par les CPAS (exemples : franchise de 50 euros à charge du client du CPAS, prise en charge d'un nombre limité de prestations de soins...) et éventuellement une liste des transporteurs auprès desquels le transport sera pris en charge pour cette personne (sans cette indication, les transports seront remboursés chez tous les transporteurs);
 - *données relatives aux prestations diverses*: prise en charge de prestations médicales.

13. Ensuite, lorsque l'utilisateur s'adressera au prestataire de soins, ce dernier pourra constater via Mediprima, l'existence d'une couverture en aide médicale pour la personne en utilisant:

- soit la plateforme eHealth via la Banque Carrefour de la sécurité sociale, qui permet d'accéder aux données d'assurabilité des organismes assureurs et qui permet également de vérifier l'existence d'une décision électronique de prise en charge des soins;
- soit une web application qui sera développée par le SPP IS pour permettra aux prestataires de consulter les décisions électroniques de prise en charge des soins des patients via la plateforme eHealth et la Banque Carrefour de la sécurité sociale.

Le prestataire de soins aura la possibilité de consulter le contenu de la décision électronique de prise en charge des soins, le cas échéant, uniquement s'il fait partie de ceux dont le CPAS a autorisé l'accès. Ce contrôle sera effectué par l'application Mediprima du SPP IS.

14. Après les prestations médicales, les prestataires de soins factureront les soins prestés aux bénéficiaires de l'aide médicale directement à la CAAMI qui jouera le rôle de tiers payant pour le compte de l'Etat.

La CAAMI vérifiera alors dans l'application Mediprima que lesdites prestations sont bien couvertes, et les pourcentages de prise en charge, et ensuite elle paiera directement les factures qui font l'objet d'un remboursement par le SPP IS.

15. La facturation se déroulera comme suit:

- le prestataire de soins transmet sa facture électroniquement soit à l'organisme assureur (si la personne est assurée), ce dernier payant sa partie et renvoyant la facture et le montant déjà payé à la CAAMI, soit à la CAAMI;
- la CAAMI effectue, un premier contrôle en vue d'établir un fichier de décompte en validant les enregistrements des bordereaux et un contrôle sur le détail de la facture; contrôle incluant la vérification de la non-assurabilité de l'utilisateur pour lesquels les prestations sont facturées (si l'utilisateur est assuré, ces prestations doivent être remboursées dans le cadre de l'AMI par l'organisme assureur auquel il est affilié);
- la CAAMI transmet au prestataire de soins un décompte électronique, dans lequel figurent les montants qui ont été acceptés et crédités en faveur du prestataire de soins d'une part, et l'ensemble des rejets définitifs d'autre part;
- la CAAMI transmet sous format électronique la facture et le détail des montants payés et rejetés au SPP IS, conformément à la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale qui fixe les modalités de l'échange d'information et de prise en charge des frais entre les CPAS et le SPP IS.

16. Pour terminer, la CAAMI transmettra au SPP IS une liste électronique des créances payées par elle dans le cadre de l'aide médicale et le SPP IS traitera cette liste et effectuera le paiement à la CAAMI.

17. Dans certains cas, l'aide médicale à prendre en charge par le CPAS est limitée à l'aide médicale urgente. Si le CPAS a constaté lors de son enquête sociale que le demandeur d'aide a uniquement droit à l'aide médicale urgente, il sera mentionné dans la décision électronique de prise en charge des soins qu'une attestation d'aide médicale urgente est nécessaire. Il s'agit d'un certificat médical attestant l'urgence des prestations effectuées. Les frais de l'aide médicale urgente seront uniquement remboursés au prestataire de soins par l'Etat à l'intervention de la CAAMI à condition que le prestataire de soins ait établi cette attestation.

18. Jusqu'à présent, l'attestation « aide médicale urgente » était établie par la voie électronique ou non par le prestataire de soins et conservée par lui. Désormais, les prestataires de soins pourront remplir une attestation électronique « aide médicale urgente » à l'aide de l'application web « aide médicale urgente », développée par le SPP IS. Ces attestations électroniques (mentionnant l'identité du patient et du prestataire de soins, le type de prestation et la période de validité) seront conservées dans la banque de données « aide médicale urgente » du SPP IS.

19. Les catégories suivantes de personnes auront accès, dans une mesure plus ou moins grande, à la banque de données « aide médicale urgente ».

Les prestataires de soins auteurs des attestations (établissements de soins infirmiers, médecins généralistes et dentistes) auront (uniquement) accès à leurs propres attestations au moyen de l'application web « aide médicale urgente », à l'intervention de la Plateforme eHealth. Etant donné qu'une attestation est valable pendant une durée déterminée,

ils doivent pouvoir vérifier si une attestation est toujours en cours ou s'il y a lieu d'en établir une nouvelle. En cas de contestation par la CAAMI, ils doivent également pouvoir rechercher leurs attestations.

Les *pharmaciens, offices de tarification et les praticiens paramédicaux* pourront vérifier, grâce à une fonction de l'application web, à l'intervention de la Plate-forme eHealth, s'il existe une attestation valide « aide médicale urgente » pour les médicaments ou l'aide paramédicale prescrits. Si c'est le cas, ils recevront simplement la réponse « oui », tandis qu'ils recevront simplement la réponse « non » si ce n'est pas le cas. Ils ne pourront pas consulter l'attestation « aide médicale urgente » en tant que telle.

La CAAMI remboursera, pour le compte du SPP IS, le coût de l'aide médicale urgente au prestataire de soins dans la mesure où il existe une attestation d'aide médicale urgente. Dans le cadre de sa mission de contrôle légale, la CAAMI doit actuellement demander l'attestation auprès du prestataire de soins après le paiement de la facture. Grâce à l'implémentation de l'attestation électronique « aide médicale urgente », le médecin de contrôle de la CAAMI et son service de facturation pourront consulter la banque de données et consulter l'attestation dans son intégralité. Ceci lui permettra de réaliser davantage de contrôles et de les rendre plus efficaces (il pourra vérifier s'il existe une attestation valide pour l'aide facturée et ce avant de réaliser le paiement). L'accès de la CAAMI se déroulera à l'intervention du CIN et de la BCSS.

Etant donné que la CAAMI travaille pour le compte du *SPP IS*, ce dernier doit également pouvoir accéder à la banque de données « aide médicale urgente », afin de contrôler si la CAAMI exécute sa mission légale de manière correcte. Par ailleurs, il doit pouvoir établir des statistiques et des rapports. L'accès se déroulera à l'intervention de la BCSS.

Finalement, les *CPAS* devront aussi pouvoir consulter la banque de données « aide médicale urgente » de manière limitée. Dans la mesure où le CPAS souhaite rembourser un montant supérieur au montant remboursé par la CAAMI (par exemple le ticket modérateur) ou souhaite payer un coût repris sur la facture qui n'est pas remboursé par la CAAMI (par exemple, des antidouleurs), il doit pouvoir vérifier pour ces coûts s'il existe une attestation « aide médicale urgente ». S'il apparaît de l'enquête sociale que l'intéressé a uniquement droit à l'aide médicale urgente, le CPAS peut en effet uniquement accorder ce type d'aide. Le fait qu'il s'agit d'aide médicale urgente est attesté par l'attestation en question. Actuellement, le prestataire de soins envoie une copie de l'attestation aux CPAS. Dorénavant, les CPAS pourront vérifier, à l'aide d'une fonction de l'application web, l'existence d'une attestation pour une période déterminée, indiquée simplement au moyen d'une réponse « oui » ou « non ».

- 20.** Le SPP IS est d'avis que l'intervention de la BCSS n'offre pas de valeur ajoutée lors de la communication de l'attestation électronique « aide médicale urgente » par les prestataires de soins et il demande dès lors au Comité sectoriel de prévoir une exemption de cette intervention, conformément à l'article 14, alinéa 4, de la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité-sociale*.

B. EXAMEN DE LA DEMANDE

- 21.** Pour résumer brièvement, l'aperçu des différentes communications se présente ainsi:

- le CPAS consultera les données d'assurabilité de la personne concernée via le CIN et le SPP IS, dans le cadre d'une enquête sociale;
 - le CPAS envoie le dossier au SPP IS;
 - le SPP IS contrôle à nouveau les données d'assurabilité via le CIN et le statut du bénéficiaire sur la base des données à caractère personnel provenant du Registre national et des registres Banque Carrefour et prend sa décision d'intervention dans les frais médicaux concernant le dossier;
 - le SPP IS envoie sa décision concernant le dossier au CPAS;
 - le CPAS crée sa décision électronique de prise en charge des soins;
 - le prestataire de soins vérifie la couverture de l'intéressé dans la banque de données Mediprima via la plate-forme eHealth et/ou via la webapplication du SPP IS,
 - le prestataire de soins envoie la facture à la CAAMI et/ou à l'organisme assureur, ce dernier paie sa part et renvoie la facture à la CAAMI;
 - la CAAMI vérifie l'assurabilité et la couverture de la prestation dans Mediprima via la BCSS et le CIN;
 - la CAAMI informe le prestataire de soins sur le montant de la prise en charge des frais par l'Etat (représenté par le SPP IS) et en effectue le paiement pour le compte du SPP ;
 - la CAAMI envoie une liste électronique de décompte via le CIN (le cas échéant) et la BCSS au SPP IS qui transmettra au CPAS compétent.
- 22.** En ce qui concerne la première communication de données à caractère personnel entre les CPAS et les organismes assureurs via le CIN et le SPP IS, cette communication a déjà été autorisée par le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé (délibération n° 99/36 du 2 mars 1999, modifiée le 6 mars 2012). Il est à noter que les CPAS sont autorisés par l'arrêté royal du 14 avril 1988 réglant l'utilisation du numéro d'identification du Registre national des personnes physiques en ce qui concerne les centres publics d'aide sociale, à utiliser le numéro du registre national pour cette finalité.
- 23.** En cas de décision positive, le CPAS envoie le dossier au SPP IS (voir point 10.). Conformément à l'article 2, § 1, 2°, de l'arrêté royal du 4 février 1997 organisant la communication de données sociales à caractère personnel entre institutions de sécurité sociale, l'autorisation du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé n'est pas requise pour la communication de données entre institutions appartenant à un même réseau secondaire lorsque cette communication est nécessaire à la réalisation des tâches qui leur sont confiées par ou en vertu d'une disposition légale ou réglementaire relative à la sécurité sociale. Etant donné que les CPAS et le SPP IS appartiennent à un même réseau secondaire en vertu de l'AR précité et que les tâches précitées sont décrites dans la loi, l'échange de ces données à caractère personnel ne requiert pas l'autorisation du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé.
- 24.** Ensuite, le SPP IS vérifie l'assurabilité (existence d'un droit à l'intervention de l'assurance maladie-invalidité (AMI) pour la personne et la période de couverture (date de début et de fin de l'assurabilité)) de la personne pendant la période concernée, sur base de son NISS, via la Banque Carrefour de la sécurité sociale et le CIN. Il s'agit d'une communication de données à caractère personnel qui, en vertu de l'article 15 de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale, doit faire l'objet d'une autorisation de principe du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé. Cette communication est indispensable pour que le SPP IS puisse prendre sa décision concernant la prise en charge (ou non) des frais médicaux

concernant cette personne et qu'il puisse calculer le pourcentage. Cette communication de données à caractère personnel des organismes assureurs via le CIN, est donc pertinente et non excessive. Conformément à l'article 14 de la loi du 15 janvier 1990 précitée, elle se déroulera via la Banque Carrefour de la sécurité sociale.

- 25.** Par ailleurs, afin de prendre sa décision, le SPP Intégration sociale vérifiera le statut de la personne et ses données d'identification auprès du Registre national des personnes physiques ou, le cas échéant, auprès des registres Banque Carrefour de la sécurité sociale. Sur base des dispositions suivantes, le SPP IS dispose des autorisations nécessaires afin d'accéder aux données des Registres national des personnes physiques et faire usage du numéro d'identification du Registre national des personnes physiques:
- l'arrêté royal du 12 août 1985 réglant, en ce qui concerne le Ministère de la Prévoyance sociale, l'accès au Registre national des personnes physiques;
 - l'arrêté royal du 12 août 1985 autorisant certaines autorités du Ministère de la Prévoyance sociale à faire usage du numéro d'identification du Registre national des personnes physiques;
 - l'arrêté royal du 30 avril 1993 réglant l'utilisation du numéro d'identification du Registre national des personnes physiques, en ce qui concerne le service "Minimum de Moyens d'Existence" et le service "Finances et Frais d'Entretien" du Ministère de la Santé et de l'Environnement;
 - l'arrêté royal du 30 avril 1993 réglant l'accès au Registre national des personnes physiques, en ce qui concerne le service "Minimum de Moyens d'Existence" et le service "Finances et Frais d'Entretien" du Ministère de la Santé publique et de l'Environnement;
 - l'arrêté royal du 6 janvier 1997 autorisant certaines autorités publiques à accéder aux informations conservées au Registre national des personnes physiques et relatives aux étrangers inscrits au registre d'attente;
 - l'arrêté royal du 2 décembre 2002 réglant l'accès au registre d'attente dans le chef de la Banque-carrefour de la sécurité sociale et de certaines autorités administratives et institutions de sécurité sociale;
 - délibération du Comité sectoriel du Registre national n°10/2005 du 13 avril 2005 concernant la demande formulée par la Banque-carrefour de la Sécurité sociale afin d'obtenir l'accès à l'information "cohabitation légale" pour certaines institutions de sécurité sociale;
 - délibération du Comité sectoriel du Registre national n°35/2008 du 30 juillet 2008 relative à la demande d'accès à l'information « situation de séjour des étrangers » de la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale au profit de plusieurs institutions de sécurité sociale dans le cadre de l'accomplissement de leurs missions légales et réglementaires;

- délibération du Comité sectoriel du Registre national 39/2010 du 6 octobre 2010 relative à la demande d'accès à l'information « mention du registre » au profit des CPAS et du service public de programmation Intégration sociale.
26. En ce qui concerne les Registres Banque-Carrefour, l'article 2, § 2, de l'arrêté royal du 4 février 1997 organisant la communication de données sociales à caractère personnel entre institutions de sécurité sociale, dispose qu'une autorisation du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé n'est pas requise pour la communication au sein du réseau des données d'identification des assurés sociaux figurant dans les registres Banque Carrefour. L'article 7 de l'arrêté prévoit toutefois que l'institution qui effectue la communication est tenue d'en informer le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé dans un délai de deux mois à partir du moment où ces communications ont commencé. Par ailleurs, l'usage du numéro d'identification attribué par la Banque Carrefour de la sécurité sociale est libre en vertu de l'article 8, § 2, de la loi précitée du 15 janvier 1990.
 27. Ensuite, le SPP Intégration sociale communique sa décision (positive ou négative) de remboursement sous forme d'un pourcentage au CPAS (point 11). Conformément aux dispositions précitées de l'arrêté royal du 4 février 1997, cette communication de données à caractère personnel ne nécessite pas d'autorisation de la section sécurité sociale du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé.
 28. Le CPAS insère alors la décision de prise en charge des soins dans la base de données Mediprima et remplit les huit catégories visées au point 12. Il détermine la durée de son intervention, l'étendue des soins et des prestations médicales couvertes et le cas échéant des conditions limitatives.
 29. Sachant qu'il dispose d'une décision électronique de prise en charge des soins dans Mediprima, l'utilisateur peut alors se rendre auprès d'un prestataire de soins. Ce dernier vérifiera via Mediprima s'il dispose bien d'une décision de prise en charge des soins, si ses prestations sont bien couvertes et pour quelle période. Avant d'autoriser l'accès au dossier, l'application vérifiera d'abord via la plate-forme eHealth si le prestataire de soins est bien celui qu'il prétend être et ensuite via le SPP Intégration sociale que le prestataire peut avoir accès au dossier de cet utilisateur (sur base de son numéro INAMI).

L'utilisation des services de bases de la plate-forme eHealth permettra d'utiliser une interface qui est déjà connue du secteur des soins de santé et intensément utilisée dans leurs applications informatiques. Il permet ainsi de bénéficier sans développement particulier de divers services comme l'identification, l'authentification et le contrôle d'accès des prestataires de soins et des agents administratifs des hôpitaux, grâce à une gestion intégrée de leurs accès et de leurs loggins.

Par la délibération n° 09/008 du 20 janvier 2009, modifiée le 16 mars 2010 et le 15 juin 2010, de la section Santé du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé, une autorisation a été accordée pour, d'une part, l'application de la gestion intégrée des utilisateurs et des accès par la plate-forme eHealth lors de l'échange de données à caractère personnel et pour, d'autre part, l'échange nécessaire de données à caractère personnel relatives à l'identité, aux caractéristiques, aux mandats et aux autorisations des parties concernées. Cette communication est donc déjà autorisée.

L'application Mediprima du SPP Intégration sociale permet alors le cas échéant au médecin d'accéder aux données à caractère personnel inscrites sur la décision électronique de prise en charge des soins (voir points 10, 11 et 12).

- 30.** La décision électronique de prise en charge des soins contient les données visées aux points 10, 11 et 12.

Conformément à l'article 2, alinéa 1, 7^o, de la loi du 15 janvier 1990 précitée, on entend par données sociales à caractère personnel relatives à la santé, toutes données sociales à caractère personnel dont on peut déduire une information sur l'état antérieur, actuel ou futur de la santé physique ou psychique de la personne physique identifiée ou identifiable, à l'exception des données purement administratives ou comptables relatives aux traitements ou aux soins médicaux.

Dans le cas d'espèce, la section sécurité sociale du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé constate qu'il s'agit uniquement de données administratives et comptables qui permettront au CPAS de limiter les frais supplémentaires liés à certains prestataires de services ou à certaines fournitures. En aucun cas, les prestataires de soins n'introduiront des données médicales dans l'application.

Par ailleurs, des instructions seront données au CPAS pour qu'il n'y ait pas dans les champs « description des modalités et limites de la prise en charge financière par les CPAS » de données à caractère médicale introduite par les travailleurs sociaux.

Par conséquent, les données visées aux points 10, 11 et 12, ne peuvent être considérées comme des données à caractère personnel relatives à la santé.

- 31.** Ensuite, le prestataire de soins envoie sa facture à la CAAMI ou à l'organisme assureur (si la personne est assurée auprès d'une mutuelle) qui paie sa partie et renvoie à la CAAMI, qui joue le rôle de tiers payant pour le compte de l'Etat. La présente communication a pour objet de simplifier et d'accélérer le traitement de toutes les factures de soins de santé provenant de l'ensemble des prestataires de soins pour les personnes bénéficiant d'une prise en charge par le CPAS dans le cadre de l'aide médicale. Il s'agit d'une communication de données purement administratives ou comptables relatives aux traitements ou aux soins médicaux reçus par l'utilisateur de la décision électronique de prise en charge des soins.

La section sécurité sociale du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé constate que les données à caractère personnel en question ne peuvent pas être qualifiées de données à caractère personnel relatives à la santé. Ainsi, ni l'autorisation de la section santé, ni celle de la section Sécurité sociale n'est requise. Cependant, cette communication de données à caractère personnel devrait se dérouler à l'intervention de la Banque Carrefour de la sécurité sociale comme prévu à l'article 14 de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale. Sur proposition de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, la section sécurité sociale estime que cette intervention ne peut offrir une valeur ajoutée et exempte ce flux de cette intervention.

- 32.** En ce qui concerne la communication des données à caractère personnel entre l'organisme assureur et la CAAMI, la section sécurité sociale du comité sectoriel de la sécurité sociale

et de la santé constate que ces instances font partie d'un même réseau secondaire et qu'en vertu de l'arrêté royal du 4 février 1997 précité, une autorisation de la section sécurité sociale du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé n'est pas requise entre institutions appartenant à un même réseau secondaire lorsque cette communication est nécessaire pour l'accomplissement des tâches qui leur sont confiées par ou en vertu d'une disposition légale ou réglementaire relative à la sécurité sociale. La section sécurité sociale a pris connaissance du projet de modification législative relatif à cette communication et souligne que pour autant que le projet de loi entre en vigueur avant la mise en production d'eCARMED, cette communication ne nécessite pas d'autorisation de la section sécurité sociale.

- 33.** Afin de pouvoir vérifier les factures reçues par les prestataires de soins conformément à la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale, il est indispensable que la CAAMI puisse vérifier, via le CIN, les données d'assurabilité de la personne. En effet, il est possible que le statut d'assurabilité soit modifié entre la prise de décision par le CPAS et le remboursement.

Conformément aux dispositions précitées de l'arrêté royal du 4 février 1997 et sous réserve de l'adoption du projet de loi précité, cette communication de données à caractère personnel au sein d'un même réseau secondaire ne nécessite pas d'autorisation de la section sécurité sociale du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé.

- 34.** La CAAMI vérifiera également, via le CIN et la Banque Carrefour de la sécurité sociale, la conformité des prestations avec les prise en charge énumérées dans la décision électronique de prise en charge des soins du SPP Intégration sociale.

Il s'agit d'une communication de données à caractère personnel dans le réseau de la sécurité sociale qui doit faire l'objet d'une autorisation de principe du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé, conformément à l'article 15, § 1, de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale.

Les données à caractère personnel à communiquer (voir points 10, 11 et 12) sont pertinentes et non excessives par rapport à cette finalité. En effet, l'échange des données précitées est indispensable à la CAAMI tant pour lui permettre de vérifier la prise en charge des prestations que pour payer le pourcentage adéquat aux prestataires de soins.

Les données à caractère personnel à communiquer semblent pertinentes et non excessives par rapport à cette finalité. Cette communication de données à caractère personnel se déroule à l'intervention de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, tel que prévu à l'article 14 de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale.

- 35.** Ensuite, la CAAMI transmet la décision de remboursement aux prestataires de soins (fichier de décompte électronique, montants acceptés et rejetés, nature des rejets). Il s'agit d'une communication de données à caractère personnel hors du réseau de la sécurité sociale qui doit faire l'objet d'une autorisation de principe du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé, conformément à l'article 15, § 1, de la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale*.

Cette communication est indispensable afin que le prestataire de soins puisse obtenir toute les informations concernant le remboursement de ses prestations et est obligatoire eu égard au principe de motivation des actes administratifs. Les données à caractère personnel à communiquer semblent pertinentes et non excessives par rapport à cette finalité. Cette communication de données à caractère personnel devrait se dérouler à l'intervention de la Banque Carrefour de la sécurité sociale comme prévu à l'article 14 de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale. Sur proposition de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, la section sécurité sociale estime que cette intervention ne peut offrir une valeur ajoutée et exempte ce flux de cette intervention.

- 36.** Pour terminer, la CAAMI envoie, via le CIN (le cas échéant) et la BCSS, une liste électronique relative des décomptes au SPP IS en vue de se faire rembourser les montants conformément aux articles 9 et suivants de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale.

Il s'agit d'une communication de données à caractère personnel dans le réseau de la sécurité sociale qui doit faire l'objet d'une autorisation de principe du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé, conformément à l'article 15, § 1, de la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale*. Les données à caractère personnel à communiquer sont pertinentes et non excessives par rapport à cette finalité. Cette communication de données à caractère personnel se déroule à l'intervention de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, tel que prévu à l'article 14 de la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale*.

Cette liste des décomptes est ensuite transférée par le SPP IS au CPAS compétent. Conformément aux dispositions précitées de l'arrêté royal du 4 février 1997, cette communication de données à caractère personnel ne nécessite pas d'autorisation de la section sécurité sociale du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé.

- 37.** Dans la mesure où le CPAS prend uniquement en charge l'aide médicale urgente, le prestataire de soins a la possibilité de transmettre une attestation électronique « aide médicale urgente » au SPP IS. Cette attestation contient uniquement des données à caractère personnel administratives / comptables (l'identité du patient et du prestataire de soins, le type de prestation et la période de validité) que les prestataires de soins peuvent transmettre au SPP IS sans intervention de la BCSS.
- 38.** L'accès à la banque de données « aide médicale urgente » du SPP IS, tel que décrit au point 19, poursuit des finalités légitimes et répond au principe de proportionnalité. Les instances concernées – c'est-à-dire les prestataires de soins auteurs de l'attestation, les pharmaciens, les offices de tarification, les praticiens paramédicaux, la CAAMI, le SPP IS et les CPAS – ont besoin des données à caractère personnel pour l'exécution de leurs missions respectives et obtiennent accès en fonction de leurs besoins.
- 39.** Lors du traitement de données à caractère personnel, les parties concernées sont également tenues de respecter la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale*, la loi du 8 décembre 1992 *relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel*, leurs arrêtés d'exécution et toute autre disposition légale ou réglementaire

relative à la protection de la vie privée, en particulier le Règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 *relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE.*

40. Les différentes instances visées dans la présente délibération doivent par ailleurs tenir compte des normes minimales de sécurité qui ont été définies par le Comité général de coordination de la Banque Carrefour de la sécurité sociale et qui ont été approuvées par le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé.

Par ces motifs,

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

autorise les communications électroniques précitées de données à caractère personnel entre les parties précitées dans le cadre du projet de décision électronique de prise en charge des soins.

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).