

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

CSSS/08/192

**DÉLIBÉRATON N° 08/071 DU 2 DÉCEMBRE 2008 RELATIVE À LA
COMMUNICATION DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL CONTENUES
DANS « HANDICHILD » (MESSAGE A652) AU FONDS FLAMAND D'ASSURANCE
SOINS DANS LE BUT D'ACCORDER AUTOMATIQUEMENT CERTAINS DROITS
AUX PERSONNES HANDICAPÉES**

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 15, § 1, alinéa 1^{er};

Vu la demande du Fonds flamand d'assurance soins du 22 septembre 2008;

Vu le rapport d'auditorat de la Banque Carrefour du 13 novembre 2008;

Vu le rapport de monsieur Yves Roger.

1. OBJET DE LA DEMANDE

- 1.1.** L'assurance soins flamande qui a été instituée par le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, offre aux personnes qui ont besoin de soins une couverture totale ou partielle des frais pour soins non médicaux fournis par des structures, des prestataires de soins professionnels ou des intervenants de proximité.

Le Fonds flamand d'assurance soins assure la gestion générale de l'assurance soins en tant qu'organisme coupole. Ses missions sont les suivantes:

- exercer la surveillance et le contrôle sur la gestion, le fonctionnement et la situation financière des caisses de soins;
- recueillir et traiter des données qui sont utiles pour la politique relative à l'assurance soins;
- créer et gérer des réserves financières en vue de couvrir les obligations de dépenses futures;
- accorder des subventions aux caisses de soins;
- infliger une amende administrative aux personnes qui, au cours des trois dernières années, n'ont pas payé la cotisation à l'assurance soins, ne l'ont pas payé complètement ou l'ont payé tardivement.

- 1.2.** La demande vise à la communication de données à caractère personnel relatives à des enfants handicapés. Il s'agit de données dont il ressort qu'une personne a au moins obtenu un score minimal auprès du SPF Sécurité sociale, ce qui prouve qu'elle est affectée par une autonomie réduite prolongée et grave dans le cadre de l'assurance soins. Il s'agit plus précisément des scores qui sont attribués dans le cadre des allocations familiales complémentaires.

A l'heure actuelle, les caisses de soins doivent attendre jusqu'à ce que la personne qui a besoin de soins apprenne elle-même qu'elle dispose d'un score qui prouve son besoin de soins dans le cadre de l'assurance soins. Lorsque la personne qui a besoin de soins connaît son score, elle peut introduire une demande en vue d'une prise en charge par l'assurance soins. Après approbation de cette demande, elle a droit à une prise en charge à partir du premier jour du quatrième mois suivant la demande.

Lorsque la personne ne sait pas qu'elle dispose d'un tel score et qu'elle peut donc avoir droit à une prise en charge, elle perd par conséquent, pour plusieurs mois au moins, la prise en charge (la prise en charge ne peut en effet pas être accordée avec effet rétroactif). Pour l'instant, ces personnes doivent donc avoir une bonne connaissance du secteur du bien-être.

Le Fonds flamand d'assurance soins souhaite disposer de données afin de pouvoir personnellement informer ces personnes qu'elles entrent en considération pour une prise en charge par l'assurance soins. Ensuite, elles pourraient introduire une demande de prise en charge auprès de la caisse de soins de leur choix.

- 1.3.** En vue d'une simplification administrative, un flux de données électronique, appelé « handchild » a été mis au point. Ce flux permet d'échanger des données à caractère personnel, à l'intervention de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, entre d'une part le service public fédéral Sécurité sociale et d'autre part les caisses d'allocations familiales pour travailleurs salariés, les organismes publics qui payent eux-mêmes les allocations familiales et qui sont enregistrés dans le Cadastre des allocations familiales (à l'intervention de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés) et les caisses d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (à l'intervention de l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants).

Afin de pouvoir exécuter les missions qui lui ont été confiées, la Caisse flamande d'assurance soins souhaite obtenir, à l'intervention de la BCSS, les données suivantes contenues dans « handichild » relatives aux enfants handicapés, ainsi que les mutations:

- *le NISS de l'enfant*: cette donnée sert à identifier l'enfant de manière unique;
- *le nom et l'adresse de la personne physique ou de la personne morale auprès de laquelle l'enfant handicapé est placé et auprès de laquelle l'enfant peut par conséquent être convoqué*; si le Fonds flamand d'assurance soins dispose de ces données, il peut informer ces personnes du fait qu'elles entrent en considération pour une prise en charge par l'assurance soins. Elles peuvent ensuite introduire une demande de prise en charge auprès de la caisse de soins de leur choix. Ce qui permet également d'écrire une lettre à la personne qui a besoin de soins à l'adresse de son domicile. En ce qui concerne les enfants qui habitent à Bruxelles, cela permet aussi de vérifier si un des parents est affilié à l'assurance soins. L'adresse du lieu de séjour sera comparée à l'adresse du domicile des membres affiliés à l'assurance soins;
- *date de début de la validité du score minimal*: la caisse de soins a besoin de cette date afin de pouvoir vérifier si la demande de prise en charge peut être acceptée par l'assurance soins;
- *date de fin de la validité du score minimal*: la caisse de soins a besoin de cette date pour déterminer la date jusqu'à laquelle la décision positive peut durer;
- *le degré d'autonomie*: la caisse de soins connaît alors le nombre de points dont dispose la personne qui a besoin de soins. Ceci est important lorsque le nombre de points d'une personne est réduit. Dans ce cas, la caisse de soins doit pouvoir suspendre la décision positive (point 125 de l'annexe unique de l'arrêté ministériel du 6 janvier 2006 portant approbation du manuel de l'assurance soins). A partir de 7 points au minimum, on a droit à l'assurance soins (point 64 de l'annexe unique de l'arrêté ministériel du 6 janvier 2006 portant approbation du manuel de l'assurance soins). Le nombre de points en matière d'autonomie peut aussi être communiqué à l'aide de catégories (catégorie 1 = 0 à 3 points, catégorie 2 = 4 à 6 points ou catégorie 3 = 7 à 9 points);
- *nombre total de points sur l'échelle médico-sociale*: la caisse de soins connaît donc le nombre de points que possède la personne qui a besoin de soins. Ceci est important lorsque le nombre de points d'une personne est réduit. Dans ce cas, la caisse de soins doit pouvoir suspendre la décision positive (point 125 de l'annexe unique de l'arrêté ministériel du 6 janvier 2006 portant approbation du manuel de l'assurance soins). A partir de 18 points au minimum, on a droit à l'assurance soins (point 64 de l'annexe unique de l'arrêté ministériel du 6 janvier 2006 portant approbation du manuel de l'assurance soins).

Le Fonds flamand d'assurance soins souhaite obtenir un accès permanent aux données précitées, ainsi qu'aux modifications successives. En effet, les modifications peuvent avoir un impact sur les décisions qui ont été prises par le Fonds flamand d'assurance soins dans les dossiers en cours relatifs à une prise en charge.

- 1.4.** En consultant ces données, le Fonds flamand d'assurance soins sera en mesure de personnellement informer les personnes qui entrent en considération pour une prise en charge par l'assurance soins sur leur droit de prise en charge par l'assurance soins flamande. Le paiement se fait sur base forfaitaire; en effet, toute personne qui a besoin de soins a droit à 125 euros par mois pour des soins de proximité et des soins à domicile. A ce jour, les personnes qui estiment qu'elles entrent en considération pour l'assurance soins flamande, peuvent introduire une demande auprès de la caisse de soins auprès de laquelle elles sont affiliées. La caisse de soins vérifiera ensuite si la demande répond aux conditions. Pour entrer en considération pour une prise en charge des soins de proximité et des soins à domicile, il y a notamment lieu de prouver que l'on a besoin de soins lourds à l'aide d'une attestation (sur base d'une indication en vertu d'une législation existante) ou d'une indication établie par un indicateur mandaté.

Les attestations établies sur base des scores énumérés ci-après entrent (notamment) en considération pour l'allocation pour soins de proximité et soins à domicile (point 64 de de l'annexe unique de l'arrêté ministériel du 6 janvier 2006 portant approbation du manuel de l'assurance soins):

- allocations familiales complémentaires sur base d'un handicap de 66% au moins et de 7 points au moins en ce qui concerne le degré d'autonomie de l'enfant;
- allocations familiales complémentaires sur base de 18 points au moins sur l'échelle médico-sociale (constituée des piliers P1, P2 et P3).

Ces scores sont attribués par le SPF Sécurité sociale. Des attestations établies sur base de ces scores prouvent le besoin de soins dans le cadre de l'assurance soins. Ces personnes peuvent ensuite prétendre à une prise en charge des soins de proximité et des soins à domicile si elles satisfont à toutes les conditions formelles.

2. EXAMEN DE LA DEMANDE

- 2.1.** Le Fonds flamand d'assurance soins a été intégré au réseau de la sécurité sociale par le Comité de gestion de la BCSS, après avis favorable du comité sectoriel de la sécurité sociale (avis n°04/03 du 6 janvier 2004).

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.

La communication poursuit une finalité légitime, à savoir l'octroi de prises en charge aux enfants handicapés.

- 2.2.** Les données à caractère personnel demandées (le NISS de l'enfant, le nom et l'adresse de la personne physique ou de la personne morale auprès de laquelle l'enfant handicapé est placé et auprès de laquelle l'enfant peut par conséquent être convoqué, la date de début de validité du score minimal, la date de fin de validité du score minimal, le degré d'autonomie

et le nombre total de points sur l'échelle médico-sociale) sont significatives et non excessives par rapport à ces finalités. L'échange des données précitées est en effet nécessaire pour le Fonds flamand d'assurance soins pour lui permettre de prendre les décisions précitées, et ce sans devoir demander une preuve aux assurés sociaux.

- 2.3.** La communication des données à caractère personnel provenant de "handichild" qui ont été communiquées par le SPF Sécurité sociale, se fera à l'intervention de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, conformément 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; ce qui permet de garantir que la communication portera uniquement sur les assurés sociaux qui sont effectivement connus auprès du Fonds flamand d'assurance soins (fonction de filtre du répertoire des références).

Par ces motifs,

le comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé

autorise le Fonds flamand d'assurance soins à obtenir communication, à l'intervention de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, des données à caractère personnel précitées, pour les finalités précitées.

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 : Chaussée Saint-Pierre, 375 – 1040 Bruxelles
(tél. 32-2-741 83 11)

