

Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé
--

CSSSS/18/188

DÉLIBÉRATION N° 18/101 DU 4 SEPTEMBRE 2018 PORTANT SUR LA COMMUNICATION DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL PSEUDONYMISÉES, EN CE COMPRIS DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL RELATIVES À LA SANTÉ, PROVENANT DE LA DIRECTION GÉNÉRALE STATISTIQUE (ENQUÊTE SILC), DE L'AGENCE INTERMUTUALISTE (AIM) ET DU DATAWAREHOUSE MARCHÉ DU TRAVAIL DE LA BANQUE CARREFOUR DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (DWH BCSS) AU CENTRE FÉDÉRAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTÉ DANS LE CADRE DU PROJET « THE PERFORMANCE OF THE BELGIAN HEALTH SYSTEM »

Le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé (dénommé ci-après le « Comité sectoriel »),

Vu le Règlement général sur la protection des données (RGPD ou GDPR);

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

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;

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

Vu la demande d'autorisation du Centre fédéral d'expertise des soins de santé;

Vu le rapport d'auditorat commun de la BCSS et de la Plate-forme eHealth du 10 juillet 2018;

Vu le rapport de monsieur Yves Roger;

Émet, après délibération, la décision suivante, le 4 septembre 2018:

I. OBJET DE LA DEMANDE

1. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé introduit une demande visant à obtenir une autorisation pour la réalisation d'une étude sur la performance du système des soins de santé belge. Les chercheurs souhaitent réaliser, sur la base des personnes enregistrées dans l'enquête SILC (enquête sur les revenus et conditions de vie), une analyse complète de la relation entre le statut socio-économique et l'accès aux soins de santé.
2. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) est un organisme d'intérêt public doté de la personnalité juridique, classé dans la catégorie B visée dans la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public (art. 259, § 1^{er} loi-programme du 24 décembre 2002, M.B. 31 décembre 2002). La mission juridique du KCE consiste en la collecte et la fourniture d'éléments objectifs issus du traitement de données enregistrées et de données validées, d'analyses d'économie de la santé et de toutes autres sources d'informations, pour soutenir de manière qualitative la réalisation des meilleurs soins de santé et pour permettre une allocation et une utilisation aussi efficaces et transparentes que possible des moyens disponibles de l'assurance soins de santé par les organes compétents et ce, compte tenu de l'accessibilité des soins pour le patient et des objectifs de la santé publique et de l'assurance soins de santé (art. 262 loi-programme du 24 décembre 2002).
3. Seront demandées des données de 47.833 personnes (environ) qui ont participé à l'enquête SILC (15.108 personnes de la wave SILC 2008, 13.951 personnes de la wave SILC 2012, 5.010 nouvelles personnes de la wave SILC 2013 par rapport à la SILC 2012, 13.814 personnes de la wave SILC 2016 dont une partie se recoupe avec la wave SILC 2013). Il s'agit également de variables de la SILC UE. Les variables du set de données UE constituent la structure de base du set de données SILC en ce qui concerne la démographie, le logement, la déprivation matérielle, le revenu, l'enseignement, la santé et le statut de travail. Elles sont indispensables à l'identification de la position socio-économique et du profil socio-démographique.
4. Dans l'enquête SILC, les ménages sont sélectionnés de manière aléatoire. Ceci a lieu au moyen d'une procédure de sélection en 2 phases, qui a sélectionné en 2004 dans 11 strates (10 provinces et la Région de Bruxelles-Capitale) des communes de manière aléatoire. La sélection des communes ne change pas. Au sein de ces communes, des ménages aléatoires sont sélectionnés.

Un ménage est en principe interrogé annuellement pendant une période de 4 ans. Cela signifie qu'un quart des ménages est renouvelé chaque année.

Un ménage est défini comme suit dans le SILC: une personne ou un groupe de personnes qui habitent ensemble à la même adresse et partagent les moyens d'existence. Un enregistrement contenant les données de base de l'ensemble de ces personnes est par défaut tenu à jour dans le cadre de l'enquête SILC (set de données R). Est ensuite réalisée une interrogation détaillée de l'ensemble des individus du ménage âgés de 16 ans au moins à la fin de la période de référence des revenus (année civile précédant l'année de l'interrogation).

La sélection contient non seulement les personnes interrogées, mais aussi l'ensemble des individus appartenant à un ménage dont au moins 1 personne a été interrogée au cours des

années de l'enquête demandées. Les raisons pour lesquelles des personnes non interrogées sont aussi être sélectionnées sont les suivantes: premièrement, cette étude porte aussi sur l'utilisation des soins de santé par des individus âgés de moins de 16 ans et les dépenses y relatives et deuxièmement, certains avantages sociaux sont accordés au niveau du ménage, par exemple la réduction du ticket modérateur via le maximum à facturer. Une vue complète sur la consommation des soins du ménage est nécessaire à cet effet.

5. Les individus avec un statut socio-économique inférieur (niveau de formation, statut d'activité, niveau de revenus) auraient souvent une plus mauvaise santé et un accès plus réduit aux soins de santé que les personnes avec une position socio-économique supérieure. D'après l'enquête de santé (2013), 8,4% des ménages belges aurait reporté des soins de santé, au cours des 12 derniers mois, pour des raisons financières.
6. L'accessibilité des soins de santé constitue un objectif primaire des services publics. Des initiatives sont prises tant au niveau régional, national qu'international (UE, Organisation mondiale de la santé) afin d'améliorer et de garantir l'accessibilité (financière) des soins de santé. En Belgique, plusieurs études se consacrent à l'inégalité en fonction de la position socio-économique dans un aspect partiel de la consommation des soins, à savoir le contact avec un médecin généraliste ou un spécialiste. Une étude approfondie permettant d'établir un aperçu global des inégalités sociales en ce qui concerne la consommation et le financement des soins de santé en Belgique ainsi que leur évolution dans le temps fait cependant défaut.
7. Le KCE établit, à des intervalles réguliers, un aperçu des forces et faiblesses du système de soins de santé belge, afin de pouvoir ensuite orienter les décisions politiques relatives aux soins de santé et à la santé. Pour le nouveau rapport de performance en 2019, l'équité de la consommation des soins et le financement des soins de santé sont ajoutés en tant que domaines d'étude et seront analysés en détail. De manière plus spécifique, les chercheurs analyseront, en détail, un sous-ensemble d'indicateurs relatifs à la consommation des soins (sur la base des données de l'AIM), qui font actuellement déjà l'objet d'un rapport d'évaluation de la performance du système, afin d'identifier des inégalités injustes éventuelles entre des personnes ayant une position socio-économique différente. Le niveau d'analyse concerne en l'espèce l'individu. Ces informations sont importantes pour une meilleure harmonisation entre la politique des soins de santé et les groupes de population qui présentent un risque de sous-utilisation et pour une évaluation de la mesure dans laquelle la politique des soins de santé de la dernière décennie a contribué à l'accroissement ou à la suppression des injustices d'ordre socio-économique dans la consommation et le financement des soins de santé.
8. Le KCE souhaite notamment analyser « l'injustice socio-économique au niveau de la consommation des soins de santé », d'une part, et « l'injustice socio-économique au niveau du financement des soins de santé », d'autre part.
9. L'inégalité (inequality) et l'iniquité (inequity) au niveau de la consommation des soins de santé constituent deux concepts proches mais différents. L'inégalité renvoie à des différences au niveau de la consommation entre des personnes avec une position socio-économique différente. Il s'agit d'un terme descriptif, sans jugement de valeur, relatif à l'origine de ces différences. L'on peut cependant argumenter que certaines de ces différences se justifient, par exemple une plus grande consommation par des personnes ayant une moins bonne santé et ayant donc un plus grand besoin de soins de santé, mais que

d'autres ne se justifient pas, par exemple une consommation inférieure par des personnes dont le niveau d'études est inférieur ou qui sont domiciliés dans des régions à plus faible densité de prestataires de soins. L'iniquité dans la consommation des soins de santé analyse les différences observées qui sont considérées comme inéquitables.

10. Les soins de santé sont financés par des cotisations sociales, des impôts directs et indirects (TVA et accises) et par les tickets modérateurs. Le financement des soins de santé intervient dans la détermination du niveau du revenu du ménage et par conséquent de l'inégalité de revenus en Belgique.
11. Pour mesurer l'iniquité en fonction de la position socio-économique en ce qui concerne la consommation et le financement des soins de santé, différents types de données s'avèrent nécessaires: des informations relatives à la position socio-économique de l'individu (revenu, formation, statut d'activité, déprivation matérielle, etc.), des informations concernant les besoins de soins (état de santé, limites physiques, présence de maladies chroniques, âge, sexe, etc.), des informations relatives à la disponibilité des soins de santé dans les environs (domicile, degré d'urbanisation, densité des prestataires de soins dans les environs, etc.), des informations relatives à la consommation des soins de santé (consultation d'un médecin, consultation dans un hôpital, consommation de médicaments spécifiques, participation à des soins préventifs, possession d'un dossier médical global, dépenses soins de la première ligne, etc.), des informations relatives à la participation au financement des soins (cotisations sociales, impôts directs et indirects).
12. L'évaluation de l'équité de la consommation et du financement des soins de santé nécessite des données individuelles riches concernant la position socio-économique, le profil socio-démographique, l'état de santé, la consommation des soins et la contribution au financement. À l'heure actuelle, il n'existe pas d'ensembles de données qui combinent toutes ces données.
13. Les données de l'AIM contiennent des informations relatives à la consommation des soins de santé. Ces données sont, à l'heure actuelle, déjà utilisées par le KCE pour établir, à des intervalles réguliers, la performance du système des soins de santé belge. Pour un sous-ensemble d'indicateurs sur la base de données de l'AIM, nous examinerons plus en détail les différences socio-économiques qui ne peuvent pas être justifiées par des besoins de soins différents. Outre des indicateurs relatifs à la consommation des soins, les données de l'AIM contiennent aussi des informations relatives aux dépenses des soins.

Les contributions individuelles dans les dépenses de santé (tickets modérateurs et suppléments) peuvent être considérées comme la partie privée dans le financement des soins de santé et leur équité sera également analysée.

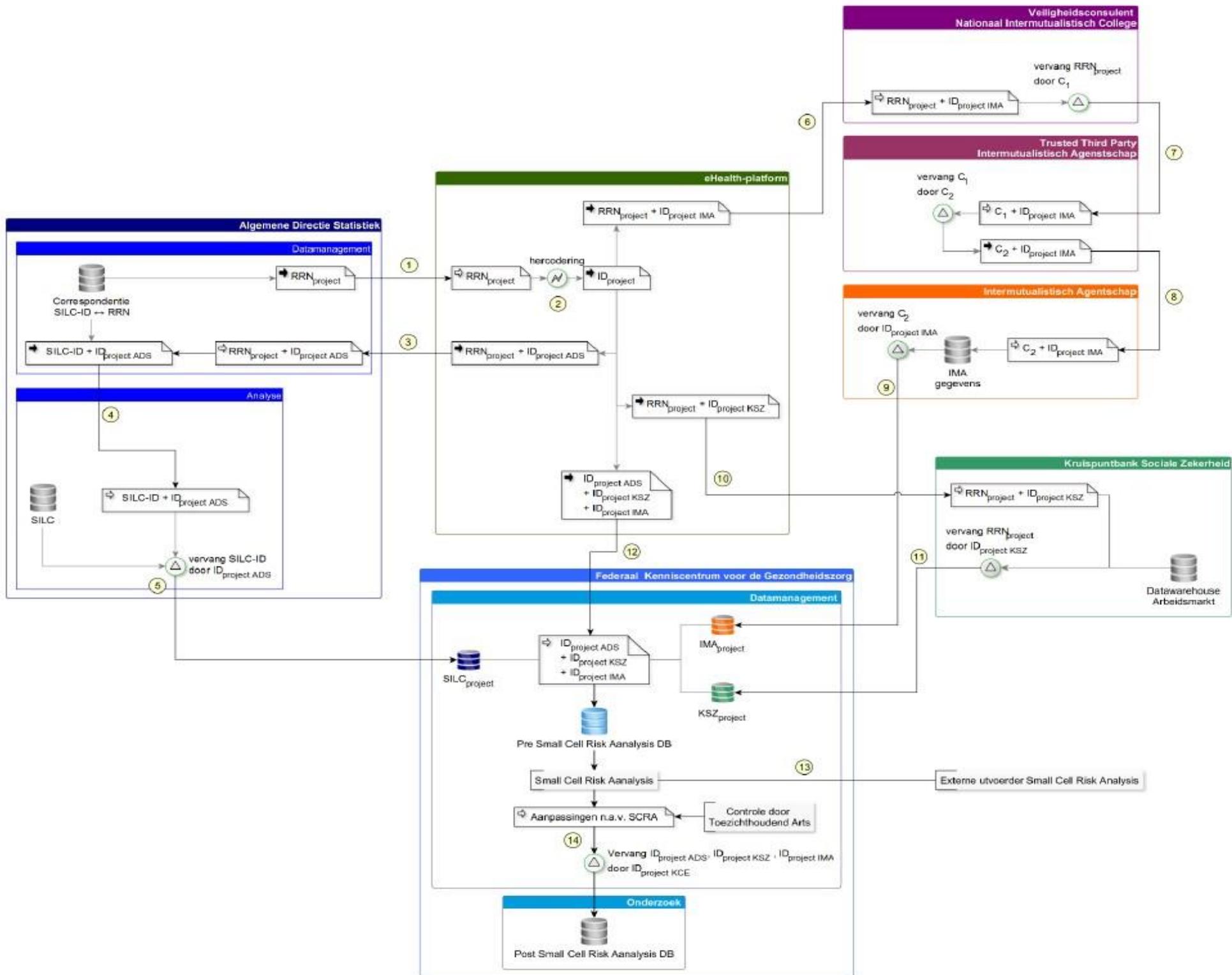
Les données de l'AIM ne contiennent cependant pas d'informations diagnostiques pour la population belge, mais uniquement pour ceux qui consomment des soins. Par ailleurs, les données socio-économiques sont incomplètes, étant donné que tant le revenu que le niveau d'études font défaut.

14. Les données SILC (provenant de la Direction générale Statistique) satisfont à ces lacunes. Ces données d'échantillon contiennent de nombreuses informations relatives à la position socio-économique, aux biens matériels et au patrimoine de l'individu. Par ailleurs sont disponibles des informations limitées relatives à l'état de santé autorapportée de l'individu.

Ceci est nécessaire à l'estimation des besoins de soins. Un avantage supplémentaire est que le modèle de microsimulation EUROMOD est en mesure de simuler, sur la base des données SILC, les impôts des personnes physiques et les impôts indirects dus. Il s'agit de deux composants essentiels dans le financement des soins de santé. Enfin, l'enquête SILC est organisée annuellement. Des informations récentes sont ainsi disponibles. Il s'agit d'un avantage par rapport à l'enquête de santé par exemple.

15. Si l'on souhaite analyser le financement des soins de santé de manière adéquate, on a besoin d'informations relatives aux cotisations sociales, le principal mécanisme du financement public des soins de santé. Les données relatives aux cotisations sociales font défaut tant dans les données SILC que dans les données de l'AIM. Ces données sont toutefois disponibles dans le datawarehouse marché du travail de la BCSS.

16. Les flux de données se déroulent selon le schéma ci-dessous:



- 1) Le datamanagement de la Direction générale Statistique (DGS) sélectionne l'ensemble des numéros de registre national (RRNproject) dans les données SILC. Ceux-ci sont transmis à la Plate-forme eHealth.
- 2) La TTP Plate-forme eHealth pseudonymise les numéros de registre national en trois pseudonymes spécifiques à l'étude: un pseudonyme pour la Direction générale Statistique (IDproject ADS), un pseudonyme pour la BCSS (IDproject KSZ) et un pseudonyme pour l'AIM (IDproject IMA).
- 3) La Plate-forme eHealth envoie la liste de correspondance contenant le numéro de registre national et le pseudonyme pour la DGS (IDproject ADS) au Datamanagement de la DGS.
- 4) Le Datamanagement de la DGS remplace le numéro de registre national par le SILC-ID (un pseudonyme au niveau des données SILC) et envoie la liste de correspondance contenant le SILC-ID et le pseudonyme pour la Direction générale Statistique (IDproject ADS) au service Analyse de la DGS.
- 5) Le service Analyse de la DGS remplace le SILC-ID par le pseudonyme pour la DGS (IDproject ADS) dans les données SILC demandées et envoie celles-ci au KCE Datamanagement.
- 6) La Plate-forme eHealth envoie la liste de correspondance contenant le numéro de registre national et le pseudonyme pour l'AIM (IDproject IMA) au conseiller en sécurité du Collège intermutualiste national.
- 7) Le conseiller en sécurité du Collège intermutualiste national remplace le numéro de registre national par C1 (un pseudonyme) et envoie la liste de correspondance contenant C1 et le pseudonyme pour l'AIM (IDproject IMA) à la Trusted Third Party (TTP) de l'AIM.
- 8) La TTP de l'AIM remplace C1 par C2 et envoie la liste de correspondance contenant C2 et le pseudonyme pour l'AIM (IDproject IMA) à l'AIM.
- 9) L'AIM remplace C2 par le pseudonyme pour l'AIM (IDproject IMA) et envoie les données AIM demandées au Datamanagement du KCE.
- 10) La Plate-forme eHealth envoie la liste de correspondance contenant le numéro de registre national et le pseudonyme pour la BCSS (IDproject KSZ) à la BCSS.
- 11) La BCSS remplace le numéro de registre national par le pseudonyme pour la BCSS (IDproject KSZ) et envoie les données demandées issues du datawarehouse marché du travail au Datamanagement du KCE.
- 12) La Plate-forme eHealth envoie la liste de correspondance contenant le pseudonyme pour la DGS (IDproject ADS), le pseudonyme pour la BCSS (IDproject KSZ) et le pseudonyme pour l'AIM (IDproject IMA) au Datamanagement du KCE.
- 13) L'exécution externe du small cell risk analysis (SCRA).
- 14) Le Datamanagement du KCE réalise les adaptations éventuelles sous la surveillance et le contrôle du médecin de surveillance du KCE. Tous les pseudonymes sont remplacés par un pseudonyme spécifique à l'étude (IDproject KCE). Les données couplées adaptées suite au SCRA sont mises à la disposition des chercheurs du KCE.

II. COMPÉTENCE

17. En vertu de l'article 42, § 2, 3°, de la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé, le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé (section Santé) est en principe compétent(e) pour l'octroi d'une autorisation de principe concernant toute communication de données à caractère personnel relatives à la santé.

18. En vertu de la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale*, la Banque Carrefour de la sécurité sociale recueille des données à caractère personnel auprès des institutions de sécurité sociale, les enregistre, procède à leur agrégation et les communique aux personnes qui en ont besoin pour la réalisation de recherches pouvant être utiles à la connaissance, à la conception et à la gestion de la sécurité sociale (article 5, § 1^{er}). Une telle communication de données à caractère personnel requiert une autorisation de principe de la section sécurité sociale du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé (article 15, § 1^{er}).
19. En vertu de l'article 279 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002¹, « toute transmission de données à caractère personnel provenant de l'Agence intermutualiste requiert en outre une autorisation de principe du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé ».
20. Les demandeurs souhaitent faire appel à la Plate-forme eHealth comme « Trusted Third Party ». Conformément à l'article 5, 8^o, de la loi du 21 août 2008 *relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth*, l'intervention de la Plate-forme eHealth en tant qu'organisation intermédiaire pour le couplage et le codage de données à caractère personnel (pseudonymisation) requiert l'autorisation du Comité sectoriel.
21. Le Comité sectoriel s'estime dès lors compétent pour se prononcer sur la demande.

III. EXAMEN

A. ADMISSIBILITÉ

22. Le traitement de données est uniquement autorisé pour des finalités déterminées, explicites et légitimes et le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé est en principe interdit.²
23. Le traitement est cependant autorisé lorsque celui-ci est nécessaire à la promotion et à la protection de la santé publique y compris le dépistage, ainsi que pour des motifs d'intérêt public importants rendus obligatoires par ou en vertu d'une loi, d'un décret ou d'une ordonnance.³
24. La mission légale du KCE consiste en la collecte et la fourniture d'éléments objectifs issus du traitement de données enregistrées et de données validées, d'analyses d'économie de la santé et de toutes autres sources d'informations, pour soutenir de manière qualitative la réalisation des meilleurs soins de santé et pour permettre une allocation et une utilisation aussi efficaces et transparentes que possible des moyens disponibles de l'assurance soins de santé par les organes compétents et ce, compte tenu de l'accessibilité des soins pour le patient et des objectifs de la santé publique et de l'assurance soins de santé⁴.

Dans le cadre de cet objectif général, une des missions du KCE consiste en la « réalisation ou la commande d'analyses quantitatives et qualitatives sur la base des informations

¹ Loi-programme (I) du 24 décembre 2002, *M.B.*, 28 décembre 2002, p. 58738.

² Art. 9, point 1 RGPD.

³ Art. 6, c), e) et art. 9, i), j) RGPD.

⁴ Art. 262 de la loi-programme du 24 décembre 2002.

collectées par le Centre d'expertise et des données mises à sa disposition en vertu du présent chapitre et ce, en vue de soutenir la politique de santé et le développement, à cette fin, d'un modèle de données cohérent »⁵. Par ailleurs, font aussi partie des missions du KCE « la collecte et l'analyse d'informations relatives à des choix pour l'allocation des moyens dans les soins de santé »⁶.

25. Le Comité sectoriel estime que la demande est admissible.

B. FINALITÉ

26. Conformément à l'art. 5, b) du RGPD, le traitement de données à caractère personnel est uniquement autorisé pour des finalités déterminées, explicites et légitimes.

27. Par cette étude KCE, les chercheurs souhaitent se faire une idée générale de l'inégalité socio-économique (inequality) et de l'iniquité (inequity) en ce qui concerne l'utilisation et le financement des soins de santé, dans le temps, en Belgique.

Le KCE réalise régulièrement une analyse du système des soins de santé belge, ce qui permet d'identifier les forces et les faiblesses et ainsi orienter les décisions politiques relatives à la santé (ou aux soins de santé). Ces informations politiques sont importantes pour une meilleure harmonisation entre la politique des soins de santé et les groupes de population qui présentent un risque de sous-utilisation et pour une évaluation de la mesure dans laquelle la politique des soins de santé de la dernière décennie a contribué à l'accroissement ou à la suppression des injustices d'ordre socio-économique dans la consommation et le financement des soins de santé.

28. Le Comité sectoriel estime que l'étude poursuit des finalités déterminées, explicites et légitimes.

C. PROPORTIONNALITÉ

29. Conformément à l'art. 5, b) et c) du RGPD, les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont obtenues et pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement.

30. Les données à caractère personnel doivent être conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées uniquement pendant la durée nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles les données à caractère personnel sont traitées.

31. Le principe de proportionnalité implique que le traitement doit en principe être réalisé au moyen de données anonymes. Cependant, si la finalité ne peut être réalisée au moyen de données anonymes, des données à caractère personnel pseudonymisées peuvent être traitées. Vu la nécessité de réaliser des analyses très détaillées à partir de ces données, les chercheurs ont besoin d'avoir accès à des données pseudonymisées afin d'être en mesure de réaliser ces analyses qu'ils ne pourraient pas réaliser à l'aide de données anonymes. Cette finalité justifie donc le traitement de données à caractère personnel pseudonymisées.

⁵ art. 263 § 1^{er}, 1^o de la loi-programme du 24 décembre 2002.

⁶ art. 263 § 1^{er}, 4^o de la loi-programme du 24 décembre 2002.

32. Les données seront conservées pendant une période de deux ans à compter de leur réception (à partir du moment où l'ensemble des données final est réceptionné par les chercheurs). Ce délai est nécessaire pour pouvoir finaliser l'étude et répondre aux questions d'instances publiques telles l'INAMI, le SPF Santé publique, le SPF Sécurité sociale.
33. Afin d'analyser et d'évaluer l'équité en ce qui concerne la consommation et le financement des soins de santé, des données individuelles s'avèrent nécessaires, notamment en ce qui concerne la position socio-économique, le profil socio-démographique, l'état de santé, la consommation des soins et la contribution au financement. Étant donné qu'il n'existe pas de set de données offrant ces données dans leur ensemble, le couplage des données de l'AIM avec les données de l'enquête SILC et des données du datawarehouse de la BCSS s'avère nécessaire.
34. Les variables du set de données UE constituent la structure de base du set de données SILC en ce qui concerne la démographie, le logement, la déprivation matérielle, le revenu, l'enseignement, la santé et le statut de travail. Elles sont indispensables à l'identification de la position socio-économique et du profil socio-démographique. Ces données contiennent des données personnelles qui sont indispensables à la réalisation de l'étude, par exemple l'âge, le sexe, le statut de travail, le niveau d'études et la commune. Le domicile de l'individu est demandé au niveau du code commune INS. Ceci est nécessaire pour pouvoir réaliser une connexion avec des informations qui sont accessibles au public, comme la densité des médecins généralistes, des spécialistes ou des dentistes dans les environs directs ou la distance par rapport à l'hôpital le plus proche. Il est important de tenir compte de l'offre en ce qui concerne la prestation de soins. Si le domicile est connu à un niveau moins détaillé, par exemple l'arrondissement, une partie importante de la variation entre les ménages se perd. Dans la région de Bruxelles, il n'y a, dans ce cas, plus de variation. Une variation suffisante est d'autant plus importante, étant donné que nous travaillons avec un échantillon limité de la population.
35. L'enquête SILC européenne contient trop peu de détails à certains niveaux pour cette étude. C'est pourquoi les variables SILC belges constituent un complément important.
36. Toutes les informations relatives au revenu au niveau du ménage ne sont pas demandées. Les chercheurs se concentrent sur les revenus généraux du ménage, les prestations familiales et les revenus patrimoniaux. Dans les variables SILC EU harmonisées, de nombreux revenus et allocations individuels sont regroupés, ce qui empêche une vue détaillée de la situation belge.
37. Le Comité sectoriel estime que la demande est proportionnelle.

D. TRANSPARENCE

38. Conformément à l'art. 12 du RGPD, le responsable du traitement doit prendre des mesures appropriées pour fournir toute information en ce qui concerne le traitement à la personne concernée d'une façon concise, transparente, compréhensible et aisément accessible, en des termes clairs et simples. Les informations sont fournies par écrit ou par d'autres moyens y compris, lorsque c'est approprié, par voie électronique.

39. Le responsable du traitement de données à caractère personnel, collectées à des fins déterminées, explicites et légitimes ou l'organisation intermédiaire doit, préalablement à la pseudonymisation des données, en principe communiquer certaines informations à la personne concernée.
40. Le responsable du traitement est toutefois dispensé de fournir ces informations lorsque l'information de la personne concernée se révèle impossible ou implique des efforts disproportionnés, en particulier lors d'un traitement à des fins scientifiques. Compte tenu du grand nombre de personnes dont les données à caractère personnel seront traitées (environ 48.000 patients) et compte tenu du fait que bon nombre de ces personnes auront déménagé ou seront décédées, les chercheurs sont d'avis que cette communication impliquerait des efforts disproportionnés.

E. MESURES DE SÉCURITÉ

41. Le demandeur doit, conformément à l'art. 5, f) du RGPD, prendre toutes les mesures techniques et organisationnelles nécessaires à la protection des données à caractère personnel. Ces mesures doivent garantir un niveau de protection adéquat, compte tenu, d'une part, de l'état de la technique en la matière et des frais qu'entraîne l'application de ces mesures et, d'autre part, de la nature des données à protéger et des risques potentiels.
42. Pour garantir la confidentialité et la sécurité du traitement de données, tout organisme qui conserve, traite ou communique des données à caractère personnel est tenu de prendre des mesures dans les onze domaines d'action suivants liés à la sécurité de l'information: politique de sécurité; désignation d'un conseiller en sécurité de l'information; organisation et aspects humains de la sécurité (engagement de confidentialité du personnel, information et formations régulières du personnel sur le thème de la protection de la vie privée et sur les règles de sécurité); sécurité physique et de l'environnement; sécurisation des réseaux; sécurisation logique des accès et des réseaux; journalisation, traçage et analyse des accès; surveillance, revue et maintenance; système de gestion des incidents de sécurité et de la continuité (systèmes de tolérance de panne, de sauvegarde, ...); documentation.
43. Le KCE déclare que les données ne sont jamais rassemblées en un seul endroit, couplées et conservées avec un numéro national non codé.
44. Conformément à l'article 9, point 3, du RGPD, le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé peut uniquement être effectué sous la surveillance et la responsabilité d'un professionnel des soins de santé. Le Comité sectoriel a reçu son identité.
45. Le Comité sectoriel rappelle que lors du traitement de données à caractère personnel, le professionnel des soins de santé ainsi que ses préposés ou mandataires sont soumis au secret.
46. Pour que cette étude puisse avoir lieu, il est fait appel à la Trusted Third Party de eHealth. Cette dernière est responsable pour la pseudonymisation des données ID. Le Datamanagement du KCE procède ensuite au couplage des données fournies sur la base des numéros fictifs (ID project).

47. Le Comité souligne qu'une séparation des fonctions au sein du KCE s'avère indispensable. Les personnes du datamanagement responsables du couplage, ne peuvent pas être les mêmes personnes que les chercheurs qui reçoivent le set de données final.
48. Une analyse small cell risk (SCRA) sera réalisée sur le set de données couplé, avant que celui-ci ne soit mis à la disposition des chercheurs.
49. Le Comité sectoriel rappelle enfin qu'il est interdit d'entreprendre toute action visant à convertir les données à caractère personnel pseudonymisées communiquées en données à caractère personnel non pseudonymisées.

Par ces motifs,

le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé

autorise, conformément aux modalités de la présente délibération, la communication de données à caractère personnel codées, en ce compris de données à caractère personnel relatives à la santé, provenant de la Direction générale Statistique (enquête SILC), de l'Agence intermutualiste (AIM) et du datawarehouse de la Banque Carrefour de la sécurité sociale (DWH BCSS), dans le cadre du projet « The performance of the Belgian health system », pour autant que le Comité soit informé du rapport de l'analyse small cell risk.

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).

Annexe: données demandées

AD Statistiek (SILC enquête wave 2008, 2012, 2013, 2016)

De Belgische records van de internationaal geharmoniseerde onderzoeksdataset 'EU-SILC'. Het betreft nagenoeg alle basisvariabelen die deel uitmaken van de Eurostat dataset op huishoudniveau (H-variabelen, D-variabelen) en individueel niveau (P-variabelen, Rvariabelen). Enkele basisvariabelen die niet noodzakelijk zijn voor dit onderzoek zijn geschrapt. Enkele variabelen die standaard voor Eurostat worden berekend worden bijkomend gevraagd.

- De ad hoc jaarmodule EU SILC 2013 die deel uitmaakt van de Eurostat dataset.
- De ad hoc jaarmodule EU SILC 2016 die deel uitmaakt van de Eurostat dataset.
- Variabelen I6-I10, I19-I32, I37-I40 uit de Belgische SILC enquête met betrekking tot de huidige hoofdactiviteit en loopbaan van actieven.
- Variabelen I41-I94, I97-I121 uit de Belgische SILC enquête met betrekking tot de verschillende inkomenscomponenten op individueel niveau (vb. arbeidsmarktinkomen, uitkeringen).
- Variabelen I133-I139 uit de Belgische SILC enquête met betrekking tot gezondheid en welzijn.
- Variabelen I157-I167 uit de Belgische SILC enquête met betrekking tot opleiding.
- Variabelen H5-H12, H50_B uit de Belgische SILC enquête met betrekking tot de huidige woonsituatie.
- Variabelen H50-H63 uit de Belgische SILC enquête met betrekking tot niet-monetaire indicatoren van armoede, schulden en economische stress.
- Variabelen H64-H69, H72-H75, H90-H93, H98-H101 uit de Belgische SILC enquête met betrekking tot verschillende inkomenscomponenten op huishoudniveau.

Kruispuntbank Sociale Zekerheid, Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming (periode 2007-2016 of laatst beschikbaar)

Informatie over bruto-inkomens en bruto-belastbaar inkomen per databron, geaggregeerd per jaar. Bijkomend wordt de bijdragecategorie voor zelfstandigen aangevraagd.

Informatie over de patronale bijdragen en bijhorende kortingen gerapporteerd via de RSZ en de RSZPPO. Dit op geaggregeerd niveau per jaar en waar nodig per bijdrage of kortingscode. Er wordt waar nodig rekening gehouden met positieve of negatieve waarden bij de aggregatie.

- Individual identifier
- Information on gross and gross taxable income
- Bruto belastbaar loon rsz
- Bruto belastbaar loon rszppo
- Bruto belastbare uitkering fao
- Bruto belastbare uitkering fbz
- Bruto belastbare uitkering fod sz
- Bruto belastbare uitkering nic
- Bruto belastbare uitkering pod mi
- Bruto belastbare uitkering riziv
- Bruto belastbare uitkering rkw
- Bruto belastbare uitkering rsvz-kb
- Bruto belastbare uitkering rva
- Bruto belastbare uitkering rvp
- Bruto loon rsz
- Bruto loon rszppo
- Bruto uitkering fao
- Bruto uitkering fbz
- Bruto uitkering fod sz
- Bruto uitkering nic
- Bruto uitkering pod mi
- Bruto uitkering riziv
- Bruto uitkering rkw
- Bruto uitkering rsvz-kb
- Bruto uitkering rva
- Bruto uitkering rvp
- Inkomen RSVZ
- Bijdragecategorie
- Verminderingscode werkgever
- Bedrag van de bijdragevermindering
- Patronale bijdragevermindering
- Verminderingscode
- Bedrag van de bijdragevermindering
- Werkgeversbijdrage
- Bijdragecode
- Bijdragebedrag
- Bedrag bijzondere bijdrage
- Werkgeversbijdrage
- Bijdrage 2p
- Bijdrage 671
- Bijdrage 672
- Bijdrage AR
- Bijdrage ch
- Bijdrage ch ds
- Bijdrage dpv
- Bijdrage dpv2
- Bijdrage fmp
- Bijdrage p ds
- Bijdrage pb
- Bijdrage spc
- Bijdrage sz ds
- Bijdrage werknemer-student
- Bijdrage_307
- Bijdrage_308
- Bijdrage_864
- Bijdrage_865

InterMutualistisch Agentschap (periode 2007-2016)

Terugbetalingen in het kader van de gezondheidszorg.

Informatie over socio-economische profielen en sociale zekerheidsprofielen.

- Identificatie zending A
- Identificatie zending B
- Identificatie aanvraag
- Identificatie rechthebbende
- Begindatum verstrekking
- Nomenclatuurcode
- Boekhoudjaar doc C
- Boekhoudmaand doc C
- Bron van oorsprong
- Boekhoudcode doc C
- Achtervoegsel boekhoudcode doc C
- Boekhoudcode doc N
- Aantal gevallen
- Aantal dagen
- Bedrag terugbetaling
- Zorgverstrekker
- Zorgverstrekkerbekwaming
- Voorschrijver
- Voorschrijverbekwaming
- Identificatie instelling
- Dienstcode
- Plaats van verstrekking
- Stelsel uitgaven
- Code Gerechtigde 1 (CG1)
- Code Gerechtigde 2 (CG2)
- Nummer derde
- Derdebekwaming
- Datum opname
- Datum ontslag
- Type factuur
- Datum laatste verstrekking
- Betrekkelijke verstrekking
- Nummer product
- Norm verstrekking
- Nacht, week-end
- Gefactureerde nomenclatuurcode
- Datum voorschrift
- Persoonlijke tussenkomst
- Supplement
- Code implant
- Payant
- Week van de prestatie
- Maand van de prestatie
- Jaar van de prestatie
- Volgnummer, in de tijd, van de prestatiesdagen per prestatiejaar
- Indelingen in categorieën - subcategorieën en kostengroepen van de nomenclatuurcode zoals deze worden bepaald door het actuariaat van het RIZIV
- Binnen 21 boekhoudmaanden of daarbuiten geboekt
- 2 Eerste cijfers (beroepscode) van de verstrekker
- 2 Eerste cijfers (beroepscode) van de voorschrijver
- 3 Eerste cijfers (type) van de verblijfsinstelling
- 3 Laatste cijfers van (kwalificatie)de verblijfsinstelling
- 3 Eerste cijfers (type) van de plaats van prestatie
- 3 Laatste cijfers (kwalificatie) van de plaats van prestatie
- Afgerekend via derde betaler of niet (SS00105<> of = 0)
- Verschillende niveau's van de ATC code volgen de productcode CNK uit referentie tabellen van het KCE
- In weekend of 's nachts of niet (SS00145<> of = 0)
- Week van het voorschrift
- Maand van het voorschrift
- Jaar van het voorschrift

- Jaar /volnummer van de opnames/verblijven
- Identificatie zending A
- Identificatie zending B
- Identificatie aanvraag
- Identificatie rechthebbende
- Datum van aflevering
- Code categorie geneesmiddel
- Boekhoudjaar doc C
- Boekhoudmaand doc C
- Bron van oorsprong
- Boekhoudcode doc C
- Achtervoegsel boekhoudcode doc C
- Boekhoudcode doc N
- Hoeveelheid
- ZIV tegemoetkoming 1
- Apotheker titularis
- 001
- Voorschrijver
- Voorschrijverbekwaming
- Galenische vorm magistrale bereiding
- Nummer officina
- Stelsel uitgaven
- Code Gerechtigde 1 (CG1)
- Code Gerechtigde 2 (CG2)
- Tarificatiedienst
- 000
- Jaar en maand van facturering
- Type factuur
- Datum van aflevering
- Sleutel magistrale bereiding
- Nummer product
- 1ste positie van de eenheid
- 2de positie van de eenheid
- Datum voorschrift
- IPersoonlijke tussenkomst
- Vermindering van het terugbetalingsbedrag
- Barcode
- Uitgestelde aflevering
- Verminderde verzekeringstegemoetkoming
- Aanduiding NNI
- ZIV tegemoetkoming 2
- Codering honoraria
- Aanduiding 1ste aflevering
- Supplement
- Week van de aflevering
- Maand van de aflevering
- Jaar van de aflevering
- Volnummer, in de tijd, van de prestatiesdagen per prestatiejaar
- Indelingen in categorieën - subcategorieën en kostengroepen van de nomenclatuurcode zoals deze worden bepaald door het actuariaat van het RIZIV
- Binnen 21 boekhoudmaanden of daarbuiten geboekt
- Eerst 2 posities van het rizivnr van de apotheker
- 2 Eerste cijfers (beroepscode) van de voorschrijver
- Maand van de facturatie
- Jaar van de facturatie
- Verschillende niveau's van de ATC code volgen de productcode CNK uit referentie tabellen van het KCE
- Eenheid waarin de hoeveelheid vermeld wordt
- Week van het voorschrift
- Maand van het voorschrift
- Jaar van het voorschrift
- Nummer VI
- Jaar/Maand foto
- Identificatie rechthebbende
- Geboortjaren
- Geslacht
- NIS code
- Code Gerechtigde 1 (CG1)
- Code Gerechtigde 2 (CG2)
- Jaar van overlijden
- Maand van overlijden

- Identificatie gerechtigde
- Statistische sector
- Geteld in de modellen E
- Gerechtigde / persoon ten laste
- Sociale toestand op de datum van de mod. E
- Code werkloosheid
- Ingangsperiode reële rechten
verzekeraarbaarheid
- Eindperiode reële rechten
verzekeraarbaarheid
- NBMV
- Aard/bedrag inkomen
- Oorsprong erkenning als mindervalide
- Aard VT / OMNIO
- Forfait B verpleegkundige zorgen
- Forfait C verpleegkundige zorgen
- Kinesithérapie E of fysiotherapie
- Verhoogde kinderbijslagen
- Toelage voor de integratie van
gehandicapten (cat III, IV of V)
- Toelage voor hulp aan ouderen (cat III,
IV of V)
- Uitkering hulp aan derden
- Verhoogde invaliditeitsuitkering
wegens hulp van derden
- Forfaitaire uitkering hulp aan derden
- Criterium hospitalisatie (120 dagen)
- Criterium hospitalisatie (6
hospitalisaties)
- Recht MAF Gezin
- Categorie MAF Gezin
- Categorie Maf Individu
- Terugbetaling en plafond – gezin
- Terugbetaling en plafond – individu of
gedeelte van het gezin
- Periode recht MAF
- Mono of mixed gezin
- Type gezin
- Nummer gezinshoofd MAF
- Recht op gewaarborgd inkomen,
inkomens garantie voor oudere of op
het leefloon
- Recht op toelagen van gehandicapten
- Meer dan 12 maanden
werkloosheidsuitkering (en meer dan
50jaar)
- Recht op hulp van OCMW
- Recht MAF chronische ziektes
- Statuut Chronische Aandoening-
Financieel criterium
- Statuut Chronische Aandoening-Forfait
Chronische Ziekte
- Statuut Chronische Aandoening-
Weesziekte
- Aantal dagen werkloosheid
- Aantal dagen arbeidsongeschiktheid
- Aantal dagen invaliditeit
- Evaluatie van de graad van
zelfredzaamheid
- Pijler 1 van de medisch-sociale schaal
van het kind met een handicap
- Pijler 2 van de medisch-sociale schaal
van het kind met een handicap
- Pijler 3 van de medisch-sociale schaal
van het kind met een handicap
- Eenoudergezin
- Rechthebbenden van de permanente
steekproef (9999 of YYYY) of niet (0)
- Niet in de steekproef / Basissteekproef
/ Oversampling
- Rechthebbende jonger dan (<) of ouder
of gelijk aan (\geq) 65 jaar
- Leeftijdscategorie per 5 jaar
- Leeftijdscategorie per 10 jaar
- Geboren of niet geboren in het
referentiejaar
- Provincie
- Recht op grote risico's (loontrekkende
of zelfstandige) volgens KG1
- WIGW of niet volgens KG1
- Voorkeurtarief verplichte verzekering
of niet volgens KG1
- Invalide/mindervalide of niet volgens
KG1

- Recht op kleine risico's volgens KG1/KG2
- Overleden in het referentiejaar of niet
- Titularis of niet
- Sociale toestand van de rechthebbende (prive-openbare sector-zelfstandigen-IGO)
- Werkloostype in het laatste trimester van het jaar voorafgaand aan het referentiejaar
- Werkloostype in het laatste trimester van het jaar voorafgaand aan het referentiejaar
- mindervalide of niet
- Attest chronisch zieken in het referentiejaar en/of recht op een toelage voor gehandicapten
- Minstens één dag werkloosheid of niet
- Minstens één dag primaire arbeidsongeschiktheid of niet
- Minstens 1 ziektedag invaliditeit of niet
- Hoeveel rechthebbenden hetzelfde MAF gezinshoofd hebben als de betrokken rechthebbende
- Staat voor een reeks van 12 flags die in functie van geslacht (1 of 2) en leeftijdscategorie (1 tem 6) een indicatie geven van de potentiële beschikbaarheid van gezinsleden van de rechthebbende als informele zorgverstrekker. Deze factor hangt in belangrijke mate af van de arbeidsmarktsituatie (werkend of niet) en van de gezondheidstoestand van de gezinsleden. Gezinsleden jonger dan 25 worden beschouwd als niet beschikbaar als potentiële hulpverlener.
- Urbanisatiegraad van de woonplaats van de rechthebbende
- Identificatie rechthebbende
- Ziekenhuis van opname
- Ziekenhuis van transfert
- Berekende ligduur op basis van de opname- en ontslagdatums
- Berekende ligduur die in het jaar van de tabel (Sreekproef) valt
- Jaar /volgnummer van de opnames/verblijven
- Type van de opname/verblijf
- Opnamedatum/eerste dag dat er een ligdag wordt gefactureerd in een verblijf
- Maand afgeleid uit ADMISSION
- Jaar afgeleid uit ADMISSION
- Ontslagdatum/laatste dag dat er een ligdag wordt gefactureerd in een verblijf
- Maand afgeleid uit DISCHARGE
- Jaar afgeleid uit DISCHARGE