

Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid

SCSZG/18/188

BERAADSLAGING NR. 18/101 VAN 4 SEPTEMBER 2018 BETREFFENDE DE MEDEDELING VAN GEPSEUDONIMISEERDE PERSOONSgegevens, MET INBEGRIp VAN PERSOONSgegevens DIE DE GEZONDHEID BETREFFEN, AFKOMSTIG VAN DE ALGEMENE DIRECTIE STATISTIEK (SILC ENQUÊTE), HET INTERMUTUALISTISCHE AGENTSCHAP (IMA) EN DE DATAWAREHOUSE ARBEIDSMARKT VAN DE KRUISPUNTBANK VAN SOCIALE ZEKERHEID (DWH KSZ) AAN HET FEDERAAL KENNISCENTRUM VOOR DE GEZONDHEIDSZORG IN HET KADER VAN HET PROJECT “THE PERFORMANCE OF THE BELGIAN HEALTH SYSTEM”

Het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid (hierna “het Sectoraal Comité” genoemd),

Gelet op de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR);

Gelet op de wet van 3 december 2017 tot oprichting van de Gegevensbeschermingsautoriteit, in het bijzonder artikel 114, gewijzigd bij de wet van 25 mei 2018;

Gelet op de wet van 15 januari 1990 *houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid*, inzonderheid op artikel 15;

Gelet op de wet van 21 augustus 2008 *houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen*;

Gelet op de machtigingsaanvraag vanwege het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg;

Gelet op het gezamenlijk auditoraatsrapport van de KSZ en het eHealth-platform van 10 juli 2018;

Gelet op het verslag van de heer Yves Roger.

Beslist op 4 september 2018, na beraadslaging, als volgt:

I. ONDERWERP VAN DE AANVRAAG

1. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg dient een aanvraag in teneinde een beraadslaging te verkrijgen voor een studie naar de performantie van de Belgische gezondheidszorg. Onderzoekers wensen op basis van de personen opgenomen in de SILC-enquête (enquête naar inkomsten en levensomstandigheden) een volledige analyse te voeren van het verband van de socio-economische status en de toegang tot de gezondheidszorg.
2. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) is een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid opgericht, ingedeeld in de categorie B als bedoeld in de wet van 16 maart 1954, betreffende de controle van sommige instellingen van openbaar nut (art. 259, § 1 Programmawet 24 december 2002, B.S. 31 december 2002). De juridische missie van het KCE bestaat in het verzamelen en verschaffen van objectieve elementen vanuit de verwerking van geregistreerde gegevens en van gevalideerde gegevens, gezondheidseconomische analyses en alle andere informatiebronnen, om kwalitatief de realisatie van de beste gezondheidszorgen te ondersteunen en om een zo efficiënt en zo transparant mogelijke allocatie en aanwending van de beschikbare middelen van de verzekering geneeskundige verzorging door de bevoegde instanties toe te laten. Dit rekening houdend met de toegankelijkheid van de zorgen voor de patiënt en met de doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid en van de verzekering geneeskundige verzorging (art. 262 Programmawet 24 december 2002).
3. Er zullen gegevens worden opgevraagd van (ongeveer) 47.833 personen die deelnamen aan SILC-enquête (15.108 personen in SILC wave 2008, 13.951 personen in SILC wave 2012, 5.010 nieuwe personen in SILC wave 2013 ten opzichte van SILC 2012, 13.814 personen in SILC wave 2016, waarvan een deel overlapt met SILC wave 2013). Dit betreft eveneens variabelen uit de EU-SILC. De variabelen in de EU-dataset vormen de basisstructuur van de SILC dataset op vlak van demografie, huisvesting, materiële deprivatie, inkomen, onderwijs, gezondheid, en arbeidsstatus. Ze zijn onontbeerlijk om de socio-economische positie en socio-demografisch profiel in kaart te brengen.
4. In de SILC worden ad random huishoudens geselecteerd. Dit gebeurt via een 2-stappen selectieprocedure, waarbij in 2004 in 11 strata (10 provincies en het Brussels hoofdstedelijk gewest) willekeurig een selectie van gemeentes werd gemaakt. De selectie van gemeentes verandert niet. Binnen deze gemeentes worden willekeurige huishoudens geselecteerd.

Een huishouden wordt in principe gedurende 4 jaar jaarlijks geïnterviewd. Dit betekent dat een kwart van de huishoudens ieder jaar wordt vernieuwd.

Een huishouden in de SILC wordt gedefinieerd als volgt: een persoon of groep van personen die samenwonen op eenzelfde adres en bestaansmiddelen delen. Een record met basisgegevens van al deze personen wordt in het kader van SILC enquête standaard bijgehouden (R-dataset). Vervolgens wordt een gedetailleerd interview afgenomen van alle individuen in het huishouden met een leeftijd van 16 jaar of ouder op het einde van de inkomensreferentieperiode (burgerlijk jaar voorafgaand aan het interviewjaar).

De selectie bevat niet alleen de geïnterviewde personen, maar alle individuen die tot een huishouden behoren waarvan minstens 1 individu geïnterviewd werd in de gevraagde enquêtejaren. De redenen waarom ook niet geïnterviewde personen geselecteerd moeten worden zijn: ten eerste, richt dit onderzoek zich eveneens op het gebruik van en de uitgaven

voor gezondheidszorg door individuen jonger dan 16 jaar en, ten tweede, worden bepaalde sociale voordelen toegekend op niveau van het huishouden, bijvoorbeeld de vermindering van het remgeld via de maximumfactuur. Hiertoe is een volledig inzicht in het zorggebruik van het huishouden nodig.

5. Mensen met een lager socio-economische status (opleidingsniveau, activiteitstatus, inkomensniveau) zouden vaak in slechtere gezondheid verkeren en een verminderde toegang tot de gezondheidszorg hebben dan mensen met een hogere socio-economische positie. Volgens de gezondheidsenquête (2013) zou 8.4% van de Belgische gezinnen in de afgelopen 12 maanden zorg uitgesteld hebben omwille van financiële redenen.
6. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg is een primaire doelstelling van de overheid. Zowel op regionaal, nationaal als internationaal niveau (EU, Wereldgezondheidsorganisatie) worden initiatieven genomen om de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg te waarborgen en te verbeteren. Er zijn enkele studies in België die focussen op ongelijkheid naar socio-economische positie in een deelaspect van het zorggebruik, met name contact met een huisarts of specialist. Een grondige studie die een globaal overzicht geeft van sociale ongelijkheden in gebruik en financiering van de gezondheidszorg in België alsook een evolutie hiervan in de tijd ontbreekt echter.
7. Het KCE maakt op regelmatige basis een overzicht van de sterktes en zwaktes van het Belgische gezondheidssysteem, om hierop aansluitend richting te kunnen geven aan beleidsbeslissingen rond gezondheid(szorg). Voor het nieuwe performantie rapport in 2019, wordt de billijkheid in het gebruik en de financiering van de gezondheidszorg toegevoegd als studiedomein en in detail geanalyseerd. Meer specifiek zullen onderzoekers voor een subset van de indicatoren omtrent zorggebruik (op basis van IMA data), die nu reeds gerapporteerd worden om de performantie van het systeem te evalueren, in detail analyseren om eventuele onrechtvaardige verschillen te identificeren tussen personen met een verschillende socio-economische positie. Het niveau van analyse betreft hier het individu. Deze informatie is belangrijk om gezondheidszorgbeleid beter af te stemmen op populatiegroepen waar een risico is op ondergebruik, alsook te evalueren in welke mate het gezondheidsbeleid van het afgelopen decennia heeft bijgedragen aan het vergroten of wegwerken van socio-economische onrechtvaardigheden in zorggebruik en financiering.
8. Het KCE wil o.a. onderzoek voeren naar de “socio-economische onrechtvaardigheid in het gebruik van de gezondheidszorg” enerzijds en de “socio-economische onrechtvaardigheid in de financiering van de gezondheidszorg” anderzijds.
9. Ongelijkheid (inequality) en onrechtvaardigheid (inequity) in het gebruik van de gezondheidszorg zijn twee verwante, maar verschillende concepten. Ongelijkheid verwijst naar verschillen in gebruik tussen personen met een verschillende socio-economische positie. Het is een beschrijvende term, zonder waardeoordeel over de herkomst van deze verschillen. Er kan echter geargumenteed worden dat sommige van deze verschillen gerechtvaardigd zijn, bijvoorbeeld een hoger gebruik bij mensen die een slechtere gezondheid hebben en dus een hogere nood aan gezondheidszorg, en andere niet gerechtvaardigd, bijvoorbeeld een lager gebruik bij mensen die een lager opleidingsniveau hebben of die wonen in een regio met een lagere dichtheid van zorgverstrekkers. Onrechtvaardigheid in gebruik van gezondheidszorg analyseert de geobserveerde verschillen die als onrechtvaardig worden geclassificeerd.

10. De gezondheidszorg wordt gefinancierd door middel van sociale bijdragen, directe en indirecte belastingen (BTW en accijnzen) en REM-gelden. De financiering van de gezondheidszorg bepaalt mee het niveau van gezinsinkomen en bijgevolg de inkomensongelijkheid in België.
11. Om de onrechtvaardigheid naar socio-economische positie in het gebruik en de financiering van de gezondheidszorg te meten, zijn verschillende soorten persoonsgegevens vereist: informatie over de socio-economische positie van het individu (inkomen, opleiding, activiteitstatus, materiële deprivatie, etc.), informatie over de behoefte aan gezondheidszorg (gezondheidstoestand, activiteitbeperkingen, aanwezigheid van chronische aandoeningen, leeftijd, geslacht, etc.), informatie voor de beschikbaarheid van de gezondheidszorg in de omgeving (woonplaats, urbanisatiegraad, densiteit van zorgverstrekkers in de omgeving, etc.), informatie over het gebruik van de gezondheidszorg (bezoek aan arts, ziekenhuisbezoek, gebruik van specifieke medicatie, participatie aan preventie zorg, bezit globaal medisch dossier, uitgaven eerstelijnszorg, etc.), informatie over de bijdrage aan de financiering van de zorg (sociale bijdragen, directe en indirecte belastingen).
12. Voor het evalueren van de billijkheid in het gebruik en de financiering van de gezondheidszorg, zijn rijke individuele data nodig omtrent de socio-economische positie, het socio-demografische profiel, de gezondheidstoestand, het gebruik van zorg en de bijdrage aan de financiering. Er bestaat tot op heden geen dataset die al deze gegevens combineert.
13. De IMA gegevens bevatten informatie omtrent het gebruik van gezondheidszorg. Deze data worden nu reeds door het KCE gebruikt om de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem in kaart te brengen op regelmatige tijdstippen. Voor een subset van indicatoren op basis van de IMA data zullen we verder kijken naar socio-economische verschillen die niet gerechtvaardigd kunnen worden door verschillende behoefte aan zorg. Naast indicatoren over zorggebruik, bevatten de IMA gegevens ook informatie over de zorguitgaven.

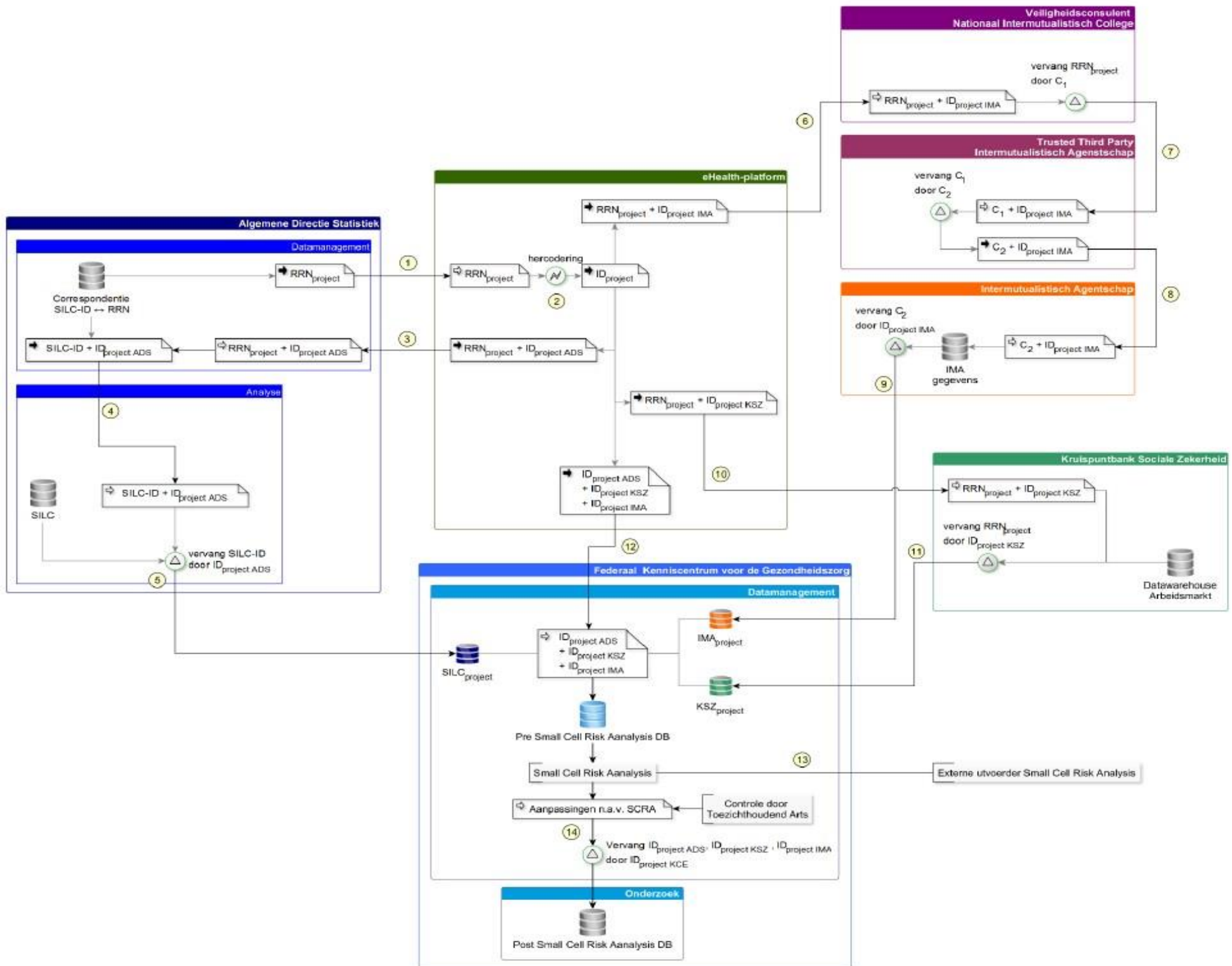
De eigen bijdragen in de zorguitgaven (remgelden en supplementen) kunnen beschouwd worden als het private gedeelte in de financiering van de gezondheidszorg en ook hiervan zal de billijkheid geëvalueerd worden.

De IMA gegevens bevatten echter geen diagnostische informatie voor de Belgische bevolking, enkel voor hen die zorg gebruiken. Bovendien zijn de socio-economische gegevens onvolledig, waarbij zowel inkomen als opleidingsniveau ontbreken.

14. De SILC gegevens (afkomstig van de Algemene Directie Statistiek) komen tegemoet aan deze lacunes. Deze steekproefgegevens bevatten veel informatie over de socio-economische positie, materiële goederen en het vermogen van het individu. Bovendien is er beperkte informatie aanwezig over de zelf-gerapporteerde gezondheidstoestand van het individu. Dit is noodzakelijk om de behoefte aan zorg in te kunnen schatten. Een bijkomend voordeel is dat het EUROMOD microsimulatiemodel op basis van de SILC data de verschuldigde personenbelasting en indirecte belasting kan simuleren. Dit zijn twee belangrijke componenten in de financiering van de gezondheidszorg. Tot slot, wordt de SILC enquête jaarlijks georganiseerd, waardoor recente informatie beschikbaar is. Dit is een voordeel ten opzichte van bijvoorbeeld de Gezondheidsenquête.

15. Als men de financiering van de gezondheidszorg adequaat wil analyseren, heeft men informatie nodig over de sociale bijdragen, het belangrijkste financieringsmechanisme van de publieke financiering van de gezondheidszorg. Gegevens over de sociale bijdragen ontbreken zowel in de SILC als in de IMA gegevens. Deze gegevens zijn wel beschikbaar in de datawarehouse arbeidsmarkt van de KSZ.

16. De gegevensstromen verlopen volgens onderstaand schema:



- 1) Het datamanagement van de Algemene Directie Statistiek (ADS) selecteert alle rijksregisternummers (RRNproject) in de SILC gegevens. Deze worden overgemaakt aan het eHealth-platform.
- 2) De TTP eHealth-platform pseudonimiseert de rijksregisternummers in drie studiespecifieke pseudoniemen: een pseudoniem voor de Algemene Directie Statistiek (IDproject ADS), een pseudoniem voor de KSZ (IDproject KSZ) en een pseudoniem voor het IMA (IDproject IMA).
- 3) Het eHealth-platform stuurt de correspondentielijst met het rijksregisternummer en het pseudoniem voor de ADS (IDproject ADS) naar het Datamanagement van de ADS.
- 4) Datamanagement van de ADS vervangt het rijksregisternummer door het SILC-ID (een pseudoniem op het niveau van de SILC gegevens) en stuurt de correspondentielijst met de SILC-ID en het pseudoniem voor de Algemene Directie Statistiek (IDproject ADS) naar de dienst Analyse van de ADS.
- 5) De dienst Analyse van de ADS vervangt het SILC-ID door het pseudoniem voor de ADS (IDproject ADS) in de gevraagde SILC gegevens en stuurt deze naar KCE Datamanagement.
- 6) Het eHealth-platform stuurt de correspondentielijst met het rijksregisternummer en het pseudoniem voor het IMA (IDproject IMA) naar de veiligheidsconsulent van het Nationaal Intermutualistisch College.
- 7) De veiligheidsconsulent van het Nationaal Intermutualistisch College vervangt het rijksregisternummer door C1 (een pseudoniem) en stuurt de correspondentielijst met C1 en het pseudoniem voor het IMA (IDproject IMA) naar de Trusted Third Party (TTP) van het IMA.
- 8) De TTP IMA vervangt C1 door C2 en stuurt de correspondentielijst met C2 en het pseudoniem voor het IMA (IDproject IMA) naar het IMA.
- 9) Het IMA vervangt C2 door het pseudoniem voor het IMA (IDproject IMA) en stuurt de gevraagde IMA gegevens naar KCE Datamanagement.
- 10) Het eHealth-platform stuurt de correspondentielijst met het rijksregisternummer en het pseudoniem voor de KSZ (IDproject KSZ) naar de KSZ.
- 11) De KSZ vervangt het rijksregisternummer door het pseudoniem voor de KSZ (IDproject KSZ) en stuurt de gevraagde gegevens uit het Datawarehouse Arbeidsmarkt naar KCE Datamanagement.
- 12) Het eHealth-platform stuurt de correspondentielijst met het pseudoniem voor de ADS (IDproject ADS), het pseudoniem voor de KSZ (IDproject KSZ) en het pseudoniem voor het IMA (IDproject IMA) naar KCE Datamanagement.
- 13) De externe uitvoering van de small cell risk analysis (SCRA).
- 14) KCE Datamanagement voert de eventuele aanpassingen uit onder toezicht en controle van de KCE Toezichthoudend Arts. Alle pseudoniemen worden vervangen door een studiespecifiek pseudoniem (IDproject KCE). De na SCRA aangepaste gekoppelde gegevens worden ter beschikking gesteld van de KCE onderzoekers.

II. BEVOEGDHEID

17. Ingevolge artikel 42, § 2, 3° van de wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid is (de afdeling gezondheid van) het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid bevoegd voor het verlenen van een principiële machtiging met betrekking tot elke mededeling van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen.

18. Krachtens de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid verzamelt de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid persoonsgegevens bij de instellingen van sociale zekerheid, slaat ze op, voegt ze samen en deelt ze mee aan de personen die ze nodig hebben voor het verrichten van onderzoeken die nuttig zijn voor de kennis, de conceptie en het beheer van de sociale zekerheid (artikel 5, § 1). Een dergelijke mededeling van persoonsgegevens vergt een principiële machtiging van de afdeling sociale zekerheid van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid (artikel 15, § 1).
19. Krachtens artikel 279 van de programmawet (I) van 24 december 2002¹, “vereist elke overdracht van persoonsgegevens vanuit het Intermutualistisch Agentschap voorts een principiële machtiging van het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid”.
20. Verzoekers wensen beroep te doen op het eHealth platform als Trusted Third Party. Overeenkomstig artikel 5, 8°, van de wet van 21 augustus 2008 *houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform* is voor de tussenkomst van het eHealth-platform als intermediaire organisatie voor de koppeling en de codering (pseudonimisering) van persoonsgegevens de machtiging van het Sectoraal comité vereist.
21. Het Sectoraal Comité oordeelt bijgevolg dat het bevoegd is om zich uit te spreken over de aanvraag.

III. BEHANDELING

A. TOELAATBAARHEID

22. De verwerking van persoonsgegevens is enkel toegelaten voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden en de verwerking van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen is in principe verboden.²
23. De verwerking is echter toegelaten wanneer deze noodzakelijk is voor de bevordering en de bescherming van de volksgezondheid met inbegrip van bevolkingsonderzoek, alsook om redenen van zwaarwegend algemeen belang verplicht door of krachtens een wet, een decreet of een ordonnantie.³
24. De wettelijke missie van het KCE bestaat in het verzamelen en verschaffen van objectieve elementen vanuit de verwerking van geregistreerde gegevens en van gevalideerde gegevens, gezondheidseconomische analyses en alle andere informatiebronnen, om kwalitatief de realisatie van de beste gezondheidszorgen te ondersteunen en om een zo efficiënt en zo transparant mogelijke allocatie en aanwending van de beschikbare middelen van de verzekering geneeskundige verzorging door de bevoegde instanties toe te laten. Dit rekening houdend met de toegankelijkheid van de zorgen voor de patiënt en met de doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid en van de verzekering geneeskundige verzorging⁴.

¹ Programmawet (I) van 24 december 2002, *B.S.*, 28 dec. 2002, p. 58738.

² Art. 9, punt 1 GDPR

³ Art. 6, c), e) en art. 9, i), j) GDPR.

⁴ Art. 262 Programmawet 24 december 2002.

Binnen deze algemene doelstelling bestaat één van de opdrachten van het KCE uit “het maken of het laten maken van kwantitatieve en kwalitatieve analyses op basis van de informatie die het Kenniscentrum ingezameld heeft en op basis van de gegevens die hem ter beschikking worden gesteld op basis van dit hoofdstuk ter ondersteuning van het gezondheidsbeleid en het ontwikkelen van een coherent datamodel hiertoe”⁵. Daarnaast valt het ook onder de opdrachten van het KCE “het verzamelen en het analyseren van informatie met betrekking tot keuzes voor de allocatie van de middelen in de gezondheidszorg”⁶.

25. Het Sectoraal Comité oordeelt dat de aanvraag toelaatbaar is.

B. FINALITEIT

26. Overeenkomstig art. 5, b) van de GDPR is de verwerking van persoonsgegevens enkel toegelaten voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden.
27. In deze KCE studie willen onderzoekers een algemeen beeld geven van socio-economische ongelijkheid (inequality) en onrechtvaardigheid (inequity) in het gebruik van en de financiering van de gezondheidszorg doorheen de tijd in België.

Het KCE maakt op regelmatige basis een analyse van het Belgische gezondheidssysteem, de sterktes en zwaktes worden geïdentificeerd waardoor beleidsbeslissingen rond gezondheid(szorg) gestuurd kunnen worden. Deze beleidsrelevante informatie is belangrijk om gezondheidszorgbeleid beter af te stemmen op populatiegroepen waar een risico is op ondergebruik, alsook te evalueren in welke mate het gezondheidsbeleid van het afgelopen decennia heeft bijgedragen aan het vergroten of wegwerken van socio-economische onrechtvaardigheden in zorggebruik en financiering.

28. Het Sectoraal Comité oordeelt dat het onderzoek welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden nastreeft.

C. PROPORTIONALITEIT

29. Overeenkomstig art. 5, b) en c) van de GDPR dienen de persoonsgegevens toereikend, ter zake dienend en niet overmatig te zijn, uitgaande van de doeleinden waarvoor zij worden verkregen of waarvoor zij verder worden verwerkt.
30. Persoonsgegevens moeten worden bewaard in een vorm die het mogelijk maakt de betrokkenen niet langer te identificeren dan voor de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens worden verwerkt noodzakelijk is.
31. Het proportionaliteitsprincipe veronderstelt dat de verwerking in principe verricht wordt aan de hand van anonieme gegevens. Indien het doeleinde echter niet verwezenlijkt kan worden aan de hand van anonieme gegevens, kunnen gepseudonimiseerde persoonsgegevens worden verwerkt. Gelet op de noodzaak om zeer gedetailleerde analyses

⁵ art. 263 § 1, 1° Programmawet 24 december 2002.

⁶ art. 263 § 1, 4° Programmawet 24 december 2002.

uit te voeren op basis van deze gegevens, hebben de onderzoekers behoefte aan toegang tot gepseudonimiseerde gegevens om deze analyses te kunnen uitvoeren aangezien ze niet kunnen worden verricht aan de hand van anonieme gegevens. Dit doeleinde rechtvaardigt aldus de verwerking van gepseudonimiseerde persoonsgegevens.

32. De gegevens zullen voor een periode van twee jaar na de volledige oplevering ervan bewaard worden (vanaf wanneer de finale dataset door onderzoekers wordt ontvangen). Dit tijdsbestek is nodig om het onderzoek af te ronden en vragen van overheidsinstanties zoals het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, FOD Sociale Zekerheid te kunnen beantwoorden.
33. Teneinde de billijkheid in het gebruik en de financiering van de gezondheidszorg te analyseren en te evalueren, zijn individuele data noodzakelijk omtrent de socio-economische positie, het socio-demografische profiel, de gezondheidstoestand, het gebruik van zorg en de bijdrage aan de financiering. Aangezien er geen dataset bestaat die deze gegevens in zijn geheel ter beschikking stelt, is de koppeling van IMA gegevens met de gegevens uit de SILC enquête en data uit de datawarehouse van de KSZ noodzakelijk.
34. De variabelen in de EU-dataset vormen de basisstructuur van de SILC dataset op vlak van demografie, huisvesting, materiële deprivatie, inkomen, onderwijs, gezondheid, en arbeidsstatus. Ze zijn onontbeerlijk om de socio-economische positie en socio-demografisch profiel in kaart te brengen. Deze gegevens bevatten persoonlijke gegevens die essentieel zijn om het onderzoek goed te verrichten bijvoorbeeld: leeftijd, geslacht, activiteitsstatus, opleidingsniveau en gemeente. De woonplaats van het individu wordt gevraagd op het niveau van de NIS gemeentecode. Dit is nodig om een connectie te kunnen maken met publiek beschikbare informatie, zoals bijvoorbeeld de densiteit van huisartsen, specialisten of tandartsen in de directe omgeving of de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Het is belangrijk om de aanbodkant bij zorgverstrekking in rekening te brengen. Indien de woonplaats gekend is op een minder gedetailleerd niveau, bijvoorbeeld arrondissement, gaat een belangrijk deel van de variatie tussen huishoudens verloren, bijvoorbeeld in de regio Brussel is er in dat geval geen variatie meer. Voldoende variatie is des te belangrijker omdat we slechts met een beperkte steekproef van de bevolking werken.
35. De Europese SILC-enquête bevat op sommige vlakken te weinig detail voor dit onderzoek. Daarom zijn Belgische SILC-variabelen een belangrijke aanvulling.
36. Niet alle inkomensinformatie op huishoudniveau wordt aangevraagd. De onderzoekers leggen de focus op algemene gezinsinkomens, gezinsbijlagen en inkomen uit vermogen. In de geharmoniseerde EU-SILC variabelen worden vele afzonderlijke inkomens en uitkeringen samengevoegd, hetgeen een gedetailleerd inzicht in de Belgische situatie onmogelijk maakt.
37. Het Sectoraal Comité oordeelt dat de aanvraag proportioneel is.

D. TRANSPARANTIE

38. Overeenkomstig art. 12 van de GDPR moet de verwerkingsverantwoordelijke passende maatregelen nemen opdat de betrokkene informatie in verband met de verwerking in een

beknopte, transparante, begrijpelijke en gemakkelijk toegankelijke vorm en in duidelijke en eenvoudige taal ontvangt. De informatie moet schriftelijk of met andere middelen, met inbegrip van, indien dit passend is, elektronische middelen, worden verstrekt.

39. De verantwoordelijke van de verwerking van persoonsgegevens verzameld voor bepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden of de intermediaire organisatie, voorafgaand aan de pseudonimisering van de gegevens, moet in principe bepaalde informatie meedelen aan de betrokken persoon.
40. De verantwoordelijke van de verwerking is echter vrijgesteld van deze informatieverstrekking indien de kennisgeving aan de betrokkene onmogelijk blijkt of onevenredig veel moeite kost, in het bijzonder bij een verwerking voor wetenschappelijke doeleinden. Rekening houdend met het groot aantal personen van wie de persoonsgegevens zal worden verwerkt (ongeveer een 48 000-tal patiënten) en het feit dat een behoorlijk deel hiervan verhuisd of overleden zal zijn, zijn de onderzoekers de mening toegedaan dat deze mededeling onevenredig veel moeite zou kosten.

E. VEILIGHEIDSMATREGELEN

41. De aanvrager moet, overeenkomstig art. 5, f) van de GDPR, alle gepaste technische en organisatorische maatregelen treffen die nodig zijn voor de bescherming van de persoonsgegevens. Deze maatregelen moeten een passend beveiligingsniveau verzekeren, rekening houdend, enerzijds, met de stand van de techniek terzake en de kosten voor het toepassen van de maatregelen en, anderzijds, met de aard van de te beveiligen gegevens en de potentiële risico's.
42. Om de vertrouwelijkheid en de veiligheid van de gegevensverwerking te garanderen, moet iedere instelling die persoonsgegevens bewaart, verwerkt of meedeelt maatregelen nemen in de volgende elf actiedomeinen die betrekking hebben op de informatieveiligheid: veiligheidsbeleid; aanstelling van een informatieveiligheidsconsulent; organisatorische en menselijke aspecten van de veiligheid (vertrouwelijkheidsverbintenissen van het personeel, regelmatige informatieverstrekking en opleidingen ten behoeve van het personeel inzake bescherming van de privacy en veiligheidsregels); fysieke veiligheid en veiligheid van de omgeving; netwerkbeveiliging; logische toegangs- en netwerkbeveiliging; loggings, opsporing en analyse van de toegangen; toezicht, nazicht en onderhoud; systeem van beheer van de veiligheidsincidenten en de continuïteit (backup-systemen, fault tolerance-systemen, ...) en documentatie.
43. Het KCE verklaart dat de gegevens nooit op één plaats worden samengebracht, gekoppeld en met niet-gecodeerd rijksregisternummer worden bewaard.
44. Overeenkomstig art. 9, punt 3 van de GDPR mogen persoonsgegevens betreffende de gezondheid enkel worden verwerkt onder het toezicht en de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg. Het Comité mocht diens identiteit ontvangen.
45. Het Comité herinnert eraan dat de beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg en zijn aangestelden of gemachtigden bij de verwerking van persoonsgegevens tot geheimhouding verplicht zijn.

46. Teneinde dit onderzoek te laten doorgaan wordt de Trusted Third Party eHealth ingeschakeld. Deze is verantwoordelijk voor de pseudonisering van de IDgegevens. Het KCE datamanagement koppelt daaropvolgend de aangeleverde data op basis van de fictieve nummers (ID project).
47. Het Comité wijst erop dat er een scheiding van functies dient te bestaan bij het KCE. De personen van het datamanagement, verantwoordelijk voor de koppeling, mogen niet dezelfde personen zijn als de onderzoekers, die de finale dataset ontvangen.
48. Op de gekoppelde dataset zal een small cell risk analyse (SCRA) worden uitgevoerd vooraleer aan onderzoekers ter beschikking te worden gesteld.
49. Het Sectoraal Comité herinnert er ten slotte aan dat het verboden is om handelingen te stellen die ertoe strekken de meegedeelde gepseudonimiseerde persoonsgegevens om te zetten in niet- gepseudonimiseerde persoonsgegevens.

Om deze redenen, verleent

het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid,

overeenkomstig de modaliteiten van deze beraadslaging, een machtiging voor de mededeling van gecodeerde persoonsgegevens, met inbegrip van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen, afkomstig van de algemene directie statistiek (SILC enquête), het InterMutualistische Agentschap (IMA) en de datawarehouse van de kruispuntbank van sociale zekerheid (DWH KSZ) in het kader van het project “The performance of the Belgian health system”, voor zover het comité in kennis wordt gesteld van het small cell risk analyserapport.

Yves ROGER
Voorzitter

De zetel van het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid is gevestigd in de kantoren van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, op het volgende adres: Willebroekkaai 38 – 1000 Brussel (tel. 32-2-741 83 11).

Bijlage: gevraagde gegevens

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 actuaariaat 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