

<b>Comité de sécurité de l'information Chambre sécurité sociale et santé</b>
--

CSI/CSSS/22/450

**DÉLIBÉRATION N° 22/262 DU 4 OCTOBRE 2022 RELATIVE À LA COMMUNICATION DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL PSEUDONYMISÉES RELATIVES À LA SANTÉ PAR LE SPF SANTÉ PUBLIQUE ET L'AGENCE INTERMUTUALISTE AU VLAAMS INSTITUUT VOOR KWALITEIT VAN ZORG (VIKZ) EN VUE DE LA CRÉATION D'INDICATEURS DE LA QUALITÉ DES SOINS EN CAS D'AVC**

Vu le règlement (UE) n°2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ;

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

Vu la loi du 30 juillet 2018 *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel*;

Vu la loi du 13 décembre 2006 *portant dispositions diverses en matière de santé*, en particulier l'article 42, § 2, 3°, modifié par la loi du 5 septembre 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 37 ;

Vu la loi du 5 septembre 2018 *instituant le comité de sécurité de l'information et modifiant diverses lois concernant la mise en œuvre du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE*, notamment l'article 97 ;

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

Vu la demande d'autorisation de l'UZ Leuven ;

Vu le rapport d'auditorat de la Plate-forme eHealth du 26 septembre 2022 ;

Vu le rapport de monsieur Bart Viaene ;

Émet, après délibération, la décision suivante, le 4 octobre 2022 :

## I. OBJET DE LA DEMANDE

1. Dans le passé, une demande de données relatives à l'ACV a déjà été traitée par le CSI<sup>1</sup>. La différence avec la demande précédente est que dans la présente demande, seules des données couplées sont traitées, toutefois de l'ensemble des hôpitaux généraux reconnus en Flandre.
2. Le Vlaams Instituut voor Kwaliteit en Zorg (VIKZ) a conclu un contrat de gestion avec l'Agence flamande «Zorg en Gezondheid» par lequel il se voit confier la mission de concrétiser la politique de qualité dans les soins de santé flamands au moyen d'indicateurs de qualité validés. Le VIKZ introduit par conséquent une demande visant à obtenir des données à caractère personnel pseudonymisées relatives à la santé provenant du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPF Santé publique) et de l'AIM afin d'établir des indicateurs de qualité dans les soins de l'ACV.
3. Les personnes concernées sont tous les patients flamands admis dans un des hôpitaux généraux reconnus par la Flandre suite à un accident vasculaire cérébral ischémique, un accident ischémique transitoire, un hématome intracrânien non traumatique. En Belgique, le taux d'incidence de l'ACV varie entre 200 et 230 cas par an par 100.000 habitants (rapport KCE 181A<sup>2</sup>). En Flandre, ceci se traduit par 11.000 nouveaux cas par an. Étant donné que le but est de comparer les résultats des différents indicateurs de qualité, il est nécessaire de disposer des données de l'ensemble des admissions au sein des hôpitaux agréés par la Flandre. Les patients enregistrés admis au sein d'un hôpital général flamand ou de l'UZ Brussel ayant reçu dans les RHM le diagnostic de AVC (ICD-10: I63.-), TIA (ICD-10: G45.-) ou hématome non traumatique (ICD-10: I61.- en I62.-) et qui sont âgés de 18 ans au moins. Les données des 3 dernières années disponibles (actuellement, 2018-2020) seront utilisées; seuls les patients ayant quitté l'hôpital au cours des années concernées seront sélectionnés.
4. Les données à caractère personnel pseudonymisées relatives à la santé sont communiquées par le SPF Santé publique et l'Agence Intermutualiste au VIKZ selon le schéma repris en annexe. La plate-forme eHealth et le TTP OA interviennent en tant que tiers de confiance.

Les tâches concrètes qui seront réalisées par le sous-traitant dans le cadre de la présente demande, sont les suivantes:

1. eHealth se charge de la pseudonymisation (voir le §6)
2. La BCSS se charge du couplage des ensembles de données RHM et AIM (voir le § 6)
3. l'AIM réalise une sélection des données provenant de son DWH en vue du couplage
4. Le SPF Santé publique fournit une sélection de patients au moyen du pseudonyme propre, de sorte que ceux-ci puissent être convertis en les NISS en vue du

---

<sup>1</sup> Délibération n° 20/284 du 1<sup>er</sup> décembre 2020 portant sur la communication de données à caractère personnel pseudonymisées relatives à la santé provenant des hôpitaux généraux agréés par la Flandre et de l'Agence intermutualiste (AIM) au Vlaams Instituut voor Kwaliteit en Zorg (VIKZ) afin d'établir des indicateurs de qualité dans les soins de l'ACV.

<sup>2</sup> [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/181B\\_unites\\_neurovasculaires\\_synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/181B_unites_neurovasculaires_synthese.pdf)

couplage aux données de l'AIM; le SPF Santé publique fournit aussi les RHM pour ces patients en vue du couplage par la TTP OA.

## **II. COMPÉTENCE**

5. En vertu de l'article 42, § 2, 3°, de la loi du 13 décembre 2006 *portant dispositions diverses en matière de santé*, la chambre sécurité sociale et santé du Comité de sécurité de l'information est en principe compétente pour l'octroi d'une autorisation de principe concernant toute communication de données à caractère personnel relatives à la santé.
6. Conformément à l'article 5, 8°, 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 requiert l'autorisation du Comité de sécurité de l'information..
7. La chambre sécurité sociale et santé du Comité de sécurité de l'information s'estime dès lors compétente pour se prononcer sur la présente demande.

## **III. EXAMEN**

### **A. ADMISSIBILITÉ**

8. Le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé est en principe interdit, et ce conformément au prescrit de l'article 9, §1<sup>er</sup>, du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), ci-après dénommé RGPD.
9. Selon l'article 9, §2, i), du RGPD, cette interdiction ne s'applique pas lorsque ce traitement est nécessaire pour des motifs d'intérêt public dans le domaine de la santé publique, tels que la protection contre les menaces transfrontalières graves pesant sur la santé, ou aux fins de garantir des normes élevées de qualité et de sécurité des soins de santé et des médicaments ou des dispositifs médicaux, sur la base du droit de l'Union ou du droit de l'État membre qui prévoit des mesures appropriées et spécifiques pour la sauvegarde des droits et libertés de la personne concernée, notamment le secret professionnel.
10. En vertu de l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certains résumés hospitaliers doivent être communiqués au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. Et modifications ultérieures.
11. Le VIKZ a conclu un contrat de gestion avec l'Agence flamande « Zorg en Gezondheid » par lequel il se voit confier la mission de concrétiser la politique de qualité dans les soins de santé flamands au moyen d'indicateurs de qualité validés. La politique de qualité a été définie par le décret flamand du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins

de santé et d'aide sociale (M.B. 10/11/2003). Les indicateurs de cette étude ont pour but de contrôler les soins justifiés, comme décrit à l'article 3 § 2 du décret.

« Les soins justifiés visés au § 1er répondent aux exigences d'efficacité, d'efficience, de continuité, d'acceptabilité sociale et d'orientation vers l'utilisateur. Les soins sont délivrés en garantissant le respect de la dignité et de la diversité humaines, le traitement, la protection de la vie privée et du droit à l'autodétermination, la médiation et le traitement des plaintes, l'information et la participation de l'utilisateur et de toutes les personnes concernées de son entourage. »

12. A la lumière de ce qui précède, le Comité de sécurité de l'information est par conséquent d'avis qu'il existe un fondement admissible pour le traitement des données à caractère personnel pseudonymisées relatives à la santé envisagé.

## **B. PRINCIPES RELATIFS AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL**

### **1. FINALITÉS**

13. Selon l'article 5 du RGPD, les données à caractère personnel doivent être traitées de manière licite, loyale et transparente au regard de la personne concernée. Elles doivent être collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne pas être traitées ultérieurement d'une manière incompatible avec ces finalités. Le traitement ultérieur à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques n'est pas considéré, conformément à l'article 89, paragraphe 1, comme incompatible avec les finalités initiales.
14. Pour tout patient admis, les hôpitaux envoient les diagnostics médicaux (RHM) au SPF Santé publique ainsi que des informations relatives aux soins administrés. En outre, les données de facturation sont fournies aux mutualités en vue du remboursement; ces dernières transmettent ces données de manière doublement pseudonymisées à l'AIM.
15. La demande de couplage s'inscrit dans un projet de développement d'indicateurs de qualité dans les soins ACV. La nécessité de disposer de ce type d'indicateurs a déjà été précisée dans le rapport KCE<sup>3</sup>. Le 19 avril 2014, ceci s'est traduit par un arrêté royal dont une des règles (art. 5, § 2, 2<sup>o</sup>) prévoit que des initiatives doivent être prises pour améliorer la qualité de la prestation de soins. Dans cette optique, un groupe de développement a été constitué; celui-ci se compose de spécialistes de terrain chargés de développer un premier ensemble d'indicateurs dans le cadre de l'association de fait hôpitaux généraux. Étant donné que le but est de mesurer objectivement les indicateurs, il fait appel aux banques de données secondaires de l'AIM et des RHM.

Le premier ensemble d'indicateurs visant à mesurer la qualité des soins ACV sont:

---

<sup>3</sup> Les unités neurovasculaires: efficacité, indicateurs de qualité et organisation en 2012 (<https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/les-unites-neurovasculaires-efficacite-indicateurs-de-qualite-et-organisation>)

- Le pourcentage de patients souffrant d'un AVC ischémique pour lesquels un traitement thrombolytique par intraveineuse a été démarré pendant l'hospitalisation;
- Le pourcentage de patients souffrant d'un AVC ischémique qui contractent une pneumonie de déglutition pendant le séjour à l'hôpital;
- Le pourcentage de patients souffrant d'un AVC ischémique qui contractent une infection urinaire pendant le séjour à l'hôpital;
- Prévention secondaire de l'ACV: Pourcentage de patients souffrant d'un ACV/AIT ischémique et d'une fibrillation auriculaire qui sont traités par anticoagulants au moment de la sortie;
- mortalité de 30 jours et de 90 jours après un ACV.

Les indicateurs 2 et 3 sont calculés sur la base des RHM. Les indicateurs 1, 4 et 5 sont calculés sur la base d'un couplage de données de l'AIM aux RHM.

**16.** Ces indicateurs sont associés à la qualité des soins de la manière suivante:

**Indicateur 1:** La thrombolyse est un traitement éprouvé de l'infarctus cérébral si elle est administrée dans les 4,5 heures suivant l'apparition des symptômes. La thrombolyse augmente les chances d'un rétablissement fonctionnel satisfaisant et elle ne fait pas augmenter la mortalité. Il ressort de différentes études que le nombre de patients bénéficiant d'une thrombolyse varie fortement d'un centre à l'autre (entre 1 et 20%). Pour la Flandre, aucune donnée officielle n'est connue. Le nombre de thrombolyse reflète la qualité de l'organisation intrahospitalière de l'accueil aigu et aussi en partie la qualité de l'éducation publique locorégionale en rapport avec la reconnaissance d'un ACV, en partie par l'équipe de soins ACV locale.

**Indicateurs 2& 3 :** Les infections sont fréquentes après un ACV. La fréquence varie entre 5 et 65%. Cette grande variation est sans doute le résultat de différences dans la population des patients, le projet d'étude et les définitions utilisées. Une infection après un ACV augmente la mortalité de manière substantielle. Les deux infections les plus fréquentes sont la pneumonie et les infections urinaires. Des études montrent qu'il est possible d'éviter en partie ces infections. Il existe ainsi la preuve qu'il est possible d'éviter des pneumonies de déglutition par le dépistage des troubles de la déglutition et par une thérapie de logopédie. Les infections urinaires peuvent être évitées en évitant l'utilisation de sondes à demeure et en utilisant des scanners de la vessie avant d'avoir recours au sondage intermittent. Une faible prévalence des 2 infections classiques que l'on peut éviter par un dépistage efficace de la déglutition et une politique prudente des sondes urinaires, constitue un indicateur de qualité pour des soins de l'ACV bien organisés.

**Indicateur 4:** Les patients qui ont déjà été victimes d'un AVC ou d'un AIT courent un risque accru de souffrir d'un nouvel ACV ou ATI en cas de fibrillation auriculaire. Le traitement anticipé par des anticoagulants constitue, sauf indications contraires, une stratégie de prévention fondée sur des preuves. Son application donnera lieu à une mortalité réduite et à une réduction du nombre de réhospitalisations. Démarrer le plus rapidement possible après un ACV avec une anticoagulation, en particulier lors d'une fibrillation auriculaire, en tant

qu'exposant de réduction du risque secondaire de récurrence après un ACV ischémique, est un indicateur de qualité pour l'organisation des soins de suivi.

**Indicateur 5:** Il existe de solides preuves que les résultats des indicateurs de mortalité pour des diagnostics spécifiques varient considérablement entre les hôpitaux, pour lesquels il est établi qu'une mortalité élevée peut être associée à une qualité de soins inférieure. Ceci vaut également pour l'indicateur « Mortalité après un diagnostic principal d'ACV ischémique ». Par ailleurs, il est important que le volume d'interventions soit suffisamment grand pour prouver des différences significatives. Cet indicateur répond aux deux critères.

17. Au vu des objectifs du traitement tels que décrits ci-dessus, le Comité de sécurité de l'information considère que le traitement des données à caractère personnel envisagé poursuit bien des finalités déterminées, explicites et légitimes.

## 2. MINIMISATION DES DONNÉES

18. L'article 5, §1<sup>er</sup> du RGPD dispose que les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées (minimisation des données).
19. La liste exhaustive des données figure en annexe.
20. Le NISS des patients est utilisé pour le couplage des données.
21. Les données issues de la banque de données des RHM servent à sélectionner correctement les hospitalisations de patients et à déterminer certains diagnostics médicaux. Dans un souci d'exhaustivité et afin de minimaliser la charge d'enregistrement auprès des hôpitaux, les données du SPF Sécurité sociale sont demandées.
22. Les données de facturation et le statut vital provenant du DWH de l'AIM servent à déterminer les procédures qui ont été exécutées ou les médicaments qui ont été administrés.
23. Les chercheurs utiliseront les données des trois dernières années disponibles (2018-2020) afin d'évaluer la qualité des données, de cartographier l'évolution des statistiques et d'obtenir un nombre suffisant de séjours par hôpital.
24. Données de
  - Indicateur 1: données relatives à la thrombolyse
  - Indicateurs 2 & 3: données relatives aux infections
  - Indicateur 4: données relatives aux anticoagulants
  - Indicateur 5: données relatives à la mortalité après 30 et 90 jours.
25. 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 l'aide de ces données, le demandeur a besoin d'avoir accès à des données pseudonymisées afin d'être en mesure de réaliser des analyses très détaillées qu'il ne serait pas possible de réaliser à l'aide de données anonymes. Cette finalité justifie donc le traitement de données à caractère personnel pseudonymisées.

26. La plate-forme eHealth intervient en tant que tiers de confiance pour le couplage et la pseudonymisation des NISS. La plate-forme eHealth est autorisée à conserver la clé de codage pour toute la durée du projet, soit 3 ans à partir de la mise à disposition des données. Cette clé sera ensuite détruite.
27. Le Comité constate qu'une *small cell risk analysis* sera réalisée par le KCE. Le Comité rappelle que cette analyse doit être effectuée avant la mise à disposition des données et que toutes les mesures visant à limiter les risques de réidentification des personnes concernées doivent être mise en œuvre par le SPF Santé Publique et l'IMA.

### 3. LIMITATION DE LA CONSERVATION

28. Conformément à l'article 5, §1er, e), les données à caractère personnel doivent être conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées. Les données à caractère personnel peuvent être conservées pour des durées plus longues dans la mesure où elles seront traitées exclusivement à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques conformément à l'article 89, paragraphe 1, pour autant que soient mises en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées requises par le présent règlement afin de garantir les droits et libertés de la personne concernée (limitation de la conservation).
29. Ces indicateurs valides seront recalculés régulièrement afin de pouvoir suivre l'évolution de la qualité des soins. Ces données seront conservées pendant 3 ans au maximum. À l'issue de cette période, les données seront détruites. Seuls les résultats agrégés et les indicateurs seront conservés en vue du suivi des évolutions.
30. Le Comité de sécurité de l'information estime que ce délai de conservation est raisonnable..

### 4. TRANSPARENCE

31. Conformément à l'article 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.
32. Lorsque les données à caractère personnel n'ont pas été collectées auprès de la personne concernée, le responsable du traitement fournit à celle-ci toutes les informations mentionnées à l'article 14, §1er du RGPD.

33. Néanmoins, cette obligation n'est pas d'application lorsque la fourniture de telles informations se révèle impossible ou exigerait des efforts disproportionnés, en particulier pour le traitement à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques sous réserve des conditions et garanties visées à l'article 89, paragraphe 1, ou dans la mesure où l'obligation visée au paragraphe 1 du présent article est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs dudit traitement. En pareils cas, le responsable du traitement prend des mesures appropriées pour protéger les droits et libertés ainsi que les intérêts légitimes de la personne concernée, y compris en rendant les informations publiquement disponibles<sup>4</sup>.
34. Les patients sont informés, au moyen des déclarations de protection de la vie privée des hôpitaux participants, de l'utilisation de leurs données dans des études scientifiques d'appui d'initiatives de qualité internes et externes, dans le but d'améliorer la qualité. Cette déclaration n'a pas spécifiquement trait à l'une ou l'autre étude. Par ailleurs, le VIKZ publie sur son site web zorgkwaliteit.be les études qu'il réalise, il y mentionne aussi les informations détaillées concernant les données (à caractère personnel) utilisées.
35. En ce qui concerne les données de l'AIM, il est impossible de retrouver l'identité des patients. En ce qui concerne les données RHM, le pseudonyme ne permet pas d'identifier les patients.
36. Le VIKZ renvoie aussi à la disposition 14.5b du RGPD selon laquelle la fourniture des informations se révèle impossible ou exigerait des efforts disproportionnés. Conformément à cet article, les mesures appropriées seront prises pour protéger les droits et libertés ainsi que les intérêts légitimes de la personne concernée.
37. Le Comité de sécurité de l'information est d'avis qu'il existe suffisamment de transparence quant au traitement envisagé.

## 5. MESURES DE SÉCURITÉ

38. Selon l'article 5, §1er, f) du RGPD, les données à caractère personnel doivent être traitées de façon à garantir une sécurité appropriée des données à caractère personnel, y compris la protection contre le traitement non autorisé ou illicite et contre la perte, la destruction ou les dégâts d'origine accidentelle, à l'aide de mesures techniques ou organisationnelles appropriées (intégrité et confidentialité).
39. 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;

---

<sup>4</sup> Art. 14, §5, b) du RGPD.



surveillance, revue et maintenance; système de gestion des incidents de sécurité et de la continuité (systèmes de tolérance de panne, de sauvegarde, ...); documentation.

40. Le VIKZ a communiqué les documents relatifs à la politique de sécurité mise en place, un délégué à la protection des données ainsi qu'un médecin responsable pour le traitement des données a été désigné. Il en va de même pour le SPF Santé publique et l'Agence Intermutualiste.
41. Les collaborateurs du VIKZ sont tenus de respecter la confidentialité des données traitées.
42. La chambre sécurité sociale et santé rappelle qu'en vertu de l'article 9 de la loi du 30 juillet 2018 *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel*, le responsable du traitement prend les mesures supplémentaires suivantes lors du traitement de données génétiques, biométriques ou des données concernant la santé :
  - 1° les catégories de personnes ayant accès aux données à caractère personnel, sont désignées par le responsable du traitement ou, le cas échéant, par le sous-traitant, avec une description précise de leur fonction par rapport au traitement des données visées;
  - 2° la liste des catégories des personnes ainsi désignées est tenue à la disposition de l'autorité de contrôle compétente par le responsable du traitement ou, le cas échéant, par le sous-traitant;
  - 3° il veille à ce que les personnes désignées soient tenues, par une obligation légale ou statutaire, ou par une disposition contractuelle équivalente, au respect du caractère confidentiel des données visées.

Par ces motifs,

**la chambre sécurité sociale et santé du comité de sécurité de l'information**

conclut que

la communication des données à caractère personnel telle que décrite dans la présente délibération est autorisée moyennant le respect des mesures de protection de la vie privée qui ont été définies, en particulier les mesures en matière de limitation de la finalité, de minimisation des données, de limitation de la durée de conservation des données et de sécurité de l'information.

Bart VIAENE

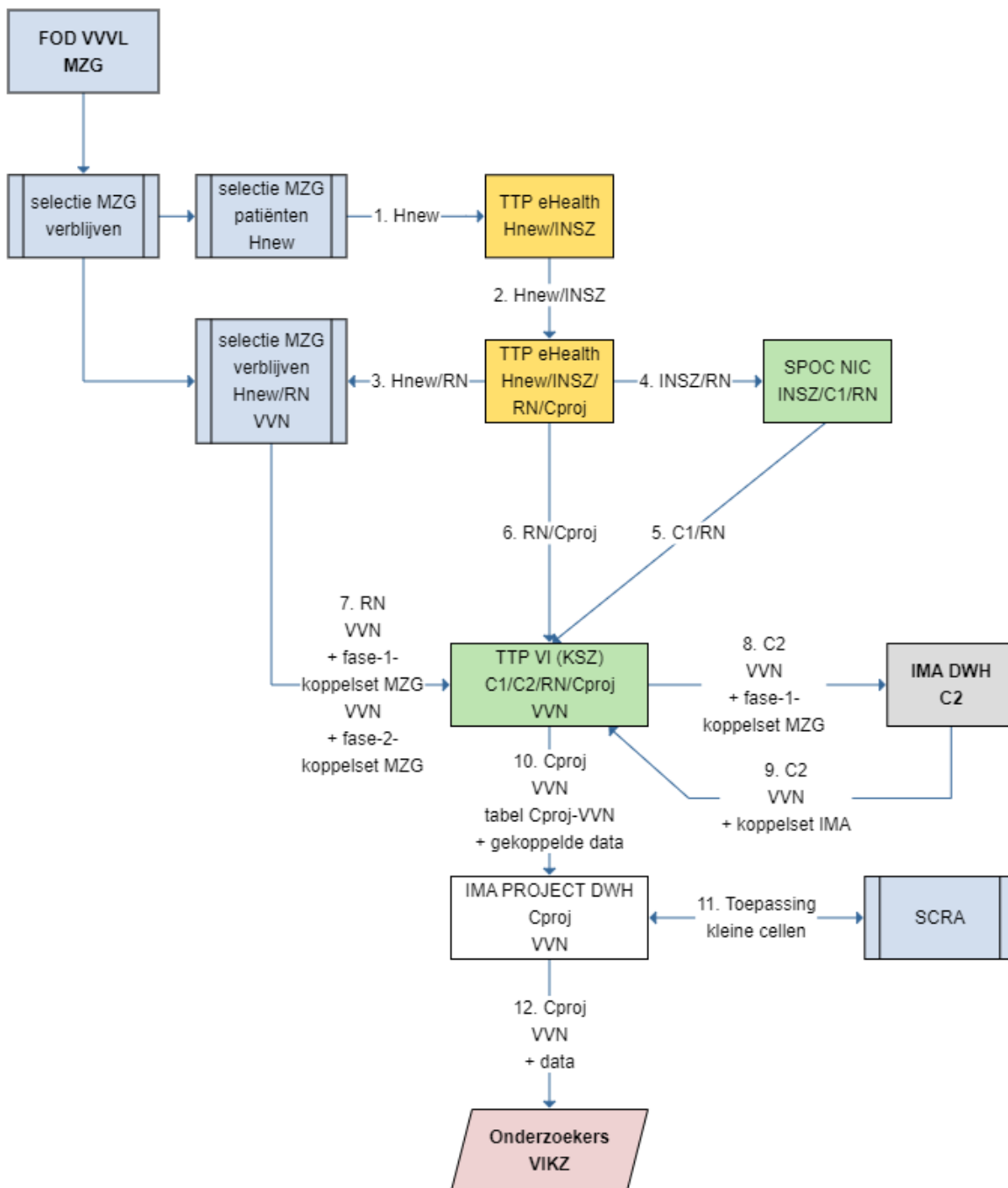
Président

Le siège de la chambre sécurité sociale et santé du Comité de sécurité de l'information 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 1 – Flux de données

Zoals wordt besproken binnen de finaliteit van de data is het doel het berekenen van 5 kwaliteitsindicatoren aan de hand van MZG-data en gekoppelde MZG/IMA gegevens.

### Koppeling MZG- en IMA-data



1. FOD VVVL voert in de MZG-data een selectie van verblijven uit op basis van de inclusiecriteria (zie bijlage). De verblijven in deze selectie zijn uniek geïdentificeerd op basis van de combinatie van de velden CODE\_AGR, YEAR\_REGISTR, PERIOD\_REGISTR en STAYNUM. De Hnew pseudoniemen van de unieke patiënten in deze lijst van geselecteerde verblijven wordt overgemaakt aan eHealth.
2. eHealth ontsluit de Hnew pseudoniemen naar INSZ. eHealth zet INSZ codes om naar beveiligde code (RN) (tabel met INSZ en RN) (pseudonimisering 1)
3. eHealth bezorgt de concordantietabel (Hnew/RN) aan FOD VVVL voor hercodering van de geselecteerde verblijven in de MZG-data. FOD VVVL rangschikt de tabel met verblijven volgens RN, opnamedatum, YEAR\_REGISTR, PERIOD\_REGISTR en ontslagdatum. Vervolgens kent FOD VVVL aan elk verblijf een volgnummer toe. Dit verblijfsvolgnummer (VVN) loopt van 1 tot  $n$ , waarbij  $n$  het aantal rijen is in de tabel met unieke verblijven. Tegelijkertijd kent FOD VVVL een verblijfsvolgnummer toe op het niveau van de patiënt (VVNPAT). Voor elke patiënt, geïdentificeerd op basis van RN, begint VVNPAT terug bij 1. Voor elk verblijf *per patiënt* berekent FOD VVVL het aantal dagen dat verstreek sinds het vorige ontslag *van die patiënt* (zie bijlage). Op deze manier kunnen aaneensluitende verblijven in verschillende ziekenhuizen geïdentificeerd worden. Dit is met name belangrijk voor de mortaliteitsindicator (indicator 5), waarbij alle ziekenhuizen die betrokken zijn bij de beroertezorg van de patiënt binnen de 30 of 90 dagen *na de eerste opname* voor beroerte moeten geïdentificeerd kunnen worden.
4. eHealth bezorgt de concordantietabel (INSZ/RN) aan de SPOC NIC.
5. SPOC NIC codeert de lijst van INSZ naar C1 en bezorgt de concordantietabel (C1/RN) aan de TTP van de VI (Kruispuntbank sociale zekerheid, KSZ)
6. eHealth maakt een tweede pseudonimisatieset aan voor de koppeling (RN/Cproj) en bezorgt deze aan de TTP van de VI.
7. FOD VVVL maakt een beperkte fase-1-koppelset MZG met daarin RN, VVN, en de variabelen die nodig zijn om te koppelen met IMA-data (zie bijlage). FOD VVVL bezorgt de fase-1-koppelset geëncrypteerd aan de TTP van de VI. Daarnaast maakt FOD VVVL een uitgebreide fase-2-koppelset met VVN en alle gevraagde MZG-variabelen, uitgezonderd RN (zie bijlage). Het bezorgt de fase-2-koppelset geëncrypteerd aan de TTP van de VI.
8. TTP VI hercodeert C1 naar C2. TTP VI hercodeert RN naar C2 in de fase-1-koppelset MZG en levert deze aan IMA.
9. IMA levert de gevraagde gegevens (“koppelset IMA”, zie bijlage) aan TTP VI, samen met de koppelingvariabelen, namelijk C2 en VVN.
10. TTP VI hercodeert in de koppelset IMA C2 naar Cproj (via RN). Daarnaast hercodeert TTP VI in de fase-1-koppelset MZG RN naar Cproj en selecteert ze hieruit de velden Cproj en VVN (tabel Cproj-VVN). Deze dataset is nodig om te weten voor welke verblijven, en welke patiënten er geen IMA-data geleverd konden worden (geen koppeling). De koppelset MZG (fase 1 + fase 2), de koppelset IMA, en de tabel Cproj-VVN worden in het DWH voor projecten van het IMA geplaatst. Deze datasets kunnen door VIKZ onderzoekers aan elkaar gekoppeld worden op basis van Cproj en VVN.
11. Small Cell Risk Analyse is uitgevoerd door KCE. Dit resulteert in de definitieve analyse-dataset.

12. Aangeduide VIKZ onderzoekers hebben toegang tot de analyse-dataset voor verdere analyse en verwerking.