

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

CSI/CSSS/24/248

**DÉLIBÉRATION N° 24/124 DU 2 JUILLET 2024 RELATIVE À LA COMMUNICATION DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL PSEUDONYMISÉES RELATIVES À LA SANTÉ PAR LE SERVICE PUBLIC FÉDÉRAL SANTÉ PUBLIQUE ET STATBEL À SCIENSANO DANS LE CADRE DU PROJET « LOCAL BURDEN OF DISEASE (LOCALBOD) »**

Le Comité de sécurité de l'information, chambre sécurité sociale et santé (dénommé ci-après « le Comité ») ;

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

Vu la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale* ;

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

Vu la demande de Sciensano visant à obtenir une autorisation;

Vu le rapport d'auditorat de la Plate-forme eHealth du 17 juin 2024 ;

Vu le rapport de monsieur Michel Deneyer ;

Émet, après délibération, la décision suivante, le 2 juillet 2024 :

## **I. OBJET DE LA DEMANDE**

1. Sciensano introduit une demande auprès du Comité de sécurité de l'information afin de recevoir des données à caractère personnel pseudonymisées relatives à la santé de Statbel et du SPF Santé publique, dans le cadre du projet Local Burden of Disease (LocalBOD).
2. Ce projet vise à décrire avec précision l'état de santé en Belgique afin d'évaluer l'incidence et la prévalence des maladies cardiovasculaires et des maladies respiratoires. Ce projet calcule le fardeau de la maladie au niveau du secteur statistique. Les évaluations peuvent par conséquent être regroupées de manière ad hoc et souples pour obtenir le fardeau de la maladie dans certaines régions spécifiques. Par ailleurs, le rôle des facteurs à risques causant le fardeau de la maladie est déterminé. En couplant les évaluations locales d'exposition à ces risques au fardeau de la maladie, l'attribution d'un impact de santé à ces facteurs à risques peut se faire de manière très précise. Ces estimations locales sont aussi liées à d'autres indicateurs au même niveau, par exemple la situation socio-économique dans le secteur statistique. Ce qui permet aux chercheurs de vérifier s'il existe des inégalités sociales dans la répartition du fardeau de la maladie.
3. L'ensemble de données demandé concerne une combinaison de RHM gérés par le SPF Santé publique et de données géographiques gérées par Statbel. Les ensembles de données demandés ont trait aux patients qui ont été hospitalisés pour des maladies spécifiques au cours des dix années les plus récentes au moment de la fourniture. La population d'inclusion est définie comme les patients dont le diagnostic principal est au moins l'une des spécialités dans lesquelles ils ont été inclus, appartenant à l'une des catégories spécifiées par les codes de la Classification internationale des maladies (CIM). Les diagnostics dans les RHM des années de référence antérieures à 2015 sont spécifiés selon la version 9 de la CIM, ceux postérieurs à 2015 selon la version 10. Aucune donnée n'est disponible pour l'année de référence 2015, car en raison du passage de la CIM-9 à la CIM-10, les codes de diagnostic ne sont pas considérés comme fiables. Les diagnostics sont également spécifiés selon la version 11 de la CIM, étant donné que la conversion vers ce système pourrait avoir lieu au cours de la période de validité de la délibération. Les codes de la CIM sur la base desquels la population incluse est déterminée :
  - Maladies cardio-vasculaires:
    - CIM-9: 390– 459
    - CIM-10: I00 – I99
    - CIM-11 : BA00 – BE2Z et 8B00 et 8B2Z
  - Maladies respiratoires:
    - CIM-9: 460– 519
    - CIM-10: J00 – J99
    - CIM-11 CA00 – CB7Z
4. Pour cette étude, sont inclus les patients qui ont été hospitalisés au cours des 10 dernières années des suites d'une ou plusieurs maladies (maladies cardio-vasculaires et maladies respiratoires). En 2022, il y avait environ 200.600 hospitalisations classiques et environ 68.200 hospitalisations de jour pour cause de maladies cardio-vasculaires et environ 149.250 hospitalisations classiques et environ 36.470 hospitalisations de jour pour cause de maladies

respiratoires chroniques. Il s'avère nécessaire d'inclure tous les patients afin de pouvoir générer des statistiques d'incidence et de prévalence suffisamment précises.

5. Le flux de données est repris ci-dessous.

## II. COMPÉTENCE

6. Conformément à l'article 42, § 2, 3°, de la loi du 13 décembre 2006 *portant dispositions diverses en matière de santé*, toute communication de données à caractère personnel relatives à la santé requiert, sauf les exceptions prévues, une délibération de principe de la chambre sécurité sociale et santé du Comité de sécurité de l'information.
7. Le Comité estime dès lors qu'il est compétent pour se prononcer sur la communication de données à caractère personnel relatives à la santé envisagée.

## III. EXAMEN DE LA DEMANDE

### 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 (RGPD).
9. L'interdiction du traitement de données à caractère personnel relatives à la santé ne s'applique pas lorsque le traitement est nécessaire 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, sur la base du droit de l'Union ou du droit d'un État membre, qui doit être proportionné à l'objectif poursuivi, respecter l'essence du droit à la protection des données et prévoir des mesures appropriées et spécifiques pour la sauvegarde des droits fondamentaux et des intérêts de la personne concernée<sup>1</sup>.
10. La Direction générale Statistique (Statbel) est régie par la loi du 22 mars 2006 modifiant la loi du 4 juillet 1962 relative à la statistique publique et la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques. Ce cadre légal définit les compétences pour la collecte, la production et la diffusion de statistiques fiables et pertinentes relatives à l'économie belge, à la société et au territoire.
11. Tous les hôpitaux généraux sont obligés d'introduire, deux fois par an, un large ensemble de données relatives aux hospitalisations, aux soins de jour et aux contacts en vue d'une admission d'urgence: les résumés hospitaliers minimums<sup>2</sup>. L'article 10 de l'arrêté royal du 27 avril 2007 prévoit que les données qui sont reprises dans la base de données hospitalières

---

<sup>1</sup> Art. 9, alinéa 2, j) du RGPD.

<sup>2</sup> RHM-MZG définis dans l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

puissent être mises à la disposition de tiers dans le cadre d'une étude unique et temporaire. Ces études doivent s'inscrire dans le cadre des objectifs visés à l'article 3 et 19 de cet arrêté.

12. Sciensano est régi par la loi du 25 février 2018 portant création de Sciensano. Sciensano a pour mission d'assurer un soutien à la politique de santé par la recherche scientifique, des avis d'expert et des prestations de service, notamment en formulant sur la base scientifique des recommandations de politique de santé proactive en fonction des priorités, en développant, évaluant et appliquant des méthodes d'experts tenues à jour au sein d'un système de qualité afin d'évaluer l'état et l'évolution de la santé et des soins de santé, et en élaborant des solutions avancées pour le diagnostic, la prévention et le traitement de maladies et ainsi que pour l'identification et la prévention d'autres risques pour la santé.<sup>3</sup>
13. A la lumière de ce qui précède, le Comité est d'avis qu'il existe un fondement admissible pour le traitement des données à caractère personnel relatives à la santé envisagé.

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

### **1. FINALITÉS**

14. En vertu de 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.
15. Le but de ce projet est de décrire avec précision l'état de santé en Belgique afin d'évaluer l'incidence et la prévalence des maladies cardiovasculaires et des maladies respiratoires. La méthodologie est similaire à l'étude nationale sur le fardeau de la maladie (BeBOD), mais le but est différent dans ce sens que l'étude LocalBOD calcule le fardeau de la maladie à l'échelle du secteur statistique. Ces estimations locales peuvent ensuite être regroupées de manière flexible pour obtenir le fardeau de la maladie dans des régions spécifiques, en fonction des besoins des responsables politiques. La détermination du fardeau de la maladie local est nécessaire pour répondre à des questions politiques qui nécessitent des statistiques pour des régions spécifiques au niveau infranational dont la délimitation ne correspond pas nécessairement aux frontières administratives existantes. L'approche locale s'avère par conséquent nécessaire pour agréger les données au niveau géographique d'une manière souple et ad hoc.
16. Cette étude définit aussi le rôle des facteurs à risques dans le fardeau de la maladie. L'exposition à ces risques peut fortement varier au niveau géographique. En couplant les estimations locales d'exposition au fardeau de la maladie, l'attribution de l'impact de santé aux facteurs à risques peut se faire de manière très précise. En outre, les estimations locales sont liées à d'autres indicateurs au même niveau. Si le fardeau de la maladie local est par exemple lié à la situation socio-économique dans le secteur statistique, les chercheurs

---

<sup>3</sup> Article 4 de la loi du 25 février 2018 portant création de Sciensano.

peuvent vérifier s'il existe des inégalités sociales au niveau de la répartition du fardeau de la maladie.

17. Compte tenu des finalités du traitement décrites ci-avant, 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. Selon l'article 5 du RGPD, 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.
19. Il s'agit d'un traitement ultérieur. Le SPF Santé publique recueille les résumés hospitaliers minimums (RHM), notamment en vue de soutenir la politique de santé du gouvernement par la définition des besoins en structures hospitalières<sup>4</sup> et la politique de santé des hôpitaux par la mise à la disposition de feedbacks individuels et nationaux de sorte qu'un hôpital puisse se comparer à d'autres hôpitaux similaires et adapter sa politique interne. Statbel recueille, produit et diffuse des statistiques fiables et pertinentes relatives à l'économie, à la société et au territoire belges. Les données sont collectées par le biais de sources de données administratives et d'enquêtes. La production a lieu d'une manière qualitative et scientifique.
20. Les données sont consultées de manière périodique, en l'occurrence sur base annuelle.
21. Une liste des données demandées ainsi que leur justification est jointe en annexe.

## **3. LIMITATION DE LA CONSERVATION**

22. Selon l'article 5, §1<sup>er</sup>, e) du RGPD, 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, §1<sup>er</sup>, pour autant que soient mises en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées requises par le règlement afin de garantir les droits et libertés de la personne concernée (limitation de la conservation).
23. La durée de validité de la délibération s'élève à 10 ans. Le but de l'étude LocalBOD est de répertorier le fardeau de la maladie en Belgique et de le suivre à travers le temps. Cela signifie que de nouvelles données doivent être fournies annuellement pour actualiser les estimations de façon suffisamment régulière. Il est fait appel à une fourniture annuelle des données de la période de référence la plus récente.

---

<sup>4</sup> En décrivant les normes qualitatives et quantitatives d'agrément des hôpitaux et de leurs services, en organisant le financement des hôpitaux, en déterminant la politique pour l'exercice de la médecine et en définissant la politique épidémiologique.

24. Les données sont conservées pendant 2 ans. Un délai de conservation de 2 ans signifie que dès l'année d'entrée en vigueur de la délibération, un ensemble de données comprenant les 10 années de référence les plus récentes est fourni. Dans les fournitures suivantes, des données pour une période de 10 ans sont à nouveau communiquées et l'année de référence la plus récente est ajoutée à l'ensemble de données tandis que l'année de référence la plus ancienne est supprimée. Cela signifie que les données des 10 années de références les plus récentes sont conservées à tout moment ainsi que l'ensemble de données fourni l'année précédente afin de permettre une comparaison entre les deux ensembles. Un délai de conservation de cette durée permet aux chercheurs d'analyser des séries temporelles qui sont suffisamment longues pour distinguer des tendances significatives dans la prévalence de maladies et le fardeau de la maladie y associé. De plus, une série de 10 ans s'avère nécessaire pour, le cas échéant, réaliser une nouvelle analyse des données des années précédentes, par exemple lors d'une révision de la méthodologie. Lors de la réception d'un nouvel ensemble de données, Sciensano détruit l'ensemble qui a été livré il y a 2 ans, de sorte que le délai de conservation de 2 ans soit respecté. Supposons que la première fourniture ait lieu en 2024 et que les années de référence 2013-2022 soient disponibles à ce moment, alors le schéma de fourniture des données et de destruction des données peut être décrit comme suit:
- Année civile 2024: fourniture références 2013-2022;
  - Année civile 2025: fourniture références 2014-2023;
  - Année civile 2026: fourniture références 2016- 2024<sup>5</sup> + destruction 2013-2022;
  - ...
  - Année civile 2033: fourniture références 2022-2031 + destruction 2022-2029;
  - Année civile 2034: fourniture références 2021-2030;
  - Année civile 2035: fourniture références 2022-2031.
25. Il est nécessaire de conserver le lien<sup>6</sup> entre la série de données pseudonymisées et l'identité des personnes. La TTP eHealth conserve ce lien pendant 2 ans afin de pouvoir corriger des erreurs éventuelles dans l'ensemble de données ou le couplage.
26. Le Comité estime que le délai de conservation est raisonnable.

#### 4. TRANSPARENCE

27. Lorsque les données à caractère personnel n'ont pas été collectées auprès de la personne concernée, le responsable du traitement est tenu de fournir les informations visées à l'article 14, §§1 et 2 du RGPD à la personne concernée.
28. Cette obligation ne s'applique cependant pas 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, alinéa 1<sup>er</sup>, ou dans la mesure où l'obligation visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> du présent article est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs

---

<sup>5</sup> Année de référence 2015 n'est pas fournie puisque qu'à cause du passage de la CIM-9 vers la CIM-10, les codes de diagnostic sont considérés comme non fiables.

<sup>6</sup> La clé Hnew-NISS-Cproject.

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.

29. Il s'agit d'un nombre important d'individus (plus de 450.000 patients en 2021). Étant donné que Sciensano ne dispose ni de l'identité, ni des données de contact de ces individus, il est impossible de contacter l'ensemble des personnes au sein de la cohorte. Une déclaration de protection des données sera cependant publiée sur le site web public dédié au projet.
30. Le Comité est d'avis qu'il existe suffisamment de transparence quant au traitement envisagé.

## 5. SÉCURITÉ DE L'INFORMATION

31. Selon l'article 5, §1<sup>er</sup>, 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).
32. Le Comité constate qu'une analyse d'impact relative à la protection des données a eu lieu, conformément à l'article 35 du RGPD, et qu'elle lui a été transmise.
33. Le Comité constate que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) réalisera une analyse de risque « small cell » avant la transmission des données aux chercheurs.
34. Le Comité constate que Sciensano a désigné un médecin qui est responsable du traitement des données à caractère personnel relatives à la santé ainsi qu'un délégué à la protection des données.
35. Le Comité constate que les collaborateurs de Sciensano ont un devoir de confidentialité contractuel par rapport aux données qu'ils traitent dans le cadre de leur fonction.
36. Le Comité constate que la Plate-forme eHealth intervient comme tiers de confiance (TTP) pour la pseudonymisation des données.
37. Le Comité rappelle que ni Sciensano, ni ses collaborateurs ne peuvent entreprendre des démarches pour réidentifier les personnes concernées. Les résultats de l'étude doivent être publiés sous forme anonyme.
38. Le Comité 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.

- 39.** Le Comité estime nécessaire de rappeler que depuis le 25 mai 2018, Sciensano est tenu de respecter les dispositions et les principes 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). Ces instances sont également tenues de respecter les dispositions de la loi du 30 juillet 2018 *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel*.

Par ces motifs,

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

conclut que :

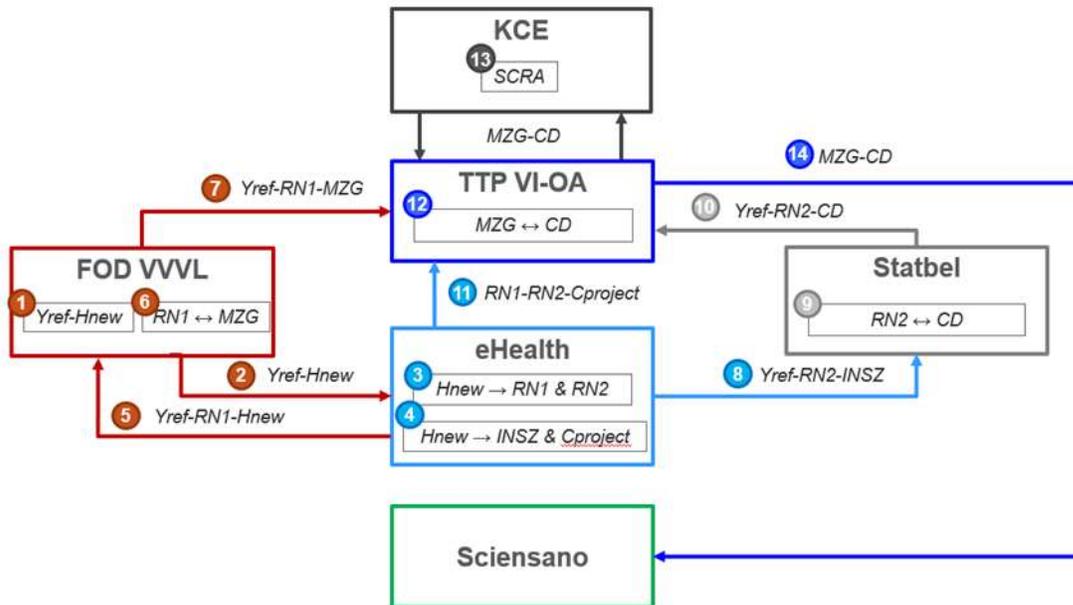
la communication des données à caractère personnel telle que décrite dans la présente délibération est autorisée moyennant le respect des mesures de protection des données qui ont été définies, en particulier les mesures en matière de limitation de la finalité, de minimisation des données, de limitation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

La présente délibération entre en vigueur le 17 juillet 2024.

Michel DENEYER  
Président

Le siège de la chambre sécurité sociale et de la 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).

## Bijlage 1: schematisch overzicht van de gegevensstromen en toelichting



**Stap 1:** De FOD VVVL bepaalt de populatie van de te includeren patiënten o.b.v. de opgegeven diagnosecodes (=Hnew). Hnew is een pseudoniem dat patiënten identificeert in elk referentiejaar (=Yref) van de MZG. Het referentiejaar van de MZG komt overeen met het jaar van ontslag.

**Stap 2:** de FOD VVVL stuurt Hnew met Yref naar eHealth.

**Stap 3:** eHealth genereert in elk referentiejaar een eerste (=RN1) en een tweede random nummer (=RN2) voor elk Hnew.

**Stap 4:** eHealth depseudonimiseert Hnew naar het INSZ-nummer van de patiënt (o.b.v. correspondentietabel waar eHealth over beschikt), en genereert een pseudoniem (=Cproject) voor elk INSZ. Cproject is een uniek project-specifiek pseudoniem dat niet evolueert over de referentiejaren, waardoor dezelfde individuen binnen de gehele referentieperiode gevolgd kunnen worden.

**Stap 5:** eHealth stuurt de sleutel Yref-RN1-Hnew naar de FOD VVVL.

**Stap 6:** De FOD VVVL koppelt in elk referentiejaar de MZG met RN1 o.b.v. de sleutel geleverd door eHealth (=Yref-RN1-MZG).

**Stap 7:** De FOD VVVL stuurt Yref-RN1-MZG naar TTP VI-OA.

**Stap 8:** eHealth stuurt de sleutel Yref-RN2-INSZ naar Statbel.

**Stap 9:** Statbel koppelt RN2 aan de statistische sector en de gemeente van de woonplaats van de patiënt op basis van het INSZ, en dit in elk referentiejaar (=Yref-RN2-CD).

**Stap 10:** Statbel stuurt Yref-RN2-CD naar TTP VI-OA.

**Stap 11:** eHealth stuurt de sleutel RN1-RN2-Cproject naar TTP VI-OA.

**Stap 12:** TTP VI-OA koppelt in elk referentiejaar de MZG aan Cproject en CD o.b.v. de sleutel van eHealth. Het resultaat is een gepseudonimiseerde, gelinkte dataset (=MZG-CD).

**Stap 13:** KCE voert een SCRA uit op MZG-CD en communiceert de resultaten van de risicobeoordeling aan de betrokken partijen en het Informatieveiligheidscomité (IVC).

**Stap 14:** de TTP VI-OA bezorgt de MZG-CD aan de betrokken onderzoekers van Sciensano via SFTP of Belnet Fedsender.

## **Bijlage 2: Overzicht van de gevraagde gegevens met hun verantwoording**

Tabel 1: International Classification of Diseases (ICD) codes op basis waarvan de inclusiepopulatie bepaald wordt

omschrijving	ICD-9	ICD-10	ICD-11
Hart- en vaatziekten	390 – 459	I00 – I99	BA00 – BE2Z, 8B00 – 8B2Z
Ademhalingsziekten	460 – 519	J00 – J99	CA00 – CB7Z

De diagnoses in de MZG van de referentiejaren voor 2015 worden gespecificeerd volgens versie 9 van de ICD, die van na 2015 volgens versie 10. Voor referentiejaar 2015 zelf worden geen gegevens ter beschikking gesteld, omdat door de omschakeling van ICD-9 naar ICD-10 de diagnosecodes onbetrouwbaar worden geacht. De diagnosecodes zijn ook gespecificeerd volgens versie 11 van ICD, aangezien de omschakeling naar dit systeem mogelijk plaatsvindt binnen de geldigheidsduur van de beraadslaging.

Tabel 2: Administratieve gegevens in de MZG

Variabele	Code	Formaat/modaliteiten	Verantwoording
Leeftijd	A1_AGE	Jaar	Socio-demografische variabelen (leeftijd en geslacht) zijn nodig om stratificaties uit te voeren die standaard zijn in een volksgezondheidsonderzoek. Dit maakt het mogelijk om analyses uit te voeren op specifieke deelgroepen i.p.v. de algemene bevolking.
Geslacht	A2_CODE_SEX	0: Onbepaalbaar 1: Mannelijk 2: Vrouwelijk 3: Veranderd	
Jaar van opname in het ziekenhuis	A2_YEAR_HOSP_IN	Jaar	Het jaar en week van opname is noodzakelijk voor de berekening van de incidentie per episode. Dit betekent dat er moet bepaald kunnen worden hoeveel keer een persoon een opname gehad heeft als gevolg van een ziekte binnen een vooraf
Week van opname in het ziekenhuis	A2_WEEK_HOSP_IN	Nummer van de week	

Jaar van ontslag uit het ziekenhuis	A2_YEAR_HOSP_OUT	Jaar	bepaalde periode. Als temporele variabele is dit het minimum aan detail dat nodig is om acute gezondheidseffecten gerelateerd aan risicofactoren te bestuderen, waarbij blootstelling en resultaat elkaar opvolgen in enkele uren of dagen.
Week van ontslag uit het ziekenhuis	A2_WEEK_HOSP_OUT	Nummer van de week	
Soort codeersysteem voor geverifieerde opnamediagnose	A2_CODE_SYS_DIAG_VERIF_ADM	A : ICD-9-CM (tot 2014) B : ICD-10-BE (vanaf 2015)	Dit is nodig om de ziektelast te specificeren. Aangezien verschillende ziekten geassocieerd worden met één of meerdere gezondheidstoestanden, die op hun beurt kunnen variëren in mate van ernst, is het nodig om te kunnen onderscheiden tussen specifieke diagnoses binnen de brede categorieën beschreven in Tabel 1. De onderzoekers vragen ook om de geverifieerde opnamediagnose. De reden hiervoor is dat dit het mogelijk maakt om co-morbiditeit aan te pakken, waarbij de ziektelast anders wordt gekwantificeerd als patiënt aan meer dan één ziekte of letsel lijdt.
Geverifieerde opnamediagnose	A2_CODE_DIAG_VERIF_AD M	ICD-code	
Type ontslag	A2_CODE_DISCHARGE	0: Onbekend 1: Levend 2: Overleden	Dit is noodzakelijk om een juiste inschatting te maken van de fatale versus niet-fatale impact van ziekten en aandoeningen.

Tabel 3: Medische gegevens in de MZG

Variabele	Code	Formaat/modaliteiten	Verantwoording
Code hoofddiagnose/nevendiagnose	TYPE_DIAGNOSE	P: Hoofddiagnose S: Nevendiagnose	Dit is nodig om de ziektelast te specificeren. Aangezien verschillende ziekten geassocieerd

Soort codeersysteem	CODE_SYS_DIAGNOSE	A: ICD-9-CM (tot 2014) B: ICD-10-BE (vanaf 2015)	worden met één of meerdere gezondheidstoestanden, die op hun beurt kunnen variëren in mate van ernst, is het nodig om te kunnen onderscheiden tussen specifieke diagnoses binnen de brede categorieën beschreven in Tabel 1. Naast de hoofddiagnose, die wordt gebruikt om de inclusiepopulatie te identificeren, vragen de onderzoekers ook om nevend diagnoses. De reden hiervoor is dat dit het mogelijk maakt om co-morbiditeit aan te pakken, waarbij de ziektelast anders wordt gekwantificeerd als patiënt aan meer dan één ziekte of letsel lijdt.
Code diagnose	CODE_DIAGNOSE	ICD-code	

Tabel 4: Geografische gegevens van Statbel

Variabele	Code	Formaat/modaliteiten	Verantwoording
Statistische sector	CD_SECTOR_RES_RN	Sector code (versie 2020)	Om de ziektelast lokaal te kunnen bepalen, worden geografische gegevens aangevraagd. De lokale aanpak is noodzakelijk om tegemoet te komen aan beleidsvragen waar cijfers nodig zijn voor specifieke gebieden op sub-nationaal niveau. Daarnaast zijn lokale resultaten nodig om bepaalde onderzoeksvragen te beantwoorden.
Gemeente	CD_REFNIS_RES_RN	NIS5-code (versie sinds 2019)	