

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

CSI/CSSS/24/130

**DÉLIBÉRATION N° 23/234 DU 5 DÉCEMBRE 2023, MODIFIÉE LE 2 AVRIL 2024, PORTANT SUR LA COMMUNICATION DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL PSEUDONYMISÉES ET DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL RELATIVES À LA SANTÉ PAR LA CELLULE TECHNIQUE (TCT), STATBEL ET L'AGENCE INTERMUTUALISTE AU KCE DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE « 2018-15 HOSPITAL STAY NEEDS ».**

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 d'autorisation du KCE;

Vu le rapport d'auditorat de la Plate-forme eHealth du 15 mars 2024 ;

Vu le rapport de monsieur Michel Deneyer ;

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

**A. OBJET DE LA DEMANDE**

1. Par la présente étude KCE ayant pour titre « 2018-15 Hospital Stay Needs », les chercheurs souhaitent analyser le glissement des soins hospitaliers vers l'hospitalisation de jour et les soins ambulatoires ainsi que l'impact sur les réadmissions et la mortalité après la sortie.
2. Comme dans la plupart des pays occidentaux, les hôpitaux en Belgique sont également fortement mis sous pression pour augmenter l'efficacité en réduisant la durée de séjour des

hospitalisations classiques et/ou en les remplaçant par des hospitalisations de jour. De nombreux hôpitaux ont mis en place des trajectoires de soins en vue de réduire la durée du séjour et d'éliminer les inefficiences dans le processus de soins. Parallèlement à cette priorité politique visant à améliorer l'efficacité des hôpitaux, le nombre d'initiatives prises pour améliorer la qualité ne cesse qu'augmenter. La réduction de la durée du séjour et le remplacement d'hospitalisations classiques par des hospitalisations de jour pourraient cependant aussi avoir un impact négatif sur des indicateurs de qualité tels que le taux de réadmission et le taux de mortalité à 30 jours. Par ailleurs, il est possible que les hôpitaux déplacent les soins en dehors de leurs murs sans que des alternatives adéquates ne soient mises en place. Ceci a éventuellement aussi un impact sur les dépenses de l'assurance maladie et celles du patient.

3. Le traitement de données à caractère personnel a trait à la population hospitalière générale (environ 2,5 millions de patients par an, les patients pouvant avoir plusieurs séjours hospitaliers par an et répartis sur plusieurs années) et à une sous-population sur base de la pathologie (environ 10% de la population hospitalière générale).

### **Procédure de sélection**

4. Il s'agit de patients ayant eu une admission hospitalière (urgences, de jour ou avec nuitée) dans un hôpital aigu dans la période 2008 - 2014 et la période 2016 - 2022 pour lesquels des données sont enregistrées dans les résumés hospitaliers minimums<sup>1</sup> qui ont été couplés avec succès aux données de remboursement, comme précisé dans les articles 351 et 351bis de l'arrêté royal du 3 juillet 1996<sup>2</sup>, par la Cellule technique (TCT) qui a pour mission légale<sup>3</sup> de coupler ces données.
5. Les données à caractère personnel sont communiquées par la Cellule technique<sup>4</sup>, l'Agence intermutualiste et STATBEL au KCE selon le schéma joint en annexe.

## **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. 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, toute intervention de la Plate-forme eHealth en tant qu'organisation intermédiaire doit faire l'objet d'une autorisation de la chambre sécurité sociale et santé du Comité de sécurité de l'information.

---

<sup>1</sup> 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. *M.B.* 10 juillet 2007.

<sup>2</sup> Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, *M.B.* 31 juillet 1996.

<sup>3</sup> Loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, *M.B.* 30 avril 1996

<sup>4</sup> La TCT du SPF Santé publique et de l'INAMI.

8. 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, toutefois sous la réserve de la conclusion d'un protocole entre STATBEL et le KCE ou, à défaut, d'une délibération de la chambre autorité fédérale.

### III. EXAMEN DE LA DEMANDE

#### A. ADMISSIBILITÉ

9. 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).
10. Cette interdiction ne s'applique cependant pas lorsque le 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<sup>5</sup>.

#### **Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)**

11. Le KCE est un organisme d'intérêt public doté de la personnalité juridique, classé dans la catégorie B visée dans la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public<sup>6</sup>.
12. La mission juridique du KCE consiste en la collecte et la fourniture d'éléments objectifs issus du traitement de données enregistrées et de données validées, d'analyses d'économie de la santé et de toutes autres sources d'informations, pour soutenir de manière qualitative la réalisation des meilleurs soins de santé et pour permettre une allocation et une utilisation aussi efficaces et transparentes que possible des moyens disponibles de l'assurance soins de santé par les organes compétents et ce, compte tenu de l'accessibilité des soins pour le patient et des objectifs de la santé publique et de l'assurance soins de santé<sup>7</sup>.
13. La présente étude entre dans le cadre de différentes missions du KCE:
  - 1) la réalisation ou la commande d'analyses quantitatives et qualitatives sur la base des informations collectées par le Centre d'expertise et des données mises à sa disposition en vertu du présent chapitre et ce, en vue de soutenir la politique de santé et le développement, à cette fin, d'un modèle de données cohérent<sup>8</sup>;

---

<sup>5</sup> Art. 9, alinéa 2, i) du RGPD.

<sup>6</sup> Art. 259, § 1<sup>er</sup>, de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, *M.B.* 31 décembre 2002.

<sup>7</sup> Art. 262 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002.

<sup>8</sup> Art. 263 § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> de la loi-programme du (I) 24 décembre 2002.

- 2) la collecte et la diffusion de données et d'informations à caractère scientifique relatives à l'évaluation de la pratique médicale et relatives à l'évaluation des techniques dans les soins de santé<sup>9</sup>.
14. L'étude KCE tombe plus précisément sous les sujets suivants pour lesquels le KCE peut réaliser des études et établir des rapports:
- 1) l'évaluation de la pratique médicale et des activités hospitalières;<sup>10</sup>
  - 2) d'autres sujets concernant la promotion de l'efficacité et de la qualité de la dispensation des soins et l'accessibilité à ces derniers<sup>11</sup>.
15. L'analyse des données par le KCE est, outre dans les dispositions précitées, par ailleurs définie dans les articles 265 et 266 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002. Notamment l'article 265 (« *Le centre d'expertise analyse les données relatives aux hôpitaux telles que visées à l'article 156 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales* ») est important pour la présente étude.
16. La possibilité pour le KCE de recevoir des données de l'AIM est définie à l'article 296 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002.

### **Cellule technique**

17. La « Cellule technique » créée par la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, constitue un service commun de l'INAMI et du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.
18. Elle a pour mission de collecter, relier, valider, anonymiser des données relatives aux hôpitaux. Chaque année, la TCT couple les résumés hospitaliers minimums aux données relatives aux remboursements dans les hôpitaux en vue de l'analyse des liens entre les dépenses de l'assurance soins et l'affection traitée et de l'élaboration de règles de financement, de normes d'agrément et de conditions de qualité dans le cadre d'une politique de santé efficiente.
19. L'accès du KCE aux données de la cellule technique est régi dans la même loi que celui de la cellule technique, à savoir l'article 156 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales.

### **SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement**

20. 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

<sup>9</sup> Art. 263 § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup> de la loi-programme du (I) 24 décembre 2002.

<sup>10</sup> Art. 264, 2<sup>o</sup> de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002

<sup>11</sup> Art. 264, 11<sup>o</sup> de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002.

admission d'urgence: les résumés hospitaliers minimums<sup>12</sup> qui sont transmis au Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Les hospitalisations de jour comprennent tous les séjours chirurgicaux et les hospitalisations de jour non chirurgicales pour lesquels un prix de journée d'hospitalisation forfaitaire peut être facturé ou qui sont d'un type spécifique (par exemple, gériatrique, pédiatrique, oncologique).

### **L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)**

21. Les données relatives à la facturation hospitalière comprennent tous les remboursements par l'assurance maladie en rapport avec les hospitalisations: honoraires facturés par les médecins et autres prestataires de soins, médicaments et implants, paiements forfaitaires par admission et par jour, etc. Dans la pratique, les hôpitaux facturent les services fournis à la mutualité du patient pour ce qui concerne la partie couverte par l'assurance maladie sur base de la nomenclature INAMI.
22. Une partie des données disponibles relatives à ces transactions est transmise annuellement par les mutualités à l'INAMI: séjours hospitaliers anonymes pour les hospitalisations et séjours journaliers anonymes pour les hospitalisations de jour tels que précisés à l'article 351 et à l'article 351bis de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 *portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994*.

### **Agence intermutualiste (AIM)**

23. L'AIM est une association sans but lucratif qui a été créée par les unions nationales de mutualités, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et la Caisse des soins de santé de la Société nationale des chemins de fer belges. L'article 278 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 stipule que l'AIM est chargée d'analyser, dans le cadre des missions des organismes assureurs, les données qu'elle collecte et de fournir les informations à ce propos. Il s'agit, en l'occurrence, de toutes les dépenses en matière de soins de santé, pour les hospitalisations et pour les soins ambulatoires, remboursées par les OA dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, ainsi que des données socio-démographiques et des profils de sécurité sociale de leurs affiliés.
24. L'article 279 de la même loi stipule que toute transmission de données à caractère personnel à l'AIM requiert une autorisation du Comité sectoriel de la sécurité sociale, visé à l'article 37 de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale.

### **Statbel**

25. La Direction générale Statistique (Statbel - Statistics Belgium) 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 et par la loi du 4 juillet 1962

---

<sup>12</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. *M.B.* 10 juin 2007.

relative à la statistique publique (modifiée par les lois du 1<sup>er</sup> août 1985 et du 22 mars 2006). 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.

26. Par ailleurs, Statbel satisfait aussi aux obligations européennes relatives à la collecte, à la production et à la diffusion de statistiques fiables et pertinentes relatives à l'économie belge, à la société et au territoire. Celles-ci sont régies dans le règlement (CE) n° 223/2009 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2009 relatif aux statistiques européennes et abrogeant le règlement (CE, Euratom) n° 1101/2008 relatif à la transmission à l'Office statistique des Communautés européennes d'informations statistiques couvertes par le secret, le règlement (CE) n° 322/97 du Conseil relatif à la statistique communautaire et la décision 89/382/CEE, Euratom du Conseil instituant un comité du programme statistique des Communautés européennes.
27. Dans le cadre de ces compétences, l'enquête SILC est organisée. Cette enquête constitue une étude de suivi de l'évolution des conditions de vie des ménages, organisée depuis 2004 dans tous les pays de l'Union européenne.
28. 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**

29. 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.
30. Pour cette étude, les chercheurs analyseront les données d'admission des hôpitaux (2008-2022) afin de vérifier s'il existe une association entre la réduction de la durée des hospitalisations et le remplacement d'hospitalisations classiques par des hospitalisations de jour, d'une part, et les réadmissions et la mortalité après la sortie, d'autre part. L'évolution des remboursements par l'assurance maladie sera également analysée. L'étude comprendra des indicateurs pour l'ensemble de l'hôpital (par exemple, les réadmissions "toutes causes confondues") et des indicateurs spécifiques (par exemple, les réadmissions pour une sélection d'affections médicales et d'interventions chirurgicales), en tenant compte autant que possible de la cohorte et des caractéristiques des patients.
31. Pour pouvoir réaliser ces analyses, il faut disposer des données de la TCT auxquelles le KCE a accès sur la base de l'article 156 (et suivants) de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, complétées par des données relatives au décès de Statbel et par plusieurs caractéristiques du patient de l'AIM.

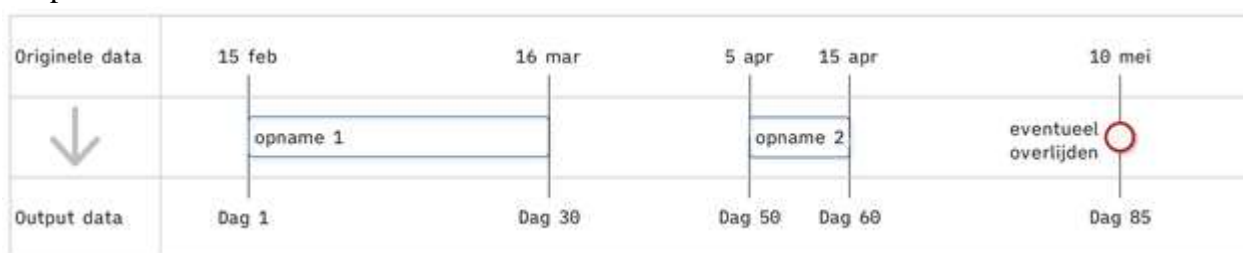
- 32.** Dans des études de littérature, la population index est pour ce type d'études souvent limitée à une ou plusieurs affections médicales afin de minimaliser le biais dû à des différences dans la cohorte de patients. Cependant, en ne mesurant que les taux de réadmission par maladie, la variation aléatoire est élevée pour les hôpitaux ayant de petits nombres d'observations, ce qui rend impossible la distinction entre la variation aléatoire et les différences réelles. C'est pourquoi il est important de tenir compte dans cette étude de tous les séjours dans l'ensemble des hôpitaux.
- 33.** En outre, des études menées à l'étranger ont mis en évidence une association entre la réduction de la durée de séjour et l'augmentation des pourcentages de réadmission pour la population médicale, mais non pour la population chirurgicale. En outre, la réduction de la durée de séjour est beaucoup plus prononcée pour les séjours chirurgicaux que pour les séjours médicaux (voir le rapport 289 du KCE).
- 34.** C'est la raison pour laquelle les chercheurs auront recours à une combinaison d'approches générales et ciblées (pour certaines affections médicales et interventions chirurgicales). Pour pouvoir corriger correctement pour la cohorte dans ces analyses, il est important de tenir compte de données relatives à la pathologie, des caractéristiques des patients et des caractéristiques des hôpitaux. Pour l'analyse de la population hospitalière générale (tous les séjours), ces données relatives à la pathologie seront agrégées et traduites en différents indices de comorbidité et certaines données détaillées ne seront pas consultées<sup>13</sup>.
- 35.** L'analyse d'une sous-population sur la base de la pathologie (environ 10% de la population hospitalière générale) nécessite cependant aussi davantage de données détaillées relatives à la pathologie et de données relatives au remboursement. Ces analyses examinent notamment en détail les substitutions éventuelles entre le secteur ambulatoire et l'hôpital et la manière dont elles évoluent. Les groupes de pathologie retenus sont les suivants:
- Abdominal - appendicectomie ; interventions pour hernies, à l'exception des hernies inguinales, fémorales et ombilicales ; interventions pour hernies internes, fémorales et ombilicales ; cholécystectomie par laparoscopie.
  - Chirurgie mammaire - procédures mammaires à l'exception de la mastectomie.
  - Dermatologie et chirurgie plastique - greffe de peau pour la peau et le tissu sous-cutané ; autres procédures cutanées et sous-cutanées et procédures connexes ; excision d'une lésion de l'oreille externe.
  - Gynécologie - interventions de reconstruction du système reproducteur féminin ; interventions sur l'utérus et les annexes pour des tumeurs non malignes autres que les léiomyomes ; interventions sur l'utérus et les annexes pour des tumeurs malignes des ovaires et des annexes ; interventions sur l'utérus et les annexes pour des tumeurs malignes non ovariennes et non annexes ; interventions sur l'utérus et les annexes pour des léiomyomes ; insufflation des trompes de Fallope ; autres interventions sur le système reproducteur féminin et interventions apparentées.

---

<sup>13</sup> Voir annexe.

- Chirurgie de la tête et du cou - principales interventions sur les os du crâne/de la face ; interventions sur la face, à l'exception des principales interventions sur le crâne/la face ; interventions sur les sinus et les mastoïdes ; interventions sur le pharynx et les adénoïdes ; autres interventions sur les parties postérieures, le nez, la bouche et le pharynx ; frénotomie ou frénectomie.
- Ophtalmologie - interventions sur l'œil sauf sur l'orbite ; photocoagulation au laser d'une lésion ou d'une infection de la rétine.
- Orthopédie - remplacement de l'articulation de la hanche, remplacement de l'articulation du genou, interventions sur le pied et les orteils, interventions sur l'épaule, le bras et l'avant-bras, autres interventions sur l'appareil locomoteur et le tissu conjonctif.
- Thoracique - interventions cardiovasculaires percutanées sans ami ; remplacement de stimulateurs cardiaques et de défibrillateurs ; interventions coronariennes percutanées avec ami.
- Urologie - prostatectomie transurétrale ; interventions sur les testicules et les scrotales ; interventions urétrales et transurétrales; dilatation de l'uretère, cathétérisme, urétéroscopie, cystostomie percutanée.
- Vasculaire - intervention sur le dispositif d'accès à la dialyse rénale uniquement ; autres interventions vasculaires ; autres interventions vasculaires périphériques ; interventions sur le dispositif d'accès à la dialyse uniquement.
- Accident vasculaire cérébral - ischémie cérébrale transitoire (ICT)
- BPCO - bronchopneumopathie chronique obstructive
- Insuffisance cardiaque
- Diabète

36. Étant donné que la durée et l'ordre des admissions et des interventions sont nécessaires pour les analyses prévues dans la présente étude, toutes les variables de dates sont converties en des jours relatifs par patient ayant trait à la première admission selon le schéma d'exemples ci-après.



37. 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



38. 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.
39. Les données à caractère personnel relatives à la santé qui sont communiquées par l'AIM proviennent des banques de données « spécialités pharmaceutiques », « soins de santé », « population » et « hospitalisations ». En ce qui concerne Statbel, ces données proviennent de la banque de données statistiques de décès. Auprès de la TCT, ces données proviennent des banques de données diagnose, procedur, stayhosp, stayindx, stayxtra, stayunit et prest. Les chercheurs utiliseront notamment les données suivantes:
- Cellule technique:
    - Jour, mois et année de la procédure: est converti en jour relatif par rapport à la date de première admission + année (pas demandé pour la population générale).
    - Dates d'admission et de sortie: sont converties en un jour relatif par rapport à la date de première admission + année
  - Statbel: données relatives au décès
  - AIM: date de la prestation mais est codé en tant que période relative par rapport à la première admission
40. La justification de la proportionnalité par catégorie de données et par source de données figure à l'annexe 1.
41. Le Comité prend acte du fait que l'Agence intermutualiste réalisera une analyse de risque « *small cell* » préalablement à la mise à disposition des données.
42. Le Comité rappelle que l'Agence intermutualiste doit mettre en œuvre toutes les recommandations découlant de l'analyse « *small cell* » qui sera réalisée sur les données avant que celles-ci seront transmises au KCE. L'Agence intermutualiste est chargée de prendre toutes les mesures nécessaires afin de limiter les risques de réidentification des personnes concernées.
43. Le NISS de la personne concernée sera uniquement utilisé pour la pseudonimisation par la TTP.
44. En vertu de l'article 5, 8°, de la loi précitée du 21 août 2008, la Plate-forme eHealth peut conserver la clé de codage utilisée pendant la durée complète des analyses, soit jusqu'au 31 décembre 2028. Cette clé sera ensuite détruite.

### 3. LIMITATION DE LA CONSERVATION

45. 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, §1er, 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).

- 46.** Le sous-ensemble de la source des données sert à la réalisation d'une étude du KCE, approuvée sur le programme annuel du Conseil d'administration comme prévu à l'article 270, § 4, de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002. Toute étude KCE doit être rendue publique par le KCE dans un délai de 30 jours après son approbation par le Conseil d'administration.<sup>14</sup>
- 47.** Les données à caractère personnel sont conservées pendant trois ans à compter de la publication du rapport KCE et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2030. Ce délai est nécessaire pour les raisons suivantes :
- 1) les données doivent être disponibles pendant une période suffisamment longue pour terminer l'étude et la soumettre à l'approbation du Conseil d'administration du KCE ;
  - 2) les données doivent encore être disponibles pendant un certain temps après leur publication, afin de pouvoir apporter des précisions ou des corrections éventuelles ;
  - 3) la publication des résultats dans des revues scientifiques. Ces publications s'inscrivent dans le cadre légal du KCE (Loi-programme (I) du 24 décembre 2002), en particulier des articles suivants :
    - art. 263, § 1<sup>er</sup>. 3<sup>o</sup> : la collecte et la diffusion de données et d'informations à caractère scientifique relatives à l'évaluation de la pratique médicale et relatives à l'évaluation des techniques dans les soins de santé.
    - Art. 264. Le Centre d'expertise réalise des études et des rapports pour l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et le Service public fédéral Sécurité sociale, y compris leurs organes de consultation, de concertation et d'orientation, et pour les cellules stratégiques des ministres dans le cadre des missions prévues dans un programme annuel concernant les sujets suivants.
- 48.** Le Comité estime que le délai de conservation est raisonnable.

#### **4. TRANSPARENCE**

- 49.** 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.
- 50.** 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

---

<sup>14</sup> Article 3 de l'AR du 15 juillet 2004 relatif aux modalités de la publicité des études, rapports et analyses du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, *M.B.* 3 août 2004.

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 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.

- 51. Les données de la TCT et de l'AIM constituent des données pseudonymisées qui, par définition, en l'absence de données relatives à l'identité ne permettent pas d'identifier directement les personnes concernées. Cependant, tant le SPF Santé publique, l'INAMI que l'AIM prennent diverses initiatives vis-à-vis du public pour informer les personnes concernées sur le traitement de leurs données à caractère personnel dans le cadre de leurs missions légales.
- 52. Le Comité est d'avis qu'il existe suffisamment de transparence quant au traitement envisagé.

## 5. SÉCURITÉ DE L'INFORMATION

- 53. 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).
- 54. Le Comité fait observer qu'une analyse d'impact relative à la protection des données a été réalisée et que le Comité l'a reçue, conformément à l'article 35 du RGPD.
- 55. Le Comité constate que la Plate-forme eHealth intervient comme tiers de confiance (TTP) pour le couplage et la pseudonymisation des données. Le service TTP sera utilisé en fonction de la disponibilité des données.
- 56. Il constate en outre que le KCE a désigné un médecin responsable du traitement des données à caractère personnel relatives à la santé, ainsi qu'un délégué à la protection des données.
- 57. Le Comité constate que les collaborateurs du KCE ont un devoir de confidentialité par rapport aux données qu'ils traitent dans le cadre de leur fonction.
- 58. Le Comité rappelle que ni le KCE, ni ses collaborateurs ne peuvent entreprendre des démarches pour réidentifier les personnes concernées. Les résultats de l'étude doivent être publiés sous forme anonyme.
- 59. 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.

- 60.** Le Comité estime nécessaire de rappeler que depuis le 25 mai 2018 le KCE, l'AIM et STATBEL sont tenus 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**

sous réserve de la conclusion d'un protocole entre STATBEL et le KCE ou, à défaut, de l'accord de la chambre autorité fédérale 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.

Les modifications de cette délibération, approuvées par le comité de sécurité de l'information le 2 avril 2024, entrent en vigueur le 17 avril 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).
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Annexe : liste de données**  
**STATBEL data**

bron	dataset	naam	beschrijving	analyse algemene populatie	analyse ziektespecifieke subpopulatie	verantwoording
Statbel	overlijdensstatistieken	Pseudoniem individu	Pseudoniem individu	alle waarden gecodeerd specifiek voor het project	alle waarden gecodeerd specifiek voor het project	Noodzakelijk om de Statbel gegevens te kunnen koppelen aan de andere gegevens en om de analyse op het niveau van individu te kunnen uitvoeren
Statbel	overlijdensstatistieken	Overlijdensdatum	Datum van overlijden indien van toepassing	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	Noodzakelijk om de dertig dagen mortaliteit na ziekenhuisopname te kunnen berekenen

**IMA data**

bron	dataset	naam	beschrijving	analyse algemene populatie	analyse ziektespecifieke subpopulatie	verantwoording
IMA-AIM	F & G	SS00010	Pseudoniem individu	alle waarden gecodeerd specifiek voor het project	alle waarden gecodeerd specifiek voor het project	Noodzakelijk om de IMA gegevens te kunnen koppelen aan de andere gegevens en om de analyse op het niveau van individu te kunnen uitvoeren
IMA-AIM	F & G	SS00015	Datum prestatie	Datum gecodeerd als relatieve periode t.o.v. eerste opname: vanaf dag 8 voor opname tot dag 61 na opname + jaar	Datum gecodeerd als relatieve periode t.o.v. eerste opname: vanaf dag 8 voor opname tot dag 61 na opname + jaar	Noodzakelijk om bepaalde onderzoeken, medische interventies en geneesmiddelen te kunnen identificeren pre en post ziekenhuisopname om zowel de evolutie van deze in kaart te kunnen brengen als eventuele verschuivingen tussen ambulante en opname te kunnen bestuderen

IMA-AIM	F & G	SS00020	RIZIV nomenclatuur	Gegroepeerd in categorieën gedefinieerd door RIZIV in de referentietabel van nomensoft (groep en groepdetail)	Gegroepeerd in categorieën gedefinieerd door RIZIV in de referentietabel van nomensoft (groep en groepdetail)	Noodzakelijk om bepaalde onderzoeken, medische interventies en geneesmiddelen te kunnen identificeren pre en post ziekenhuisopname om zowel de evolutie van deze in kaart te kunnen brengen als eventuele verschuivingen tussen ambulante en opname te kunnen bestuderen
IMA-AIM	F & G	SS00060	RIZIV terugbetalingen	RIZIV terugbetalingen gegroepeerd per dag in de relatieve periode t.o.v. eerste opname	RIZIV terugbetalingen gegroepeerd per dag in de relatieve periode t.o.v. eerste opname	Noodzakelijk om bepaalde onderzoeken, medische interventies en geneesmiddelen te kunnen identificeren pre en post ziekenhuisopname om zowel de evolutie van deze in kaart te kunnen brengen als eventuele verschuivingen tussen ambulante en opname te kunnen bestuderen
IMA-AIM	F & G	SS00160	Persoonlijk aandeel	Persoonlijk aandeel gegroepeerd per dag in de relatieve periode t.o.v. eerste opname	Persoonlijk aandeel gegroepeerd per dag in de relatieve periode t.o.v. eerste opname	Noodzakelijk om bepaalde onderzoeken, medische interventies en geneesmiddelen te kunnen identificeren pre en post ziekenhuisopname om zowel de evolutie van deze in kaart te kunnen brengen als eventuele verschuivingen tussen ambulante en opname te kunnen bestuderen
IMA-AIM	F & G	SS00165	Supplement gegroepeerd	Supplement gegroepeerd per dag in de relatieve periode t.o.v. eerste opname	Supplement gegroepeerd per dag in de relatieve periode t.o.v. eerste opname	Noodzakelijk om bepaalde onderzoeken, medische interventies en geneesmiddelen te kunnen identificeren pre en post ziekenhuisopname om zowel de evolutie van deze in kaart te kunnen brengen als eventuele verschuivingen tussen ambulante en opname te kunnen bestuderen
IMA-AIM	F	SS00195	RIZIV terugbetalingen	RIZIV terugbetalingen gegroepeerd per dag in de relatieve	RIZIV terugbetalingen gegroepeerd per dag in de relatieve	Noodzakelijk om bepaalde onderzoeken, medische interventies en geneesmiddelen te kunnen identificeren pre en post ziekenhuisopname om zowel

				periode t.o.v. eerste opname	periode t.o.v. eerste opname	de evolutie van deze in kaart te kunnen brengen als eventuele verschuivingen tussen ambulante en opname te kunnen bestuderen
IMA-AIM	P	UNEMPLOYMENT_CAT1	Werkloosheid (niet, volledig of deeltijds, pensioen, rest)	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen op basis van patiëntkarakteristieken
IMA-AIM	P	UNEMPLOYMENT_CAT2	Werkloosheid (niet, volledig of deeltijds, pensioen, rest; alternatieve definitie)	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen op basis van patiëntkarakteristieken: proxy voor een inschatting voor eventueel sociale situaties waar (her)opnames deels beïnvloed wordt door sociale factoren
IMA-AIM	P	fam_size	Aantal leden in het MAF gezin	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen op basis van patiëntkarakteristieken: proxy voor het aantal leden van het gezin, wat een inschatting geeft voor eventueel sociale situaties waar (her)opnames deels beïnvloed wordt door sociale factoren
IMA-AIM	P	IC_avail_XXXX	Aantal potentiële beschikbare informele verzorgers	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen op basis van patiëntkarakteristieken: proxy voor het aantal leden van het gezin, wat een inschatting geeft voor eventueel sociale situaties waar (her)opnames deels beïnvloed wordt door sociale factoren
IMA-AIM	P	PP0055	Statistische sector	Op basis van referentietabellen van Statbel wordt statistische sector vervangen door	Op basis van referentietabellen van Statbel wordt statistische sector vervangen door één	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen op basis van patiëntkarakteristieken: proxy voor de socio-economische status waarvan de

				één van 10 groepen gebaseerd op de decielen van het mediaan netto belastbaar inkomen voor de statistische sector in het jaar van de opname	van 10 groepen gebaseerd op de decielen van het mediaan netto belastbaar inkomen voor de statistische sector in het jaar van de opname	wetenschappelijke literatuur aangeeft dat er een effect mogelijk is op heropname en mortaliteit
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

### TCT data

bron	dataset	naam	beschrijving	Analyse algemene populatie	Analyse ziektespecifieke subpopulatie	verantwoording
TCT – MZG	DIAGNOS E	code_agr	ziekenhuis erkenningsnummer	te combineren met year_registr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met year_registr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	DIAGNOS E	year_registr	registratiejaar	te combineren met code_agr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met code_agr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	DIAGNOS E	period_registr	registratiemester	te combineren met code_agr, year_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met code_agr, year_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	DIAGNOS E	staynum	verblijfsnummer	te combineren met code_agr, year_registr & period_registr tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met code_agr, year_registr & period_registr tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt



TCT – MZG	DIAGNOS E	code_diagnos e	ICD code diagnose	wordt geaggregeerd tot de Elixhauser comorbidity index en de Charlson Comorbidity Index (beiden zijn maten voor de ernst van comorbiditeiten op basis van diganose codes en informatie gerelateerd aan de diagnose codes)	volledige ICD code	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is. Ook nodig voor identificatie van geplande en ongeplande opnames via hoofddiagnose, gezien de onverwachtheid of urgentie een factor is in het risico op heropname of overlijden.
TCT – MZG	DIAGNOS E	code_sys_diag nose	Code systeem diagnoses	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om code_diagnose correct te kunnen interpreteren
TCT – MZG	DIAGNOS E	m1_code_cert	Indicatie van de zekerheid van de diagnose	wordt geaggregeerd tot de Elixhauser comorbidity index en de Charlson Comorbidity Index	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – MZG	DIAGNOS E	m1_present_a dm	Indicatie of de diagnose aanwezig was bij opname	wordt geaggregeerd tot de Elixhauser comorbidity index en de Charlson Comorbidity Index	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – MZG	DIAGNOS E	type_diagnose	Primaire of secondaire diagnose	wordt geaggregeerd tot de Elixhauser comorbidity index en de Charlson Comorbidity Index	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – MZG	PROCED UR	code_agr	ziekenhuis erkenningsnu mmer	te combineren met year_registr, period_registr &	te combineren met year_registr, period_registr	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de

				staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	& staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	PROCEDURE	year_registr	registratiejaar	te combineren met code_agr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met code_agr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	PROCEDURE	period_registr	registratiemester	te combineren met code_agr, year_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met code_agr, year_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	PROCEDURE	staynum	verblijfsnummer	te combineren met code_agr, year_registr & period_registr tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met code_agr, year_registr & period_registr tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	PROCEDURE	m2_code_place_interv	werd de procedure uitgevoerd in het eigen ziekenhuis of in een ander ziekenhuis?	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om het correcte ziekenhuis te kunnen bepalen waar een procedure is uitgevoerd
TCT – MZG	PROCEDURE	m2_code_procedure	ICD code procedure	eerste drie karakters ICD code	volledige ICD code	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – MZG	PROCEDURE	m2_code_sys_procedure	Code systeem procedures	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om code_procedure correct te kunnen interpreteren
TCT – MZG	PROCEDURE	m2_day_procedure	Dag van de procedure	wordt niet opgevraagd	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is: nodig

						om een correcte sequentie en duur tussen procedures te kunnen berekenen
TCT – MZG	PROCEDURE	m2_month_procedure	Maand van de procedure	wordt niet opgevraagd	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is: nodig om een correcte sequentie en duur tussen procedures te kunnen berekenen
TCT – MZG	PROCEDURE	m2_year_procedure	Jaar van de procedure	wordt niet opgevraagd	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is: nodig om een correcte sequentie en duur tussen procedures te kunnen berekenen
TCT – MZG	PROCEDURE	m2_number_procedure_1_day	Aantal procedures op dezelfde dag	wordt niet opgevraagd	alle waarden	noodzakelijk om patiënten met meer dan één procedure op dezelfde dag te kunnen uitsluiten
TCT – MZG	STAYHOSP	code_agr	ziekenhuis erkenningsnummer	te combineren met year_registr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met year_registr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	STAYHOSP	year_registr	registratiejaar	te combineren met code_agr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met code_agr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	STAYHOSP	period_registr	registratiemester	te combineren met code_agr, year_registr & staynum tot	te combineren met code_agr, year_registr &	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de

				uniek gecodeerd verblijfsnummer	staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	STAYHO SP	staynum	verblijfsnummer	te combineren met code_agr, year_registr & period_registr tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met code_agr, year_registr & period_registr tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	STAYHO SP	a2_code_adm	Type opname	gegroepeerd in categorieën: - 0, 6, L, M: andere - 4 vanuit daghospitalisatie - 5: terugtransfer - 3, 8: gewone opname - A, B, C, D, E, G: dringende opname - Z: Ongepland klassiek verblijf onmiddellijk aansluitend op een verblijf in daghospitalisatie	gegroepeerd in categorieën: - 0, 6, L, M: andere - 4 vanuit daghospitalisatie - 5: terugtransfer - 3, 8: gewone opname - A, B, C, D, E, G: dringende opname - Z: Ongepland klassiek verblijf onmiddellijk aansluitend op een verblijf in daghospitalisatie	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – MZG	STAYHO SP	a2_code_destinate	Bestemming na ontslag	gegroepeerd in categorieën: - 0, 1, 2, 9, A, F, M: andere - 1: thuis - 3, 4, 5: naar ander ziekenhuis - 6: naar ROB, RVT - 7: PVT - 8: overleden (exclusie criterium) - A: eigen ziekenhuis - Z: Ongepland klassiek verblijf onmiddellijk aansluitend op een verblijf in daghospitalisatie	gegroepeerd in categorieën: - 0, 1, 2, 9, A, F, M: andere - 1: thuis - 3, 4, 5: naar ander ziekenhuis - 6: naar ROB, RVT - 7: PVT - 8: overleden (exclusie criterium) - A: eigen ziekenhuis - Z: Ongepland klassiek verblijf onmiddellijk aansluitend op een verblijf in daghospitalisatie	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties): heropname of overlijden; eveneens een indicatie van de ernst

TCT – MZG	STAYHO SP	a2_code_disc harge	Type ontslag	gegroepeerd in categorieën: - 0, 1, F, M : andere - 2: tegen medisch advies - 3, 4: overleden (exclusie criterium) - 5, 6, 7, 8, D: doorverwezen naar andere instelling - 9, Z: doorverwezen binne eigen ziekenhuis	gegroepeerd in categorieën: - 0, 1, F, M : andere - 2: tegen medisch advies - 3, 4: overleden (exclusie criterium) - 5, 6, 7, 8, D: doorverwezen naar andere instelling - 9, Z: doorverwezen binne eigen ziekenhuis	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties): heropname of overlijden; eveneens een indicatie van de ernst
TCT – MZG	STAYHO SP	a2_code_plac e_before_adm	Plaats voor opname	gegroepeerd in categorieën: - 0, 8, 9, A, B, C, D, E, F, G, M, L, Z : andere - 1: Thuis - 6: RVT of ROB - 7: PVT - 3, 4, 5: transfer van een ander ziekenhuis	gegroepeerd in categorieën: - 0, 8, 9, A, B, C, D, E, F, G, M, L, Z : andere - 1: Thuis - 6: RVT of ROB - 7: PVT - 3, 4, 5: transfer van een ander ziekenhuis	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties): heropname of overlijden; eveneens een indicatie van de ernst
TCT – MZG	STAYHO SP	a2_code_sex	geslacht	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen op basis van patiëntkarakteristieken
TCT – MZG	STAYHO SP	a2_day_hosp_ in	Dag van de opname	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	noodzakelijk voor het berekenen van duur van de opname en of er een heropname binnen de dertig dagen is
TCT – MZG	STAYHO SP	a2_day_hosp_ out	Dag van ontslag	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	noodzakelijk voor het berekenen van duur van de opname en of er een heropname binnen de dertig dagen is
TCT – MZG	STAYHO SP	a2_hosptype_ cat	Type verblijf	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om bepaalde verblijven zoals volledig psychiatrische verblijven te kunnen uitsluiten

TCT – MZG	STAYHO SP	a2_hosptype_f ac	Type opnameverbl ijf	gegroepeerd in categorieën: - H, F, M, L, N: klassieke opname - C, D: daghospitalisatie - U: ambulante spoed	gegroepeerd in categorieën: - H, F, M, L, N: klassieke opname - C, D: daghospitalisatie - U: ambulante spoed	noodzakelijk om ambulante spoed te kunnen onderscheiden van andere types van opnamverblijven
TCT – MZG	STAYHO SP	a2_month_hos p_in	Maand van de opname	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	noodzakelijk voor het berekenen van duur van de opname en of er een heropname binnen de dertig dagen is
TCT – MZG	STAYHO SP	a2_month_hos p_out	Maand van ontslag	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	noodzakelijk voor het berekenen van duur van de opname en of er een heropname binnen de dertig dagen is
TCT – MZG	STAYHO SP	a2_year_hosp _in	Jaar van de opname	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	noodzakelijk voor het berekenen van duur van de opname en of er een heropname binnen de dertig dagen is
TCT – MZG	STAYHO SP	a2_year_hosp _out	Jaar van ontslag	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	noodzakelijk voor het berekenen van duur van de opname en of er een heropname binnen de dertig dagen is
TCT – MZG	STAYHO SP	flag_coupling	Koppelingsst atus MZG - AZV-ADH	selectiecriteria: enkel verblijven met een succesvolle koppeling (99) worden weerhouden	selectiecriteria: enkel verblijven met een succesvolle koppeling (99) worden weerhouden	noodzakelijk om te bepalen welke verblijven koppelbaar zijn
TCT – MZG	STAYHO SP	A2_code_zip	Postcode	Omgezet naar arrondissement	Omgezet naar arrondissement	Noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen, gezien het zorgaanbod per streek verschilt en dit een rol spelen in heropname of overlijden
TCT – MZG	STAYIND X	code_agr	ziekenhuis erkenningsnu mmer	te combineren met year_registr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met year_registr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt

TCT – MZG	STAYIND X	year_registr	registratiejaar	te combineren met code_agr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met code_agr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	STAYIND X	period_registr	registratiemester	te combineren met code_agr, year_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met code_agr, year_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	STAYIND X	staynum	verblijfsnummer	te combineren met code_agr, year_registr & period_registr tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met code_agr, year_registr & period_registr tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	STAYIND X	a4_code_bedi ndex_fac	Code gefactureerde type bed	per verblijf gegroepeerd in categorieën: - voorkomen van tenminste één van S1, S2, S3, S4, S5, S6: revalidatie - anders: geen revalidatie	per verblijf gegroepeerd in categorieën: - voorkomen van tenminste één van S1, S2, S3, S4, S5, S6: revalidatie - anders: geen revalidatie	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties); eveneens een indicatie van de ernst
TCT – MZG	STAYXT RA	drg_15	DRG pathologiegroep	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – MZG	STAYXT RA	drg_28	DRG pathologiegroep	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – MZG	STAYXT RA	drg_31	DRG pathologiegroep	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is

TCT – MZG	STAYXT RA	drg_34	DRG pathologiegr oep	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – MZG	STAYXT RA	drg_36	DRG pathologiegr oep	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – MZG	STAYXT RA	drg_38	DRG pathologiegr oep	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – MZG	STAYXT RA	soi_15	DRG pathologiegr oep - graad van ernst	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties en ernst van de aandoening), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – MZG	STAYXT RA	soi_28	DRG pathologiegr oep - graad van ernst	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties en ernst van de aandoening), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – MZG	STAYXT RA	soi_31	DRG pathologiegr oep - graad van ernst	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties en ernst van de



						aandoening), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – MZG	STAYXT RA	soi_34	DRG pathologiegr oep - graad van ernst	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties en ernst van de aandoening), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – MZG	STAYXT RA	soi_36	DRG pathologiegr oep - graad van ernst	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties en ernst van de aandoening), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – MZG	STAYXT RA	soi_38	DRG pathologiegr oep - graad van ernst	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties en ernst van de aandoening), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – MZG	STAYXT RA	pat_age_adm	Leeftijd bij opname in jaren	alle waarden	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen op basis van patiëntkarakteristieken
TCT – MZG	STAYXT RA	prindiag	Hoofddiagno se	wordt geaggregeerd tot de Elixhauser comorbidity index en de Charlson Comorbidity Index	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties en ernst van de aandoening), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is

TCT – MZG	STAYUNIT	code_agr	ziekenhuis erkenningsnummer	te combineren met year_registr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met year_registr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	STAYUNIT	year_registr	registratiejaar	te combineren met code_agr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met code_agr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	STAYUNIT	period_registr	registratiesemester	te combineren met code_agr, year_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met code_agr, year_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	STAYUNIT	staynum	verblijfsnummer	te combineren met code_agr, year_registr & period_registr tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	te combineren met code_agr, year_registr & period_registr tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – MZG	STAYUNIT	a5_day_unit_in	Dag van opname in eenheid	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	nodig om de subanalyses op niveau van de campus te kunnen maken
TCT – MZG	STAYUNIT	a5_month_unit_in	Maand van opname in eenheid	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	nodig om de subanalyses op niveau van de campus te kunnen maken
TCT – MZG	STAYUNIT	a5_year_unit_in	Jaar van opname in eenheid	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	Omgezet naar relatieve dag t.o.v. de eerste opnamedatum + jaar	nodig om de subanalyses op niveau van de campus te kunnen maken
TCT – MZG	STAYUNIT	code_campus	Code campus	alle waarden	alle waarden	nodig om de subanalyses op niveau van de campus te kunnen maken
TCT – MZG	STAYUNIT	code_unit	Code eenheid	alle waarden	alle waarden	nodig om bepaalde eenheden uit te kunnen sluiten
TCT – MZG	STAYUNIT	order_unit	Volgorde eenheid	alle waarden	alle waarden	nodig om de subanalyses op niveau van de campus te kunnen maken: laat toe om de volgorde van campussen te bepalen indien meerdere campussen op dezelfde dag

TCT – AZV	PREST	code_agr	ziekenhuis erkenningsnu mmer	wordt niet opgevraagd	te combineren met year_registr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – AZV	PREST	year_registr	registratiejaa r	wordt niet opgevraagd	te combineren met code_agr, period_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – AZV	PREST	period_registr	registratieses timester	wordt niet opgevraagd	te combineren met code_agr, year_registr & staynum tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – AZV	PREST	staynum	verblijfsnum mer	wordt niet opgevraagd	te combineren met code_agr, year_registr & period_registr tot uniek gecodeerd verblijfsnummer	noodzakelijk om unieke verblijven te kunnen identificeren gezien de analyse op het niveau van de patiënt-verblijf gebeurt
TCT – AZV	PREST	nomen_code	RIZIV nomenclatu rcode	wordt niet opgevraagd	alle waarden	noodzakelijk om binnen de analyse een correcte casemix aanpassing te kunnen doen (comorbiditeiten en complicaties), gezien de pathologie een sterke bepalende factor van heropname of overlijden is
TCT – AZV	PREST	norm_code	RIZIV nomenclatu rcode normcode	wordt niet opgevraagd	alle waarden	noodzakelijk voor de correcte interpretatie van nomen_code