

Informatieveiligheidscomité Kamer sociale zekerheid en gezondheid

IVC/KSZG/25/218

BERAADSLAGING NR. 25/112 VAN 3 JUNI 2025 MET BETREKKING TOT DE MEDEDELING VAN GEPSEUDONIMISEERDE PERSOONSgegevens EN GEPSEUDONIMISEERDE PERSOONSgegevens DIE DE GEZONDHEID BETREFFEN DOOR STATBEL EN HET INTERMUTUALISTISCHE AGENTSCHAP AAN SCIENSANO IN HET KADER VAN DE SCIENSANO EN RIZIV HISLINK 2023 STUDIE TER ONDERSTEUNING VAN HET FEDERAAL GEZONDHEIDSBELEID

Het Informatieveiligheidscomité;

Gelet op de Verordening (EU) nr. 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG* (Algemene Verordening Gegevensbescherming of AVG);

Gelet op de wet van 30 juli 2018 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens*;

Gelet op de wet van 15 januari 1990 *houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid*, inzonderheid op artikel 37;

Gelet op de wet van 13 december 2006 *houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid*, in het bijzonder artikel 42 §2 3°, gewijzigd bij de wet van 5 september 2018;

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

Gelet op de aanvraag van Sciensano;

Gelet op het auditoraatsrapport van het eHealth-platform van 26 mei 2025 ;

Gelet op het verslag van de heer Michel Deneyer ;

Beslist op 3 juni 2025, na beraadslaging, als volgt:

I. ONDERWERP VAN DE AANVRAAG

1. Op verzoek van het RIZIV wordt Sciensano belast met het uitvoeren van een wetenschappelijk en statistisch onderzoek ter ondersteuning van het federaal gezondheidsbeleid.
2. In 2023 werd de zevende Gezondheidsenquête (HIS) georganiseerd in België. Bij een representatieve steekproef van ongeveer 11.300 personen werden gegevens verzameld over de gezondheidstoestand, de levensstijl, het gebruik van gezondheidszorg en sociodemografische kenmerken in het kader van de HIS.
3. Deze aanvraag betreft een individuele koppeling tussen de gegevens van de HIS 2023 en de gegevens van de verzekeringsinstellingen (VI) die gecentraliseerd zijn door het Intermutualistische Agentschap (IMA). De gegevens van de HIS 2023 zullen worden gekoppeld aan de gegevens van de VI van vijf jaar voorafgaand aan het onderzoek (d.w.z. de gegevens van de VI van 2018, 2019, 2020, 2021 en 2022), van 2023 en tot vijf jaar na het onderzoek (d.w.z. de gegevens van de VI van 2024, 2025, 2026, 2027 en 2028). De gegevens voorafgaand aan het onderzoek worden gebruikt voor cross-sectionele analyses met indicatoren gebaseerd op eerder zorggedrag, terwijl de gegevens na het onderzoek worden gebruikt voor longitudinale analyses.
4. De beleidsondersteunende vragen die met behulp van de gekoppelde database bestudeerd zullen worden, kunnen niet of onvoldoende met elk van de bronnen afzonderlijk onderzocht worden en dienen te kunnen anticiperen op thema's en ad hoc vragen waarvoor Sciensano wordt geraadpleegd door actoren zoals het RIZIV, de FOD volksgezondheid, de beleidscel van de minister van volksgezondheid en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Alle onderzoeksvragen (vastgelegd en toekomstig) hebben telkens betrekking tot één van volgende topics:
 - Socio-economische verschillen in gebruik en toegang tot gezondheidszorg, alsook trends in toegang en gebruik van gezondheidszorg tussen verschillende cohorten (dwz. Hislink 2013, 2018, 2023);
 - Medicijngebruik bij specifieke subpopulaties in de bevolking;
 - Een beter begrip van de indicatoren die het RIZIV gebruikt om chronische ziekten te definiëren door een vergelijking van indicatoren rond chronisch ziek zijn tussen HIS en IMA ;
 - Het in kaart brengen van zorggebruik voor specifieke (zorg)doelgroepen, met een focus op recent geïntroduceerde terugbetalingscategorieën (bvb. Long covid-19, eerstelijns psychologische zorg);
 - Gegevens uit beide gegevensbronnen valideren en de mogelijkheden en beperkingen van zowel de IMA-gegevens als de HIS 2023-gegevens voor de specifieke onderzoeksdoelstellingen in te schatten;
 - Berekening van indicatoren op basis van IMA-gegevens in functie van achtergrondkenmerken enkel beschikbaar in de HIS in het kader van HIS-rapporten;
 - Berekening van de kosten van ziekten en aandoeningen die relevant zijn voor de volksgezondheid;

- Berekening van de impact van leefstijl (bv. obesitas, roken, alcoholgebruik,...) op ziektekosten;
 - Rol van gezondheidsvaardigheden in het gebruik van gezondheidszorg;
5. De focus ligt hierbij telkens op het begrijpen van ongelijkheden in gebruik van en toegang tot gezondheidszorg, alsook trends en evoluties in deze ongelijkheden, en dus niet op het evalueren van individuele voorschrijvers of zorginstellingen.
 6. Voorbeelden uit voorgaande koppelingen tussen HIS en IMA zijn o.a.: studies naar kosten verbonden aan obesitas of roken; beïnvloedende factoren voor verblijf in een woonzorgcentrum bij ouderen; studie naar de mediërende rol van gezondheidsvaardigheden op de relatie tussen socio-economische status en gezondheidsgerelateerde uitkomsten in de Belgische volwassen bevolking.
 7. De koppeling¹ betreft een selectie van de gegevens van de VI, specifiek de gegevens die nodig zijn voor het onderzoek om het proportionaliteitsbeginsel te respecteren.

Studiepopulatie

8. De Gezondheidsenquête (HIS), door middel van een interview, richt zich tot alle personen die in België wonen, ongeacht hun nationaliteit, leeftijd of status. Om deze bevolkingsgroep te bereiken, is het Rijksregister de meest geschikte steekproefbasis. Personen die niet zijn ingeschreven in het Rijksregister, zoals mensen die illegaal in het land verblijven, kunnen niet deelnemen. Om praktische redenen worden ook andere categorieën uitgesloten, zoals personen die deel uitmaken van een collectief huishouden (bijvoorbeeld gevangenis, instelling) met uitzondering van residentiële zorgcentra.
9. Op basis van een protocolakkoord tussen de verschillende opdrachtgevers van de HIS werd bepaald dat de basissteekproef van de HIS 2023 uit 10.700 individuen bestaat: 4.200 in het Vlaamse Gewest, 3.500 in het Waalse Gewest (waarvan 300 in de Duitstalige Gemeenschap) en 3.000 in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest. Deze aantallen zijn in principe voldoende om nauwkeurige schattingen mogelijk te maken, zowel op nationaal als regionaal niveau. Zoals vastgelegd in het protocolakkoord kunnen regio's en gemeenschappen die dat wensen bijdragen aan de financiering van een extra steekproef om nauwkeurigere schattingen voor hun eigen bevolking te verkrijgen. Voor de HIS 2023 heeft de Duitstalige Gemeenschap van dit recht gebruik gemaakt door de financiering van 600 extra interviews binnen haar Gemeenschap. Als gevolg hiervan bedraagt de geplande steekproefgrootte van de gezondheidsenquête 2023 11.300 individuen. Dit omvat de basissteekproef (10.700) en de oversteekproef van de Duitstalige Gemeenschap (600). Net als bij eerdere enquêtes kan deze geplande grootte aan het einde van het veldwerk licht worden overschreden. De uiteindelijke steekproefgrootte wordt daadwerkelijk bekend na alle interviews aan het einde van het veldwerk.
10. Alleen de gegevens van deelnemers aan de HIS 2023 die toestemming hebben gegeven voor de koppeling zullen daadwerkelijk gekoppeld worden (i.e. 62% van de HIS-deelnemers).

¹ Zie bijlage 1.

De HIS-gegevens van deelnemers die geen toestemming hebben gegeven voor de koppeling worden echter ook opgenomen in de gekoppelde database, hoewel deze gegevens niet gekoppeld worden aan de gegevens van het IMA. Het IMA heeft geen toegang tot de gegevens van de deelnemers in de gekoppelde database.

11. Gegevens over alle HIS-deelnemers die hebben ingestemd met de koppeling is nodig voor meer diepgaande analyses en om nauwkeurige schattingen te maken, zowel op nationaal als regionaal niveau. De HIS-gegevens van deelnemers die niet hebben ingestemd met de koppeling zijn nodig om het profiel van mensen die niet instemmen met de koppeling te bestuderen en om de impact van mogelijke toestemmingsbias op de resultaten te evalueren.

Selectieprocedure

Deelnemers aan de HIS 2023 zijn willekeurig geselecteerd op basis van een meertrapssteekproef:

- *Regionale stratificatie:* Voor elk van de drie regio's werd het aantal personen dat voor de basissteekproef moest worden geïnterviewd van tevoren bepaald: 4.200 voor het Vlaamse Gewest, 3.500 voor het Waalse Gewest (exclusief de extra steekproef van 600 personen in de Duitstalige Gemeenschap) en 3.000 voor het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest.
- *Stratificatie per zorgregio of kiesdistrict:* Sinds de HIS 2018 heeft de Vlaamse Gemeenschap gevraagd om gegevens te verzamelen op het niveau van "zorgregio's". Voor het bepalen van een tweede stratificatieniveau werd België opgedeeld in 29 geografische strata. In het Vlaamse Gewest betreft dit 14 zorgregio's en in het Waalse Gewest 13 kiesdistricten. Het kiesdistrict Verviers is opgedeeld in 2 strata: de gemeenten van de Duitstalige Gemeenschap (Oostkantons) en de rest van het kiesdistrict. Het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest vormt slechts één stratum. In de Vlaamse en Waalse Gewesten werd het aantal personen dat binnen een stratum geïnterviewd moest worden, bepaald op basis van het aandeel van de stratumbevolking binnen de regio, met een minimum van 200 personen. Aangezien zorgregio's en kiesdistricten zich altijd binnen een provincie bevinden, heeft de evenredige verdeling per stratum geresulteerd in een evenredig aantal respondenten per provincie. Voor de Duitstalige Gemeenschap werd een vast aantal respondenten voorzien: volgens het protocolakkoord moesten 300 personen worden geïnterviewd en daarnaast nog eens 600 personen op verzoek en financiering van de Duitstalige Gemeenschap. Deze oververtegenwoordiging van de Duitstalige Gemeenschap werd in aanmerking genomen bij de berekening van de gewichten van de enquête;
- *Selectie van gemeenten:* De Gezondheidsenquête werd niet in elke gemeente of stad georganiseerd. In elk stratum werd slechts een bepaald aantal gemeenten geselecteerd, afhankelijk van de grootte van het stratum (aantal inwoners) en de grootte van de gemeenten/steden waaruit het stratum bestaat. Per gemeente werden een of meerdere groepen (van ongeveer 50 personen om te interviewen) geselecteerd. Rekening houdend met hun grootte is het zeker dat grote gemeenten of steden worden geselecteerd; indien het zeer grote steden betreft, kunnen er meerdere groepen (van 50 personen) binnen deze

gemeenten worden geselecteerd, terwijl voor kleinere gemeenten sommige geselecteerd worden en andere niet;

- *Selectie van huishoudens binnen de gemeenten en steden:* Voor elke gemeente werd de selectie van huishoudens die aan de enquête deelnemen uitgevoerd volgens een meertrapsselectieprocedure. Deze procedure garandeert de selectie van allerlei huishoudens: zowel kleine als grote huishoudens, evenals huishoudens met jonge en oude referentiepersonen. Bovendien zijn de huishoudens zodanig geselecteerd dat ze geografisch verspreid zijn binnen de gemeente of stad;
- *Selectie van personen binnen huishoudens:* Voor huishoudens bestaande uit maximaal 4 personen werden alle leden geselecteerd om deel te nemen aan de enquête. Voor huishoudens bestaande uit meer dan 4 personen werden maximaal 4 personen geselecteerd om deel te nemen aan de enquête. De volgende regel werd toegepast: de referentiepersoon van het huishouden werd altijd geselecteerd om deel te nemen aan de enquête. Indien deze persoon een partner heeft binnen het huishouden, werd deze ook geselecteerd. De overige leden van het huishouden, namelijk 2 personen (indien de referentiepersoon een partner heeft) of 3 personen (indien de referentiepersoon geen partner heeft), werden willekeurig vooraf geselecteerd, d.w.z. bij de samenstelling van de steekproef. Deze benadering werd pas sinds de HIS 2018 toegepast: bij eerdere gezondheidsenquêtes werden de andere leden van het huishouden geselecteerd op het moment van het interview. De belangrijkste reden hiervoor is dat als van tevoren bekend is wie geselecteerd is voor deelname, de kans groter is dat de betrokken leden aanwezig zijn tijdens het interview (wat de noodzaak van een proxy-interview zou verminderen). Een nadeel van deze nieuwe aanpak is dat nieuwe leden van het huishouden – die niet bekend waren ten tijde van de steekproefselectie – niet geselecteerd kunnen worden voor deelname (bijvoorbeeld pasgeborenen, nieuwe partners, enz.).

II. BEVOEGDHEID

12. Ingevolge artikel 42, § 2, 3° van de wet van 13 december 2006 *houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid* is de kamer sociale zekerheid en gezondheid van het informatieveiligheidscomité bevoegd voor het verlenen van een principiële machtiging met betrekking tot elke mededeling van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen.
13. Rekening houdend met het voorgaande, acht het comité dat het zich kan uitspreken over de mededeling van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen, zoals beschreven in de machtigingsaanvraag.

III. BEHANDELING

A. TOELAATBAARHEID

14. De verwerking van persoonsgegevens is enkel toegelaten voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden en de verwerking van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen is in principe verboden².
15. Het verbod op verwerking van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen is niet van toepassing indien de verwerking noodzakelijk is met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden overeenkomstig artikel 89, 1ste lid, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de belangen van de betrokkene³.
16. Krachtens art. 4 van de wet van 25 februari 2018 *houdende oprichting van Sciensano*, “(...) Sciensano vervult op het federale, gewestelijke en gemeenschapsniveau, alsmede op het Europese en internationale niveau, geheel of gedeeltelijk de volgende opdrachten inzake gezondheid :
- 1° adviezen aan de overheden bevoegd voor gezondheid verlenen;
 - 2° wetenschappelijk onderzoek;
 - (...)
- § 2. De opdracht van Sciensano is het ondersteunen van het gezondheidsbeleid door wetenschappelijk onderzoek, expertadvies en dienstverlening, met name door :
- 1° op wetenschappelijke basis aanbevelingen te formuleren voor een pro-actief gezondheidsbeleid, in functie van de prioriteiten op het federale, gewestelijke en gemeenschapsniveau alsmede op het Europese en internationale niveau;
 - 2° binnen een kwaliteitssysteem bijdetijdse expertmethodes te ontwikkelen, te evalueren en toe te passen om de stand en ontwikkeling van de gezondheid en de gezondheidszorg in te schatten, en
 - 3° geavanceerde oplossingen uit te werken voor de diagnose, preventie en behandeling van ziekten en voor de identificatie en preventie van andere gezondheidsrisico's.
- § 3. Sciensano heeft ook vormingsopdrachten, zoals de vorming van doctorandi en bijzondere vormingen betreffende de expertise van Sciensano en kan in dit kader doctoraatsbeurzen toekennen.
- § 4. Sciensano staat, met inachtneming van de ter zake toepasselijke wetten, in voor de behandeling, daarin inbegrepen de verzameling, validering, analyse, rapportering en archivering van gegevens van persoonlijke aard, met name met betrekking tot de volksgezondheid of in verband met de gezondheid en andere wetenschappelijke informatie met betrekking tot het gezondheidsbeleid. Sciensano maakt daartoe kwantitatieve en kwalitatieve wetenschappelijke analyses op basis van de verwerkte informatie ter ondersteuning van het gezondheidsbeleid. Sciensano kan ook verwerkte gegevens en informatie ter beschikking stellen met toestemming van de bevoegde sectorale comités.
- § 5. Om de samenhang en de efficiëntie van de opdrachten van Sciensano te bewaren, met name in het licht van toekomstige ontwikkelingen inzake gezondheid, kan de Koning bij een

² Art. 9, punt 1 AVG

³ Art. 9, punt 2, j), AVG

besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad bijkomende opdrachten toevertrouwen aan Sciensano die betrekking hebben op de opdrachten bedoeld in dit artikel”.

17. De gegevens werden oorspronkelijk ingezameld voor andere doeleinden.

HIS (Nationale gezondheidsenquête)

18. Het doel van een gezondheidsenquête is het verzamelen van ontbrekende informatie over de gezondheidstoestand en de zorgnoden van de bevolking. Het is een instrument dat bijdraagt aan het volksgezondheidsbeleid. Gezondheidsenquêtes onderzoeken gezondheidsthema's die geselecteerd zijn op basis van algemene doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid en internationale aanbevelingen. Mondgezondheid is één van deze thema's. De gezondheidsenquête biedt een belangrijke toegevoegde waarde omwille van deze redenen:
 - het geeft een overzicht van de gezondheidstoestand van de bevolking;
 - er wordt informatie verkregen over de gezondheid en levensstijl van de hele bevolking, ook van diegenen die zelden of nooit gebruik maken van gezondheidsdiensten;
 - een gezondheidsenquête maakt het mogelijk om een verband te leggen tussen verschillende gezondheidsfactoren;
 - periodieke herhaling van de enquêtes maakt het mogelijk om veranderingen in de tijd te volgen.

IMA-gegevens

19. De nationale unies van verzekeringsinstellingen (VI) beschikken over gegevens met betrekking tot hun leden, als onderdeel van de uitvoering van hun wettelijke taak in verband met het IMA. Het Intermutualistisch Agentschap heeft als doel de gegevens die zijn verzameld in het kader van hun taken te analyseren en informatie te verstrekken over het onderwerp (art. 278 lid 1 van Programmawet 24.2/2002), en deze handelingen kunnen worden uitgevoerd op verzoek van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (art. 278 4 e lid 2°).
20. Het doel van de oorspronkelijke verwerking van persoonsgegevens (en meer bepaald gezondheidsgegevens) door de verzekeringsinstellingen is verenigbaar met het doel van de latere verwerking, meer bepaald het uitvoeren van een wetenschappelijke studie. Bovendien kan deze wetenschappelijke studie bijdragen tot de wettelijke opdrachten van de VI zoals bepaald door de wet van 6 augustus 1990 (art. 3a en b), namelijk de deelname aan de uitvoering van de verplichte ziekte- en vergoedingsverzekering, geregeld door de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Statbel

21. Statbel mag op basis van het Koninklijk Besluit van 13 juni 2014 opstreden als TTP voor het koppelen en pseudonimiseren van gegevens voor statistisch en wetenschappelijk onderzoek. Sciensano beschikt over machtiging 001/2020 van 16 april 2020 om steekproeven te bekomen uit het Rijksregister. De Directeur-generaal a.i. van het

Rijksregister heeft Statbel via een brief van 1 december 2022 aangesteld als TTP voor het trekken van de steekproef en het bewaren van de sleutel van pseudonimisering.

B. FINALITEIT

22. Overeenkomstig art. 5, b) van de GDPR is de verwerking van persoonsgegevens enkel toegelaten voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden.
23. Deze aanvraag betreft een individuele koppeling tussen de gegevens van de HIS 2023 en de gegevens van de verzekeringsinstellingen (VI) die gecentraliseerd zijn door het Intermutualistische Agentschap (IMA). De gegevens van de HIS 2023 zullen worden gekoppeld aan de gegevens van de VI van vijf jaar voorafgaand aan het onderzoek (d.w.z. de gegevens van de VI van 2018, 2019, 2020, 2021 en 2022), van 2023 en tot vijf jaar na de HIS 2023 (d.w.z. de gegevens van de VI van 2024, 2025, 2026, 2027 en 2028). De gegevens voorafgaand aan het onderzoek worden gebruikt voor cross-sectionele analyses met indicatoren gebaseerd op eerder zorggedrag, terwijl de gegevens na het onderzoek worden gebruikt voor longitudinale analyses.
24. Gelet op de doelstellingen acht het comité dat de beoogde verwerking van de persoonsgegevens wel degelijk welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden nastreeft.

C. PROPORTIONALITEIT

25. Overeenkomstig art. 5, b) en c) van de GDPR dienen de persoonsgegevens toereikend, ter zake dienend en niet overmatig te zijn, uitgaande van de doeleinden waarvoor zij worden verkregen of waarvoor zij verder worden verwerkt.
26. Alle variabelen worden geaggregeerd tot op het hoogste niveau dat nodig is om de doelstellingen van de studie te bewerkstelligen. Exacte data worden b.v. vervangen tot het weeknummer en het jaar of een hoger niveau (b.v. kwartaal).
27. De gevraagde datasets zijn de gegevens van de HIS en de gegevens van de verzekeringsinstellingen, gecentraliseerd door het IMA.
28. Deze aanvraag maakt deel uit van een formele overeenkomst tussen het RIZIV en Sciensano, waarbij Sciensano wordt gevraagd onderzoeksvragen te beantwoorden die het RIZIV zullen helpen bij het nemen van beslissingen met betrekking tot de volksgezondheid. Om de doelstellingen van dit project te bereiken, worden zelf-gerapporteerde gegevens over gezondheid, omgeving en individuele levensstijl van de HIS 2023 gekoppeld met een selectie van de administratieve gegevens over gezondheidszorggebruik van de verzekeringsinstellingen (VI's), voor personen die hebben deelgenomen aan de HIS 2023 en die toestemming hebben gegeven voor het koppelen van gegevens.

29. De onderzoeksdoelstellingen in dit project zijn specifiek gericht op het gebruik van de gecombineerde databronnen, d.w.z. de onderzoeksvragen kunnen niet beantwoord worden aan de hand van de aparte databronnen. De onderzoekers dienen gedurende de studieperiode te kunnen anticiperen op ad hoc onderzoeksvragen die verband houden met de beschreven thema's die betrekking hebben tot socio-economische ongelijkheden in zorggebruik, die gesteld kunnen worden door de opdrachtgever van de studie (RIZIV), de FOD volksgezondheid, de beleidscel van de minister van volksgezondheid of het KCE.
30. Voorbeelden uit voorgaande koppelingen tussen HIS en IMA zijn o.a. studies naar kosten verbonden aan obesitas of roken. Alleen de informatie die binnen de doelstellingen van de studie valt, wordt opgevraagd.
31. De identificatiegegevens van de betrokken personen worden gecodeerd in een uniek anonieme projectcode ("Cproject"), die speciaal voor dit onderzoek wordt aangemaakt door een Trusted Third Party. Dit maakt het onmogelijk om de betrokken personen direct te identificeren.
32. Alle variabelen die informatie weergeven over een exacte datum (bv. Datum van aflevering van product) worden gehercodeerd naar een waarde ten opzichte van de referentiedatum 'datum afname van het HIS-interview'.
33. De datum van afname van het HIS-interview zelf wordt aan de onderzoekers apart beschikbaar gesteld als 'jaar en maand waarin het interview werd afgenomen' (YYYYMM); deze informatie is nodig om seizoensgebonden effecten mee te kunnen nemen in de analyses.

a. De persoonsgegevens uit de HIS (onderstaande nummering correspondeert met de nummering van thema's uit de HIS bevraging)

34. De Gezondheidsenquête bevat informatie over een representatieve steekproef van ongeveer 10,000 personen die willekeurig geselecteerd worden uit de bevolking. Dit betreft zelf-gerapporteerde informatie over de gezondheidstoestand, het gezondheidsgedrag en het gebruik van zorg. Gezien de doelstellingen van het onderzoek worden de volgende gegevens gevraagd:

a-1. ACHTERGRONDKENMERKEN

35. Deze informatie is nodig om de gegevens te kunnen koppelen, correct te analyseren en om de geldigheid van de HIS-informatie te beoordelen. Deze sociodemografische kenmerken kunnen bovendien een belangrijke impact hebben op de gezondheid, de levensstijl en het zorggebruik.
36. Het kleinste geografische niveau dat wordt bestudeerd, is dat van de provincie. Daarnaast worden sommige gegevens (datum interview, nationaliteit, geboorteland, werk en inkomen) geaggregeerd, wat het risico op heridentificatie vermindert.

a-2. GEZONDHEID EN KWALITEIT VAN LEVEN

37. Deze informatie is noodzakelijk om de coherentie na te gaan tussen de relevante indicatoren voor het beleid die zijn gebaseerd op de gegevens van de verzekeringsinstellingen (VI) en de subjectieve gezondheid, de chronische ziekten, de beperkingen van de activiteit, de functionele beperkingen in de bevolking in het algemeen, de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit. Ze zijn noodzakelijk om de impact van de kwetsbaarheid te bestuderen op het vlak van gebruik van de gezondheidszorg en gezondheidsuitgaven.

a-3. GEZONDHEIDSGEDRAG EN LEVENSTIJL

38. Deze informatie is noodzakelijk om de coherentie na te gaan tussen de relevante indicatoren voor het beleid die zijn gebaseerd op de gegevens van de verzekeringsinstellingen (VI) en de alcoholconsumptie, de tabaksconsumptie, het gebruik van elektronische sigaret, het gebruik van illegale drugs, lichaamsbeweging, overgewicht en obesitas en seksueel risicogedrag.

a-4. PREVENTIEVE KENNIS EN PRAKTIJKEN

39. De combinatie van HIS-gegevens over zelf-gerapporteerd gedrag inzake vroege opsporing van kanker, vaccinatie en gezondheidvaardigheden met gegevens uit de VI's over deze onderwerpen stelt de onderzoekers in staat om beter te antwoorden op vragen m.b.t. deze thema's.

a-5. MENTALE GEZONDHEID EN WELZIJN

40. Deze gegevens zijn nuttig om de associatie te verifiëren tussen de beleidsrelevante indicatoren, gebaseerd op VI-gegevens, en de geestelijke gezondheid.

a-6. GEBRUIK VAN GEZONDHEIDSZORG

41. Gegevens over het gebruik van gezondheidszorg en medicatie op basis van VI-gegevens, gecombineerd met zelf-gerapporteerde gegevens over het gebruik van en de ervaringen met gezondheidszorg en medicatie, stellen de onderzoekers in staat om beter te antwoorden op de toegankelijkheid en (ervaren) kwaliteit van de gezondheidszorg.

a-7. GEZONDHEID EN MAATSCHAPPIJ

42. Deze gegevens zijn nodig om de associatie te verifiëren tussen de beleidsrelevante indicatoren, gebaseerd op VI-gegevens, en omgevingsfactoren zoals milieu, verbaal en fysiek geweld, sociale gezondheid, werkverzuim en aanwezigheid van informele zorg.

b. De gegevens afkomstig van de verzekeringsinstellingen (IMA-gegevens)

b-1. Populatiegegevens

43. De gegevens moeten de onderzoekers in staat stellen om een inschatting te maken van de uitgaven van de gezinnen voor gezondheidszorgen. Dit betekent dat de gegevens moeten

toelaten de gezinnen te definiëren, enerzijds op basis van de gezondheidsenquête (huishouden op het ogenblik van de enquête) en anderzijds op basis van de VI-gegevens (= MAF-gezin = alle personen die op hetzelfde adres wonen zoals geregistreerd op 1 januari van het prestatiejaar). De combinatie van deze twee definities zal het, als residuaire onderzoeksvraag, mogelijk maken de ‘sociologische stabiliteit’ van het MAF-gezin te evalueren: hoe verder de effectieve datum van de gezondheidsenquête verwijderd zal zijn van 1 januari, hoe groter de kans dat er verschillen kunnen optreden tussen de twee definities.

44. Elk individu beschikt over een huishoudcode, waardoor het huishouden op het ogenblik van de enquête kan worden samengesteld. In het kader van de gezondheidsenquête beschikt men over individuele enquêtegegevens maar ook over gegevens die enkel op niveau van het huishouden werden bevraagd.
45. Op basis van het RRN van het MAF-gezinshoofd –wat beschikbaar is voor elke individuele record binnen de VI’s- kan het MAF-gezin worden samengesteld. De gegevens bij de VI’s worden gevraagd voor alle geselecteerde RRN + hun MAF-gezinsleden.
46. Omdat de gegevens zowel op individueel als op gezinsniveau zullen worden geanalyseerd is de aanduiding van het MAF-gezinshoofd noodzakelijk, dit kan onder gecodeerde vorm.
47. Voor de gezinssamenstelling, de verificatie ervan en de verificatie van de koppelingsprocedure (GE-VI-gegevens) zijn volgende gegevens nodig: ANON_VIEW, ANON_PP3009, PP0015, PP0020, SOCIAL_CAT, TITULAR_YN, PROVINCIE, FAM_SIZE.
48. De datum van overlijden is nodig voor het uitvoeren van longitudinale analyses, waarbij precieze overlevingstijd moet kunnen berekend worden, en wordt aangevraagd op het niveau van jaar van overlijden (PP0040A) en maand van overlijden (PP0040B).
49. Het geboortjaar (PP0015) is aangewezen voor de verificatie van de koppelingsprocedure maar ook voor de afbakening van specifieke doelgroepen. Personen met geboortjaar 1913 of vroeger zullen allen het geboortjaar 1913 worden toegewezen om als dusdanig het identificatierisico in deze oudste leeftijdsgroepen te beperken. Om de cijfers van de uitgaven m.b.t. de gezondheidszorgen correct te kunnen interpreteren is het noodzakelijk de verzekeringsstatus van de gezinsleden te kennen. Hiervoor vragen de onderzoekers niet de detailgegevens betreffende CT1-CT2 (PP0030 en PP0035) maar de afgeleide flags.
50. Geselecteerde gegevens m.b.t. verzekeringsstatus: MAJOR_RISK_CAT, MINOR_RISK_CAT, MAJOR_BENEFIT_YN, MAJOR_INVALIDITY_YN, MAJOR_COVERAGE_YN: Deze flags geven de verzekeringsstatus weer en zijn onrechtstreeks een indicator van inkomen en sociale bescherming.
51. De informatie m.b.t. OMNIO/AARD VT (PP1010) is eveneens inkomensgerelateerd aangezien deze zone de aanduiding bevat omtrent de toekenning van VT (op basis van een laag gezinsinkomen of een ander kenmerk).

52. Eén van de onderzoeksdoelstellingen betreft de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen. Daarbij is het noodzakelijk om de financiële situatie van een gezin zo goed mogelijk in te schatten. Aan de hand van een aantal beschikbare gegevens bij de VI's kunnen indicatoren worden ontwikkeld die een validatie van de enquêtegegevens en ook een nauwkeurige interpretatie toelaten van de financiële toestand van de gezinnen: RECOGNITION_YN, UNEMPLOYMENT_CAT, UNEMPLOYMENT_YN, INCAPACITY_YN, INVALIDITY_YN, PP3001, PP3003, PP3004, PP3011, PP3014, PP3015, PP3016, PP3017, CHRONICAL_YN.

b-2 en b-3. Aggregaten en detailgegevens van uitgavengegevens gezondheidszorg en Farmanet

53. Deze gegevens laten toe om determinanten van gebruik van gezondheidszorg te beantwoorden, o.a. omtrent specifieke doelgroepen (eg. long COVID-19, eerstelijnspsychologische zorg), vaccinatie, vroegtijdige opsporing van kanker en diabetes, hospitalisaties, et cetera.

b-4. Detailgegevens van farmanetuitgaven

54. Deze gegevens zijn nodig voor het bestuderen van determinanten van geneesmiddelengebruik, polyfarmacie, opvolging van medicatie bij bv. chronische zorg (hypertensie, diabetes, cholesterol), relatie met gebruik van andere zorg en ook b.v. het gebruik van niet terugbetaalde geneesmiddelen.
55. De datum van aflevering is noodzakelijk om de validatie zo nauwkeurig mogelijk te kunnen doen, de vraagstelling vertrekt immers steeds vanaf het ogenblik van de enquête. Aan de hand van de enquêtedatum en de prestatiedatum kan het relevante aantal worden berekend. Alle exacte data worden gehercodeerd als relatieve waarde met de datum van het HIS-interview als referentiewaarde. Bijvoorbeeld: het HIS-interview vond plaats op 1 januari 2023 en krijgt de waarde 0 toegekend; op 20 januari 2023 krijgt hetzelfde individu een geneesmiddel verstrekt. De onderzoekers krijgen de waarde 19 te zien, d.w.z. 19 dagen na het HIS interview werd het geneesmiddel verstrekt. Voor de perioden vóór het HIS-interview worden negatieve waarden toegekend.
56. Deze gegevens zijn nodig om vragen te beantwoorden waarvoor informatie over de totale uitgaven voor vergoede geneesmiddelen vereist is, zodat verschillende uitgavengroepen (= terugbetalingscategorieën) kunnen worden onderscheiden.
57. De twee gegevensbronnen (HIS-gegevens en gegevens van de VI) die gekoppeld zullen worden, zijn gepseudonimiseerde gegevens. Een terugkoppeling naar het INSZ is noodzakelijk om de koppeling te maken. Door het gebruik van een Trusted Third Party (TTP) zoals eHealth, hebben noch de gegevensleveranciers noch de gebruikers toegang tot het INSZ. Ze gebruiken alleen een project-specifiek gecodeerd nummer.

58. Het comité stelt vast dat het eHealth-platform tussenkomt als trusted third party (TTP) voor de koppeling en pseudonimisering van de gegevens⁴. Het is noodzakelijk het verband tussen de gepseudonimiseerde dataset en de identiteit van de personen te behouden. Krachtens artikel 5, 8°, van voormelde wet van 21 augustus 2008 mag het eHealth-platform de gebruikte codeersleutels bewaren gedurende de volledige duur van de analyses tot 31 december 2035. De sleutels worden daarna vernietigd.
59. Een *small cell risk analysis* zal door het IMA uitgevoerd worden.

D. OPSLAGBEPERKING

60. Overeenkomstig artikel 5, § 1, e) van de AVG mogen de persoonsgegevens niet langer worden bewaard in een vorm die het mogelijk maakt de betrokkenen te identificeren, dan noodzakelijk is voor de verwezenlijking van de doeleinden waarvoor zij worden verkregen. De persoonsgegevens mogen voor langere perioden worden opgeslagen voor zover de persoonsgegevens louter met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden worden verwerkt overeenkomstig artikel 89, § 1, mits de bij de verordening vereiste passende technische en organisatorische maatregelen worden getroffen om de rechten en vrijheden van de betrokkene te beschermen ("opslagbeperking").
61. De gegevens worden opgevraagd voor de periode van 2018 tot 2028. Sciensano wenst de gegevens tot vijf jaar na de laatste verzameling van de gegevens te bewaren, tot 2035 (in 2030 zullen de gegevens van 2028 toegevoegd worden). Deze periode komt overeen met de tijd die nodig is voor de uitvoering van de studie laat toe om trendanalyses te maken.

E. TRANSPARANTIE

62. Overeenkomstig art. 12 van de GDPR moet de verwerkingsverantwoordelijke passende maatregelen nemen opdat de betrokkene informatie in verband met de verwerking in een beknopte, transparante, begrijpelijke en gemakkelijk toegankelijke vorm en in duidelijke en eenvoudige taal ontvangt. De informatie moet schriftelijk of met andere middelen, met inbegrip van, indien dit passend is, elektronische middelen, worden verstrekt.

De artikelen 13 en 14 van de GDPR leggen de voorwaarden vast waaraan de verwerkingsverantwoordelijke dient te voldoen wanneer persoonsgegevens betreffende een betrokkene worden verzameld. Zo dient onder meer volgende informatie meegedeeld te worden: de contactgegevens van de verwerkingsverantwoordelijke en de functionaris voor gegevensbescherming, de categorieën van persoonsgegevens indien de gegevens niet van de betrokkenen verkregen werden, de verwerkingsdoeleinden en de rechtsgrond van de verwerking, de categorieën van ontvangers en, indien de verwerkingsverantwoordelijke het

⁴ Krachtens artikel 5, 8°, van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform, is het eHealth-platform gemachtigd de gebruikte codeersleutels gedurende de volledige duur van de studie te bewaren.

voornemen heeft de persoonsgegevens door te geven aan een ontvanger in een derde land, welke de passende waarborgen zijn.

63. Voor eerdere koppelingen werden, vanwege de moeilijkheid om alle deelnemers van de HIS opnieuw te contacteren, de betrokken personen geïnformeerd via een openbare communicatie over deze gegevensverwerking via de website van de Gezondheidsenquête. Voor deze koppeling is het echter, met de implementatie van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), verplicht dat Sciensano de deelnemers informeert en hun toestemming verkrijgt voor de koppeling. De deelnemers aan de Gezondheidsenquête werden geïnformeerd via het geïnformeerde toestemmingsformulier van de HIS over de mogelijke koppeling van hun HIS-gegevens met administratieve gegevens. Drie formulieren werden aangeboden, afhankelijk van de leeftijd en status van de deelnemer: een formulier voor volwassenen van 18 jaar en ouder, een voor 12-17-jarigen en een formulier voor ouders/voogden van minderjarige deelnemers. De deelnemers aan de HIS hebben de keuze om de koppeling te accepteren of te weigeren.
64. Het comité oordeelt bijgevolg dat de aanvraag voldoet aan de transparantie-eisen.

F. VEILIGHEIDSMATREGELEN

65. De aanvrager moet, overeenkomstig art. 5, f) van de GDPR, alle gepaste technische en organisatorische maatregelen treffen die nodig zijn voor de bescherming van de persoonsgegevens. Deze maatregelen moeten een passend beveiligingsniveau verzekeren, rekening houdend, enerzijds, met de stand van de techniek terzake en de kosten voor het toepassen van de maatregelen en, anderzijds, met de aard van de te beveiligen gegevens en de potentiële risico's.
66. Om de vertrouwelijkheid en de veiligheid van de gegevensverwerking te garanderen, moet iedere instelling die persoonsgegevens bewaart, verwerkt of meedeelt maatregelen nemen in de volgende elf actiedomeinen die betrekking hebben op de informatieveiligheid: veiligheidsbeleid, aanstelling van een informatieveiligheidsconsulent, organisatorische en menselijke aspecten van de veiligheid (vertrouwelijkheidsverbintenis van het personeel, regelmatige informatieverstrekking en opleidingen ten behoeve van het personeel inzake bescherming van de privacy en veiligheidsregels), fysieke veiligheid en veiligheid van de omgeving, netwerkbeveiliging, logische toegangs- en netwerkbeveiliging, loggings, opsporing en analyse van de toegangen, toezicht, nazicht en onderhoud, systeem van beheer van de veiligheidsincidenten en de continuïteit (backup-systemen, fault tolerance-systemen, ...) en documentatie.
67. Het Comité stelt vast dat er reeds een gegevensbeschermingseffectbeoordeling is verricht en dat het Comité deze heeft ontvangen, overeenkomstig artikel 35 van de AVG.
68. Sciensano-onderzoekers zijn verplicht om de integriteit en vertrouwelijkheid van hun onderzoek te respecteren. Door hun Sciensano-contract te ondertekenen, verbinden ze zich

ertoe de integriteit en vertrouwelijkheid van het onderzoek te respecteren. Onderzoekers moeten ook de "privacy policy"-overeenkomst van het IMA ondertekenen.

69. Overeenkomstig de gegevensstroom in de bijlage, is de TTP in stap 1 het eHealth-platform. Voor stap 2 is de tweede TTP de TTP VI/KSZ, die tussenkomt nadat het Intermutualistisch Agentschap elke INSZ vervangen heeft door de code van de verzekeringsinstellingen. Vervolgens is het Intermutualistisch Agentschap verantwoordelijk voor het toepassen van de pseudonimiseringsmaatregelen met gebruik van relatieve datums (stap 6). Het IMA moet ook rekening houden met de resultaten van de small cell risk analyse. Het IMA zal de nodige pseudonimiseringsmaatregelen toepassen vóór de terbeschikkingstelling van de gegevens aan de onderzoekers (stap 8).
70. Op het niveau van Sciensano komt het platform Healthdata.be niet tussen in de gegevensstroom, noch in de analyse van de gegevens. Sciensano voert enkel een statische analyse uit op de definitieve, gekoppelde gegevens.
71. De gebruikers die toegang hebben tot de gevraagde gegevens zijn de onderzoekers (Dienst Gezondheidsinformatie – Wetenschappelijke directie Epidemiologie en Volksgezondheid, Sciensano). De onderzoekers hebben op geen manier toegang tot bijkomende gegevens over de individuen in HIS – zij zijn bv. niet werkzaam bij de mutualiteiten of hebben geen andere (zorg)relatie met respondenten.
72. Het eHealth-platform treedt op als vertrouwensderde voor de pseudonimisering van de gegevens. Krachtens artikel 5, 8° van de wet van 21 augustus 2008 mag het eHealth-platform de gebruikte codeersleutels bijhouden gedurende de hele duur die noodzakelijk is voor de verwerking van de betrokken persoonsgegevens.

Principe van de eenmalige inzameling en opslag van persoonsgegevens

73. In het kader van HISLINK worden zowel in IMA als HIS gegevens gevraagd over leeftijd en geslacht. In de HIS wordt gevraagd naar leeftijd en geslacht omdat de gegevens van de HIS ook (en vooral) gebruikt worden buiten de HISLINK context. In dit geval is de HIS een authentieke bron. In het kader van HISLINK is het belangrijk om over deze gegevens van de beide bronnen te beschikken om de kwaliteit van de gegevens (met name de kwaliteit van de koppeling) te kunnen nagaan, daarom worden deze gegevens ook opgevraagd bij het IMA.
74. Overeenkomstig art. 9, punt 3 van de GDPR mogen persoonsgegevens betreffende de gezondheid enkel worden verwerkt onder het toezicht en de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg. Dit is *in casu* het geval. Het Comité herinnert eraan dat de beroepsbeoefenaar(s) in de gezondheidszorg en zijn aangestelden of gemachtigden bij de verwerking van persoonsgegevens tot geheimhouding verplicht zijn conform artikel 458 van het Strafwetboek.
75. Het comité attendeert uitdrukkelijk op de bepalingen van titel 6. Wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens waarin strenge administratieve en strafsancities zijn voorzien in hoofde

van de verwerkingsverantwoordelijke en van de verwerkers voor het niet-naleven van de voorwaarden voorzien in de AVG en de voormelde wet van 30 juli 2018.

Om deze redenen, besluit

de kamer sociale zekerheid en gezondheid van het informatieveiligheidscomité

Dat de mededeling van de persoonsgegevens zoals beschreven in deze beraadslaging toegestaan is mits wordt voldaan aan de in deze beraadslaging vastgestelde maatregelen ter waarborging van de gegevensbescherming, in het bijzonder de maatregelen op het vlak van doelbinding, minimale gegevensverwerking, opslagbeperking en informatieveiligheid.

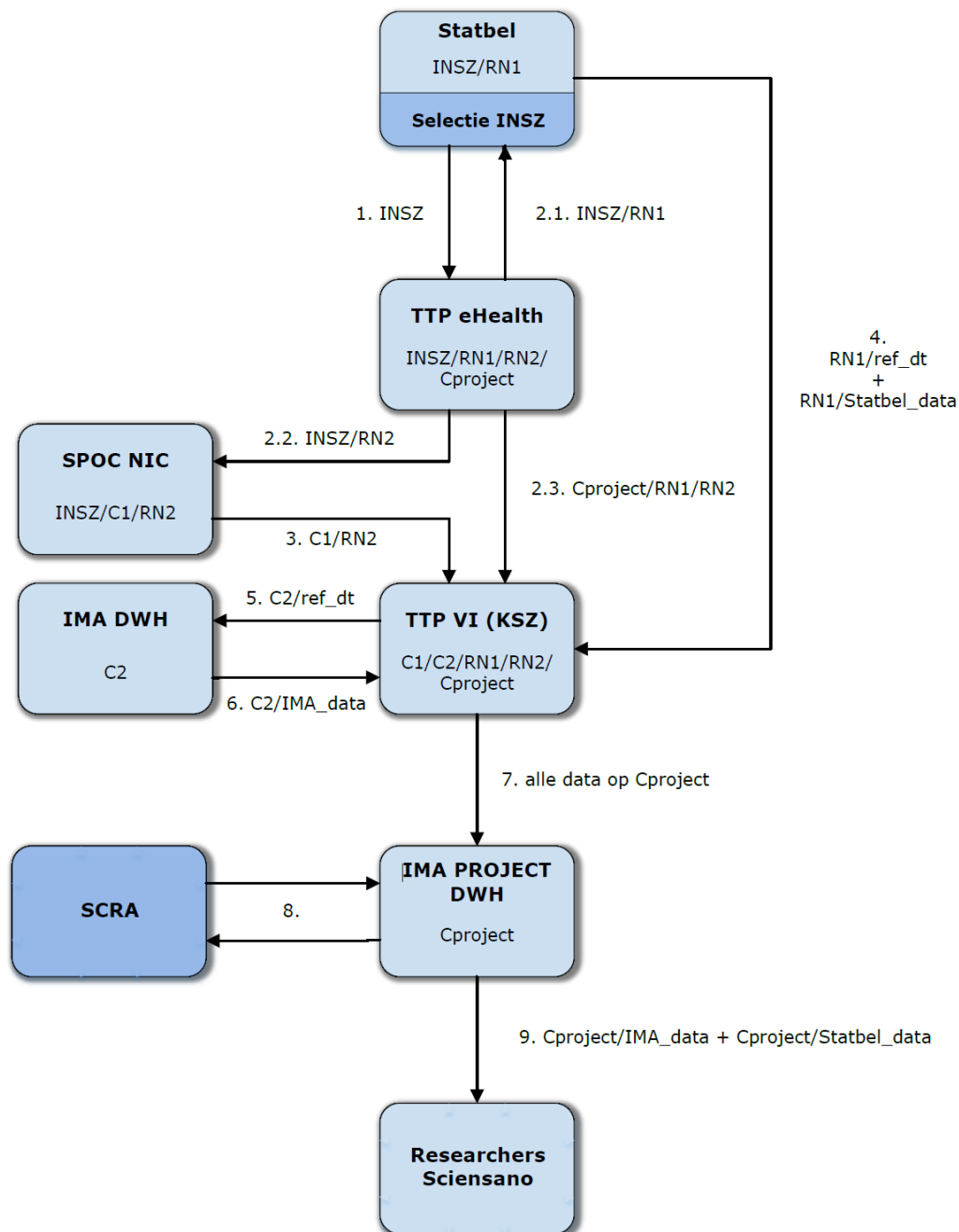
Deze beraadslaging treedt in werking op 19 juni 2025.

Michel DENEYER
Voorzitter

De zetel van de kamer sociale zekerheid en gezondheid van het informatieveiligheidscomité is gevestigd in de kantoren van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, op het volgende adres: Willebroekkaai 38 – 1000 Brussel
--

Bijlage 1 – Gegevensstroom

Gegevensstroom project HISlink (Sciensano, Statbel, IMA)
IMA referentie: P_HISL01



DWH = Datawarehouse

INSZ = Identificatienummer sociale zekerheid

KSZ = Kruispuntbank Sociale Zekerheid

LM&SP= Datawarehouse arbeidsmarkt en sociale protectie

RN = Random number (HIS-code)

SCRA = Small Cell Risk Analysis

SPOC NIC = het centrale contactpunt van het Nationaal Intermutualistisch College

TTP = Trusted third party

VI = Verzekeringsinstellingen

Figuur 1 Schematisch overzicht van de data flow

De voorgestelde data flow is als volgt:

In het kader van deze koppeling maakt Statbel de selectie van de studiebevolking (= deelnemers HIS met consent voor data linkage) op het identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ) en maakt hierna de INSZ-lijst over aan de Trusted Third Party (TTP) eHealth (**stap 1**).

Na ontvangst van de lijst maakt de **TTP eHealth** hierna voor elke INSZ een unieke Cproject aan, samen met 2 random numbers: RN1 en RN2. Hierna zal de TTP eHealth de volgende stappen ondernemen:

- De conversielijst INSZ/RN1 wordt overgebracht naar Statbel (**stap 2.1**).
- De conversielijst INSZ/RN2 wordt overgebracht naar het uniek aanspreekpunt van het Nationaal Intermutualistisch College (SPOC NIC) (**stap 2.2**).
- De conversielijst Cproject/RN1/RN2 wordt overgebracht naar de Trusted Third Party van de verzekeringsinstellingen - Kruispuntbank Sociale Zekerheid (TTP VI (KSZ)) (**stap 2.3**).

NIC SPOC converteert elke INSZ naar de code van de verzekeringsinstellingen (C1) en maakt hierna de lijst C1/RN2 over aan de TTP VI (KSZ) (**stap 3**).

Statbel selecteert de sleutel van identificatie van de deelnemers aan de Gezondheidsenquête HIS (Statbel_data) op INSZ en vervangt elke INSZ door de corresponderende RN1. Statbel herleidt elke datum in de gegevens tot een relatieve waarde m.b.v. de referentiedatum (ref_dt). Statbel voegt in een aparte lijst aan elke unieke INSZ van de studiebevolking de referentiedatum toe. Statbel vervangt zowel in de gegevens als in de lijst elke INSZ door de corresponderende RN1 en maakt hierna RN1/Statbel_data en RN1/ref_dt over aan de TTP VI (KSZ) (**stap 4**).

De TTP VI (KSZ) vervangt elke RN1 in de lijst RN1/ref_dt door de corresponderende code C2 van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) en plaatst hierna de nieuwe lijst C2/ref_dt in het IMA Data Warehouse (DWH) (**stap 5**).

Het IMA selecteert op C2 de nodige gegevens (IMA_data) en herleidt elke datum tot een relatieve waarde m.b.v. de referentiedatum. De gegevens C2/IMA_data worden hierna overgebracht naar de TTP VI (KSZ) (**stap 6**).

De TTP VI (KSZ) plaatst de gegevens RN1/Statbel_data en C2/IMA_data op Cproject en brengt deze hierna over naar het IMA Project DWH (**stap 7**).

Een *Small Cells Risk Analysis* (SCRA) wordt uitgevoerd vóór de terbeschikkingstelling van de gegevens indien nodig geacht door het Informatie veiligheidscomité (IVC) (**stap 8**).

De gegevens worden in het IMA Project DWH op Cproject ter beschikking gesteld aan de onderzoekers van Sciensano (**stap 9**).

Bijlage 2 - Gevraagde gegevensset

Alle variabelen worden geaggregeerd tot op het hoogste niveau dat nodig is om de doelstellingen van de studie te bewerkstelligen. Exacte data worden b.v. vervangen tot het weeknummer en het jaar of een hoger niveau (b.v. kwartaal).

De gevraagde datasets zijn als volgt: de gegevens van de HIS en de gegevens van de VI, gecentraliseerd door IMA (voor de gedetailleerde lijst zie: "Bijlage 1 Lijst van HIS and IMA variabelen")

A. Gegevens van de Gezondheidsenquête door interview (HIS)

A1. Achtergrondkarakteristieken

A1.1 Informatie over het interview

Individueel nummer, huishoudennummer, weegfactor, stratificatie, beschikbaarheid van de vragenlijst in een face-to-face interview, beschikbaarheid van de mondelinge vragenlijst, datum van het interview (geaggregeerd op maand en jaar) - voor meer details zie bijlage 1.

A1.2 Demografische informatie

Geslacht, leeftijd, nationaliteit en geboorteland (geaggregeerd), regio, provincie, graad van verstedelijking van de woonplaats (in drie categorieën), sociaaleconomisch niveau van de gemeenten (voor Brusselse gemeenten) - voor meer details zie bijlage 1.

A1.3 Kenmerken van het huishouden

Type huishouden en samenstelling van het huishouden - voor meer details zie bijlage 1.

A1.4 Informatie over de personen die de enquête hebben beantwoord

Geselecteerde persoon of hun vertegenwoordiger en waarom eventueel een vertegenwoordiger is gebruikt - voor meer details zie bijlage 1.

A1.5. Opleiding

Hoogst behaalde opleidingsniveau van de respondent, hoogst behaalde diploma in het huishouden, dagstudent, type opleiding dagstudent - voor meer details zie bijlage 1.

A1.6. Werkgelegenheid

Betaald werk op moment van interview, huidige werkloosheidssituatie, voltijds of deeltijdse tewerkstelling, type sector van werk, aantal dagen afwezig omwille van gezondheidsprobleem - voor meer details zie bijlage 1.

A1.7. Inkomen

Gerapporteerd equivalent huishoudinkomen (Belgische gewogen kwintielen), Inkomen uit werk (als werknemer of zelfstandige), Werkloosheidsuitkering, Ouderdomspensioen of overlevingsuitkering, Ziekte- of invaliditeitsuitkering, Sociale bijstand (OCMW/CPAS), Gezins- en kinderbijslag, Onderwijsgerelateerde toelage, Andere regelmatige uitkeringen (huurinkomsten, lijfrente), Totale netto maandinkomen van het huishouden, Totale netto maandinkomen van het huishouden hoger dan 3000 euro, In staat om rond te komen - voor meer details zie bijlage 1.

A1.8. Huisvesting

Beschrijving van de woning, Woont in woning voor ouderen, Aantal jaren sinds persoon in een ouderenwoning woont, Ander type woning, Woningbezit, Aantal slaapkamers, Overbevolkte huishoudens, Niet in staat om de woning warm te houden in de winter, Vochtprobleem in uw huis, Schimmel of schimmels zijn een ernstig probleem in uw huis, Vocht of schimmel is een probleem in het huishouden, Roken binnen, Ventilatie meestal aanwezig, Minstens één probleem in het huishouden - voor meer details zie bijlage 1.

A2. Gezondheid en kwaliteit van leven

A2.1. Subjectieve gezondheid

Subjectieve gezondheid, Chronische aandoening, Langdurige beperking, Goede subjectieve gezondheid, Slechte subjectieve gezondheid, Lijden aan een chronische ziekte of aandoening, Langdurige beperkingen (GALI-indicator), Langdurige beperkingen bij ouderen (GALI-indicator) - voor meer details zie bijlage 1.

A2.2. Chronische ziektes

Voorkomen van en opvolging van volgende chronische aandoeningen: astma, andere chronische luchtwegaandoeningen, chronisch hartfalen, hoge bloeddruk, hoge cholesterol, artritis, lage rugpijn, nekpijn, diabetes, allergie, orgaanfalen, kanker, migraine, urinaire incontinentie, depressie, lymfeklier-aandoening, oogaandoening, osteoporose, nierstenen, heupfractuur, neurodegeneratieve aandoening, huidaandoening, prostaataandoening, aantal chronische aandoeningen, multimorbiditeit - voor meer details zie bijlage 1.

A2.3. COVID-19

Huidige potentiële infectieuze symptomen, Geschiedenis van SARS-CoV-2-infectie, Tijd sinds laatste SARS-CoV-2-infectie, Ernst van eerdere SARS-CoV-2-infectie, Geschiedenis van ziekenhuisopname na SARS-CoV-2-infectie, Langdurige COVID hebben (zelf-gerapporteerd), Ernst van langdurige COVID, Bevestigde diagnose van langdurige COVID, Basisvaccinatie tegen COVID-19, Aantal extra doses van COVID-19-vaccin (boosters), Tijd sinds laatste SARS-CoV-2-vaccin - voor meer details zie bijlage 1.

A2.4. Langdurige beperkingen

Voorkomen, type en graad van functionele beperkingen (e.g. beweging, horen, zien, zelfzorg,...) - voor meer details zie bijlage 1.

A2.5. Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven

Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven-score en VAS-score, berekend op basis van: Probleem met mobiliteit, Rapporteren van een probleem met mobiliteit, Probleem met zelfzorg, Rapporteren van een probleem met zelfzorg, Probleem bij het uitvoeren van de gebruikelijke activiteiten, Rapporteren van een probleem bij het uitvoeren van de gebruikelijke activiteiten, Pijn/ongemak, Rapporteren van pijn/ongemak, Angst/depressie, Rapporteren van angst/depressie, Rapporteren van geen problemen - voor meer details zie bijlage 1.

A2.7. Kwetsbaarheid onder ouderen

Aantal kwetsbaarheidsdimensies, Kwetsbaarheidsstatus, Uitputting, Gewichtsverlies, Zwakte, Traagheid, Lage activiteit, Uitputting, Eetlust, Minder of meer eten, Moeite met tillen of dragen van zwaar gewicht, Moeite met 100 meter lopen, Moeite met een trap oplopen, Frequentie van lichamelijke activiteiten - voor meer details zie bijlage 1.

A3. Gezondheidsgedrag en levensstijl

A 3.1. Alcoholconsumptie

Indicatoren m.b.t. de alcoholconsumptie, o.a. hoeveelheid, frequentie, leeftijd van eerste gebruik, etc. - voor meer details zie bijlage 1.

A 3.2. Tabaksgebruik

Indicatoren m.b.t. tabaksconsumptie, o.a. hoeveelheid, frequentie, leeftijd van eerste gebruik, etc. - voor meer details zie bijlage 1.

A 3.3. Gebruik van e-sigaretten

Indicatoren m.b.t. e-sigaretten, o.a. hoeveelheid, frequentie, leeftijd van eerste gebruik, etc. - voor meer details zie bijlage 1.

A 3.4. Gebruik van illegale drugs

Indicatoren m.b.t. consumptie van illegale drugs, o.a. type, hoeveelheid, frequentie, leeftijd van eerste gebruik, etc. - voor meer details zie bijlage 1.

A 3.7. Gewichtsstatus

Gegevens over lichamelijke status, o.a. BMI score - voor meer details zie bijlage 1.

A 3.8. Lichamelijke activiteit

Indicatoren over lichamelijke activiteit, o.a. type werk, tijd gespendeerd aan beweging (wandelen, fietsen, actief sporten), tijd gespendeerd aan zitten, rusten of slapen. - voor meer details zie bijlage 1.

A 3.10. Seksuele gezondheid

Indicatoren over de seksuele gezondheid, o.a. seksuele ervaring, leeftijd van eerste seksuele ervaring, aantal seksuele partners, type en gebruik van contraceptieve middelen - voor meer details zie bijlage 1.

A 4. Preventie en gezondheidsvaardigheden

A 4.1. Kankerscreening

Indicatoren over kankerscreening, specifiek mbt mammografie, colonoscopie, baarmoederhalskanker - voor meer details zie bijlage 1.

A 4.2. Vaccinatie

Indicatoren over vaccinaties, o.a. ooit gevaccineerd en laatste vaccinatie, specifiek mbt griep, pneumococcus, HPC - voor meer details zie bijlage 1.

A 4.3. Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsgeletterdheidsscore, berekend op basis van specifieke indicatoren mbt gezondheids-vaardigheden - voor meer details zie bijlage 1.

A 5. Mentale gezondheid en welzijn

A 5.1. Subjectief welzijn

Specifieke indicatoren m.b.t. het subjectief welzijn, gemiddelde subjectieve welzijnsscore (GHQ-12) - voor meer details zie bijlage 1.

A 5.2. Psychische stoornissen

Specifieke indicatoren m.b.t. voorkomen van en zoeken van hulp voor psychische stoornissen, o.a. nervositeit, depressie, slaapproblemen, concentratieproblemen, zelfmoordgedachten en -pogingen, - voor meer details zie bijlage 1.

A 6. Gezondheidszorgconsumptie

A 6.1. Contacten met een huisarts

Vaste huisarts, Laatste contact met huisarts, Contact met huisarts in de afgelopen 12 maanden, Nooit contact gehad met een huisarts, Aantal contacten met huisarts in de afgelopen 4 weken, Aantal contacten met huisarts in de afgelopen 4 weken, Meerdere contacten met huisarts in de afgelopen 4 weken - voor meer details zie bijlage 1.

A 6.2. Contacten met een medisch specialist

Laatste keer dat een specialist werd gecontacteerd, Contact met specialist in de afgelopen 12 maanden, Nooit contact gehad met een specialist, Aantal contacten met specialist in de afgelopen 4 weken, Aantal contacten met specialist in de afgelopen 4 weken, Meerdere contacten met specialist in de afgelopen 4 weken - voor meer details zie bijlage 1.

A 6.3. Ervaringen van patiënten

Specifieke indicatoren m.b.t. ervaringen van patiënten, o.a. wachttijden bij verschillende zorgsettings, tevredenheid van contact met verschillende zorgprofessionals, duidelijkheid van communicatie, etc. - voor meer details zie bijlage 1.

A 6.8.1. Gebruik van medicijnen

Rapportering van het gebruik van terugbetaalde en niet-terugbetaalde medicatie in de afgelopen 24 uren voorafgaand aan het interview - voor meer details zie bijlage 1.

A 7. Gezondheid en samenleving

A 7.1. Gezondheid en milieu

Specifieke indicatoren m.b.t. omgevingsfactoren, o.a. lawaai, overdreven snelheid, vibraties, luchtkwaliteit, etc. - voor meer details zie bijlage 1.

A 7.3. Geweld

Specifieke indicatoren m.b.t. slachtoffer zijn van geweld en het consulteren van professionele of niet-professionele hulp, o.a. verbaal geweld, fysiek geweld, seksueel geweld, huishoudelijk geweld - voor meer details zie bijlage 1.

A 7.4. Sociale gezondheid

Specifieke indicatoren m.b.t. de sociale gezondheid, o.a. frequentie van sociale contacten, kwaliteit van sociale contacten, eenzaamheid, etc. - voor meer details zie bijlage 1.

A 7.5. Verzuim van werk

Afwezigheid van werk, Totaal aantal dagen afwezig, Afwezigheid van werk vanwege een gezondheidsprobleem, Dagen afwezig van werk vanwege een gezondheidsprobleem (alle werkende personen), Dagen afwezig van werk vanwege een gezondheidsprobleem (werkende personen die een afwezigheid van werk aangeven) - voor meer details zie bijlage 1.

A 7.6. Informele zorg

Personen aan wie informele zorg wordt verleend, Aantal uren per week besteed aan informele zorg of hulp, Minstens 20 uur per week besteden aan informele zorg of hulp, Verstrekken van informele zorg of hulp, Personen aan wie informele zorg wordt verleend, Aantal uren per week besteed aan informele zorg of hulp, Last voor informele zorgverleners - voor meer details zie bijlage 1.

B. Gegevens van de verzekeringsinstellingen (VI) gecentraliseerd door IMA

Een selectie van deze gegevens wordt opgevraagd voor de deelnemers van de HIS die hebben ingestemd met de koppeling voor de jaren 2018 - 2028 – voor meer details zie bijlage 1:

B1. Populatiegegevens

Het betreft informatie met betrekking tot:

- de definitie van het huishouden of de familie,
- de verzekerbaarheidsstatus,
- het recht op een maximumfactuur,
- de afhankelijkheid en/of de gezondheidsbehoefte,
- flags met betrekking tot kanker (CANCER_MOC_YN, CANCER_CHEMORT_YN) en farmaceutische kostengroepen (FKG_XXX).

B2. Aggregaten van uitgavengegevens gezondheidszorg en Farmanet

Niet alle gegevens over de zorguitgaven worden gevraagd, alleen een selectie van de gegevens die nodig zijn om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

Het betreft geaggregeerde gegevens:

- Geaggregeerde zorguitgaven en farmaceutische uitgaven per individu per uitgavengroep (onderverdeeld in ambulante uitgaven versus ziekenhuisuitgaven) - PROCEDURE_GROUP & PROCEDURE_AH_CAT per behandeling, jaren 2018-2028.

B3. Detailgegevens van uitgaven gezondheidszorg (GZSS)

- Gegevens over dagopnames in het ziekenhuis,
- Gegevens over klassieke ziekenhuisopnames,
- Specifieke gegevens van screening en andere preventiecampagnes/enquêtes onder de bevolking en specifieke aandoeningen, voor: baarmoederhalskanker, borstkanker, darmkanker, diabetes

B4. Detailgegevens van farmanetuitgaven

- Gegevens ter ondersteuning van de informatie uit het populatiebestand en pseudocodes die de betaling van zorgpakketten aangeven,
- Gegevens over contacten/uitgaven met zorgprofessionals