

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

CSI/CSSS/25/218

DÉLIBÉRATION N° 25/112 DU 3 JUIN 2025 PORTANT SUR LA COMMUNICATION DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL PSEUDONYMISÉES ET DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL PSEUDONYMISÉES RELATIVES À LA SANTÉ PAR STATBEL ET L'AGENCE INTERMUTUALISTE À SCIENSANO, DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE HISLINK 2023 DE SCIENSANO ET DE L'INAMI EN VUE DU SOUTIEN DE LA POLITIQUE FÉDÉRALE DE SANTÉ

Le Comité de sécurité de l'information ;

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 relatif à la protection des données ou RGPD);

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*, notamment l'article 37 ;

Vu la loi du 13 décembre 2006 *portant dispositions diverses en matière de santé*, en particulier l'article 42, § 2, 3°, modifié par la loi du 5 septembre 2018 ;

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

Vu la demande de Sciensano ;

Vu le rapport d'auditorat de la Plate-forme eHealth du 26 mai 2025 ;

Vu le rapport de monsieur Michel Deneyer ;

Émet, après délibération, la décision suivante, le 3 juin 2025 :

I. OBJET DE LA DEMANDE

1. A la demande de l'INAMI, Sciensano est chargé de réaliser une étude scientifique et statistique visant à soutenir la politique fédérale de santé.
2. En 2023, l'enquête de santé (HIS) a été organisée pour la septième fois en Belgique. Dans un échantillon représentatif d'environ 11.300 personnes, des données ont été collectées concernant l'état de santé, le mode de vie, le recours aux soins de santé et les caractéristiques sociodémographiques dans le cadre de l'HIS.
3. La présente demande concerne un couplage individuel entre les données de l'HIS 2023 et les données des organismes assureurs (OA) qui ont été centralisées par l'Agence intermutualiste (AIM). Les données de l'HIS 2023 seront couplées aux données des OA pour la période de 5 ans précédant l'enquête (c'est-à-dire les données des OA de 2018, 2019, 2020, 2021 et de 2022), de 2023 et la période de 5 ans suivant l'HIS 2023 (c'est-à-dire les données des OA de 2024, de 2025, de 2026, de 2027 et de 2028). Les données antérieures à l'étude seront utilisées pour des analyses transversales qui auront recours à des indicateurs basés sur des comportements de soins antérieurs, alors que les données postérieures à l'étude seront utilisées pour des analyses longitudinales.
4. Les questions relatives au soutien à la politique qui seront étudiées au moyen de la base de données couplées, ne pourront pas être examinées ou seront examinées de manière insuffisante avec chacune des sources individuelles et doivent pouvoir anticiper sur des thèmes et des questions ad hoc pour lesquels Sciensano sera consulté par des acteurs tels l'INAMI, le SPF Santé publique, la cellule politique du Ministre de la Santé publique et le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Toutes les questions (actuelles et futures) de l'étude ont toujours trait à un des thèmes suivants:
 - Les différences socio-économiques en terme de recours et d'accès aux soins de santé ainsi que les tendances au niveau de l'accès et de l'usage des soins de santé entre les différentes cohortes (c'est-à-dire Hislink 2013, 2018, 2023);
 - La consommation de médicaments par des sous-populations spécifiques;
 - Une meilleure compréhension des indicateurs utilisés par l'INAMI pour définir des maladies chroniques suite à une comparaison d'indicateurs relatifs aux maladies chroniques entre l'HIS et l'AIM;
 - L'identification de la consommation de soins par des groupes cibles (de soins) spécifiques mettant l'accent sur les catégories de remboursement introduites récemment (p. ex. long covid-19, soins psychologiques de la première ligne);
 - La validation des données provenant des deux sources authentiques et l'évaluation des possibilités et des limites des données de l'AIM et des données de l'HIS 2023 pour les objectifs d'étude spécifiques;
 - Le calcul d'indicateurs sur la base de données de l'AIM en fonction de caractéristiques de base uniquement disponibles dans l'HIS dans le cadre de rapports de l'HIS;
 - Le calcul du coût de maladies et d'affections qui sont pertinentes pour la santé publique;
 - Le calcul de l'impact du mode de vie (p.ex. obésité, tabagisme, alcoolisme, ...) sur les frais de maladie;

- Le rôle de la littératie en santé dans la consommation des soins.
5. À cet égard, l'accent est toujours mis sur la compréhension des inégalités en termes d'utilisation et d'accès aux soins de santé et des tendances et évolutions dans ces inégalités, et non sur l'évaluation des prescripteurs individuels ou des établissements de soins.
 6. Des exemples de couplages précédents entre l'HIS et l'AIM sont notamment les suivants: études du coût lié à l'obésité ou au tabagisme; facteurs influençant le séjour de personnes âgées dans un centre de services de soins; étude du rôle médiateur de la littératie en santé sur la relation entre le statut socio-économique et les résultats de santé dans la population adulte belge.
 7. Le couplage¹ concerne une sélection des données des OA, spécifiquement les données qui sont nécessaires pour l'examen du respect du principe de proportionnalité.

Population étudiée

8. L'enquête de santé par interview (HIS) s'adresse à toutes les personnes domiciliées en Belgique, quel que soit leur nationalité, âge ou statut. Pour atteindre ce groupe de population, le Registre national constitue la base la plus appropriée pour l'échantillon. Les personnes qui ne sont pas inscrites dans le Registre national, par exemple les personnes qui séjournent illégalement en Belgique, ne peuvent pas participer. Pour des raisons pratiques, d'autres catégories sont aussi exclues, telles les personnes faisant partie d'un ménage collectif (par exemple, une prison, un établissement), à l'exception de centres de soins résidentiels.
9. Sur la base d'un protocole d'accord entre les divers promoteurs de l'HIS, il a été défini que l'échantillon de base de l'HIS 2023 comprend 10.700 individus: 4.200 en Région flamande, 3.500 en Région wallonne (dont 300 dans la Communauté germanophone) et 3.000 dans la Région de Bruxelles-Capitale. Ces nombres sont en principe suffisants pour des estimations précises, tant au niveau national que régional. Comme prévu dans le protocole d'accord, les régions et les communautés qui le souhaitent peuvent contribuer au financement d'un échantillon supplémentaire afin d'obtenir des estimations plus précises pour leur propre population. En ce qui concerne l'HIS 2023, la Communauté germanophone a eu recours à ce droit par le financement de 600 interviews supplémentaires dans sa Communauté. La taille planifiée de l'échantillon de l'enquête de santé 2023 s'élève par conséquent à 11.300 individus. Cela concerne l'échantillon de base (10.700) et l'échantillon supplémentaire de la Communauté germanophone (600). Tout comme lors des enquêtes précédentes, la taille planifiée peut être dépassée légèrement à la fin du travail sur le terrain. La taille finale de l'échantillon est effectivement communiquée à l'issue de toutes les interviews à la fin des travaux sur le terrain.
10. Seules les données des participants à l'HIS 2023 qui ont donné leur consentement pour le couplage seront effectivement couplées (i.e. 62% des participants à l'HIS). Les données HIS des participants qui n'ont pas donné leur consentement pour le couplage, sont cependant aussi enregistrées dans la base de données couplées, alors que ces données ne sont pas

¹ Voir annexe 1.

couplées aux données de l'AIM. L'AIM n'a pas accès aux données des participants dans la base de données couplées.

11. Les données relatives à tous les participants HIS qui ont donné leur accord pour le couplage sont nécessaires pour des analyses plus approfondies et des estimations plus précises, tant au niveau national que régional. Les données HIS des participants qui n'ont pas donné leur accord pour le couplage sont nécessaires pour étudier le profil des individus qui ne consentent pas au couplage et pour évaluer l'impact d'un biais de consentement éventuel sur les résultats.

Procédure de sélection

Les participants à l'enquête de santé 2023 ont été sélectionnés de façon aléatoire au moyen d'un échantillon en plusieurs étapes.

- *Stratification régionale*: Pour chacune des trois régions, le nombre d'individus à interroger pour l'échantillon de base a été déterminé au préalable: 4.200 en Région flamande, 3.500 en Région wallonne (à l'exclusion de l'échantillon supplémentaire de 600 individus dans la Communauté germanophone) et 3.000 dans la Région de Bruxelles-Capitale.
- *Stratification par région de soins ou arrondissement électoral* : Depuis l'enquête de santé 2018, la Communauté flamande a demandé à collecter des données au niveau des « régions de soins ». Pour la détermination d'un deuxième niveau de stratification, la Belgique a été subdivisée en 29 strates géographiques. En Région flamande, il s'agit de 14 régions de soins et en Région wallonne, de 13 districts électoraux. Le district électoral Verviers est divisé en 2 strates, à savoir les communes de la Communauté germanophone (Cantons de l'Est) et le reste du district électoral. La Région de Bruxelles-Capitale constitue une seule strate. En Région wallonne et en Région flamande, le nombre d'individus à interviewer dans une strate a été déterminé sur la base du pourcentage de la population de la strate dans la région, avec un minimum de 200 individus. Étant donné que les régions de soins et les districts électoraux sont toujours situés au sein d'une province, la répartition proportionnelle par strate a donné lieu à un nombre proportionnel de participants par province. Pour la Communauté germanophone, un nombre fixe de participants a été prévu. Selon le protocole d'accord, 300 individus devaient être interrogés et, à titre complémentaire, 600 individus à la demande et dans le cadre du financement par la Communauté germanophone. Cette surreprésentation de la Communauté germanophone a été prise en compte lors du calcul de la pondération de l'enquête.
- *Sélection des communes* : L'enquête de santé n'a pas été organisée dans chaque ville ou commune. Dans chaque strate, seul un nombre déterminé de communes ont été sélectionnées, en fonction de la taille de la strate (nombre d'habitants) et de la taille des communes/villes dont se compose la strate. Par commune, un ou plusieurs groupes (d'environ 50 personnes à interroger) ont été sélectionnés. Compte tenu de leur taille, il est certain que de grandes communes ou villes seront sélectionnées; s'il s'agit de très grandes villes, plusieurs groupes (de 50 individus) pourront être sélectionnés au sein de

ces communes, alors que pour les plus petites communes certains groupes seront sélectionnés et d'autres pas.

- *Sélection des ménages au sein des villes et communes* : Pour chaque commune, la sélection des ménages qui participent à l'enquête a été réalisée selon une procédure en plusieurs étapes. Cette procédure garantit la sélection de différents types de ménages, à la fois de petits et grands ménages et de ménages avec des personnes de référence jeunes ou âgées. Par ailleurs, les ménages ont été sélectionnés de telle sorte qu'ils soient géographiquement répartis dans la ville ou la commune.
- *Sélection d'individus au sein de ménages*: En ce qui concerne les ménages se composant de 4 individus au maximum, tous les individus ont été sélectionnés pour participer à l'enquête. En ce qui concerne les ménages se composant de plus de 4 individus, 4 individus au maximum ont été sélectionnés pour participer à l'enquête. La règle suivante a été appliquée, à savoir la personne de référence du ménage a toujours été sélectionnée pour participer à l'enquête. Si cette personne a un partenaire au sein du ménage, ce dernier a aussi été sélectionné. Les autres membres du ménage, à savoir 2 individus (si la personne de référence a un partenaire) ou 3 individus (si la personne de référence n'a pas de partenaire), ont été sélectionnés au préalable de manière aléatoire, c'est-à-dire lors de la constitution de l'échantillon. Cette approche a seulement été appliquée depuis l'HIS 2018. Dans les enquêtes de santé antérieures, les autres membres étaient sélectionnés au moment de l'interview. La principale raison pour ce changement est que si la sélection est connue au préalable, la probabilité que les membres concernés soient présents lors de l'interview augmente (ce qui pourrait réduire la nécessité d'une interview de substitution). Cette approche a pour inconvénient que les nouveaux membres du ménage, qui n'étaient pas connus au moment de la sélection de l'échantillon, ne peuvent pas être sélectionnés pour participer (par exemple, les nouveaux-nés, les nouveaux partenaires, etc.).

II. COMPETENCE

12. En vertu de l'article 42, § 2, 3°, de la loi du 13 décembre 2006 *portant dispositions diverses en matière de santé*, la chambre sécurité sociale et santé du Comité de sécurité de l'information est compétente pour rendre une autorisation de principe concernant toute communication de données à caractère personnel relatives à la santé.
13. Compte tenu de ce qui précède, le Comité estime qu'il peut se prononcer sur la communication de données à caractère personnel relatives à la santé, telle que décrite dans la demande d'autorisation.

III. EXAMEN

A. ADMISSIBILITÉ

14. Le traitement de données à caractère personnel est uniquement autorisé pour des finalités déterminées, explicites et légitimes et le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé est en principe interdit.²
15. L'interdiction du traitement de données à caractère personnel relatives à la santé ne s'applique pas lorsque le traitement est nécessaire à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques, conformément à l'article 89, paragraphe 1, sur la base du droit de l'Union ou du droit d'un État membre, qui doit être proportionné à l'objectif poursuivi, respecter l'essence du droit à la protection des données et prévoir des mesures appropriées et spécifiques pour la sauvegarde des droits fondamentaux et des intérêts de la personne concernée.³
16. En vertu de l'article 4 de la loi du 25 février 2018 *portant création de Sciensano*, « (...) Sciensano assume aux niveaux fédéral, régional et communautaire ainsi qu'aux niveaux européen et international, en tout ou en partie, les missions suivantes en matière de santé :
- 1° rendre des avis aux autorités de santé;
- 2° la recherche scientifique;
- (...)
- § 2. Sciensano a pour mission d'assurer un soutien à la politique de santé par la recherche scientifique, des avis d'expert et des prestations de service, notamment:
- 1° en formulant sur la base scientifique des recommandations de politique de santé proactive en fonction des priorités aux niveaux fédéral, régional et communautaire ainsi qu'aux niveaux européen et international;
- 2° en développant, évaluant et appliquant des méthodes d'experts tenues à jour au sein d'un système de qualité afin d'évaluer l'état et l'évolution de la santé et des soins de santé, et
- 3° en élaborant des solutions avancées pour le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies ainsi que pour l'identification et la prévention d'autres risques pour la santé.
- § 3. Sciensano a aussi des missions de formation, telle que la formation des doctorants et des formations spécifiques concernant l'expertise de Sciensano, et peut octroyer des bourses de doctorat dans ce cadre.
- § 4. Sciensano assure le traitement, en ce compris la collecte, la validation, l'analyse, le rapportage et l'archivage, des données à caractère personnel notamment relatives à la santé publique ou en un lien avec la santé et d'autres informations scientifiques relatives à la politique de santé, dans le respect des lois applicables en la matière. A cette fin, Sciensano réalise des analyses scientifiques quantitatives et qualitatives sur la base des informations traitées en vue de soutenir la politique de santé. Sciensano peut également mettre des données et des informations traitées à disposition, moyennant les autorisations des comités sectoriels compétents.
- § 5. Afin de sauvegarder la cohérence et l'efficacité des missions de Sciensano, notamment au regard des futures évolutions en matière de santé, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, confier à Sciensano des missions complémentaires qui ont trait aux missions visées par le présent article ».
17. Les données ont initialement été recueillies pour d'autres finalités.

² Art. 9, point 1 RGPD.

³ Art. 9, point 2, j), du RGPD.

HIS (enquête nationale de santé)

18. L'objectif de l'enquête de santé est de recueillir des informations manquantes sur l'état de santé et les besoins de soins de la population. Il s'agit d'un instrument qui contribue à la politique en matière de santé publique. Les enquêtes de santé examinent des thématiques de santé qui ont été sélectionnées sur la base des objectifs généraux de la politique de santé publique et des recommandations internationales. La santé bucco-dentaire est une de ces thématiques. L'enquête de santé apporte une valeur ajoutée importante pour les raisons suivantes :
- elle fournit un aperçu de l'état de santé de la population ;
 - elle permet d'obtenir des informations sur la santé et le mode de vie de l'ensemble de la population, également des personnes qui ne font jamais ou rarement appel aux services de santé ;
 - une enquête de santé permet d'établir des rapports entre différents facteurs de santé ;
 - la répétition périodique des enquêtes permet d'identifier les évolutions au fil du temps.

Données AIM

19. Les unions nationales des organismes assureurs (OA) disposent de données relatives à leurs membres, dans le cadre de l'exécution de leur mission légale relative à l'AIM. L'Agence intermutualiste a pour but d'analyser dans le cadre des missions des organismes assureurs les données qu'ils collectent et de fournir les informations à ce propos (art. 278, alinéa 1^{er} de la loi-programme du 24 décembre 2002) et ces travaux peuvent être effectués à la demande du service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (art. 278 4^e alinéa, 2^o).
20. La finalité du traitement initial de données à caractère personnel (et plus précisément de données relatives à la santé) par les organismes assureurs est compatible avec les finalités du traitement ultérieur, à savoir la réalisation d'une étude scientifique. Par ailleurs, cette étude scientifique peut contribuer aux missions légales des OA telles que définies dans la loi du 6 août 1990 (art. 3a et b), à savoir la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, réglée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Statbel

21. En vertu de l'arrêté royal du 13 juin 2014, Statbel peut intervenir en tant que TTP en vue du couplage et de la pseudonymisation de données à des fins statistiques et scientifiques. Sciensano dispose d'une autorisation 001/2020 du 16 avril 2020 pour obtenir des échantillons du registre national. Le directeur général par intérim du Registre national a, par sa lettre du 1^{er} décembre 2022, désigné Statbel comme TTP pour l'extraction de l'échantillon et la conservation de la clé de pseudonymisation.

B. FINALITÉ

22. Conformément à l’art. 5, b) du RGPD, le traitement de données à caractère personnel est uniquement autorisé pour des finalités déterminées, explicites et légitimes.
23. La présente demande concerne un couplage individuel entre les données de l’HIS 2023 et les données des organismes assureurs (OA) qui ont été centralisées par l’Agence intermutualiste (AIM). Les données de l’HIS 2023 seront couplées aux données des OA pour la période de 5 ans précédant l’enquête (c’est-à-dire les données des OA de 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022), de 2023 et pour la période de 5 ans suivant l’HIS 2023 (c’est-à-dire les données des OA de 2024, 2025, 2026, 2027 et 2028). Les données antérieures à l’étude seront utilisées pour des analyses transversales ayant recours à des indicateurs basés sur des comportements de soins antérieurs, alors que les données postérieures à l’étude seront utilisées pour des analyses longitudinales.
24. Au vu des objectifs, le Comité considère que le traitement des données à caractère personnel envisagé poursuit bien des finalités déterminées, explicites et légitimes.

C. PROPORTIONNALITÉ

25. Conformément à l’art. 5, b) et c) du RGPD, les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont obtenues et pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement.
26. Toutes les variables sont agrégées au niveau le plus élevé qui soit nécessaire pour réaliser les objectifs de l’étude. Les dates exactes sont remplacées par le numéro de la semaine et l’année ou par un niveau supérieur (par ex. le trimestre).
27. Les ensembles de données demandés sont les données de l’HIS et les données des organismes assureurs qui ont été centralisés par l’AIM.
28. La présente demande s’inscrit dans une convention formelle conclue entre l’INAMI et Sciensano. Sciensano sera invité à répondre à des questions de recherche qui devront aider l’INAMI à prendre des décisions relatives à la santé publique. Pour atteindre les objectifs de ce projet, les données auto-déclarées relatives à la santé, à l’environnement et au mode de vie individuel de l’HIS 2023 sont couplées à une sélection de données administratives relatives au recours aux soins de santé des organismes assureurs (OA), pour les personnes qui ont participé à l’HIS 2023 et qui ont donné leur consentement pour le couplage des données.
29. Les objectifs scientifiques de ce projet concernent en particulier l’usage des sources de données combinées; en d’autres termes, il est impossible de répondre aux questions de la recherche au moyen de sources de données individuelles. Pendant la période d’étude, les chercheurs doivent pouvoir anticiper à des questions de recherche spécifiques en lien avec

les thèmes décrits qui ont trait à des inégalités socio-économiques en termes de consommation de soins, qui peuvent être posées par le mandant de l'étude (INAMI), le SPF Santé publique, la Cellule politique du ministre de la Santé publique ou le KCE.

30. Des exemples de couplages antérieurs entre l'HIS et l'AIM sont notamment des études relatives au coût lié à l'obésité ou au tabagisme. Seules les informations qui entrent dans le cadre des objectifs de l'étude sont consultées.
31. Les données d'identification des individus concernés sont codés en un code projet anonyme unique (« Cproject »), qui est spécialement créé pour cette étude par une Tierce partie de confiance. Il est ainsi impossible d'identifier directement les individus concernés.
32. Toutes les variables contenant des informations relatives à une date exacte (p.ex. date de délivrance d'un produit) sont à nouveau codées en une valeur par rapport à la date de référence 'date à laquelle l'interview HIS a eu lieu'.
33. La date à laquelle l'interview HIS a eu lieu, est mise à la disposition des chercheurs sous la forme spécifique 'année et mois au cours desquels l'interview a eu lieu' (YYYYMM); ces informations sont nécessaires pour pouvoir prendre en compte les effets saisonniers dans les analyses.

a. Les données à caractère personnel issues de l'HIS (la numérotation ci-après correspond à la numérotation des thèmes de l'interrogation HIS)

34. L'enquête de santé contient les informations d'un échantillon représentatif d'environ 10.000 personnes qui ont été sélectionnées aléatoirement dans la population. Cela concerne les informations auto-déclarées sur l'état de santé, le comportement de santé et l'utilisation des soins. Vu les objectifs de l'étude, les données suivantes sont demandées:

a-1. CARACTÉRISTIQUES DE BASE

35. Ces informations sont nécessaires au couplage des données, à leur analyse correcte et à l'évaluation de la validité des informations HIS. En outre, ces caractéristiques sociodémographiques peuvent avoir un impact majeur sur la santé, le mode de vie et l'utilisation des soins.
36. Le plus petit niveau géographique étudié est celui de la province. Par ailleurs, certaines données (date de l'interview, nationalité, pays de naissance, travail et revenu) sont agrégées, ce qui réduit le risque de réidentification.

a-2. SANTÉ ET QUALITÉ DE VIE

37. Ces informations sont nécessaires pour vérifier la cohérence entre les indicateurs pertinents pour les politiques, fondés sur les données des organismes assureurs (OA) et la santé subjective, les maladies chroniques, les limitations d'activité, les limitations fonctionnelles dans la population en général, la qualité de vie liée à la santé. Elles sont nécessaires pour

étudier les conséquences de la fragilité en termes d'utilisation des soins de santé et des dépenses de santé.

a-3. COMPORTEMENT DE SANTÉ ET MODE DE VIE

- 38.** Ces informations sont nécessaires pour vérifier la cohérence entre les indicateurs pertinents pour les politiques, fondés sur les données des organismes assureurs (OA) et l'alcoolisme, le tabagisme, l'utilisation de la cigarette électronique, la consommation de drogues illégales, l'activité physique, le surpoids et l'obésité et les comportements sexuels à risques.

a-4. CONNAISSANCES ET PRATIQUES PRÉVENTIVES

- 39.** La combinaison de données HIS relatives au comportement auto-déclaré en matière de détection précoce du cancer, de vaccination et de littératie en santé avec des données des OA relatives à ces sujets permet aux chercheurs de mieux répondre aux questions relatives à ces thèmes.

a-5. SANTÉ MENTALE ET BIEN-ÊTRE

- 40.** Ces données sont utiles à la vérification de l'association entre les indicateurs pertinents pour la politique, basés sur les données des OA, et la santé mentale.

a-6. UTILISATION DE SOINS DE SANTÉ

- 41.** Les données relatives au recours à des soins de santé et à la médication sur la base des données des OA, combinées à des données auto-déclarées relatives à l'utilisation et aux pratiques en matière de soins de santé et de médication, permettent aux chercheurs de mieux répondre à l'accessibilité et à la qualité (vécue) des soins de santé.

a-7. SANTÉ ET SOCIÉTÉ

- 42.** Ces données sont utiles pour vérifier l'association entre les indicateurs pertinents pour les politiques, fondés sur les données des organismes assureurs (OA) et les facteurs environnementaux tels l'environnement, la violence physique et verbale, la santé sociale, l'absence au travail et la présence de soins informels.

b. Les données provenant des organismes assureurs (données AIM)

b-1. Données de population

- 43.** Les données doivent permettre aux chercheurs d'évaluer les dépenses des ménages pour les soins de santé. Cela signifie que les données doivent permettre de définir les ménages, d'une part, sur la base de l'enquête de santé (ménage au moment de l'enquête) et, d'autre part, sur la base des données des OA (= ménage MAF = toutes les personnes domiciliées à la même adresse et enregistrées au 1^{er} janvier de l'année de la prestation). La combinaison de ces deux définitions permettra d'évaluer, en tant que question de recherche résiduaire, la stabilité

sociologique du ménage MAF. La probabilité que des différences puissent apparaître entre ces deux définitions augmente au fur et à mesure que la date effective de l'enquête de santé s'éloigne du 1^{er} janvier.

44. Tout individu dispose d'un code ménage, ce qui permet de constituer le ménage au moment de l'enquête. Dans le cadre de l'enquête de santé, on dispose de données d'enquête individuelles, mais aussi de données qui sont uniquement demandées au niveau du ménage.
45. Sur la base du numéro de registre national du chef de ménage MAF, qui est disponible pour tout enregistrement individuel au sein des OA, le ménage MAF peut être constitué. Les données sont demandées auprès des OA pour tous les numéros nationaux sélectionnés ainsi que leurs membres de ménage MAF.
46. Puisque les données seront analysées tant au niveau individuel qu'au niveau du ménage, l'indication du chef du ménage MAF est nécessaire, ceci étant possible sous forme codée.
47. Pour la composition de ménage, sa vérification et la vérification de la procédure de couplage (GE-VI-gegevens), les données suivantes s'avèrent nécessaires. ANON_VIEW, ANON_PP3009, PP0015, PP0020, SOCIAL_CAT, TITULAR_YN, PROVINCIE, FAM_SIZE.
48. La date de décès est nécessaire pour l'exécution d'analyses longitudinales qui permettent de calculer la durée de survie précise. Celle-ci est demandée au niveau de l'année de décès (PP0040A) et du mois de décès (PP0040B).
49. L'année de naissance (PP0015) s'avère indiquée pour la vérification de la procédure de couplage mais aussi pour la délimitation de groupes cibles spécifiques. Les individus nés en 1913 ou plus tôt se verront tous attribuer l'année de naissance 1913 afin de limiter de cette façon le risque d'identification dans ces groupes d'âges les plus élevés. Afin de pouvoir interpréter correctement les chiffres relatifs aux dépenses dans les soins de santé, il est nécessaire de connaître le statut d'assurabilité des membres du ménage. À cet effet, les chercheurs ne demandent pas les données détaillées relatives aux CT1-CT2 (PP0030 et PP0035) mais les *flags* dérivés.
50. Les données sélectionnées relatives au statut d'assurabilité: MAJOR_RISK_CAT, MINOR_RISK_CAT, MAJOR_BENEFIT_YN, MAJOR_INVALIDITY_YN, MAJOR_COVERAGE_YN: Ces flags indiquent le statut d'assurabilité et constituent indirectement un indicateur de revenu et de protection sociale.
51. Les informations relatives à OMNIO/AARD VT (PP1010) sont également liées au revenu, étant donné que cette zone contient l'indication concernant l'octroi de l'intervention majorée (sur la base d'un faible revenu du ménage ou d'une autre caractéristique).
52. Un des objectifs de la recherche concerne l'accessibilité financière des soins de santé. Il est, à cet égard, nécessaire d'estimer au mieux la situation financière d'un ménage. Plusieurs données qui sont disponibles auprès des OA permettent de développer des indicateurs pour

une validation des données d'enquête et une interprétation précise de la situation financière des ménages: RECOGNITION_YN, UNEMPLOYMENT_CAT, UNEMPLOYMENT_YN, INCAPACITY_YN, INVALIDITY_YN, PP3001, PP3003, PP3004, PP3011, PP3014, PP3015, PP3016, PP3017, CHRONICAL_YN.

b -2 et b -3. Agrégats et données détaillées des dépenses soins de santé et Farmanet

- 53.** Ces données permettent de répondre à des facteurs déterminants en termes d'usage de soins de santé, notamment en ce qui concerne les soins spécifiques aux groupes cibles (e.a long COVID-19, soins psychologiques de la première ligne), la vaccination, le dépistage précoce du cancer et le diabète, les hospitalisations, etc.

b-4. Données détaillées relatives aux dépenses pharmaceutiques

- 54.** Ces données sont nécessaires pour étudier les facteurs déterminants de la consommation de soins, de la polymédication, du suivi de la médication pour par exemple les soins chroniques (hypertension, diabète, cholestérol), de la relation par rapport à l'usage d'autres soins et aussi par rapport à la consommation de médicaments non remboursables par exemple.
- 55.** La date de délivrance est nécessaire à une validation aussi précise que possible. En effet, l'interrogation commence toujours au moment de l'enquête. La date de l'enquête et la date de la prestation permettent de calculer le nombre pertinent. Toutes les données exactes sont recodées pour obtenir une valeur relative; la date de l'interview HIS étant considérée comme la valeur de référence. À titre d'exemple, l'interview a eu lieu le 1^{er} janvier 2023 et se voit attribuer la valeur 0; le 20 janvier 2023, le même individu se voit prescrire un médicament. Les chercheurs voient la valeur 19, c'est-à-dire que le médicament a été délivré 19 jours après l'interview HIS. Les périodes précédant l'interview HIS se voient attribuer des valeurs négatives.
- 56.** Ces données sont nécessaires pour répondre à des questions qui requièrent des informations relatives aux dépenses totales pour les médicaments remboursés de sorte qu'il soit possible de distinguer différents groupes de dépenses (= catégories de remboursement).
- 57.** Les deux sources de données (données HIS et données des OA) qui seront couplées concernent des données pseudonymisées. Un recouplage vers le NISS est nécessaire pour réaliser le couplage. Grâce au recours à une tierce partie de confiance (TTP) telle que la Plate-forme eHealth, ni les fournisseurs de données, ni les utilisateurs ont accès au NISS. Ils utilisent uniquement un numéro codé spécifique au projet.
- 58.** Le Comité constate que la Plate-forme eHealth intervient comme Trusted Third Party (TTP) pour le couplage et la pseudonymisation des données⁴. Il est nécessaire de conserver le lien entre la série de données pseudonymisées et l'identité des personnes. En vertu de l'article 5, 8°, de la loi précitée du 21 août 2008, la Plate-forme eHealth peut conserver les clés de

⁴ En vertu de l'article 5, 8°, de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la Plate-forme eHealth, la Plate-forme eHealth est autorisée à conserver les clés de codage utilisées pendant toute la durée de l'étude.

codage utilisées pendant la durée complète des analyses, jusqu'au 31 décembre 2035. Les clés sont ensuite détruites.

59. Une analyse de risque « small cell » sera réalisée par l'AIM.

D. LIMITATION DE LA CONSERVATION

60. Conformément à l'article 5, §1^{er}, e), du RGPD, les données à caractère personnel doivent être conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées. Les données à caractère personnel peuvent être conservées pour des durées plus longues dans la mesure où elles seront traitées exclusivement à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques conformément à l'article 89, §1^{er}, 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).
61. Les données sont consultées pour la période 2018 à 2028. Sciensano souhaite conserver les données pendant une période de 5 ans à compter de la dernière collecte de données jusqu'en 2035 (les données de l'année 2028 seront ajoutées en 2030). Cette période correspond au délai nécessaire à la réalisation de l'étude et permet de réaliser des analyses de tendances.

E. TRANSPARENCE

62. Conformément à l'art. 12 du RGPD, le responsable du traitement doit prendre des mesures appropriées pour fournir toute information en ce qui concerne le traitement à la personne concernée d'une façon concise, transparente, compréhensible et aisément accessible, en des termes clairs et simples. Les informations sont fournies par écrit ou par d'autres moyens y compris, lorsque c'est approprié, par voie électronique.

Les articles 13 et 14 du RGPD fixent les conditions auxquelles le responsable du traitement doit satisfaire lorsque des données à caractère personnel sont collectées concernant la personne concernée. Ainsi, les informations suivantes doivent notamment être communiquées: les coordonnées du responsable du traitement et du délégué à la protection des données, les catégories de données à caractère personnel si les données ne sont pas obtenues auprès des personnes concernées, les finalités du traitement et le fondement du traitement, les catégories de destinataires et, si le responsable du traitement a l'intention de transmettre les données à caractère personnel à un destinataire dans un pays tiers, les garanties appropriées.

63. Pour des couplages antérieurs, en raison de la difficulté d'à nouveau contacter tous les participants, les personnes concernées ont été informées au moyen d'une communication publique relative à ce traitement de données sur le site web de l'enquête de santé. Toutefois, depuis l'entrée en vigueur du Règlement général sur la protection des données (RGPD), Sciensano est obligé d'informer les participants et d'obtenir leur consentement pour le couplage. Les participants à l'enquête de santé ont été informés au moyen du formulaire de

consentement éclairé de l’HIS sur le couplage éventuel de leurs données HIS à des données administratives. Trois formulaires ont été offerts en fonction de l’âge et du statut du participant, à savoir un formulaire pour les adultes âgés de 18 ans ou plus, un formulaire pour les individus âgés de 12 à 17 ans et un formulaire pour les parents/tuteurs de participants mineurs d’âge. Les participants à l’HIS sont libres d’accepter ou de refuser le couplage.

64. Le Comité est par conséquent d’avis que la demande répond aux exigences de transparence.

F. MESURES DE SÉCURITÉ

65. Conformément à l’article 5, f) du RGPD, le demandeur doit prendre toutes les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour protéger les données à caractère personnel. Ces mesures doivent garantir un niveau de protection adéquat, compte tenu, d’une part, de l’état de la technique en la matière et des frais qu’entraîne l’application de ces mesures et, d’autre part, de la nature des données à protéger et des risques potentiels.
66. Pour garantir la confidentialité et la sécurité du traitement de données, tout organisme qui conserve, traite ou communique des données à caractère personnel est tenu de prendre des mesures dans les onze domaines d’action suivants liés à la sécurité de l’information: politique de sécurité; désignation d’un conseiller en sécurité de l’information; organisation et aspects humains de la sécurité (engagement de confidentialité du personnel, information et formations régulières du personnel sur le thème de la protection de la vie privée et sur les règles de sécurité); sécurité physique et de l’environnement; sécurisation des réseaux; sécurisation logique des accès et des réseaux; journalisation, traçage et analyse des accès; surveillance, revue et maintenance; système de gestion des incidents de sécurité et de la continuité (systèmes de tolérance de panne, de sauvegarde, ...); documentation.
67. Le Comité constate qu’une analyse d’impact relative à la protection des données a déjà été réalisée et qu’il l’a reçue, conformément à l’article 35 du RGPD.
68. Les chercheurs de Sciensano sont obligés de respecter l’intégrité et la confidentialité de leur étude. En signant leur contrat Sciensano, ils s’engagent à respecter l’intégrité et la confidentialité de l’étude. Les chercheurs doivent aussi signer la convention « privacy policy » de l’AIM.
69. Conformément au flux de données décrit en annexe, la TTP à l’étape 1 est la Plate-forme eHealth. Pour l’étape 2, la deuxième TTP est la TTP OA/BCSS qui intervient après que l’Agence intermutualiste a remplacé tout NISS par le code des organismes assureurs. L’Agence intermutualiste est ensuite responsable pour l’application des mesures de pseudonymisation pour lesquelles des dates relatives sont utilisées (étape 6). L’AIM doit aussi tenir compte des résultats de l’analyse de risques *small cells*. L’AIM appliquera les mesures de pseudonymisation nécessaires, préalablement à la mise à la disposition des données des chercheurs (étape 8).

70. Au niveau de Sciensano, la plateforme Healthdata.be n'intervient pas dans le flux de données, ni dans l'analyse des données. Sciensano réalise uniquement une analyse statique sur les données définitives couplées.
71. Les utilisateurs qui ont accès aux données demandées sont les chercheurs (Service Information sanitaire - Direction scientifique Epidémiologie et santé publique, Sciensano). Les chercheurs n'ont, en aucune façon, accès à des données complémentaires relatives aux individus de l'HIS. Ils ne sont par exemple pas actifs auprès des mutualités ou n'ont pas d'autre relation (de soins) avec les participants.
72. La Plate-forme eHealth intervient comme tiers de confiance pour la pseudonymisation des données. En vertu de l'article 5, 8°, de la loi précitée du 21 août 2008, la Plate-forme eHealth peut conserver les clés de codage utilisées pendant la totalité de la durée nécessaire au traitement des données à caractère personnel concernées.

Principe de collecte et enregistrement uniques de données à caractère personnel

73. Dans le cadre de l'HISLINK, des données relatives à l'âge et au sexe sont consultées tant auprès de l'AIM que dans l'HIS. Dans l'HIS, l'âge et le sexe sont demandés parce que les données de l'HIS sont aussi (et surtout) utilisées en dehors du contexte de l'HISLINK. L'HIS constitue dans ce cas une source authentique. Dans le cadre de l'HISLINK, il est important de disposer de ces données des deux sources afin de pouvoir vérifier la qualité des données (à savoir la qualité du couplage). C'est la raison pour laquelle ces données sont aussi demandées auprès de l'AIM.
74. Conformément à l'article 9, point 3, du RGPD, le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé peut uniquement être effectué sous la surveillance et la responsabilité d'un professionnel des soins de santé. C'est le cas en l'espèce. Le Comité rappelle que lors du traitement de données à caractère personnel, le professionnel des soins de santé ainsi que ses préposés ou mandataires sont soumis au secret, conformément à l'article 458 du Code pénal.
75. Le Comité attire explicitement l'attention sur les dispositions du Titre 6 de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, qui prévoit des sanctions administratives et pénales sévères dans le chef du responsable du traitement et des sous-traitants pour la violation des conditions prévues dans le RGPD et la loi du 30 juillet 2018 précitée.

Par ces motifs,

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

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

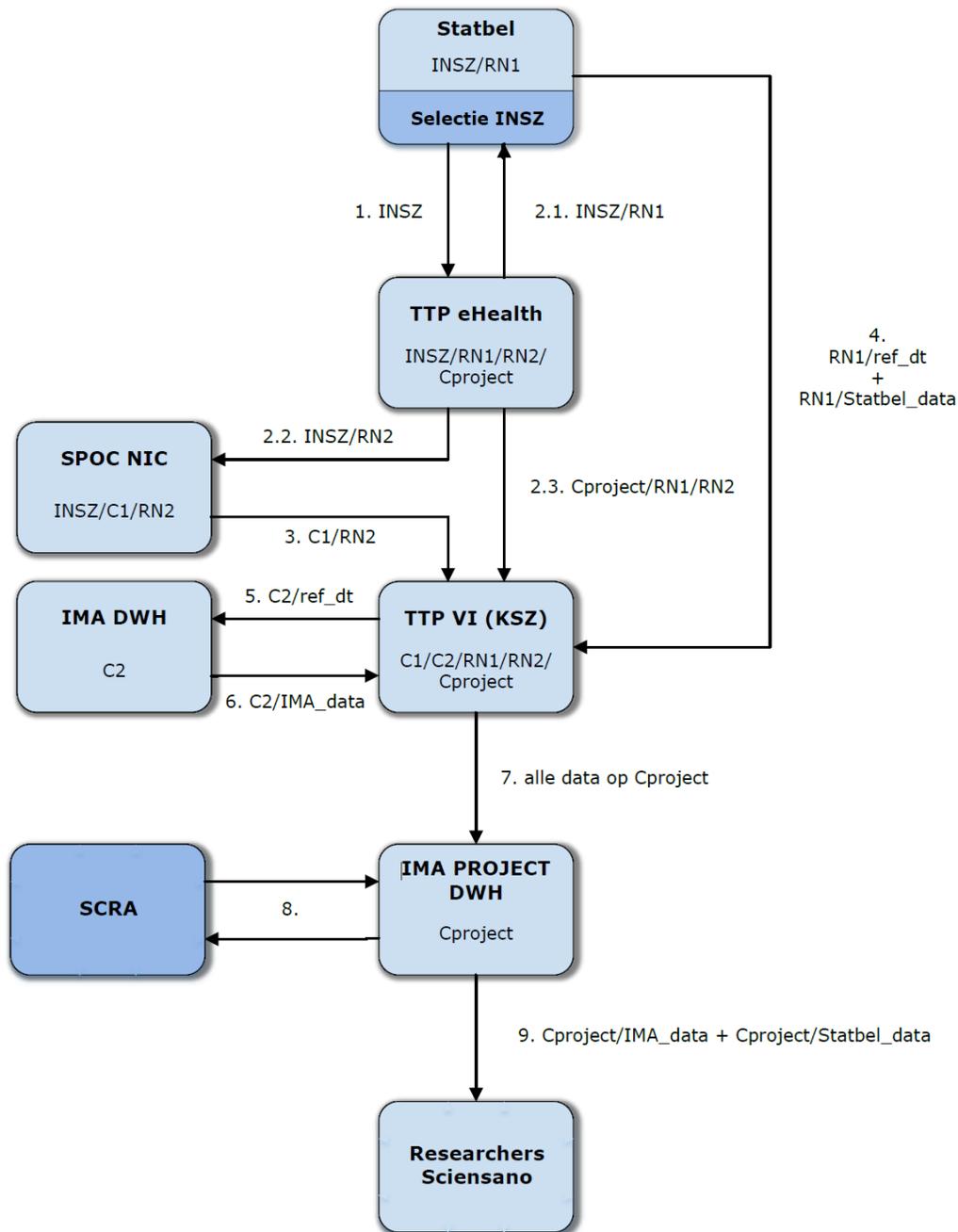
La présente délibération entre en vigueur le 19 juin 2025.

Michel DENEYER
Président

| |
|--|
| Le siège de la chambre sécurité sociale et santé du Comité de sécurité de l'information est établi dans les bureaux de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, à l'adresse suivante: Quai de Willebroeck 38 - 1000 Bruxelles |
|--|

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 studiepopulatie (= 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 studiepopulatie 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 Informatieveilighedscomité (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 luchtwegenaandoeningen, 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 gependend aan beweging (wandelen, fietsen, actief sporten), tijd gependend 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 welzijnA 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. GezondheidszorgconsumptieA 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 samenlevingA 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 verzekeraarstatus,
- 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 uitgavegegevens 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