

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

CSI/CSSS/26/124

DÉLIBÉRATION N° 26/072 DU 5 MAI 2026 PORTANT SUR LA COMMUNICATION DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL PSEUDONYMISÉES RELATIVES À LA SANTÉ PAR LA FONDATION REGISTRE DU CANCER, L'AGENCE INTERMUTUALISTE ET LE SERVICE PUBLIC FÉDÉRAL SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT À LA FONDATION REGISTRE DU CANCER DANS LE CADRE DU PROJET EPICOST

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

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

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

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

Vu la demande de la Fondation Registre du Cancer visant à obtenir une autorisation ;

Vu le rapport d'auditorat de la Plate-forme eHealth du 25 mars 2026 ;

Vu le rapport de monsieur Michel Deneyer ;

Émet, après délibération, la décision suivante, le 5 mai 2026 :

I. OBJET DE LA DEMANDE

1. La Fondation registre du cancer (appelée ci-après ‘BCR’) a introduit une demande auprès du Comité de sécurité de l’information afin d’obtenir des données à caractère personnel pseudonymisées relatives à la santé de l’Agence intermutualiste, du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et de la Fondation registre du Cancer¹ dans le cadre du projet EPICOST.
2. Le projet EPICOST s’inscrit dans le cadre du « Joint Action *Prevent non-communicable diseases* » (*JA Prevent NCD*) au niveau européen, plus précisément le volet portant sur le monitoring de l’accès aux soins de santé et du coûts des soins de santé au niveau de la population. Le cancer étant l’une des maladies non-transmissibles les plus courantes en Europe et à l’origine d’une part considérable des dépenses médicales, il est essentiel d’obtenir une vue des frais de soins y associés. La prévalence croissante de survivants du cancer et l’introduction de nouveaux traitements souvent onéreux ont un impact économique grandissant, également en Belgique.
3. Ce projet vise à dresser la carte des coûts de soins de santé des patients atteints de cancer dans les divers pays, dont la Belgique. Cet exercice est réalisé pour le cancer du sein et le cancer colorectal, qui en raison de leur incidence et prévalence élevées représentent une part importante des frais de santé liés au cancer. Le projet accorde une attention particulière à la rechute comme résultat intermédiaire important, compte tenu de son impact sur la qualité de vie, les chances de survie et le coût total des soins. Le BCR se base dans ce cadre sur l’expertise antérieure en matière de détermination de rechute pour le cancer du sein et les cancers gynécologiques². Par ailleurs, les chercheurs étudieront le rapport entre la charge économique du cancer et divers facteurs prédictifs potentiels, dont les caractéristiques socio-démographiques, les paramètres cliniques (tels que la rechute) et les comorbidités, en modélisant statistiquement les données de coûts obtenues. Pour ce faire, le BCR peut s’appuyer sur l’expertise antérieure en matière d’analyse de l’influence de caractéristiques socio-économiques sur la survie, le trajet de soins et la survie sans maladie (c’est-à-dire le risque de rechute)³.
4. Pour réaliser ces objectifs, les données du BCR sont couplées à des sources de données administratives, telles que les données de remboursement de l’Agence intermutualiste (AIM) et les Résumés Hospitaliers Minimums (RHM) du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPF Santé publique). Ainsi, les chercheurs sont en mesure d’analyser l’impact économique du cancer au niveau individuel, en mettant l’accent sur le cancer du sein et le cancer colorectal. Cette approche intégrée permet d’étudier l’intégralité du trajet de soins - du diagnostic au suivi ou à la fin de vie - et de générer des connaissances utiles au niveau de la consommation de soins et de la dynamique des coûts. En exploitant de manière optimale les sources de données existantes, les chercheurs développent des méthodes pour évaluer l’impact de déterminants de santé, de facteurs de risque et de résultats sur le

¹ de la part des collaborateurs côté INPUT. Le BCR applique une séparation stricte entre les collaborateurs de BCR-Input et de BCR-Output (voir le flux de données).

² Délibération n° 18/178 du 4 décembre 2018, modifiée le 2 avril 2019, le 11 janvier 2022 et le 6 mai 2025.

³ Délibération n° 25/002 du 14 janvier 2025, modifiée le 1^{er} juillet 2025.

coût des soins, à l'appui d'une politique basée sur des données scientifiquement validées visant à réduire la charge de morbidité et à améliorer l'efficacité des soins oncologiques en Belgique.

La demande de données porte uniquement sur des données administratives pour la période 2016-2024 (au maximum). Les données AIM et RHM seront demandées en 2026 et si nécessaire une mise à jour sera demandée en 2027. Toutes les analyses seront exécutées par les chercheurs de BCR-Output dans l'environnement remote sécurisé du BCR. Seules des données suffisamment agrégées pour être considérées comme anonymes seront partagées avec les partenaires européens.

Population étudiée

5. La population étudiée se compose de patients atteints d'un cancer répondant aux critères d'inclusion suivants :
- Tous les patientes âgées de 15 ans ou plus, ayant reçu un diagnostic de cancer du sein (C50) au cours de la période du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2023.
 - Tous les patients âgés de 15 ans ou plus, ayant reçu un diagnostic de cancer du côlon (C18-C19) ou de cancer du rectum (C20) au cours de la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2023.

Ces types de cancer sont inclus pour une ou plusieurs des raisons suivantes : prévalence élevée en Belgique, la méthodologie pour la détermination du trajet de soins a été validée dans des projets antérieurs et le coût total élevé des soins.

Type de cancer	ICD10	Nombre moyen/année*	Nombre total estimé
Côlon	C18-C19	5 964	64 505
Rectum	C20	2 281	24 653
Sein	C50	10 604	156 644

* Nombre moyen par année calculé pour les années demandées, c'est-à-dire sein (C50): 2008-2023, côlon et rectum (C18-C20): 2013-2023.

6. La sélection de tous les patients atteints de cancer du sein (années d'incidence 2008-2023) et de cancer du côlon et du rectum (années d'incidence 2013-2023) est nécessaire pour garantir l'exactitude et l'exhaustivité de l'étude, afin de pouvoir réaliser des analyses statistiquement fiables des coûts de l'intégralité du trajet de soins pour les sites cancéreux sélectionnés. Ceci comprend à la fois les patients dans la phase de soins initiale (l'année suivant le diagnostic), les patients dans la phase de soins de fin de vie (l'année précédant le décès) et les patients dans les phases de soins intermédiaires. Un suivi suffisamment long est nécessaire pour pouvoir prendre en compte la rechute et la progression comme facteur de coût ayant une influence dans le trajet de soins. Il est à noter que le couplage des données nécessaires en matière de coûts et de rechute/progression couvre une période maximale allant de 2016 à 2024, mais pour la plupart des années d'incidence cette période sera encore plus courte.

7. Aucune date exacte n'est demandée pour cette étude. Les variables comprenant des dates exactes dans la série de données sont converties par une personne désignée à cet effet au sein du BCR (« Dedicated Data Modifier », DDM) en données relatives et censurées avant de les transmettre aux chercheurs (BCR-OUTPUT). De manière concrète, les dates exactes sont converties en intervalle de jours ainsi qu'en variable indiquant uniquement l'année et le semestre.
8. Le flux de données est repris ci-dessous.

II. COMPÉTENCE

9. En vertu de l'article 42, § 2, 2°, de la loi du 13 décembre 2006 *portant dispositions diverses en matière de santé*, la chambre sécurité sociale et santé du Comité de sécurité de l'information est en principe compétente pour rendre une délibération concernant toute communication de données à caractère personnel relatives à la santé.
10. Le Comité estime dès lors qu'il est compétent pour se prononcer sur cette communication de données à caractère personnel relatives à la santé.

III. EXAMEN

A. ADMISSIBILITÉ

11. Le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé est en principe interdit, et ce conformément au prescrit de l'article 9, §1^{er}, du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), dénommé ci-après le RGPD.
12. En vertu de l'article 9, § 2, j) du RGPD, cette interdiction 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.
13. En ce qui concerne la collecte de données par la Fondation registre du cancer et le traitement des données à caractère personnel à des fins de recherche ultérieure, l'article 138 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé s'applique. Cet article stipule ce qui suit:
 - « § 1^{er}. [...] créer une fondation d'utilité publique [...] en vue des objectifs suivants :
 - 1° établir des rapports concernant l'incidence des différentes formes de cancer, ainsi que sa prévalence et la survie des patients ;
 - 2° réaliser des études (contrôle de cas et études de cohorte) sur les causes du cancer ;

- 3° effectuer une analyse de la répartition géographique des différentes formes de cancer, son incidence, sa tendance et ses conséquences afin de pouvoir examiner les causes possibles et de pouvoir comparer les facteurs de risques ;
- 4° Faire rapport aux instances internationales compétentes, y compris l'Organisation mondiale de la santé. [...]

§ 2. La Fondation collecte et enregistre les données suivantes:

- 1° le numéro d'identification de la sécurité sociale (NISS) du patient ;
- 2° les données cliniques collectées dans le cadre de la participation obligatoire à l'enregistrement du cancer [...]
- 3° a) les données des laboratoires d'anatomie pathologique et de biologie clinique/hématologie. [...]
b) les données traitées par les communautés dans l'exécution de leur compétence en matière de prévention du cancer et éventuellement transmises par celles-ci;
- 4° les données de survie, de localisation géographique.
Les organismes assureurs complètent les données cliniques anatomo-pathologiques et hématologiques par :
 - la date de décès;
 - un géocode ou code géographique;
 - d'autres données, dont des indicateurs socio-économiques, des données de traitement et des prestations de l'assurance maladie-invalidité, après autorisation de la chambre sécurité sociale et santé du Comité de sécurité de l'information.
- 5° lorsque les médecins conseils des organismes assureurs, sur base de prestations remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé, sont informés qu'un patient présente un diagnostic de cancer ou a subi un examen de dépistage du cancer, ils peuvent prendre contact avec le médecin responsable afin d'être en mesure de transmettre à la Fondation les données requises;
- 6° le coordinateur en oncologie d'un programme reconnu en soins de base en oncologie et/ou d'un programme de soins d'oncologie peut introduire une demande à la Fondation et aux organismes assureurs pour transmettre directement des séries de données vers la Fondation. La Fondation détermine la fréquence et les formats de la transmission des données;
- 7° un programme de soins agréé en oncologie peut, à sa demande, recevoir de la Fondation privée une copie électronique corrigée ou complétée des données qu'il lui a transmises.

[...]

§ 3. La Fondation est notamment chargée:

- 1° en collaboration avec des médecins conseils des organismes assureurs ou leurs collaborateurs, formés à cet effet, de la conversion, dans les classifications internationales requises, des informations cliniques qui ont été fournies au moyen des formulaires standardisés d'enregistrement de cancer;
- 2° du rapprochement des données sur base du numéro d'identification de la sécurité sociale (NISS) du patient;
- 3° de toutes les analyses de données non codées;
- 4° du codage du numéro d'identification de la sécurité sociale (NISS) du patient;

- 5° *du contrôle de la qualité des données collectées. Par contrôle de la qualité, on entend le contrôle de l'exhaustivité de l'enregistrement et de l'intégralité, de la précision et de la cohérence des données fournies. Dans le cadre de ce contrôle de qualité, la Fondation peut établir des contacts directs ou indirects, via les médecins conseils des organismes assureurs, avec les fournisseurs de données et peut leur demander les corrections ou les compléments d'information nécessaires à un enregistrement de qualité des cancers;*
- 6° *de la conclusion des conventions fixant les modalités du transfert de données, les critères de qualité et exigences de sécurité, la fréquence du transfert de données;*
- 7° *après autorisation de la Commission de la protection de la vie privée, du recueil de données personnelles, notamment au moyen d'enquêtes, auprès de patients atteints de cancer, lorsqu'elles sont destinées à être couplées avec celles de la Fondation ;
[...]*
- 9° *après autorisation de la chambre sécurité sociale et santé du comité de sécurité de l'information, du transfert des données visées au numéro 8° à d'autres instances à des fins de recherche et sur la base d'un protocole de recherche qui satisfait aux règles fixées par le Roi; [...]*
- 12° *d'établir des rapports destinés à la politique de santé, au public et aux organisations internationales. [...]* »

14. À la lumière de ce qui précède, le Comité est d'avis qu'il existe un fondement admissible pour le traitement des données à caractère personnel relatives à la santé envisagé.

B. PRINCIPES RELATIFS AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

1. FINALITÉS

15. En vertu de l'article 5 du RGPD, les données à caractère personnel doivent être traitées de manière licite, loyale et transparente au regard de la personne concernée. Elles doivent être collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne pas être traitées ultérieurement d'une manière incompatible avec ces finalités.
16. Ce projet s'inscrit dans le cadre du « Joint Action *Prevent non-communicable diseases* » (JA Prevent NCD) au niveau européen, plus précisément le volet portant sur le monitoring de l'accès aux soins de santé et des coûts des soins de santé au niveau de la population. Ce projet fait partie du WP8.4 du Joint Action, auquel participent les pays suivants : l'Italie, l'Espagne, la Norvège, la Slovénie et la Belgique. Le projet vise à dresser la carte des coûts liés aux soins de santé pour les patients atteints de cancer dans divers pays, dont la Belgique. En couplant des données de la Fondation registre du cancer (BCR) à des sources de données administratives telles que l'Agence intermutualiste (AIM) « pharma / health data » et le Résumé Hospitalier Minimum (RHM), les chercheurs sont en mesure d'analyser l'impact économique du cancer au niveau individuel, en ce qui concerne le cancer du sein et le cancer colorectal. Cette approche offre un aperçu unique de l'utilisation des soins et des coûts tout au long de la maladie, du diagnostic jusqu'au suivi ou à la fin de vie.

Les analyses sont réalisées par des chercheurs du BCR-Output sur base de données pseudonymisées. Seules des données anonymisées seront ensuite partagées via une approche collaborative décentralisée avec les autres pays participants.

17. Le cancer est l'une des maladies non-transmissibles les plus courantes en Europe et il est responsable d'une part considérable des dépenses de soins. Les coûts liés aux soins oncologiques augmentent partout dans le monde en raison du nombre croissant de survivants du cancer et du coût croissant des nouveaux traitements plus onéreux. Dans la plupart des pays européens, le cancer représente une part importante des dépenses de soins de santé et il est attendu que celles-ci continueront à augmenter dans le futur, de même en Belgique. La charge que représente le cancer à long terme constitue un défi pour le système de sécurité sociale et occupe une place de plus en plus centrale dans le débat des responsables politiques. Ces derniers doivent relever le défi de garantir des soins oncologiques durables et une connaissance des facteurs de coûts et des trajets de soins est essentielle à cet égard. Bien que le nombre de patients en vie après un diagnostic de cancer en Belgique augmente, des informations détaillées sur leurs besoins de soins et les implications financières qui en découlent sont rares.

En ayant recours à des sources de données existantes, les chercheurs peuvent développer des méthodes pour évaluer les déterminants de santé, les facteurs de risque et les résultats. Cela permet de contribuer à une politique basée sur des données scientifiques visant à réduire la charge de morbidité et à améliorer l'efficacité des soins oncologiques en Belgique.

18. Un premier volet de l'étude (pilote a) concerne l'intégration des données du BCR et d'autres sources de données administratives (AIM et RHM) afin d'identifier les coûts directement liés au diagnostic, aux soins et au suivi des patients atteints de cancer (profils de coûts). L'objectif primaire est de calculer le total des coûts directs liés au patient. Les chercheurs tenteront par ailleurs, si possible, d'estimer les coûts qui sont directement à charge du patient.

Une méthodologie sera développée sur la base des données du BCR pour estimer le nombre de personnes avec un diagnostic de cancer (cas prévalents) et les répartir dans trois phases de soins (phase initiale, phase de suivi et phase de fin de vie), qui correspondent à des schémas de soins différents. En couplant des données individuelles sur les diagnostics de cancer et le suivi du statut vital à des données administratives (p.ex. hospitalisations, services ambulatoires, prescriptions médicamenteuses), les profils de coûts directs des soins de santé sont calculés pour chaque phase de la maladie.

Pour ce faire, une cohorte prévalente est constituée de manière rétrospective en fonction de la localisation de la tumeur primaire (la tumeur indice). Celle-ci comprend tous les patients qui étaient en vie au 1^{er} janvier 2023 (la date de prévalence) et chez qui 1) un cancer colorectal a été constaté entre 2013 et 2023 (période d'incidence) ou 2) un cancer du sein (limité aux femmes) entre 2008 et 2023 (période d'incidence). Chaque cas est couplé aux banques de données administratives / de soins de santé disponibles. Pour les années d'incidence 2008-2016, la période de suivi définie est la période 2021-2024. Pour les années d'incidence 2017-2023, la période de suivi débute un an avant l'année du diagnostic jusque 2024 inclus. Ceci permet de retracer toutes les prestations médicales et tous les médicaments pertinents, ainsi que les coûts y associés, tout au long du suivi. A partir de l'année d'incidence 2017, les

données datant d'une année avant le diagnostic sont prises en compte afin de déterminer les procédures diagnostiques précoces et les comorbidités et afin de servir de période de contrôle en ce qui concerne les coûts antérieurs au diagnostic du cancer.

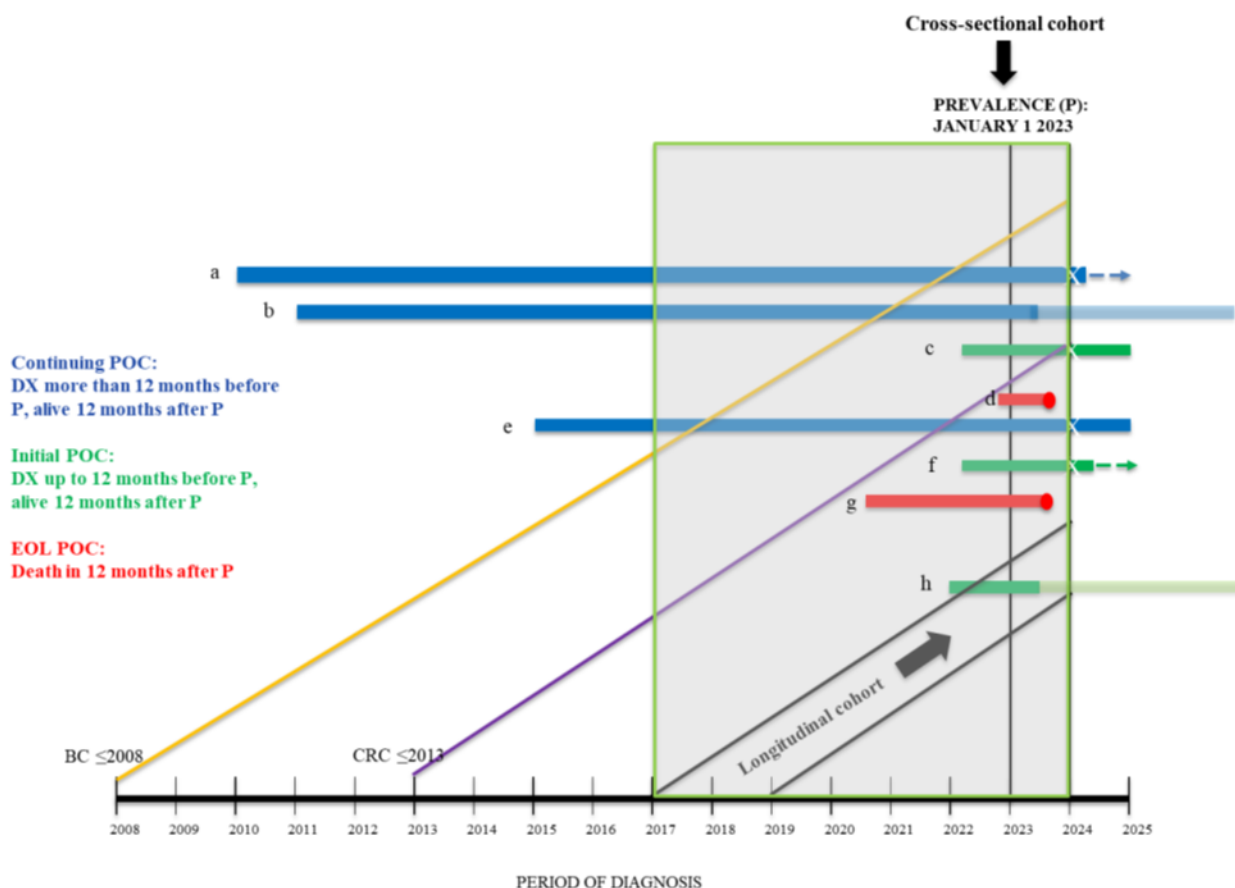


Figure 1 : Identification des cohortes d'étude pour les études pilote⁴

19. L'objectif général du deuxième volet (pilote b) est de fournir des informations sur la rechute, un résultat « intermédiaire » qui a une forte influence sur la survie, la « guérison » et le coût des soins chez les personnes atteintes d'un cancer.

Pour ce faire, une cohorte d'étude longitudinale est définie de manière rétrospective sur la base de la localisation de la tumeur primaire (tumeur indice) et celle-ci comprend tous les patients chez qui un cancer colorectal ou cancer du sein a été diagnostiqué au cours de la

⁴ **Cohorte transversale (pilotes a et c)** : Patients atteints de cancer du sein (≥ 2008) ou de cancer colorectal (≥ 2013) en vie au 1^{er} janvier 2023. La cohorte est déterminée de manière rétrospective sur la base de la localisation de la tumeur primaire et de la période d'incidence (années d'incidence 2008-2023 pour le cancer du sein, 2013-2023 pour le cancer colorectal). **Cohorte longitudinale (pilote b)** : Patients atteints de cancer colorectal ou de cancer du sein (années d'incidence 2017-2018) suivis jusqu'au 31 décembre 2024. La figure montre comment les phases de soins (phase initiale, phase de suivi et phase de fin de vie) sont attribuées sur base de données de diagnostic et de suivi. L'axe horizontal indique l'année du diagnostic et les axes verticaux indiquent la durée du suivi. La ligne noire indique la date de prévalence (1/01/2023). Couleurs : vert = phase initiale, bleu = suivi, rouge = fin de vie. Cette répartition soutient la modélisation des coûts (pilotes a et c) et l'analyse des rechutes (pilote b).

période 2017-2018 et qui sont suivies jusqu'au 31 décembre 2024. Les patients sont suivis de manière rétrospective à partir d'un an avant le diagnostic jusqu'à l'évènement suivant (selon celui qui survient en premier) : rechute, deuxième cancer primaire, décès ou dernier suivi.

20. Le dernier volet (pilote c) vise à analyser le rapport entre la charge économique du cancer et une série de facteurs prédictifs potentiels, en tenant compte de facteurs socio-démographiques des patients (via un indice écologique, BE-EDI [12] et les variables intervention majorée et statut social du bénéficiaire), ainsi que de circonstances cliniques (telles que la rechute) et de l'impact de comorbidités, en modélisant les résultats de coûts obtenus dans la première partie du projet. Les caractéristiques qui influencent le plus les coûts peuvent être identifiées au moyen d'une modélisation statistique. Dans la modélisation par régression, divers facteur prédictifs sont pris en compte pour identifier les facteurs de coût liés aux soins oncologiques, en corrigeant les éventuels facteurs de confusion.
21. Au vu des objectifs du traitement tels que décrits ci-dessus, le Comité considère que le traitement des données à caractère personnel envisagé poursuit bien des finalités déterminées, explicites et légitimes.

2. MINIMISATION DES DONNÉES

22. L'article 5, §1^{er} du RGPD dispose que les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées (minimisation des données).
23. Il s'agit d'un traitement ultérieur.

BCR (données déjà collectées par BCR)

La Fondation Registre du cancer collecte et traite les données BCR afin de satisfaire aux objectifs suivants⁵:

- 1° établir des rapports concernant l'incidence des différentes formes de cancer, ainsi que sa prévalence et la survie des patients;
- 2° réaliser des études (contrôle de cas et études de cohorte) sur les causes du cancer;
- 3° effectuer une analyse de la répartition géographique des différentes formes de cancer, son incidence, sa tendance et ses conséquences afin de pouvoir examiner les causes possibles et de pouvoir comparer les facteurs de risques;
- 4° faire rapport aux instances internationales compétentes, y compris l'Organisation mondiale de la santé.

Le couplage de données demandé permet une extension des objectifs 1, 2 et 3 du BCR à travers une analyse du coût du trajet de soins.

AIM

L'AIM collecte des données sur la consommation de soins et le coût des soins via les différentes mutualités, en vue du remboursement dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et à l'appui de la politique et de la recherche scientifique.

⁵ Article 138 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relatif à l'exercice des professions des soins de santé:

RHM en tant que service du SPF Santé publique

Cette banque de données pseudonymisées recueille toutes les données infirmières, médicales et administratives de tous les hôpitaux non psychiatriques. Cette banque de données vise à soutenir la politique de santé des pouvoirs publics et des hôpitaux.

24. Toutes les dates sont converties par le « dedicated data modifier » (DDM) en intervalle par rapport à la date indice. La date indice est, pour chaque patient, une date aléatoire dans la période de 101 ans comprise entre le 1^{er} janvier 1907 et le 31 décembre 2007. Par ailleurs, les dates seront limitées à l'année et au semestre. Ceci est nécessaire afin de pouvoir identifier des prestations dans les 6 mois précédant et suivant le 1^{er} janvier 2023. La liste des dates indice par patient sera conservée par le DDM et n'est pas disponible pour les chercheurs de BCR-Output.

Les dates originales seront supprimées dès qu'elles ont été converties en dates relatives. Le DDM-BCR conservera cependant encore les dates exactes pendant une période de six mois après leur réception dans le but exclusif de pouvoir exécuter correctement la conversion des dates et de donner suffisamment de temps à BCR-Output pour valider les données et rectifier les erreurs éventuelles.

25. Les hôpitaux sont pseudonymisés de manière irréversible. Au sein du BCR, ils n'ont pas accès aux clés de pseudonymisation (uniques) et il n'est pas possible d'identifier l'hôpital sur la base des données transmises.
26. Les données ne sont demandées qu'une seule fois. Dans le courant du projet, une mise à jour est prévue en fonction de la disponibilité des données auprès des fournisseurs de données (e.a. mise à jour des diagnostics récents de cancer, AIM, RHM, BE-EDI, mise à jour suivi du statut vital). Au cours de ce projet, maximum deux mises à jour seront demandées.
27. Le lien entre les données pseudonymisées et l'identité des personnes sera conservé. La Plateforme eHealth, en tant que TTP1, conservera la liste de conversion au niveau du NISS après le transfert et ce pour la durée de l'étude. Ceci permettra aux chercheurs d'actualiser les données dans une phase ultérieure. La liste des dates indice par patient sera conservée par le DDM-BCR et n'est pas disponible pour les chercheurs de BCR-Output. Le DDM-BCR ne dispose pas de données qui portent directement sur l'identité des personnes (telles que le NISS).
28. La justification de la proportionnalité par catégorie est formulée comme suit :

Données du BCR

29. Cette étude est limitée au cancer du sein chez les femmes et au cancer colorectal, deux types de cancer parmi les plus fréquents en Belgique. Le numéro d'identification de la tumeur sera pseudonymisé par BCR-Input. Les caractéristiques du patient et de la tumeur sont nécessaires pour 1) distinguer les sous-groupes cliniques pertinents et 2) prendre en compte cette distinction dans les analyses en matière de coût des soins et de résultats (e.a. rechute).

30. Les causes de décès sont demandées afin de déterminer la mortalité par cause spécifique, étant donné que les chercheurs souhaitent uniquement prendre en compte les décès liés au cancer dans le calcul des coûts des soins.
31. Une variable indiquant la région de résidence du patient au moment du diagnostic du cancer est incluse. Celle-ci est susceptible de fournir un contexte en ce qui concerne la répartition géographique du coût des soins.
32. Les informations de l'AIM relatives aux comorbidités antérieures à l'incidence seront prises en compte, principalement par ce qu'aucune donnée de l'AIM/RHM en matière d'incidence ne sera demandée pour les années d'incidence 2008-2016. Les comorbidités peuvent avoir une influence sur les coûts liés aux soins. Les traitements primaires AIM seront pris en compte, principalement par ce qu'aucune données de l'AIM/RHM en matière d'incidence ne sera demandée pour les années d'incidence 2008-2016. Les traitements primaires peuvent avoir une influence sur les coûts liés aux soins.
33. Les informations sur les autres tumeurs primaires seront prises en compte pour pouvoir évaluer l'effet de plusieurs tumeurs sur le coût des soins.
34. Un indice écologique basé sur des données de recensement agrégées et accessibles au public est inclus dans la série de données. La version belge du « European Deprivation Index » (BE-EDI), développée en collaboration avec le prof. Guy Launoy (université de Caen, France), sera prise en compte. Ceci permet d'évaluer les biais écologiques liés à l'utilisation d'un indice de privation. Le BE-EDI est pris en compte sur base des données de 2011 et sur base des données de 2021.
35. Toutes les variables contenant des dates (e.a. date de naissance, date des modalités de traitement, date de décès) seront converties par le DDM en intervalle de jours par rapport à la date indice dans un souci de minimisation des données. Toutes les dates seront par ailleurs limitées à l'année et au semestre afin de pouvoir identifier la phase de soins aux alentours du 1^{er} janvier 2023.

Données de l'AIM

36. Les données AIM seront utilisées pour dresser la carte de la consommation de soins et du coût des soins (tant les prestations médicales que les traitements médicamenteux) des patients de la cohorte étudiée. Les informations sur les médicaments prescrits et les prestations, en provenance des banques de données AIM Pharma/Health, permettent d'obtenir un aperçu du traitement au cours des phases de diagnostic, de suivi et - si d'application - en cas de décès ou de rechute pour la population étudiée de patients atteints de cancer. Par ailleurs, ces données permettent de déterminer les comorbidités aux alentours de la date de prévalence (1/01/2023).

Pour obtenir une vue complète du coût total des soins pour les patients atteints de cancer, les chercheurs prennent en compte l'intégralité de la nomenclature INAMI/AIM et de la pseudo-nomenclature (dénommés conjointement la 'nomenclature') ainsi que les codes ATC. Cela garantit que non seulement les traitements primaires, mais aussi les procédures liées au diagnostic, au suivi (par exemple, la rééducation, l'aide psychologique, etc.), aux

comorbidités, aux rechutes et aux métastases soient pris en compte de manière correcte. Les chercheurs évitent ainsi une analyse fragmentée et établissent une analyse transparente des coûts. Par ailleurs, pour chaque patient des années d'incidence les plus récentes (2017-2023), les données datant d'un an avant le diagnostic sont également demandées. Ceci est essentiel pour pouvoir utiliser les frais au cours de cette période, où il n'y avait pas encore de diagnostic du cancer, à titre de contrôle interne pour chaque patient.

37. Ces données permettent d'estimer le coût total des soins dans les différentes phases du trajet de soins. L'analyse des données AIM permet d'identifier les coûts directs du traitement primaire du cancer, ce qui constitue une part essentielle du calcul du coût sociétal des soins oncologiques.

Par ailleurs, l'analyse des données AIM permet de déterminer les résultats à long terme (par exemple la rechute) au sein de la cohorte et de calculer les frais y afférents. Cela contribue également à une estimation exhaustive du coût sociétal d'un diagnostic de cancer et de son suivi.

38. L'intervention majorée et le statut social du bénéficiaire seront demandés une seule fois à la date du 31 décembre 2022. Ces données seront utilisées pour examiner l'impact sur le coût des soins et également comme variable indicative de la position socio-économique.
39. Les variables contenant des informations sur le type d'établissement ainsi que les données relatives aux hôpitaux aigus codés fournissent un contexte quant au lieu et aux modalités des prestations de soins. Une identification unique codée des hôpitaux aigus est nécessaire afin de pouvoir comparer les coûts d'un diagnostic ou d'un traitement similaire entre différents hôpitaux (codés). Ensemble, ces données permettent de mieux cerner les dimensions organisationnelles et financières des soins, ce qui est essentiel pour analyser correctement la variation et la répartition des coûts de santé.
40. Pour chaque patient inclus, des données AIM non-régularisées sont sélectionnées, pour une période maximale comprise entre 2016 et 2024. Pour les diagnostics à partir de 2017, les données AIM pour l'année précédant l'année d'incidence jusqu'à 2024 inclus seront sélectionnées. Pour les diagnostics 2008-2016, seules les données AIM pour la période 2021-2024 seront sélectionnées.

Données du SPF Santé publique (service RHM)

41. Les données RHM seront utilisées pour dresser la carte des hospitalisations et procédures médicales ainsi que des coûts des soins. Ces données permettront également d'étudier les rechutes. Par ailleurs, ces données sont nécessaires pour déterminer les comorbidités en vue du calcul du Charlson Comorbidity Index (CCI), qui est un standard international, aux alentours de la date de prévalence (1/01/2023). Cette variable est essentielle pour l'exécution des analyses et elle permet de tenir compte de facteurs de confusion. Elle est nécessaire par ailleurs pour distinguer les groupes cliniquement pertinents.
42. Pour chaque patient inclus, les données RHM sont sélectionnées pour une période maximale de 2016 à 2024. Pour les diagnostics à partir de 2017, les données RHM seront sélectionnées

pour l'année précédant l'année d'incidence jusque 2024 inclus. Pour les diagnostics de 2008 à 2016, les données RHM seront sélectionnées pour la période 2021-2024.

43. Un aperçu des données demandées ainsi qu'une motivation circonstanciée sont fournis ci-après.

3. LIMITATION DE LA CONSERVATION

44. 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).
45. Un délai de cinq ans devrait suffire pour réaliser correctement les analyses nécessaires. A cet égard, il est aussi tenu compte d'éventuelles questions de réviseurs lors de publications dans des revues scientifiques à comité de lecture, qui pourraient découler de l'analyse des banques de données couplées. Après réception des données par BCR-Output, les données seront encore conservées pendant cinq ans, afin de pouvoir répondre à des questions et remarques suite à la publication dans des revues scientifiques à comité de lecture. De manière générale, toutes les données à caractère personnel pseudonymisées et couplées dans le cadre de ce projet devront être détruites dès qu'elles ne sont plus nécessaires pour le rapportage des résultats.
46. La gestion et la destruction des données sont assurées par le DDM et les collaborateurs de BCR-Output et ce selon les exigences explicites mentionnées dans l'approbation. Si des objectifs du projet ne sont pas atteints, les chercheurs contacteront non seulement les parties concernées, dans les meilleurs délais, pour demander une prolongation du délai de conservation des données, mais aussi le Comité de sécurité de l'information.
47. Le Comité estime que ce délai de conservation est raisonnable.

4. TRANSPARENCE

48. Conformément à l'article 12 du RGPD, le responsable du traitement doit prendre des mesures appropriées pour fournir toute information en ce qui concerne le traitement à la personne concernée d'une façon concise, transparente, compréhensible et aisément accessible, en des termes clairs et simples. Les informations doivent être fournies par écrit ou par d'autres moyens, y compris, lorsque c'est approprié, par voie électronique.
49. Lorsque les données à caractère personnel ne sont pas collectées auprès de la personne concernée, le responsable du traitement est tenu de fournir les informations visées à l'article 14, §1^{er} du RGPD à la personne concernée.

50. Cette obligation ne s'applique cependant pas lorsque la fourniture de telles informations se révèle impossible ou exigerait des efforts disproportionnés, en particulier pour le traitement à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques sous réserve des conditions et garanties visées à l'article 89, alinéa 1^{er}, ou dans la mesure où l'obligation visée à l'alinéa 1^{er} du présent article est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs dudit traitement. En pareils cas, le responsable du traitement prend des mesures appropriées pour protéger les droits et libertés ainsi que les intérêts légitimes de la personne concernée, y compris en rendant les informations publiquement disponibles⁶. Pour cette étude spécifique qui inclut un très grand nombre de personnes, l'information de chaque personne individuelle demanderait des efforts disproportionnés.
51. Le Comité est d'avis qu'il existe suffisamment de transparence quant au traitement envisagé.

5. MESURES DE SÉCURITÉ

52. En vertu de l'article 5, §1^{er}, f) du RGPD, les données à caractère personnel doivent être traitées de façon à garantir une sécurité appropriée des données à caractère personnel, y compris la protection contre le traitement non autorisé ou illicite et contre la perte, la destruction ou les dégâts d'origine accidentelle, à l'aide de mesures techniques ou organisationnelles appropriées (intégrité et confidentialité).
53. 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.
54. Le Comité constate que le pool SCRA réalisera une analyse de risque « small cell » avant la transmission des données aux chercheurs.
55. Le NISS est uniquement utilisé par les institutions et personnes concernées par la fourniture et la pseudonymisation des données. Le DDM-BCR et les chercheurs (BCR-Output) auront uniquement accès à des numéros d'identification pseudonymisés.
56. Le Comité fait observer que la Plate-forme eHealth et la BCSS interviennent comme tiers de confiance (TTP) pour le couplage et la pseudonymisation des données.
57. Le Comité constate que la Plate-forme eHealth, en tant que TTP, conservera la liste de conversion au niveau du NISS après transfert et ce pour la durée de l'étude.
58. Le Comité constate que la Fondation registre du cancer applique une stricte séparation entre les collaborateurs input et les collaborateurs output. Les collaborateurs input collectent les données (à caractère personnel), réalisent les contrôles de qualité, effectuent la validation et le couplage des données et envoient un feed-back aux sources de données initiales. Seuls des collaborateurs input spécifiquement désignés à cet effet ont accès aux données d'identification (e.a. NISS) dans le cadre de la mission légale de la Fondation Registre du

⁶Art. 14, § 5, b) du RGPD.

cancer. Les collaborateurs output effectuent des analyses statistiques et ont, à cet effet, uniquement recours à des données codées.

59. Le Comité constate que la Fondation Registre du Cancer a désigné un médecin responsable du traitement des données à caractère personnel relatives à la santé, ainsi qu'un délégué à la protection des données.
60. Le Comité constate que les collaborateurs de la Fondation Registre du cancer ont un devoir de confidentialité légal⁷ et contractuel par rapport aux données qu'ils traitent dans le cadre de leur fonction.
61. Le Comité rappelle que ni la Fondation Registre du Cancer, ni ses collaborateurs ne peuvent entreprendre des démarches pour réidentifier les personnes concernées. Les résultats de l'étude doivent être publiés sous forme anonyme.
62. Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 9 de la loi du 30 juillet 2018 *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel*, le responsable du traitement prend les mesures suivantes lors du traitement de données génétiques, biométriques ou des données concernant la santé :
 - 1° les catégories de personnes ayant accès aux données à caractère personnel, sont désignées par le responsable du traitement ou, le cas échéant, par le sous-traitant, avec une description précise de leur fonction par rapport au traitement des données visées;
 - 2° la liste des catégories des personnes ainsi désignées est tenue à la disposition de l'autorité de contrôle compétente par le responsable du traitement ou, le cas échéant, par le sous-traitant;
 - 3° il veille à ce que les personnes désignées soient tenues, par une obligation légale ou statutaire, ou par une disposition contractuelle équivalente, au respect du caractère confidentiel des données visées.
63. Le Comité estime nécessaire de rappeler que depuis le 25 mai 2018, la Fondation Registre du cancer est tenue de respecter les dispositions et les principes du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données). Ces instances sont également tenues de respecter les dispositions de la loi du 30 juillet 2018 *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel*.

⁷ Article 138, § 4, alinéa 2, de la loi coordonnée du 10 mai 2015.

Par ces motifs,

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

conclut que

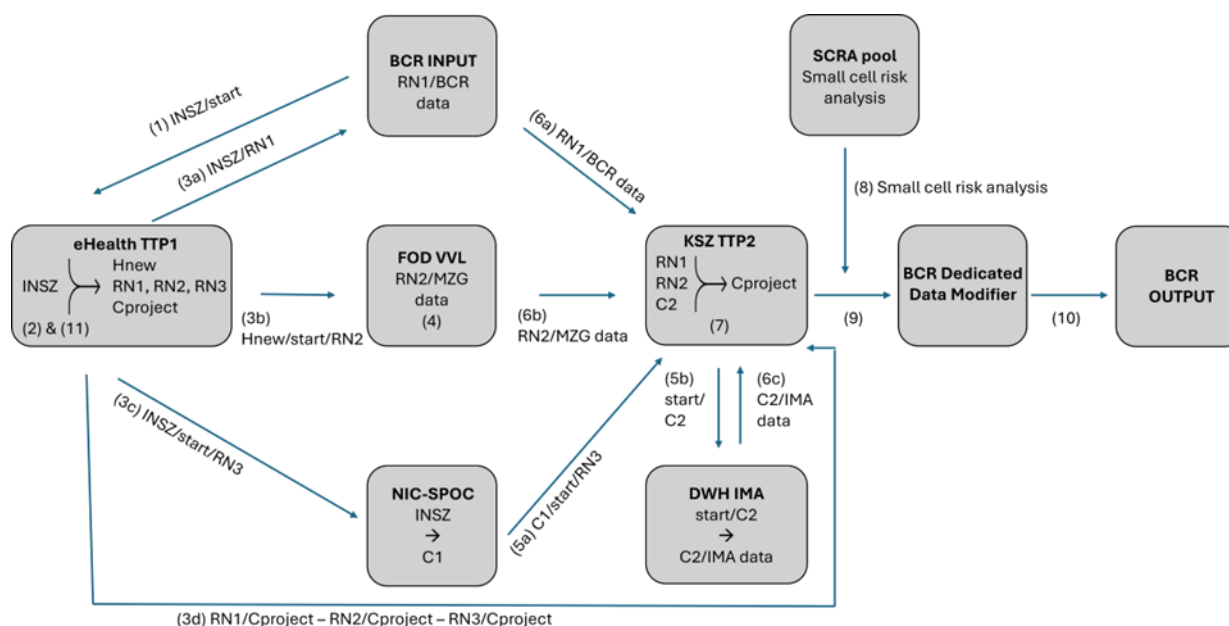
la communication des données à caractère personnel pseudonymisées, telle que décrite dans la présente délibération, est autorisée moyennant le respect des mesures de protection des données qui ont été définies, en particulier les mesures en matière de limitation de la finalité, de minimisation des données,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

La présente délibération entre en vigueur le 21 mai 2026.

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 (tél. 32-2-741 83 11).

Bijlage 1: Schematisch overzicht van de gegevensstromen met toelichting



- 1° BCR INPUT stuurt de INSZ-nummers van de geïnccludeerde patiënten door aan de eerste ‘trusted third party’ eHealth-TTP samen met het startjaar van opvraag.
- 2° De eHealth-TTP hercodeert de INSZ voor elke patiënt naar vijf verschillende identificatienummers (Hnew, RN1, RN2, RN3, Cproject). Hnew is een identifier die eHealth standaard gebruikt in de MZG-flow sinds 2012.
- 3° eHealth-TTP bezorgt
 - a. BCR INPUT, die de kankerregistratiegegevens beheert, de INSZ – RN1 conversielijst (INSZ/RN1);
 - b. FOD VVVL, die de databank van Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG) beheert, de Hnew – RN2 conversielijst samen met de het startjaar voor opvraag (Hnew/start/RN2);
 - c. De lijst met INSZ, startjaar van gegevensopvraag gekoppeld aan RN3 (INSZ/start/RN3) aan de veiligheidsconsulent van het Nationaal Internutualistisch College (NIC-SPOC).
 - d. de tweede ‘trusted third party’ KSZ-TTP-VI-OA drie conversielijsten: RN1 – Cproject (RN1/Cproject), RN2 – Cproject (RN2/Cproject) en RN3 – Cproject (RN3/Cproject).
- 4° FOD VVVL selecteert gegevens uit de MZG aan de hand van Hnew vanaf het startjaar (i.e. het eerste registratiejaar waarvoor data wordt opgevraagd) tot en met eind 2024.
- 5° De veiligheidsconsulent van NIC-SPOC vervangt in de lijst met INSZ startjaar gekoppeld aan RN3 de INSZ door C1 en geeft vervolgens deze lijst (C1/start/RN3) aan TTP2 KSZ-TTP-VI-OA (5a). KSZ-TTP-VI-OA beschikt over een conversielijst C1/C2/RN3. KSZ-TTP-VI-OA geeft een geconverteerde lijst (start/C2) door aan DWH IMA (5b). DWH IMA selecteert gegevens aan de hand van C2 vanaf het startjaar (i.e. het eerste registratiejaar waarvoor data wordt opgevraagd) tot en met eind 2024.
- 6° KSZ-TTP-VI-OA ontvangt

- a. Kankerregistratiegegevens van BCR INPUT op RN1 (RN1/BCR data). Na transfer van de gegevens wordt de lijst INSZ/RN1 onmiddellijk vernietigd door BCR-INPUT;
 - b. MZG van FOD VVVL op RN2 (RN2/MZG data). Na transfer van de gegevens wordt de lijst Hnew/start/RN2 onmiddellijk vernietigd door FOD VVVL;
 - c. IMA-data van IMA DWH (C2/IMA data).
- 7° K SZ-TTP-VI-OA vervangt in de data van BCR, FOD VVVL (dienst MZG) en IMA DWH respectievelijk RN1, RN2 en C2 door Cproject.
- 8° Een small cell risk analysis (SCRA) wordt uitgevoerd. Opmerking: er wordt sinds 2024 binnen de SCRA-pool beslist welke organisatie de SCRA zal uitvoeren.
- 9° K SZ-TTP-VI-OA stuurt de BCR-data, MZG-data en IMA-data door op Cproject naar aan de Dedicated Data Modifier van BCR (BCR data/Cproject, MZG data/Cproject en IMA data/Cproject)
- 10° De Dedicated Data Modifier (DDM) van BCR zet exacte data om naar relatieve data (ten opzichte van de indexdatum – een willekeurige datum per patiënt over een periode van 101 jaren) en jaar+semester. Geboortedatum wordt omgezet naar geboortjaar (yyyy). De Dedicated Data Modifier van BCR geeft de dataset met relatieve en gecensureerde datumvariabelen, gekoppeld aan Cproject door aan de outputzijde van BCR (BCR-Output). De lijst met index datums per patiënt zal bijgehouden worden door de DDM en is niet beschikbaar voor de onderzoekers van BCR Output.
- 11° De conversielijsten INSZ/RN1, Hnew/start/RN2, INSZ/start/RN3, RN1/Cproject, RN2/Cproject en RN3/Cproject blijven aanwezig bij eHealth-TTP om indien nodig een update te kunnen realiseren.

Bijlage 2: Overzicht van de verzamelde gegevens en verantwoording proportionaliteit

Gegevens aangeleverd door IMA: gegevens over behandeling en comorbiditeiten

Variabele	Beschrijving	Bewerking dataminimalisatie	Proportionaliteit
Databank "IMA Health"			
INSZ/C1/C2/RN3	Identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ), noodzakelijk voor de koppeling.	Gecodeerd	Noodzakelijk voor koppeling van de gegevens met deze van het BCR en MZG door de Trusted Third Party (TTP). Deze wordt omgezet in een project-specifieke code RN3 en finaal Cproject. De INSZ nummers zijn niet zichtbaar voor de onderzoekers (= BCR output)
SS00015	Begindatum verstrekking.	Deze datum zal aangeleverd worden als exacte datum en door de BCR-DDM omgezet worden naar een interval in dagen tegenover de patiënt specifieke indexdatum alsook een variabele met behouden van jaar en semester (formaat ssyyyy).	De relatieve datum is noodzakelijk om behandelingen, follow-up en behandelingschema's te identificeren, proportional af te bakken en toe te wijzen aan specifieke periodes. Dit is essentieel voor een accurate zorgkostenanalyse. Deze informatie is ook noodzakelijk voor het bepalen van herhal. Bijkomend is het bepalen van comorbiditeiten rond de prevalentie datum (1 jan 2023) cruciaal bij het uitvoeren van de analyses en laat het toe om confounders in rekening te brengen. Informatie tot op semester niveau is noodzakelijk om te bepalen welke zorgkosten/comorbiditeiten hebben plaatsgevonden in de 6 maanden voor en na de prevalentiedatum (1 jan 2023).
SS00020	Nomenclatuurcode. Nummer van de nomenclatuurcode waardoor de boekhouding uitgevoerd kan worden, zoals beschreven in de boekhoudkundige en statistieke onderrichtingen van de gezondheidsverstrekkingen van het RIZIV.		Noodzakelijk voor het identificeren van de verschillende types zorg. Dit is essentieel voor een accurate zorgkostenanalyse. Deze informatie is ook noodzakelijk voor het bepalen van herhal en comorbiditeiten. Voor een volledig inzicht in de totale zorgkost bij kankerpatiënten nemen de onderzoekers alle RIZIV-IMA-nomenclatuur en pseudonomenclatuur (in deze aanvraag samen aangeduid als 'nomenclatuur') mee. Cela garantit que non seulement les traitements primaires, mais aussi les procédures liées au diagnostic, au suivi (par exemple, la rééducation, l'aide psychologique, etc.), aux comorbidités, aux rechutes et aux

			métastases soient pris en compte de manière correcte. Zo vermijden ze een gefragmenteerde analyse en creëren ze een transparante kostenanalyse. Par ailleurs, pour chaque patient des années d'incidence les plus récentes (2017-2023), les données datant d'un an avant le diagnostic sont également demandées. Ceci est essentiel pour pouvoir utiliser les frais au cours de cette période, où il n'y avait pas encore de diagnostic du cancer, à titre de contrôle interne pour chaque patient.
SS00050	Aantal gevallen. Aantal keren dat een verstrekking is verleend of aantal leveringen of het aantal afgeleverde eenheden of afgeleverde hoeveelheid of het aantal keer dat het eenheidstarief werd aangerekend op de opgegeven datum of gedurende het opgegeven tijdvak.		Noodzakelijk voor het correct kunnen berekenen van de kosten voor de zorgkostenanalyse. Alsook het bepalen van herhal.
SS00055	Aantal dagen. Aantal gefactureerde dagen, verlofdagen of aantal gefactureerde forfaits (in geval van revalidatie forfait).		Noodzakelijk voor het correct kunnen berekenen van de kosten voor de zorgkostenanalyse.
SS00060	Bedrag terugbetaling. Terugbetaald bedrag door de verzekeringsinstelling (eventueel verbeterd door de VI).		
PRACTITIONER_CAT	Beroepscode van de zorgverstreker die de prestatie uitgevoerd heeft. Dit is een 2-cijferige code die aanduidt welk type zorgverstreker de prestatie heeft uitgevoerd. De beroepscode wordt afgeleid uit de eerste twee cijfers van het identificatienummer van de zorgverstreker.		Noodzakelijk om na te gaan of de prestatie werd uitgevoerd in een oncologische context (kosten kunnen verschillen afhankelijk van de specialisatie of erkenning van de zorgverstreker). Bijkomend kan deze info ook bijdragen als proxy voor comorbiditeiten.
SS00065B	Bekwaming zorgverstreker, in combinatie met het eerste karakter van SS00065A-Identificatienummer zorgverstreker		
PRESCRIBER_CAT	Beroepscode van de zorgverstreker die de prestatie of het geneesmiddel voorgeschreven heeft. Dit is een 2-cijferige code die aanduidt welk type zorgverstreker de prestatie heeft voorgeschreven. De beroepscode wordt afgeleid uit de eerste twee		

	cijfers van het identificatienummer van de voorschrijver.		
SS00070B	Bekwaming voorschrijver, in combinatie met het eerste karakter van SS00070A-Identificatienummer voorschrijver		
SS00075	Identificatienummer van de instelling waar de rechthebbende van de prestaties is opgenomen (verblijft). Erkenningsnummer van de instelling 'daghospitalisatie'.	IMA levert deze gecodeerd en enkel voor "acute" ziekenhuizen. Deze krijgen dezelfde codering als in de Hosp database.	Noodzakelijk om de variatie/verspreiding van zorgkosten in kaart te brengen.
SS00080	Dienstcode. De (pseudo)code van de dienst waar de patiënt verblijft op de datum vermeld in de variabele Begindatum verstrekking of de pseudo-dienstcode bij daghospitalisatie of ambulante zorgen.		Noodzakelijk om na te gaan of de prestatie werd uitgevoerd in een oncologische context.
SS00085	Plaats van verstrekking. Plaats waar de prestatie werkelijk uitgevoerd werd.	IMA levert deze gecodeerd en enkel voor "acute" ziekenhuizen. Deze krijgen dezelfde codering als in de Hosp database.	Noodzakelijk om de variatie/verspreiding van zorgkosten in kaart te brengen: wordt gebruikt wanneer SS00075 niet beschikbaar is.
SS00105	Nummer van de derde. Dit is het nummer van de instelling of van de verstrekker waaraan moet betaald worden of het nummer van de instelling die de facturatie uitvoert.	IMA levert deze gecodeerd en enkel voor "acute" ziekenhuizen. Deze krijgen dezelfde codering als in de Hosp database.	Noodzakelijk om de variatie/verspreiding van zorgkosten in kaart te brengen: wordt gebruikt wanneer SS00075 en SS00085 niet beschikbaar zijn.
SS00130	Betrekkelijke verstrekking. Wanneer de facturatie van de nomenclatuurcode vermeld in gefactureerde nomenclatuurcode afhankelijk is van de verrichting van een andere prestatie, wordt hier de code van die prestatie ingevuld.		Noodzakelijk voor het identificeren van de verschillende types zorg en eventuele additionele kosten. Dit is essentieel voor een accurate zorgkostenanalyse.
SS00135	Nummer farmaceutisch product. Individuele code van een farmaceutische product. Geleverd aan gehospitaliseerde patiënten of aan patiënten waarvoor een forfait voor deeltijdse opname gefactureerd kan worden.		Noodzakelijk voor het identificeren van de verschillende types medicatiegebruik en eventuele additionele kosten. Dit is essentieel voor een accurate zorgkostenanalyse.
SS00140	Norm verstrekking. Deze code (percentage) levert bepaalde inlichtingen die nodig zijn bij de tarificatie.		Noodzakelijk voor het correct kunnen berekenen en interpreteren van de kosten voor de zorgkostenanalyse.

SS00145	Nacht, weekend of feestdag		
SS00155	Datum voorschrift. Wanneer het een prestatie betreft, uitgevoerd op basis van een voorschrift, dan is de datum van het voorschrift vermeld in deze zone.	Deze datum zal aangeleverd worden als exacte datum en door de BCR-DDM omgezet worden naar een interval in dagen tegenover de patiënt specifieke indexdatum alsook een variabele met behouden van jaar en semester (formaat ssyyyy)	De relatieve datum is noodzakelijk om behandelingen, follow-up en behandelingschema's te identificeren, proportional af te bakenen en toe te wijzen aan specifieke periodes. Dit is essentieel voor een accurate zorgkostenanalyse. Deze informatie is ook noodzakelijk voor het bepalen van herval. Bijkomend is het bepalen van comorbiditeiten rond de prevalentie datum (1 jan 2023) cruciaal bij het uitvoeren van de analyses en laat het toe om confounders in rekening te brengen. Informatie tot op semester niveau is noodzakelijk om te bepalen welke zorgkosten/comorbiditeiten hebben plaatsgevonden in de 6 maanden voor en na de prevalentiedatum (1 jan 2023).
SS00160	Persoonlijke tussenkomst. Wettelijke remgelden (of persoonlijke reële aandelen) reëel toegekend.		Noodzakelijk voor het correct kunnen berekenen en interpreteren van de kosten voor de zorgkostenanalyse.
SS00165	Bedrag supplement of bedrag voor niet-vergoedbare producten, verstrekkingen of diensten		
SS00205	Flag GPS (laagvariabele zorg)		
PROCEDURE_GROEP	Nomenclatuurgroep - kostengroep		Noodzakelijk voor het identificeren van de verschillende types zorg. Dit is essentieel voor een accurate zorgkostenanalyse. Deze informatie is ook noodzakelijk voor het bepalen van herval en comorbiditeiten.
PROCEDURE_DETAIL	Subklasse van nomenclatuurgroep - Subklasse van kostengroep		
Databank "IMA Farma"			
INSZ/C1/C2/RN3	Identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ), noodzakelijk voor de koppeling.	Gecodeerd	Noodzakelijk voor koppeling van de gegevens met deze van het BCR en MZG door de Trusted Third Party (TTP). Deze wordt omgezet in een project-specifieke code RN3 en finaal Cproject. De INSZ nummers zijn niet zichtbaar voor de onderzoekers (= BCR output)
SS00015	Datum van aflevering. De datum waarop het geneesmiddel aan de rechthebbende wordt afgeleverd. Indien het gaat om een honorarium, tegemoetkoming of andere dienst (herkenbaar aan de pseudonomenclatuurcode), is het de datum waarop deze aangerekend of opgestart wordt.	Deze datum zal aangeleverd worden als exacte datum en door de BCR-DDM omgezet worden naar een interval in dagen tegenover de patiënt specifieke indexdatum alsook een variabele met behouden van	De relatieve datum is noodzakelijk om behandelingen, follow-up en behandelingschema's te identificeren, proportional af te bakenen en toe te wijzen aan specifieke periodes. Dit is essentieel voor een accurate zorgkostenanalyse. Deze informatie is ook noodzakelijk voor het bepalen van herval. Bijkomend is het bepalen van comorbiditeiten rond de prevalentie datum (1 jan 2023) cruciaal bij het uitvoeren van de analyses en laat het toe om

		jaar en semester (formaat syyyyy).	confounders in rekening te brengen. Informatie tot op semester niveau is noodzakelijk om te bepalen welke zorgkosten/comorbiditeiten hebben plaatsgevonden in de 6 maanden voor en na de prevalentiedatum (1 jan 2023).
SS00020	Code categorie geneesmiddel		Noodzakelijk voor het identificeren van de verschillende types medicatiegebruik en eventuele additionele kosten. Dit is essentieel voor een accurate zorgkostenanalyse. Alsook het bepalen van herhal en comorbiditeiten. Voor een volledig inzicht in de totale zorgkost bij kankerpatiënten nemen de onderzoekers de volledige lijst van ATC codes codes mee. Cela garantit que non seulement les traitements primaires, mais aussi les procédures liées au diagnostic, au suivi (par exemple, la rééducation, l'aide psychologique, etc.), aux comorbidités, aux rechutes et aux métastases soient pris en compte de manière correcte. Zo vermijden ze een gefragmenteerde analyse en creëren ze een transparante kostenanalyse. Par ailleurs, pour chaque patient des années d'incidence les plus récentes (2017-2023), les données datant d'un an avant le diagnostic sont également demandées. Ceci est essentiel pour pouvoir utiliser les frais au cours de cette période, où il n'y avait pas encore de diagnostic du cancer, à titre de contrôle interne pour chaque patient.
SS00050	Hoeveelheid. Het aantal verpakkingen, modules, eenheden, forfaits, enzovoort dat werd afgeleverd aan een rechthebbende in een publieke apotheek.		Noodzakelijk voor het correct kunnen berekenen van de kosten voor de zorgkostenanalyse.
SS00060	ZIV-tegemoetkoming 1. Het bedrag van de tegemoetkoming (exclusief honoraria) van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) voor het gefactureerde geneesmiddel. De ziekteverzekering betaalt sommige geneesmiddelen volledig of gedeeltelijk terug. Bepaalde personen hebben recht op een hogere verzekeringstegemoetkoming ('verhoogde tegemoetkoming'). Zij ontvangen een hogere terugbetaling.		

PRESCRIBER_C AT	Beroepscode van de zorgverstreker die de prestatie of het geneesmiddel voorgeschreven heeft. Dit is een 2-cijferige code die aanduidt welk type zorgverstreker de prestatie heeft voorgeschreven. De beroepscode wordt afgeleid uit de eerste twee cijfers van het identificatienummer van de voorschrijver.		Noodzakelijk om na te gaan of de prestatie werd uitgevoerd in een oncologische context (kosten kunnen verschillen afhankelijk van de specialisatie of erkenning van de zorgverstreker).
SS00070B	Bekwaming van de voorschrijver. Bekwaamheidscode van de zorgverstreker die de prestatie of het geneesmiddel voorgeschreven heeft. Deze code specificeert de kwalificaties van de zorgverstreker en duidt aan of de zorgverstreker een bijkomende erkenning, beroepstitel of attest heeft.		
SS00080	Galenische vorm magistrale bereiding. Dit is een geneesmiddel dat door de apotheker bereid en afgeleverd wordt op basis van het voorschrift van een arts.		Noodzakelijk voor het identificeren van de verschillende types medicatiegebruik en eventuele additionele kosten. Dit is essentieel voor een accurate zorgkostenanalyse. Alsook het bepalen van herhal en comorbiditeiten.
SS00130	Sleutel magistrale bereiding. Identificatiecode die toelaat een hoofdrecord van een magistrale bereiding te verbinden met zijn detailrecord(s).		
SS00135	Nummer product. De CNK-code is een uniek identificatienummer per verpakkingsvorm die toegekend wordt aan alle geneesmiddelen en parafarmaceutische producten (medische hulpmiddelen, voedingssupplementen, cosmetica, ...) die worden afgeleverd in de apotheek.		
SS00140	1ste positie van de eenheid. Deze variabele bevat de 1ste positie van de code die de eenheid aangeeft waarin de hoeveelheid (SS00050) van een bestanddeel van een magistrale bereiding wordt uitgedrukt. Om de eenheid te kennen moet men SS00140 en SS00145 samenvoegen. Deze variabele wordt enkel ingevuld indien het gaat om een detailrecord van een magistrale bereiding		

	(SS00020 = 750315). In alle andere gevallen is de waarde van deze variabele gelijk aan nul.		
SS00145	2de positie eenheid. Deze variabele bevat de 2de positie van de code die de eenheid aangeeft waarin de hoeveelheid (SS00050) van een bestanddeel van een magistrale bereiding wordt uitgedrukt. Om de eenheid te kennen moet men SS00140 en SS00145 samenvoegen. Deze variabele wordt enkel ingevuld indien het gaat om een detailrecord van een magistrale bereiding (SS00020 = 750315). In alle andere gevallen is de waarde van deze variabele gelijk aan nul.		
SS00155	Datum voorschrift. De datum van het voorschrift wanneer het gaat om een geneesmiddel dat afgeleverd wordt op voorschrift.	Deze datum zal aangeleverd worden als exacte datum en door de BCR-DDM omgezet worden naar een interval in dagen tegenover de patiënt specifieke indexdatum alsook een variabele met behouden van jaar en semester (formaat ssyyyy)	De relatieve datum is noodzakelijk om behandelingen, follow-up en behandelingschema's te identificeren, proportional af te bakenen en toe te wijzen aan specifieke periodes. Dit is essentieel voor een accurate zorgkostenanalyse. Deze informatie is ook noodzakelijk voor het bepalen van herhal. Bijkomend is het bepalen van comorbiditeiten rond de prevalentie datum (1 jan 2023) cruciaal bij het uitvoeren van de analyses en laat het toe om confounders in rekening te brengen. Informatie tot op semester niveau is noodzakelijk om te bepalen welke zorgkosten/comorbiditeiten hebben plaatsgevonden in de 6 maanden voor en na de prevalentiedatum (1 jan 2023).
SS00160	Persoonlijke tussenkomst. Persoonlijk aandeel dat de persoon betaald heeft voor het geneesmiddel.		Noodzakelijk voor het correct kunnen berekenen en interpreteren van de kosten voor de zorgkostenanalyse.
SS00165	Vermindering van het terugbetalingsbedrag / Bijdrage van de apothekers. Het bedrag van de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming. Ter compensatie voor invoering van een forfaitaire basisvergoeding werd gedurende een overgangperiode de verzekeringstegemoetkoming verminderd, waarbij het resterende bedrag ten laste kwam van de apotheek. De tussenkomst van het RIZIV kan berekend worden door de waarde van deze variabele af te trekken van ZIV-bedrag.		

SS00175	Uitgestelde aflevering. Deze variabele maakt het onderscheid tussen een effectieve en een uitgestelde aflevering. Bij een effectieve of gewone aflevering worden alle producten van het voorschrift dadelijk afgeleverd aan de patiënt. Indien de patiënt het product dat zijn arts heeft voorgeschreven niet onmiddellijk wil ontvangen, kan hij vragen om de aflevering ervan uit te stellen. De apotheker vult hiervoor een formulier voor uitgestelde aflevering in.		
SS00195	ZIV-Tegemoetkoming 2. De som van de verschillende honoraria die de apotheker heeft aangerekend voor de aflevering van geneesmiddelen.		
SS00200	Codering honoraria. Deze variabele bevat een code die aanduidt welke honoraria werden aangerekend voor de aflevering van een geneesmiddel (farmaceutische specialiteit), indien deze vergoed werd volgens de nieuwe vergoedingsmethode.		
SS00205	Aanduiding eerste aflevering. Deze variabele duidt aan of het gaat om een eerste aflevering van het betreffende geneesmiddel (farmaceutische specialiteit) aan de rechthebbende (zoals bedoeld in art. 1, 3° en art. 5 KB 16/03/2010).		Noodzakelijk voor het identificeren van de verschillende types zorg. Dit is essentieel voor een accurate zorgkostenanalyse. Alsook het bepalen van herval en comorbiditeiten.
SS00210	Supplement. De toeslag die de patiënt voor het geneesmiddel betaalt die niet als remgeld beschouwd kan worden.		Noodzakelijk voor het correct kunnen berekenen van de kosten voor de zorgkostenanalyse.
SS00230	Code facturering persoonlijk aandeel. Deze variabele duidt aan of het gaat om de aflevering van een geneesmiddel waarbij, in het kader van de maximumfactuur (MAF) of voor patiënten die behoren een specifieke sociale categorie, de ziekteverzekering voor 100% tussenkomt en de patiënt dus geen persoonlijk aandeel (remgeld) betaalt.		Noodzakelijk voor het correct kunnen berekenen en interpreteren van de kosten voor de zorgkostenanalyse.

PROCEDURE_G ROUP	Nomenclatuurgroep		Noodzakelijk voor het identificeren van de verschillende types zorg. Dit is essentieel voor een accurate zorgkostenanalyse. Deze informatie is ook noodzakelijk voor het bepalen van herhal en comorbiditeiten.
PROCEDURE_D ETAIL	Subklasse van nomenclatuurgroep		
Databank "IMA POP"			
INSZ/C1/C2/RN3	Identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ), noodzakelijk voor de koppeling.	gecodeerd	Noodzakelijk voor koppeling van de gegevens met deze van het BCR en MZG door de Trusted Third Party (TTP). Deze wordt omgezet in een project-specifieke code RN3 en finaal Cproject. De INSZ nummers zijn niet zichtbaar voor de onderzoekers (= BCR output)
PP1003	Sociaal statuut van de gerechtigde.	<p>Deze variabele zal 1X gevraagd worden voor de status het dichtste bij de prevalentie datum (01/01/2023), namelijk 31/12/2022</p> <p>De oorspronkelijke 15 groepen worden gegroepeerd:</p> <p>Actief, arbeider: groep 1 Actief, bediende: groep 2 Actief, statutair-openbare sector: groep 3 Actief, zelfstandige: groep 4 + 8 Non-actief, mindervalide: groep 5 (+6) Non-actief, student: groep 7 Non-actief, gepensioneerd + weduwenpensioen: groep 9+10 (+ 13) Niet-verzekerd: groep 11+12 Other: groep 14+15</p>	Het sociaal statuut van de gerechtigde wordt gehanteerd als proxy voor de sociaaleconomische positie, aangezien deze positie geassocieerd kan zijn met de zorgkosten. Deze variabele zal 1X gevraagd worden voor de status het dichtste bij de prevalentie datum (01/01/2023), namelijk 31/12/2022

PP1010	Aard VT / OMNIO; Deze variabele geeft weer of de patiënt recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming (voorheen OMNIO-statuut).	Deze variabele zal 1X gevraagd worden voor de status het dichtste bij de prevalentie datum (01/01/2023), namelijk 31/12/2022	De verhoogde tegemoetkoming wordt gehanteerd als proxy voor de sociaaleconomische positie, aangezien deze positie geassocieerd kan zijn met de zorgkosten. Deze variabele zal 1X gevraagd worden voor de status het dichtste bij de prevalentie datum (01/01/2023), namelijk 31/12/2022
Databank "IMA HOSP"			
INSZ/C1/C2/RN3	Identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ), noodzakelijk voor de koppeling.	gecodeerd	Noodzakelijk voor koppeling van de gegevens met deze van het BCR en MZG door de Trusted Third Party (TTP). Deze wordt omgezet in een project-specifieke code RN3 en finaal Cproject. De INSZ nummers zijn niet zichtbaar voor de onderzoekers (= BCR output)
HOSP_ADM	Ziekenhuis van opname	IMA levert deze gecodeerd en enkel voor "acute" ziekenhuizen. Deze krijgen dezelfde codering als in de health database.	De gegevens met betrekking tot hospitalisatie zijn noodzakelijk om het aantal hospitalisaties te bepalen en zo de behandeltrajecten van patiënten alsook herval te bepalen en de totale zorgkost te berekenen. Bijkomend wordt het aantal gehospitaliseerde dagen in het jaar voor kankerdiagnose gebruikt als proxy voor comorbiditeiten.
HOSP_TRANS	Ziekenhuis van transfer		
SERV_ADM	Dienst van opname		
SERV_DIS	Dienst van ontslag		
LOS	Berekende ligduur op basis van de opname- en ontslagdatums		
LOS_YYYY	Verblijfsduur binnen het kalenderjaar (methode steekproef)		
STAY_NR	Jaar/volgnummer van de opnames/verblijven		
STAY_CAT	Type van de opname/verblijf		
FIRST_PREST	Eerste dag dat er een ligdag wordt gefactureerd in een verblijf	Deze datum zal aangeleverd worden als exacte datum en door de BCR-DDM omgezet worden naar een interval in dagen tegenover de patiënt specifieke indexdatum alsook een variabele met behouden van jaar en semester (formaat ssyyyy).	Noodzakelijk om de kostprijs van individuele opnames en de sequentie van opnames proportioneel te kunnen onderscheiden. Informatie tot op semester niveau is noodzakelijk om te bepalen welke zorgkosten hebben plaatsgevonden in de 6 maanden voor en na de prevalentiedatum (1 jan 2023).
LAST_PREST	Laatste dag dat er een ligdag wordt gefactureerd in een verblijf		

Minimale ziekenhuisgegevens afkomstig van FOD VVVL

Variabele	Beschrijving	Bewerking dataminimalisatie	Mogelijke waarden	Proportionaliteit
Databank "Hospitalisation file"				
Hnew/RN2	Uniek identificatienummer van de patiënt.	Gecodeerd		Noodzakelijk voor koppeling van de gegevens met deze van het BCR en IMA door de Trusted Third Party (TTP). Deze wordt omgezet in een project-specifieke code RN2 en finaal Cproject. FOD VVVL levert de MZG gegevens op RN2 niveau aan de TTP2. De INSZ nummers zijn niet zichtbaar voor de onderzoekers (= BCR output).
ISN_RECODED	Gecodeerd verblijfsnummer. Deze variabele dient aangemaakt te worden op basis van de volgende variabelen: CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR, STAYNUM. Het doel is om een uniek, gecodeerd, verblijfsnummer te krijgen om de verschillende databanken 'Hospitalisation file', 'Specialism file', 'Diagnosis file' en 'Procedure file' met elkaar te koppelen.			Noodzakelijk voor de koppeling van de gegevens van de verschillende databanken.
A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM	Geverifieerde opnamediagnose			De minimale ziekenhuisgegevens met betrekking tot hospitalisatie zijn noodzakelijk om de behandeltrajecten van patiënten alsook herval te bepalen en de totale zorgkost te berekenen. Bijkomend zullen de gegevens gebruikt worden voor het bepalen van de Charlson Comorbidity Index van elke patiënt en individuele comorbiditeiten.
A2_HOSPITYPE_FAC	Type ziekenhuisverblijf (gebaseerd op de facturatie)		H = Klassieke hospitalisatie (Verpleegdagprijsverblijf) F = Langdurige verblijven Eerste registratie M = Langdurige verblijven, Tussentijdse registratie	

			<p>L = Langdurige verblijven, laatste registratie N = Voorlopige registratie van de niet-beëindigde verblijven waarvoor reeds verpleegkundige gegevens doorgestuurd moeten worden C = Chirurgische daghospitalisatie D = Niet-chirurgische daghospitalisatie U = Contact met spoedgevallendienst zonder forfait en zonder verpleegdagprijs, enkel ambulante spoed ==> wordt niet meegegeven omdat de koppelingsgraad te laag is, deze worden onmiddellijk geëxcludeerd, maar gaat over een zeer laag percentage.</p>	
A2_CODE_DESTINATIE	Bestemming	(Omwille van de beperkte volledigheid van de variabele zal FOD VVVL nagaan bij dataselectie of het zinvol is om deze mee aan te leveren)	<p>0 = Onbekend 1 = Thuis 2 = Administratief ontslag van een langdurig verblijf bij fusie 3 = Ander ziekenhuis = niet-universitair 4 = Ander ziekenhuis = universitair 5 = Ander ziekenhuis = psychiatrisch 6 = Rust- en verzorgingstehuis (RVT) en bejaardentehuizen 7 = Psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) en beschut wonen 8 = Overleden 9 = andere A = Andere</p>	Noodzakelijk om vervolgzorg en bijkomende kosten in kaart te brengen, inclusief revalidatie of langdurige zorg.

			<p>F = Eerste registratie van een langdurig verblijf</p> <p>M = Tussentijdse registratie van een langdurig verblijf</p> <p>Z = NIEUW VANAF MZG 2018 Ongepland klassiek verblijf onmiddellijk aansluitend op een verblijf in daghospitalisatie</p>	
A2_DATE_HOSP_IN	Datum van opname in het ziekenhuis, aangemaakt op basis van de variabelen A2_DAY_HOSP_IN, A2_MONTH_HOSP_IN, A2_YEAR_HOSP_IN.	Deze datum zal aangeleverd worden als exacte datum en door de BCR-DDM omgezet worden naar een interval in dagen		Noodzakelijk om de kostprijs van individuele opnames en de sequentie van opnames proportioneel te kunnen onderscheiden. Informatie tot op semester niveau is noodzakelijk om te bepalen welke zorgkosten hebben plaatsgevonden in de 6 maanden voor en na de prevalentiedatum (1 jan 2023).
A2_DATE_HOSP_OUT	Datum van ontslag uit het ziekenhuis, aangemaakt op basis van de variabelen A2_DAY_HOSP_OUT, A2_MONTH_HOSP_OUT, A2_YEAR_HOSP_OUT.	tegenover de patiënt specifieke indexdatum alsook een variabele met behouden van jaar en semester (formaat ssyyyy).		
LOSHOS	Verblijfsduur in dagen			
Databank "Specialism file"				
Hnew/RN2	Uniek identificatienummer van de patiënt.	gecodeerd		"Noodzakelijk voor koppeling van de gegevens met deze van het BCR en IMA door de Trusted Third Party (TTP). Deze wordt omgezet in een project-specifieke code RN2 en finaal Cproject. FOD VVVL levert de MZG gegevens op RN2 niveau aan de TTP2. De INSZ nummers zijn niet zichtbaar voor de onderzoekers (= BCR output)."
ISN_RECODED	Gecodeerd verblijfsnummer. Deze variabele dient aangemaakt te worden op basis van de volgende			Noodzakelijk voor de koppeling van de gegevens van de verschillende databanken.

	variabelen: CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR, STAYNUM. Het doel is om een uniek, gecodeerd, verblijfsnummer te krijgen om de verschillende databanken 'Hospitalisation file', 'Specialism file', 'Diagnosis file' en 'Procedure file' met elkaar te koppelen.			
CODE_SPE C	Code specialisme			De minimale ziekenhuisgegevens met betrekking tot specialisatie zijn noodzakelijk om inzicht te krijgen in de disciplines die betrokken zijn bij de zorg (bv. oncologie, chirurgie), wat een directe invloed heeft op het type en de kost van de behandeling.
ORDER_SP EC	Volgnummer specialisme		1, 2, 3...	
Databank "Diagnosis file"				
Hnew/RN2	Uniek identificatienummer van de patiënt.	gecodeerd		Noodzakelijk voor koppeling van de gegevens met deze van het BCR en IMA door de Trusted Third Party (TTP). Deze wordt omgezet in een project-specifieke code RN2 en finaal Cproject. FOD VVVL levert de MZG gegevens op RN2 niveau aan de TTP2. De INSZ nummers zijn niet zichtbaar voor de onderzoekers (= BCR output).
ISN_RECO DED	Gecodeerd verblijfsnummer. Deze variabele dient aangemaakt te worden op basis van de volgende variabelen: CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR, STAYNUM. Het doel is om een uniek, gecodeerd, verblijfsnummer te krijgen om de verschillende databanken 'Hospitalisation file', 'Specialism file', 'Diagnosis file' en 'Procedure file' met elkaar te koppelen.			Noodzakelijk voor de koppeling van de gegevens van de verschillende databanken.

ORDER_SP EC	Volgnummer specialisme		1, 2, 3...	
TYPE_DIA GNOSE	Code hoofddiagnose/nevendiagnose		P: Hoofddiagnose (1 per specialisme); S: Nevendiagnose (alle nevendiagnoses in prioriteit weergegeven)	De minimale ziekenhuisgegevens met betrekking tot diagnose zijn cruciaal om hoofd en nevendiagnosen te identificeren, en uiteindelijk de behandeltrajecten van patiënten alsook herval te bepalen en de totale zorgkost te berekenen. Bijkomend zullen de gegevens gebruikt worden voor het bepalen van de Charlson Comorbidity Index van elke patiënt en individuele comorbiditeiten.
CODE_DIA GNOSE	Code diagnose		Registratie aan de hand van ICD-9 (<2015) - ICD-10-CM (>2015)	
M1_CODE_ CERT	Graad zekerheid		0 = Onbekend 1 = Waarschijnlijk 2 = Zeker 3 = Diagnose is anatomo-pathologisch bevestigd 4 = Niet van toepassing D = Dummy, vanaf MZG 2017	
M1_PRESE NT_ADM	Aanwezig bij opname		Y = Pathologie aanwezig bij opname in het ziekenhuis N = Pathologie niet aanwezig bij opname D = In het dossier is onvoldoende informatie aanwezig om te kunnen uitmaken of de pathologie al dan niet aanwezig was bij opname. E = Klinisch is het onmogelijk te bepalen of de pathologie al dan niet aanwezig was bij opname in het ziekenhuis. F = Niet van toepassing of voor elke diagnosecode die geen ICD-10-BE code is	
Databank "Procedure file"				
Hnew/RN2	Uniek identificatienummer van de patiënt.	gecodeerd		Noodzakelijk voor koppeling van de gegevens met deze van het BCR en IMA door de Trusted Third Party (TTP). Deze wordt omgezet in een project-specifieke code RN2 en finaal Cproject. FOD VVVL levert de

				MZG gegevens op RN2 niveau aan de TTP2. De INSZ nummers zijn niet zichtbaar voor de onderzoekers (= BCR output).
ISN_RECODED	Gecodeerd verblijfsnummer. Deze variabele dient aangemaakt te worden op basis van de volgende variabelen: CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR, STAYNUM. Het doel is om een uniek, gecodeerd, verblijfsnummer te krijgen om de verschillende databanken 'Hospitalisation file', 'Specialism file', 'Diagnosis file' en 'Procedure file' met elkaar te koppelen.			Noodzakelijk voor de koppeling van de gegevens van de verschillende databanken.
ORDER_SPEC	Volgnummer specialisme		1, 2, 3,...	
TYPE_DIAGNOSE	Code hoofddiagnose/nevendiagnose		P: Hoofddiagnose (1 per specialisme); S: Nevendiagnose (0, 1 of meer per specialisme)	
CODE_DIAGNOSE	Code diagnose		Registratie aan de hand van ICD-9 (<2015) - ICD-10-CM (>2015)	
M2_CODE_PROCEDURE	Code procedure		Registratie aan de hand van ICD-9 (<2015) - ICD-10-PS (>2015)	De minimale ziekenhuisgegevens met betrekking tot procedures zijn noodzakelijk om de procedures die een patient onderging te identificeren en uiteindelijk om de behandeltrajecten van patiënten alsook herval te bepalen en de totale zorgkost te berekenen. Bijkomend zullen de gegevens gebruikt worden voor het bepalen van de Charlson Comorbidity Index van elke patiënt en individuele comorbiditeiten.
M2_DATE_PROCEDURE	Datum van uitvoering van de procedure	Deze datum zal aangeleverd worden als exacte datum en door de BCR-DDM		De relatieve datum is noodzakelijk om behandelingen, follow-up en behandel-schema's te identificeren, proportional af te bakenen en toe te wijzen aan specifieke periodes. Dit is essentieel voor een accurate zorgkostenanalyse. Deze informatie is ook

		omgezet worden naar een interval in dagen tegenover de patiënt specifieke indexdatum alsook een variabele met behouden van jaar en semester (formaat ssyyyy).		noodzakelijk voor het bepalen van herval. Bijkomend is het bepalen van comorbiditeiten rond de prevalentie datum (1 jan 2023) cruciaal bij het uitvoeren van de analyses en laat het toe om confounders in rekening te brengen. Informatie tot op semester niveau is noodzakelijk om te bepalen welke zorgkosten/comorbiditeiten hebben plaatsgevonden in de 6 maanden voor en na de prevalentiedatum (1 jan 2023).
M2_NUMB ER_PROC_ 1_DAY	Aantal keer dezelfde procedure (dezelfde code) op dezelfde dag			Noodzakelijk voor het correct kunnen berekenen van de kosten voor de zorgkostenanalyse.
M2_CODE_ ANEST	Code anesthesie		0 = Anesthesie, maar methode onbekend 1 = Geen anesthesie 2 = Lokale anesthesie 3 = Locoregionale anesthesie 4 = Algemene anesthesie 5 = Rachi-anesthesie 6 = Peridurale anesthesie 7 = Sedatie 8 = Algemene + peridurale 9 = Algemene + locoregionale H = Hypnose A = Andere P = Perifeer blok	

Gegevens aangeleverd door BCR: Kankerregistratiegegevens, aangevuld met vitale status, andere primaire tumoren, gegevens over doodsoorzaken, primaire behandeling, comorbiditeiten rond diagnose en deprivatie-index

Variabele	Beschrijving	Bewerking dataminimalisatie	Mogelijke waarden	Proportionaliteit
Databank "CIB"				
<p>*Deze datum zal aangeleverd worden als exacte datum en door de BCR Dedicated Data Modifier (DDM) omgezet worden naar een interval in dagen tegenover de indexdatum alsook een variabele met behouden van jaar en semester (formaat ssyyyy). De indexdatum is een willekeurig datum per patiënt over een periode van 101 jaren. De index datum is niet gelijk aan de incidentiedatum. La liste des dates indice par patient sera conservée par le DDM et n'est pas disponible pour les chercheurs de BCR-Output.</p> <p>**Noodzakelijk om te bepalen in welke zorgfase de patiënt zich bevindt, zodat de kostenberekeningen aan de juiste zorgfase kunnen worden toegekend. Bijkomend is het belangrijk om de follow-up tijd te kunnen bepalen in de context van herval.</p> <p>Informatie tot op semester niveau is noodzakelijk om te bepalen welke zorgkosten/comorbiditeiten hebben plaatsgevonden in de 6 maanden voor en na de prevalentiedatum (1 jan 2023). Het interval in dagen is nodig om de relatieve timing van de diagnose, behandeling, herval en comorbiditeiten te identificeren.</p>				
INSZ/RN1	Identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ)	Gecodeerd		Noodzakelijk voor koppeling van de gegevens van BCR met deze van IMA en FOD VVVL door de Trusted Third Party (TTP). Deze wordt omgezet in een project-specifieke code RN1 en finaal Cproject. De INSZ nummers zijn niet zichtbaar voor de DDM en de onderzoekers (= BCR output)
id_coded	Uniek identificatienummer van de tumor	gecodeerd		Noodzakelijk voor het kunnen uitvoeren van de analyse op niveau van de tumor. Immers, eenzelfde patiënt kan meerdere tumoren van hetzelfde type hebben.
ICD-10	De primaire tumor weergegeven door de ICD-10 code tot op 4 karakters.	Beperkt tot geselecteerde tumortypes: Colon (C18-C19), Rectum (C20), Borst (C50)	C18.0-C18.9 C19.0-C19.9 C20.0-C20.0 C50.0-C50.9	Deze studie wordt beperkt tot enkele van de meest voorkomende kankertypes in België, die tevens een hoge totale zorgkost met zich meedragen en waarbij een herval mogelijk is.
fld_ic	Incidentiedatum	*		**
Fld_bi	Geboortedatum	Geboortedatum wordt omgezet in geboortjaar (yyyy) door DDM		Noodzakelijk om de analyse van de distributie van de zorgkosten te kunnen maken over de verschillende leeftijdscategorieën. Alsook bepalen van excess mortaliteit.

Age_cat	Leeftijdscategorie op moment van incidentie		15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-95, 95+	
Cls_lod	Datum 'laatste observatie'	*		**
Vitale status	Geeft aan of iemand nog in leven is, overleden is of dat er geen gegevens meer beschikbaar zijn (=lost to follow up). Follow-up periode tot 31/12/2023.		1= in leven 2= overleden 3 en 4 = lost to follow up	Noodzakelijk voor de beschrijving van de overlevingsstatus van de patiëntcohort om de zorgfase te kunnen identificeren.
Fld_ws	WHO performance-score bij diagnose. Deze score wordt ingevuld op het MOC-formulier.		0 (asymptomatisch) - 4 (100% bedlegerig), x (onbekend/ontbrekend)	Geeft een indicatie over de algemene gezondheidstoestand en prognose van de patient. Dit is noodzakelijk voor correcte stratificatie van de patienten voor de zorgkosten analyse.
Fld_sx	Geslacht bij geboorte		1=Man 2=Vrouw	Patiëntkarakteristieken zijn (in combinatie met tumorkarakteristieken) nodig om 1) relevante subgroepen te kunnen onderscheiden en 2) het onderscheid in deze subgroepen ook mee te kunnen nemen in analyses rond kosten en outcomes (o.a herhal)
Multiple	Deze parameter geeft aan om de hoeveelste vastgestelde tumor het gaat bij een patiënt (gaat het om de eerste maligne tumor bij deze patiënt of werd reeds eerder een kanker vastgesteld bij deze patiënt). Hierbij worden niet-melanoma huidkankers niet in rekening gebracht.		1=1e of enige maligne tumor voor de patiënt in de dataset 2=2e maligne tumor voor de patiënt in de dataset Etc.	Noodzakelijk om analyse te kunnen stratificeren op basis van de aanwezigheid van andere kankers als verzwarende factor voor ernst en kosten, en om kosten die verband houden met de behandeling of follow-up van eerdere tumoren uit te sluiten. Voornamelijk omdat een additionele tumor een impact kan hebben op de complexiteit van het behandeltraject en bijhorende kosten.
Totaltum	Het totaal aantal gekende tumoren bij een patiënt tot einde 2023. Hierbij worden niet-melanoma huidkankers niet in rekening gebracht.			
Multiple_type_T1	Geeft het type tumor weer van de eerste 'multiple tumor'. 'multiple		C50 = borsttumor C18 = colontumor	

	tumour'= primaire neoplasie die geregistreerd werd additioneel aan de geobserveerde tumor (incident tumor)"		C19 = rectosigmoid tumor C20 = rectumtumor Other = andere tumor dan borst of colorectaal	
Multiple_incidence_T1	Incidentiedatum van eerste multiple tumor.	*		
Multiple_type_T2	Geeft het type tumor weer van de tweede 'multiple tumor'. 'multiple tumour'= neoplasie die geregistreerd werd additioneel aan de geobserveerde tumor (incident tumor)"		C50 = borsttumor C18 = colontumor C19 = rectosigmoid tumor C20 = rectumtumor Other = andere tumor dan borst of colorectaal	
Multiple_incidence_T2	Incidentiedatum van tweede multiple tumor.	*		
Multiple_type_Tn	Geeft het type tumor weer van de n-de 'multiple tumor'. 'multiple tumour'= neoplasie die geregistreerd werd additioneel aan de geobserveerde tumor (incident tumor)"		C50 = borsttumor C18 = colontumor C19 = rectosigmoid tumor C20 = rectumtumor Other = andere tumor dan borst of colorectaal	
Multiple_incidence_Tn	Incidentiedatum van n-de multiple tumor.	*		
Fld_mp	Morfologiecode (ICD-O-3)			Klinische en anatomo-pathologische gegevens van de tumor zijn noodzakelijk voor stratificatie op basis van de ernst en type kanker en om deze info mee te kunnen nemen in analyses rond kosten en outcomes (o.a herval).
Fld_lt	Lateraliteit		1 = links 2 = rechts 3 = onpaar orgaan (= not applicable) -2 = paar orgaan, lateraliteit ongekend	
Fld_df	Geeft aan in welke mate de tumor gedifferentieerd is. Dit laat toe om de aggressiviteit van de tumor te bepalen, wat een belangrijk kenmerk is voor de indeling van klinisch significante groepen.		1=well-differentiated 2=moderately differentiated 3=Poorly differentiated 4=Undifferentiated 9=other	
Fld_cm	M of cTNM			

Fld_cn	N of cTNM		TNM version depends on incidence date of the tumor: TNM 4th edition: 1993-1998 TNM 5th edition: 1999-2002 TNM 6th edition: 2003-2009 TNM 7th edition: 2010-2016 TNM 8th edition: 2017-YYYY	Gedetailleerde info rond stadiering is noodzakelijk om de ernst van de tumor na te gaan. "Deze informatie is nodig om groepen te stratificeren, het behandeltraject te bepalen en latere analyses van bijkomende zorgkosten te kunnen uitvoeren.
Fld_ct	T of cTNM			
Fld_pm	M of pTNM			
Fld_pn	N of pTNM			
Fld_pt	T of pTNM			
ypTNM	Geeft aan of pTNM bepaald werd na neo-adjuvante therapie.		0 = nee 1 = ja	
Cls_cg	Stadium op basis van de klinische TNM classificatie		I, II, III, IV, X, NA en subcategorieën	Afgeleide variabelen van bovenstaande gedetailleerde staging info variabelen. Laat toe om bepaalde stratificaties te maken.
pStadkort	Pathologisch stadium 1st level (afgeleid van cls_pg)		0, I, II, III, IV, NA, X	
Combstad	Stadium op basis van de klinische en pathologische TNM classificatie, waarbij de pathologische TNM voorrang heeft op de klinische.		I, II, III, IV, X, NA en subcategorieën	
ER	Oestrogeen receptor status resultaat		"Enkel voor borstkankerpatiënten. Mogelijke waarden ER, PR, HER2_IHC and HER2_ISH: Pos = positief resultaat Neg = negatief resultaat Unk = ongekend resultaat Uncertain = de betrouwbaarheidsscore die door de natuurlijke taalverwerking wordt gegeven, overschrijdt een bepaalde drempelwaarde, waardoor het resultaat als onzeker wordt beschouwd	De moleculaire kenmerken van borstkanker hebben invloed op de ernst van de kanker en bepalen het type zorg. Deze informatie draagt bij tot de analyses rond kosten en outcomes (o.a herval).
PR	Progesteron receptor status resultaat			
HER2_IHC	HER2 receptor status resultaat verkregen via immunohistochemische test			
HER_ISH	HER2 receptor status resultaat verkregen via in situ hybridisatie			
HER2_merge d	Indien HER2-ISH positief of negatief is, dan is HER2_merged gelijk aan HER2-ISH. Indien HER2-ISH ongekend of			

	dubbelzinnig is en HER_ICH is positief of negatief, dan is HER2_merged gelijk aan HER2-ICH. Indien zowel HER2-ISH als HER2-ICH ongekend of dubbelzinnig zijn dan is HER2_merged gelijk aan HER2-ISH.		<p>X = casus niet aanwezig in de receptor status database</p> <p>Additionele waarden voor de variabelen HER2_IHC en HER2_ISH: Equ = resultaat is equivocal</p> <p>Additionele waarden voor de variabelen HER2_ISH: Car = test werd uitgevoerd, maar resultaat werd niet geregistreerd"</p>	
Fld_dp	Basis van diagnose volgens dalende prioriteit: 1 > 2 > 3 > 4 > 7 > 5 > 6		<p>1 = autopsy 2 = histologie primaire tumor 3 = histologie metastase 4 = cytologie/hematologie 7 = tumormarkers 5 = technical 6 = clinical</p>	Noodzakelijk om de betrouwbaarheid van de tumor morfologie en staging info na te gaan.
region	Regio van woonplaats op moment van incidentie		<p>1=Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2=Vlaanderen 3=Wallonia</p>	Noodzakelijk om de geografische variatie in zorgkosten na te gaan.
BE-EDI_2011	Belgische versie van 'European Deprivation Index' van 2011, volgens quintielen. Deze variabele wordt aangemaakt op basis van publiek beschikbare gegevens.	Index score wordt omgezet naar quintielen	1, ..., 5, 99=ongekend	Un indice écologique basé sur des données de recensement agrégées et accessibles au public est inclus dans la série de données. De Belgische versie van de 'European Deprivation Index' (BE-EDI) die ontwikkeld werd in samenwerking met Prof. Guy Launoy (université de Caen, France), sera prise en compte. Ceci permet d'évaluer les biais écologiques liés à l'utilisation d'un indice de privation.
BE-EDI_2021	Belgische versie van 'European Deprivation Index' van 2021, volgens quintielen. Deze variabele wordt aangemaakt op basis van publiek beschikbare gegevens.		1, ..., 5, 99=ongekend	

COD_UC	Onderliggende doodsoorzaak, zoals weergegeven in de overlijdenscertificaten	Enkel kankerspecifieke doodsoorzaken worden gespecificeerd.	de betreffende ICD-10 code voor borst (C50), colon (C18-19) of rectumkanker (C20) 1="andere kanker" (indien geen borst, colon of rectumkanker) 2=Andere doodsoorzaak (geen ICD-10 code nodig) 3=Patiënt is niet overleden 4=Doodsoorzaak niet gekend (geen koppeling met de overlijdenscertificaten mogelijk)	Doodsoorzaken worden opgevraagd om de kankerspecifieke overlijdens vast te stellen, aangezien de onderzoekers uitsluitend overlijdens gerelateerd aan kanker willen meenemen bij het bepalen van de zorgkosten rond levenseinde.
IMA-afgeleide variabelen (behandeling en comorbiditeiten rond incidentie)				
BCS_9m	Geeft weer of er een borstsparende chirurgie (BCS) heeft plaatsgevonden binnen de 9 maanden na incidentiedatum.	Enkel voor borstkankerpatiënten	0 = nee 1 = ja	Variabelen afgeleid uit IMA-data. Deze gegevens worden van in het begin geïncludeerd in de BCR-dataset zodat de onderzoekers de opvraag van gedetailleerde IMA gegevens kunnen beperken. Namelijk voor incidentiejaren 2008-2016 wordt de follow-upperiode gedefinieerd als 2021-2024. Pour les années d'incidence 2017-2023, la période de suivi débute un an avant l'année du diagnostic jusque 2024 inclus. Deze variabelen bieden informatie over de primaire behandeling en comorbiditeiten rond de incidentie, en zijn essentieel om relevante patiëntengroepen te onderscheiden die invloed kunnen hebben op zorgkosten en uitkomsten. Het opnemen van variabelen met betrekking tot oncologische behandelingen is cruciaal, aangezien deze behandelingen zowel korte- als langetermijneffecten hebben op het functioneren en de algehele morbiditeit van de patiënt, alsook op de uiteindelijke uitkomsten.
BCS_9m_pre sdat	Datum waarop BCS werd uitgevoerd.	*		
MAS_9m	Geeft weer of er een mastectomie (MAS) heeft plaatsgevonden binnen de 9 maanden na incidentiedatum.	Enkel voor borstkankerpatiënten	0 = nee 1 = ja	
MAS_9m_pre sdat	Datum waarop mastectomie werd uitgevoerd.	*		
RR_9m	Geeft weer of er een radicale resectie (RR) heeft plaatsgevonden binnen de 9 maanden na incidentiedatum.	Enkel voor colorectale kankerpatiënten	0 = nee 1 = ja	
RR_9m_presdat	Datum waarop RR werd uitgevoerd.	*		
LE_9m	Geeft weer of er een lokale excisie (LE) heeft plaatsgevonden binnen de 9 maanden na incidentiedatum.	Enkel voor colorectale kankerpatiënten	0 = nee 1 = ja	
LE_9m_presdat	Datum waarop LE werd uitgevoerd.	*		

SURG_9m	Geeft weer of er een borstkanker of colorectale kanker specieke chirurgie heeft plaatsgevonden binnen de 9 maanden na incidentiedatum.		0 = nee 1 = ja	
SURG_9m_pr esdat	Datum waarop borstkanker of colorectale kanker specieke chirurgie werd uitgevoerd.	*		
Chemo_no	Geeft weer of er chemotherapie heeft plaatsgevonden zonder chirurgie binnen de 9 maanden na incidentiedatum.		0 = nee 1 = ja	
Chemo_no_pr esdat	Datum waarop chemotherapie (zonder chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Chemo_neo	Geeft weer of er chemotherapie heeft plaatsgevonden tussen de incidentiedatum en de datum van chirurgie.		0 = nee 1 = ja	
Chemo_neo_ presdat	Datum waarop chemotherapie (voor chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Chemo_adj	Geeft weer of er chemotherapie heeft plaatsgevonden binnen de 9 maanden na chirurgie.		0 = nee 1 = ja	
Chemo_adj_p resdat	Datum waarop chemotherapie (na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Chemo_tot	Geeft weer of er een type van chemotherapie heeft plaatsgevonden, i.e. zonder chirurgie of voor chirurgie en/of na chirurgie. (combinatie van chemo_no, chemo_neo en chemo_adj)		0 = nee 1 = ja	
Chemo_tot_pr esdat	Datum waarop chemotherapie (zonder, voor of na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		

Targeted_no	Geeft weer of er targeted therapie heeft plaatsgevonden zonder chirurgie binnen de 9 maanden na incidentiedatum.		0 = nee 1 = ja	
Targeted_no_presdat	Datum waarop targeted therapie (zonder chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Targeted_neo	Geeft weer of er targeted therapie heeft plaatsgevonden tussen de incidentiedatum en de datum van chirurgie.		0 = nee 1 = ja	
Targeted_neo_presdat	Datum waarop targeted therapie (voor chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Targeted_adj	Geeft weer of er targeted therapie heeft plaatsgevonden binnen de 9 maanden na chirurgie.		0 = nee 1 = ja	
Targeted_adj_presdat	Datum waarop targeted therapie (na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Targeted_tot	Geeft weer of er een type van targeted therapie heeft plaatsgevonden, i.e. zonder chirurgie of voor chirurgie en/of na chirurgie. (combinatie van targeted_no, targeted_neo en targeted_adj)		0 = nee 1 = ja	
Targeted_tot_presdat	Datum waarop targeted therapie (zonder, voor of na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Hormonal_no	Geeft weer of er hormonale therapie heeft plaatsgevonden zonder chirurgie binnen de 9 maanden na incidentiedatum.		0 = nee 1 = ja	
Hormonal_no_presdat	Datum waarop hormonale therapie (zonder chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Hormonal_neo	Geeft weer of er hormonale therapie heeft plaatsgevonden tussen de incidentiedatum en de datum van chirurgie.		0 = nee 1 = ja	

Hormonal_ne_o_presdat	Datum waarop hormonale therapie (voor chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Hormonal_adj	Geeft weer of er hormonale therapie heeft plaatsgevonden binnen de 9 maanden na chirurgie.		0 = nee 1 = ja	
Hormonal_adj_presdat	Datum waarop hormonale therapie (na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Hormonal_tot	Geeft weer of er een type van hormonale therapie heeft plaatsgevonden, i.e. zonder chirurgie of voor chirurgie en/of na chirurgie. (combinatie van hormonale_no, hormonale_neo en hormonale_adj)		0 = nee 1 = ja	
Hormonal_tot_presdat	Datum waarop hormonale therapie (zonder, voor of na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Immuno_no	Geeft weer of er immuno therapie heeft plaatsgevonden zonder chirurgie binnen de 9 maanden na incidentiedatum.		0 = nee 1 = ja	
Immuno_no_presdat	Datum waarop immunotherapie (zonder chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Immuno_neo	Geeft weer of er immunotherapie heeft plaatsgevonden tussen de incidentiedatum en de datum van chirurgie.		0 = nee 1 = ja	
Immuno_neo_presdat	Datum waarop immunotherapie (voor chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Immuno_adj	Geeft weer of er immunotherapie heeft plaatsgevonden binnen de 9 maanden na chirurgie.		0 = nee 1 = ja	
Immuno_adj_presdat	Datum waarop immunotherapie (na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		

Immuno_tot	Geeft weer of er een type van immunotherapie heeft plaatsgevonden, i.e. zonder chirurgie of voor chirurgie en/of na chirurgie. (combinatie van immuno_no, immuno_neo en immuno_adj)		0 = nee 1 = ja	
Immuno_tot_presdat	Datum waarop immunotherapie (zonder, voor of na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Systemic_no	Geeft weer of er systemische therapie heeft plaatsgevonden zonder chirurgie binnen de 9 maanden na incidentiedatum.		0 = nee 1 = ja	
Systemic_no_presdat	Datum waarop systemische therapie (zonder chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Systemic_neo	Geeft weer of er systemische therapie heeft plaatsgevonden tussen de incidentiedatum en de datum van chirurgie.		0 = nee 1 = ja	
Systemic_neo_presdat	Datum waarop systemische therapie (voor chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Systemic_adj	Geeft weer of er systemische therapie heeft plaatsgevonden binnen de 9 maanden na chirurgie.		0 = nee 1 = ja	
Systemic_adj_presdat	Datum waarop systemische therapie (na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Systemic_tot	Geeft weer of er een type van systemische therapie heeft plaatsgevonden, i.e. zonder chirurgie of voor chirurgie en/of na chirurgie. (combinatie van		0 = nee 1 = ja	

	systemische_no, systemische_neo en systemische_adj)			
Systemic_tot_presdat	Datum waarop systemische therapie (zonder, voor of na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
RT_ext_no	Geeft weer of er externe radiotherapie heeft plaatsgevonden zonder chirurgie binnen de 9 maanden na incidentiedatum.		0 = nee 1 = ja	
RT_ext_no_presdat	Datum waarop externe radiotherapie (zonder chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
RT_ext_neo	Geeft weer of er externe radiotherapie heeft plaatsgevonden tussen de incidentiedatum en de datum van chirurgie.		0 = nee 1 = ja	
RT_ext_neo_presdat	Datum waarop externe radiotherapie (voor chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
RT_ext_adj	Geeft weer of er externe radiotherapie heeft plaatsgevonden binnen de 9 maanden na chirurgie.		0 = nee 1 = ja	
RT_ext_adj_presdat	Datum waarop externe radiotherapie (na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
RT_ext_tot	Geeft weer of er een type van externe radiotherapie heeft plaatsgevonden, i.e. zonder chirurgie of voor chirurgie en/of na chirurgie. (combinatie van radio_ext_no, radio_ext_neo en radio_ext_adj)		0 = nee 1 = ja	
RT_ext_tot_presdat	Datum waarop externe radiotherapie (zonder, voor of na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		

RT_comb_no	Geeft weer of er gecombineerde radiotherapie heeft plaatsgevonden zonder chirurgie binnen de 9 maanden na incidentiedatum.		0 = nee 1 = ja	
RT_comb_no_presdat	Datum waarop gecombineerde radiotherapie (zonder chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
RT_comb_neo	Geeft weer of er gecombineerde radiotherapie heeft plaatsgevonden tussen de incidentiedatum en de datum van chirurgie.		0 = nee 1 = ja	
RT_comb_neo_presdat	Datum waarop gecombineerde radiotherapie (voor chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
RT_comb_adj	Geeft weer of er gecombineerde radiotherapie heeft plaatsgevonden binnen de 9 maanden na chirurgie.		0 = nee 1 = ja	
RT_comb_adj_presdat	Datum waarop gecombineerde radiotherapie (na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
RT_comb_tot	Geeft weer of er een type van gecombineerde radiotherapie heeft plaatsgevonden, i.e. zonder chirurgie of voor chirurgie en/of na chirurgie. (combinatie van radio_no, radio_neo en radio_adj)		0 = nee 1 = ja	
RT_comb_tot_presdat	Datum waarop gecombineerde radiotherapie (zonder, voor of na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
RT_brach_no	Geeft weer of er brachytherapie heeft plaatsgevonden zonder chirurgie binnen de 9 maanden na incidentiedatum.		0 = nee 1 = ja	
RT_brach_no_presdat	Datum waarop brachytherapie (zonder chirurgie) werd uitgevoerd.	*		

RT_brach_neo	Geeft weer of er brachytherapie heeft plaatsgevonden tussen de incidentiedatum en de datum van chirurgie.		0 = nee 1 = ja	
RT_brach_neo_presdat	Datum waarop brachytherapie (voor chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
RT_brach_adj	Geeft weer of er brachytherapie heeft plaatsgevonden binnen de 9 maanden na chirurgie.		0 = nee 1 = ja	
RT_brach_adj_presdat	Datum waarop brachytherapie (na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
RT_brach_tot	Geeft weer of er een type van brachytherapie heeft plaatsgevonden, i.e. zonder chirurgie of voor chirurgie en/of na chirurgie. (combinatie van radio_no, radio_neo en radio_adj)		0 = nee 1 = ja	
RT_brach_tot_presdat	Datum waarop brachytherapie (zonder, voor of na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
RT_tot_no	Geeft weer of er radiotherapie heeft plaatsgevonden zonder chirurgie binnen de 9 maanden na incidentiedatum.		0 = nee 1 = ja	
RT_tot_no_presdat	Datum waarop radiotherapie (zonder chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
RT_tot_neo	Geeft weer of er radiotherapie heeft plaatsgevonden tussen de incidentiedatum en de datum van chirurgie.		0 = nee 1 = ja	
RT_tot_neo_presdat	Datum waarop radiotherapie (voor chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
RT_tot_adj	Geeft weer of er radiotherapie heeft plaatsgevonden binnen de 9 maanden na chirurgie.		0 = nee 1 = ja	

RT_tot_adj_p redat	Datum waarop radiotherapie (na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
RT_tot	Geeft weer of er een type van radiotherapie heeft plaatsgevonden, i.e. zonder chirurgie of voor chirurgie en/of na chirurgie. (combinatie van radio_no, radio_neo en radio_adj)		0 = nee 1 = ja	
RT_tot_presd at	Datum waarop radiotherapie (zonder, voor of na chirurgie) werd uitgevoerd.	*		
Diab	Geeft een indicatie of de patiënt diabetes comorbiditeiten heeft in het jaar voor diagnose, gebaseerd op medicatie gebruik.			
Card	Geeft een indicatie of de patiënt cardiovasculaire comorbiditeiten heeft in het jaar voor diagnose, gebaseerd op medicatie gebruik.			
resp	Geeft een indicatie of de patiënt respiratoire comorbiditeiten heeft in het jaar voor diagnose, gebaseerd op medicatie gebruik.			