

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

N. 2002 — 4432

[2002/22921]

1 OKTOBER 2002. — Koninklijk besluit houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde minimale psychiatrische statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Het ontwerp van besluit dat wij de eer hebben aan Uwe Majesteit voor te leggen, strekt ertoe, zowel voor de algemene als voor de psychiatrische ziekenhuizen, een regeling vast te stellen voor de mededeling van de minimale psychiatrische gegevens, waarvan de lijst in bijlage wordt toegevoegd en dit met het oog op het gebruik van de gegevens voor diverse beleidsdoelinden.

Een eerste koninklijk besluit tot vaststelling van een systeem voor de registratie van minimale psychiatrische gegevens dateert van 25 februari 1996. Een schorsingsberoep tegen dit besluit bij de Raad van State had de vernietiging van dit besluit voor gevolg (arrest van de Raad van State van 26 januari 2000) en dit wegens strijdigheid met de vroegere bepaling van artikel 86, tweede lid, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987. Volgens die bepaling dienden de statistische gegevens met betrekking tot de medische activiteiten anoniem te zijn. De Raad van State oordeelde dat de te registreren gegevens van die aard waren dat de identificatie van de betrokken personen mogelijk was. Het vernietigingsarrest had uitsluitend betrekking op de psychiatrische afdelingen van algemene en psychiatrische ziekenhuizen; voor de psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven beschut wonen veranderde er niets.

Om een oplossing te bieden aan het gestelde probleem werd inmiddels artikel 86, tweede lid, vervangen bij artikel 125 van de wet van 12 augustus 2000 houdende sociale budgettaire en andere bepalingen. Thans is alleen vereist dat de gegevens die verband houden met de medische activiteiten « geen gegevens (mogen) bevatten die de natuurlijke persoon waarop ze betrekking hebben rechtstreeks identificeren ». Voorts werd bepaald dat geen handelingen mogen worden verricht om de gegevens in verband te brengen « met de geïdentificeerde natuurlijke persoon waarop ze betrekking hebben », tenzij die nodig zijn met het oog op het uitoefenen van het toezicht.

Na deze wetswijziging werd een nieuw ontwerp van koninklijk besluit opgesteld dat aan het advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer werd onderworpen op 21 augustus 2000. Het advies van de Commissie dateert van 14 september 2000. Daarna werd het ontwerpbesluit overgemaakt aan de Raad van State die advies uitbracht op 5 juni 2001. In het advies van de Raad van State werd herinnerd aan de gewijzigde ziekenhuiswet. Het advies onderstreepte de noodzaak om in een overgangsregeling te voorzien. In de mate het ontworpen besluit bedoeld is om terug te werken tot vóór 10 september 2000, dient het met name te beantwoorden aan de toen geldende vereiste dat de medegedeelde gegevens « anoniem » moesten zijn. Daarom diende het ontwerp, wat de periode tussen 1 april 1996 en 10 september 2000 betreft, aangepast te worden. In zoverre het ontworpen besluit bedoeld is om uitwerking te hebben met ingang van 10 september 2000 werd het voldoende geacht dat de mede te delen gegevens niet rechtstreeks kunnen worden geïdentificeerd op het vlak van de natuurlijke persoon. De Raad van State stelde in haar advies van 5 juni 2001: « Er kan aangenomen worden dat het ontwerp aan deze vereiste beantwoordt ». Daarnaast maakte de Raad van State nog een reeks andere bemerkingen.

Op grond van de opmerkingen van de Raad van State werd een nieuw ontwerp van koninklijk besluit opgesteld waarin aan alle opmerkingen van de Raad van State gevolg werd gegeven. Zo werd het aantal antwoordmogelijkheden van bepaalde gegevens uit bijlage 1 gereduceerd. Teneinde de aan het ontwerp aangebrachte wijzigingen, ingevolge het advies van de Raad van State, te kunnen toetsen aan de privacywetgeving, werd het ontwerp door de bevoegde ministers op 25 oktober 2001 opnieuw voor advies aan de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, voorgelegd. Dit advies werd uitgebracht op 21 maart 2002.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

F. 2002 — 4432

[2002/22921]

1^{er} OCTOBRE 2002. — Arrêté royal fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions

RAPPORT AU ROI

Sire,

Le projet d'arrêté que nous avons l'honneur de soumettre à Votre Majesté vise à fixer une réglementation, tant pour les hôpitaux généraux que pour les hôpitaux psychiatriques, concernant la communication des données psychiatriques minimales dont la liste est jointe en annexe et ce, en vue de l'utilisation de celles-ci à différentes fins de politique à mettre en œuvre.

Un premier arrêté royal fixant un système pour l'enregistrement de données psychiatriques minimales date du 25 février 1996. Un recours en suspension contre cet arrêté auprès du Conseil d'Etat avait entraîné l'annulation de cet arrêté (arrêté du 26 janvier 2000 du Conseil d'Etat) en raison de son caractère contradictoire avec l'ancienne disposition de l'article 86, alinéa 2, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. Cette disposition énonçait que les données statistiques relatives aux activités médicales devaient être anonymes. Le Conseil d'Etat estima que les données à enregistrer étaient d'une nature telle qu'elles permettaient l'identification des personnes concernées. L'arrêté d'annulation concernait exclusivement les services psychiatriques des hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques; aucune modification n'a été apportée pour les maisons de repos et de soins ni pour les initiatives d'habitations protégées.

Afin de remédier au problème posé, l'article 86, alinéa 2, fut remplacé par l'article 125 de la loi du 12 août 2000 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses. A l'heure actuelle, la seule exigence est que les données qui concernent les activités médicales « ne comprennent pas des données permettant l'identification directe de la personne physique à laquelle elles se rapportent ». En outre, il fut précisé « qu'aucun acte ne peut être posé qui viserait à établir un lien entre ces données et la personnes physique identifiée à laquelle elles se rapportent », à moins que celui-ci soit nécessaire pour faire vérifier la véracité des données communiquées.

Après cette modification de loi, un nouveau projet d'arrêté royal fut rédigé et soumis le 21 août 2000 à l'avis de la Commission de la protection de la vie privée. L'avis de la Commission date du 14 septembre 2000. Le projet d'arrêté fut ensuite transmis au Conseil d'Etat, lequel émit son avis le 5 juin 2001. Dans celui-ci, le Conseil d'Etat rappelait la loi modifiée sur les hôpitaux et soulignait la nécessité de prévoir une réglementation transitoire. Dans la mesure où l'arrêté élaboré est pris avec effet rétroactif à partir du 10 septembre 2000, il devait notamment répondre à l'exigence existant à l'époque selon laquelle les données communiquées devaient être anonymes. C'est la raison pour laquelle le projet devait être adapté pour la période comprise entre le 1^{er} avril 1996 et le 10 septembre 2000. Dans la mesure où l'arrêté élaboré est censé produire ses effets le 10 septembre 2000, la disposition prévoyant que les données à communiquer ne peuvent pas être identifiées directement, en ce qui concerne la personne physique, fut jugée suffisante. Dans son avis du 5 juin 2001, le Conseil d'Etat précisait que l'« on pouvait admettre que le projet répondait à cette exigence ». En outre, le Conseil d'Etat formula une série d'autres remarques.

En fonction de celles-ci, un nouveau projet d'arrêté royal fut élaboré lequel répondait à toutes les remarques du Conseil d'Etat. Ainsi, le nombre de possibilités de réponse à certaines données de l'annexe 1^{re}, fut réduit. Afin de permettre l'évaluation, à la lumière de la législation sur la protection de la vie privée, des modifications apportées dans le projet à la suite de l'avis du Conseil d'Etat, le projet fut de nouveau soumis à l'avis de la Commission de la protection de la vie privée par les ministres compétents le 25 octobre 2001. Cet avis fut rendu le 21 mars 2002.

De Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer herhaalde in haar tweede advies opmerkingen die in het eerste advies werden geformuleerd. De bevoegde Ministers hadden naar aanleiding van het eerste advies ten behoeve van de Raad van State overigens een nota opgesteld waarin werd geantwoord op alle opmerkingen van het eerste advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De Commissie heeft er in haar tweede advies op aangedrongen bij het voorliggend ontwerp van koninklijk besluit een Verslag aan de Koning toe te voegen teneinde duidelijk aan te geven op gevolg werd gegeven welke wijze aan haar opmerkingen gevolg werd gegeven. In het voorliggend verslag wordt daarom ingegaan op alle opmerkingen van de Commissie.

Aangezien het onderhavig koninklijk besluit werd aangepast conform het advies van de Raad van State d.d. 5 juni 2001 is het overbodig het besluit voor een tweede maal te onderwerpen aan het advies van de Raad van State.

In punt 1 vat de Commissie de doelstellingen en het toepassingsgebied van het besluit samen.

In punt 2 wijst de Commissie erop dat ze reeds « een positief advies onder het voorbehoud van opmerkingen en aanbevelingen » heeft geformuleerd ten aanzien van het eerste ontwerp van besluit en dat, ten gevolge van enkele aanpassingen van de tekst, de nieuwe tekst voor een tweede maal voor advies aan de Commissie wordt toegestuurd.

In de punten 3, 4, 5, 6 en 7 merkt de Commissie op dat met de doelstellingen van de MPG-registratie, opgesomd in artikel 3 van het besluit, niet uitsluitend wetenschappelijke of statistische objectieven worden beoogd, maar tevens de controle op het goed gebruik van de overheidsmiddelen. Dienaangaande moet worden geantwoord dat deze doelstelling steeds besloten heeft gelegen in artikel 3, § 1, 3^o, van het ontwerp dat eerder aan de Raad van State werd voorgelegd en dat handelt over de financiering van de psychiatrische instellingen en diensten. Het is immers evident dat een financiering controle insluit. Teneinde elke misvatting terzake te vermijden zal het voormelde artikel 3, § 1, 3^o, worden verduidelijkt door de volgende bewoordingen toe te voegen « met inbegrip van de controle op het goed gebruik van de overheidsmiddelen ».

In punt 8 onderscheidt de Commissie twee soorten van gegevens van persoonlijke aard, met name gegevens met betrekking tot de patiënt en deze met betrekking tot de beroepen. De Commissie gaat enkel in op de eerste categorie.

In aansluiting hierop stelt de Commissie in punt 9 van het advies dat een evenwicht moet worden gevonden tussen het openbaar belang en het individueel belang van de patiënt. Er is volgens de Commissie wel degelijk een wettelijke basis, wel moet worden nagegaan of er een evenwicht is tussen het openbaar belang dat de ziekenhuiswet nastreeft en de eisen ten aanzien van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Punt 10 van het advies van de Commissie ligt overigens in dezelfde lijn. Nog verder stelt de Commissie in punt 11 en in punt 12 van haar advies dat het doel enkel gerechtvaardigd is voor zover het met geen andere middelen kan worden bereikt. In het ontwerp wordt volgens de Commissie nergens geargumenteed waarom de gegevens nodig zijn om de doelstellingen van het ontwerp te bereiken. Op de punten 9, 10, 11 en 12 van het advies van de Commissie zal nader worden ingegaan naar aanleiding van de artikelsgewijze bespreking door de Commissie vervat onder de punten 14, 15 en 16 van het advies.

In punt 13 van het advies vraagt de Commissie aan te duiden welke categorieën van personen met de beschrijving van hun functie toegang zullen hebben tot de verwerking van de gegevens. Op basis hiervan dienen de personen belast met de verwerking door het Ministerie nominatief te worden aangeduid, lijst die ter beschikking moet worden gehouden van de Commissie. Tevens stelt de Commissie dat deze personen moeten worden onderworpen aan een statutaire of contractuele bepaling luidens dewelke zij gehouden zijn het vertrouwelijk karakter van de gegevens te eerbiedigen. Hierop dient te worden geantwoord dat zulks reeds lang een praktijk is in de administratie aangezien de lijst van de personen belast met de verwerking van meetaf werd bijgehouden en de betrokken ambtenaren een verklaring dienen de Federale Overheidsdiensten te ondertekenen om de vertrouwelijkheid van de gegevens te respecteren. Tenslotte verzoekt de Commissie het ziekenhuis of de Federale Overheidsdienst de patiënten te informeren over het bestaan van de overdracht van gecodeerde gegevens aan het Departement, met vermelding van hun finaliteit en de wettelijke of reglementaire basis. Het Departement zal aan dit verzoek gevolg geven door dienaangaande aan de ziekenhuizen richtlijnen te verstrekken.

In punt 14 van het advies verwijst de Commissie naar haar eerder advies waarin werd gesteld dat het vermelden van de postcode van de gemeente waar de patiënt hoofdverblijf houdt een gedetailleerdere informatie vormt dan de louter vermelding van de gemeente. In het ontwerp van besluit werd aan dit verzoek gevolg gegeven, wat de Commissie in haar tweede advies overigens vaststelt.

Dans son deuxième avis, la Commission de la Protection de la vie privée rappela en partie les remarques qu'elle avait formulées dans son premier avis. A la suite du premier avis, les ministres compétents avaient d'ailleurs rédigé, à l'intention du Conseil d'Etat, une note dans laquelle il était répondu à toutes les remarques formulées dans le premier avis émis par la Commission de la Protection de la vie privée. Dans son deuxième avis, la Commission a insisté pour qu'un Rapport au Roi soit joint au présent projet d'arrêté royal afin de préciser clairement de quelle manière il avait été donné suite aux remarques qu'elle avait formulées. C'est la raison pour laquelle le présent rapport aborde l'ensemble des remarques de la Commission.

Etant donné que le présent arrêté royal a été adapté conformément à l'avis du Conseil d'Etat du 5 juin 2001, il est inutile de le soumettre une seconde fois à l'avis du Conseil d'Etat.

Au point 1, la Commission résume les objectifs et le champ d'application de l'arrêté.

Au point 2, la Commission souligne qu'elle a déjà formulé « un avis positif sous réserve des remarques et recommandations » en ce qui concerne le premier projet d'arrêté et qu'à la suite de quelques adaptations du texte, le nouveau texte a été soumis une deuxième fois à l'avis de la Commission.

Aux points 3, 4, 5, 6 et 7, la Commission fait remarquer que les objectifs de l'enregistrement RPM, énumérés à l'article 3 de l'arrêté, concernent non seulement des finalités scientifiques ou statistiques mais visent également au contrôle de l'utilisation judicieuse des fonds publics. Sur ce point, il convient de répondre que cet objectif a toujours figuré dans l'article 3, § 1^{er}, 3^o, du projet qui avait été soumis antérieurement au Conseil d'Etat et qui traite du financement des établissements et des services psychiatriques. En effet, il est évident qu'un financement implique un contrôle. Afin d'éviter toute confusion dans la matière, l'article 3, § 1^{er}, 3^o, précité sera clarifié par l'ajout des mots suivant « y compris le contrôle de l'utilisation judicieuse des fonds publics ».

Au point 8, la Commission distingue deux types de données à caractère personnel, à savoir les données relatives au patient et celles relatives aux professionnels de santé. La Commission n'aborde que la première catégorie.

Dans le prolongement de ce qui précède, la Commission précise au point 9 de l'avis qu'un équilibre doit être trouvé entre l'intérêt public et l'intérêt individuel du patient. Selon la Commission, il existe bel et bien une base légale. Toutefois, il convient d'examiner s'il existe un équilibre entre l'intérêt public auquel tend la loi sur les hôpitaux et les exigences en matière de protection de la vie privée. D'ailleurs, le point 10 de l'avis de la Commission se situe dans la même ligne. En outre, la Commission précise que l'objectif n'est légitime que dans la mesure où il ne peut être atteint par d'autres moyens. Selon la Commission, le projet ne précise nulle part les raisons pour lesquelles les données sont nécessaires afin d'atteindre les objectifs visés. Les points 9, 10, 11 et 12 de l'avis de la Commission seront examinés plus en détail dans le cadre de la discussion des articles par la Commission, telle que figurant aux points 14, 15 et 16 de l'avis.

Au point 13 de l'avis, la Commission demande de mentionner les catégories de personnes qui auront accès au traitement des données et de décrire leur fonction. Dans ce cadre, les personnes chargées du traitement doivent être désignées nominativement par le Ministère et la liste des noms doit être mise à la disposition de la Commission. Cette dernière précise par ailleurs que ces personnes doivent être soumises à une disposition statutaire ou contractuelle en vertu de laquelle elles sont tenues de respecter le caractère confidentiel des données. A cet égard, il convient de répondre qu'il s'agit là d'une pratique en vigueur depuis longtemps déjà dans l'administration, puisque la liste des personnes chargées du traitement a été tenue à jour dès le début et que les fonctionnaires concernés doivent signer une déclaration par laquelle ils s'engagent à respecter la confidentialité des données. Enfin, la Commission demande à l'hôpital ou au Service public fédéral d'informer les patients au sujet de l'existence de la transmission de données codées au Département, avec mention de leur finalité et de la base légale ou réglementaire. Le Département donnera suite à cette demande en fournissant des directives y afférentes aux hôpitaux.

Au point 14 de l'avis, la Commission renvoie à son avis antérieur, lequel précisait que la mention du code postal de la commune où le patient a son domicile principal est une information plus détaillée que la simple mention de la commune. Dans le projet d'arrêté, il a été donné suite à cette demande, ce que la Commission constate d'ailleurs dans son deuxième avis.

In punt 15 acht de Commissie het wenselijk dat het gegeven « het aantal vorige opnames in de instelling » beter niet in de tekst wordt opgenomen tenzij men dit motiveert. Deze opmerking werd reeds in het eerste advies gemaakt. Het gebruik van dit soort gegevens is hoedanook beperkt tot de patiënten van eenzelfde instelling. Men weet of een patiënt werd heropgenomen, maar men kan onmogelijk zijn vorige opnames retraceren. In een informatieve nota aan de Raad van State hebben de bevoegde Ministers gemotiveerd waarom zij dit gegeven noodzakelijk achten. Overigens heeft de Raad van State dienaangaande geen enkele opmerking meer geformuleerd. Om alle misverstanden terzake te vermijden wordt deze motivering in het voorliggende Verslag hernomen. De registratie van deze informatie is noodzakelijk om volgende redenen :

— met het oog op de beleidsplanificatie en programmatie, is het nodig het aantal nieuwe patiënten te kennen;

— omwille van de evaluatie van het bestaande aanbod, is het nodig het aantal patiënten te kennen dat eventueel aan « medical shopping » doet;

— omwille van de planning van de voorzieningen, is het nodig het aantal chronische psychiatrische patiënten te kennen.

Overigens wordt dit gegeven ook in de MKG-registratie opgevraagd, evenwel beperkt tot hetzelfde jaar van de opname.

In aansluiting op de punten 9, 10, 11 en 12 wordt in punt 16 van het advies van de Commissie andermaal gesteld dat de afweging moet worden gemaakt of de kwantiteit van de gevraagde gegevens verzoenbaar is met de nood aan deze gegevens voor de doelstellingen van het beleid. Zij stelt voor een aantal rubrieken, opgenomen in de bijlage in meer algemene bewoordingen te stellen. Het betreft meer bepaald de leefomgeving voor opname (punt 4.1.1.L), de verwijzers (punt 4.1.1.m van de bijlage), de koppeling met gegevens voor de opname en de problemen bij opname (punt 4.1.1.n).

De Commissie betreurt het gebrek aan motivering hetgeen in een Verslag aan de Koning gepreciseerd had kunnen worden. Hieruit kan worden afgeleid dat de Commissie de opvraging kan aanvaarden mits men dit motiveert in een Verslag aan de Koning. Het is deze opmerking van de Commissie die ertoe heeft geleid dat in het voorliggende Verslag aan de Koning op extensieve wijze werd gemotiveerd waarom de in het besluit vermelde rubrieken worden gehanteerd.

Al deze gegevens hebben duidelijk hun belang voor het te voeren beleid inzake de geestelijke gezondheidszorg.

De werking van de checklist van 53 mogelijke problemen illustreert goed hoe de indruk kan ontstaan dat zeer veel informatie wordt opgevraagd. Deze 53 problemen vormen inderdaad even zoveel mogelijke informatie-elementen. Voor een gegeven patiënt zullen echter maar enkele van deze mogelijkheden aangestipt moeten worden. Voor de diagnosestelling wordt een andere opvragingstechniek gebruikt. Niet alle mogelijke diagnoses worden uitgelijst met de vraag om aan te stippen welke voor een gegeven patiënt gelden (dit zou een lijst opleveren van meer dan 300 items), men voorziet één enkel veld om de code en omschrijving van de passende diagnose op te geven. Alhoewel de indruk kan ontstaan dat de tweede werkwijze minder indringend is, is dit geenszins het geval. Voor de persoon in de instelling belast met het invullen van de informatie is de eerste werkwijze wel heel wat eenvoudiger. Vandaar dat grotendeels de methode van de aanstijplijsten wordt gebruikt, waardoor verkeerdelijk de indruk kan ontstaan dat een zeer extensieve bevraging wordt doorgevoerd. Naast het aangeven van de problemen bij opname wordt op deze wijze ook in kaart gebracht welke zorgen de patiënt ontvangt, welke onderzoeken bij de patiënt werden uitgevoerd, welke mate van toezicht nodig was en welke behandelingen werden ingesteld. Deze verschillende aanstijplijsten vormen inderdaad een uitleg van het zorgaanbod dat de geestelijke gezondheidszorg kenmerkt. Uiteraard zal voor een gegeven patiënt telkens slechts een beperkt aantal van deze items relevant zijn. Het geheel van de opgevraagde items levert aldus een beeld van de toestand van de patiënt bij opname, wat deze aan zorgen heeft ontvangen en wat het resultaat daarvan is geweest. Dit beeld wordt aangevuld met informatie over de patiënt vóór de opname (herkomst en verwijzer, vorige opnames) en met informatie over de verdere zorgbehoefte na ontslag en over de verwijzingen die men in dat licht doet.

Het moge duidelijk zijn dat zo een informatiegeheel tot stand komt dat het beleid kan richten op de verschillende niveaus. Zo kan men inderdaad uitspraken gaan doen over de gepastheid van de geboden zorg. Niet alleen globaal, ook elke instelling afzonderlijk kan nagaan of het haar patiënten, gegeven hun pathologie, de passende zorgen kan bieden en welke bijkomende maatregelen zich opdringen. Om de instellingen daarbij behulpzaam te zijn publiceert de overheid elk jaar een feedbackrapport dat aan de instellingen de globale cijfers levert

Au point 15, la Commission juge souhaitable que la donnée « Le nombre d'admissions antérieures dans l'établissement » ne figure pas dans le texte, à moins qu'elle ne soit motivée. Cette remarque figurait déjà dans le premier avis. Quoi qu'il en soit, l'utilisation de ce type de données est limitée aux patients d'un même établissement. On sait si un patient a fait l'objet d'une réadmission, mais il est impossible de connaître ses admissions antérieures. Dans une note d'information au Conseil d'Etat, les ministres compétents ont précisé les raisons pour lesquelles ils jugeaient cette donnée nécessaire. D'ailleurs, sur le sujet, le Conseil d'Etat n'a plus formulé aucune remarque. Afin d'éviter tout malentendu en la matière, cette motivation figure dans le présent rapport. L'enregistrement de ces informations est nécessaire pour les raisons suivantes :

— en vue de la planification et de la programmation de la politique à mettre en œuvre, il est nécessaire de connaître le nombre de nouveaux patients;

— pour l'évaluation de l'offre existante, il est nécessaire de connaître le nombre de patients se livrant « au shopping médical »;

— pour la programmation des équipements, il est nécessaire de connaître le nombre de patients psychiatriques chroniques.

Cette donnée est d'ailleurs aussi demandée dans l'enregistrement RCM et est également limité à la même année de l'admission.

Dans le prolongement des points 9, 10, 11 et 12, il est précisé une nouvelle fois au point 16 de l'avis de la Commission qu'il faut voir si le volume des données demandées est compatible avec le besoin de disposer de ces données pour les objectifs de la politique à mettre en œuvre. Elle propose de formuler de manière plus générale un certain nombre de rubriques, figurant en annexe. Il s'agit plus particulièrement du cadre de vie avant l'admission (point 4.1.1.L), des instances référentes (point 4.1.1.m de l'annexe), du couplage avec des données relatives à la période précédant l'admission et les problèmes lors de l'admission (point 4.1.1.n).

La Commission déplore le manque de motivation, laquelle aurait pu être précisée dans un Rapport au Roi. On peut en déduire que la Commission pourrait accepter la collecte, pour autant que celle-ci soit motivée dans le Rapport au Roi. C'est cette remarque de la Commission qui a conduit à ce qu'il soit précisé de manière détaillée, dans le présent Rapport au Roi, la raison pour laquelle les rubriques mentionnées dans l'arrêté sont utilisées.

Toutes ces données présentent un intérêt certain pour la politique à mener en matière de soins de santé mentale.

Le fonctionnement de la liste de 53 problèmes éventuels illustre bien comment peut naître le sentiment d'une collecte excessive de données. Ces 53 problèmes constituent en fait autant d'éléments informatifs éventuels. Pour un patient déterminé, seules quelques-unes de ces possibilités devront être indiquées. En ce qui concerne l'établissement du diagnostic, une autre technique est utilisée. Au lieu de présenter la liste de tous les diagnostics possibles (plus de 300 items), on prévoit un seul champ pour indiquer le code et la description du diagnostic approprié. Si cette deuxième méthode peut donner l'impression d'être moins pertinente, ce n'est nullement le cas dans la pratique. En revanche, la première méthode est beaucoup plus facile pour la personne chargée de remplir le questionnaire au sein de l'établissement. C'est la raison pour laquelle on utilise le plus souvent la méthode des listes à cocher, ce qui peut donner l'impression d'une collecte de données très extensive. Outre l'indication des problèmes existant à l'admission, cette méthode permet également d'identifier les soins administrés au patient, les examens effectués, le niveau de surveillance requis et les traitements instaurés. Ces différentes listes à cocher constituent effectivement un relevé de l'offre en matière de soins de santé mentale. Il va sans dire que seul un nombre restreint d'items proposés sera significatif pour un patient déterminé. L'ensemble des données ainsi recueillies offre une image de la situation du patient à l'admission, des soins qu'il a reçus et des résultats de ceux-ci. Cette image est complétée par des informations sur le patient avant l'admission (origine, référent, admissions antérieures) et par des informations relatives aux besoins en soins après la sortie et aux transferts réalisés dans ce cadre.

Il est clair qu'une telle approche fournit un ensemble d'informations permettant de conduire la politique à mettre en œuvre aux différents niveaux. Ainsi, on peut se prononcer sur l'opportunité des soins offerts. Outre l'image globale, chaque établissement individuel peut voir s'il est en mesure d'offrir aux patients, compte tenu de leur pathologie, les soins appropriés et identifier les mesures complémentaires qui s'imposent. Afin d'aider les établissements dans cette démarche, les pouvoirs publics ont publié chaque année un rapport de feedback avec les

waarmee zij zichzelf kunnen vergelijken. De overheid kan nagaan welke zorgsettings voor welke pathologie optimaal blijken te zijn en op basis van deze informatie bijkomende normen en zorgprogramma's ontwikkelen.

In de somatische zorg, waar men werkt met meer eenduidige diagnoses en op basis daarvan normverblifsduren hanteert, kan het beleidsmatig ingrijpen algemener zijn en minder informatiegestuurd. In de geestelijke gezondheidszorg moet de afstemming van de zorg met meer factoren rekening houden en complexiteit niet schuwen.

Deze informatie levert eveneens de basis voor een financieel beleid op wat langere termijn. Nieuwe ontwikkelingen in de zorg die zichtbaar worden door de registratie hebben implicaties voor de verdere financiering, de behoeften aan verdere specialisaties in de zorgverlening en manpower planning in het algemeen. Het mag ook niet verheeld worden dat de MPG de mogelijkheid creëert van financieel toezicht op de instellingen waarbij rekening wordt gehouden met de feitelijke zorglast en de behandelde pathologie.

Tenslotte is MPG op dit ogenblik één van de weinige bronnen die wetenschappelijke epidemiologische studies mogelijk maakt van psychische morbiditeit. In samenwerking met de Gemeenschappen wordt deze epidemiologische monitoring uitgebreid tot de ambulante zorg, via een gezamenlijk overlegde minimale dataset. Wanneer dit systeem operationeel zal zijn, zal ons land beschikken over een globaal beeld van geestelijke gezondheid.

In punt 17 van het advies stelt de Commissie voor een aantal veiligheidsvoorschriften te nemen om heridentificatie tegen te gaan, zoals vb. controle op de toegang tot de gegevensbank, beperkte koppeling van gegevens enz. In antwoord op punt 13 van het advies van de Commissie werden reeds een aantal maatregelen opgesomd, zoals het aanleggen en ter beschikking van de Commissie houden van een lijst van de personen die toegang hebben tot de gegevens en het ondertekenen van een verklaring door deze personen om het vertrouwelijk karakter van de gegevens te garanderen. De veiligheidsvoorschriften vormen het voorwerp van een intern document bestemd voor diegenen die bij de verwerking betrokken zijn.

De in het vooruitzicht gestelde integratie van de MPG-gegevens in het datawarehouse van het Directoraat-generaal Organisatie gezondheidszorgvoorzieningen gaat gepaard met tal van veiligheidsmaatregelen. Er is vooreerst de logische beveiliging. De constructie is van die aard dat de databank enkel toegankelijk is vanuit het eigen netwerk. Hiervoor dient men gebruik te maken van een userid-passwoord-combinatie. Bovendien zal, afhankelijk van het statuut van de persoon die met de gegevens werkt, de toegang tot de gegevens in meer of mindere mate worden beperkt. Daarnaast is er ook een fysieke beveiliging doordat de servers zich in een beschermde omgeving bevinden. Toegang is enkel mogelijk door gebruik te maken van een geïndividualiseerde badge. Tenslotte is er ook een bescherming tegen calamiteiten door dagelijkse incrementele backup en wekelijkse full backup.

In punt 18 van het advies vraagt de Commissie dat de plichten, de bevoegdheid en het statuut van de beheerder van de verwerking zou worden omschreven. Terzake herinnert de Commissie aan de finaliteiten van de verwerking. Krachtens 5 van het ontwerp is de Minister de verantwoordelijke en de Directeur-generaal van het Directoraat-generaal Organisatie gezondheidszorgvoorzieningen van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid de verwerker van de gegevens. Als hoofd van het Directoraat-generaal organiseert hij de opvraging van de gegevens en staat hij in voor het oprichten en instandhouden van een team dat belast is met de verwerking van de gegevens. Hij dient er ook voor te zorgen dat dit team over de noodzakelijke computerfaciliteiten beschikt om de gegevens op een veilige manier te verwerken. De verwerking bestaat in het controleren van de juistheid van de gegevens of het valideren van de gegevens, het archiveren van de gegevens, het terugkoppelen van de gegevens naar de leveranciers ervan onder statistische vorm en het gebruik van de gegevens voor de finaliteiten voorzien in het koninklijk besluit. Als hoogste ambtenaar van het Directoraat-generaal draagt hij de eindverantwoordelijkheid. De administratie neemt zich voor deze bevoegdheidsomschrijving op te nemen in een document dat ter beschikking wordt gehouden van diegenen die belast zijn met de verwerking van de gegevens alsook in de brochure bestemd voor de ziekenhuizen die de praktische organisatie van de registratie en de verwerking regelt. Deze omschrijving wijzigt niets aan de inhoud van het voorliggend ontwerp van koninklijk besluit.

chiffres globaux permettant aux établissements de se situer les uns par rapport aux autres. Les pouvoirs publics peuvent voir quels settings de soins sont les plus appropriés pour une pathologie donnée et, en partant de ces informations, développer des normes et des programmes de soins supplémentaires.

Dans le domaine des soins somatiques, où l'on travaille sur la base de diagnostics plus univoques permettant d'utiliser des durées de séjour standard, la politique mise en œuvre peut être d'ordre plus général et moins axée sur la collecte d'informations. Dans le domaine des soins de santé mentale, l'adéquation des soins est tributaire d'un plus grand nombre de facteurs et peut engendrer une plus grande complexité.

Les informations recueillies fournissent en outre la base d'une politique financière à plus long terme. De nouveaux développements dans le domaine des soins, révélés par l'enregistrement, ont des conséquences au niveau du financement, du besoin de nouvelles spécialisations relatives aux soins et du planning des ressources humaines en général. Il ne faut pas non plus dissimuler que le RPM crée la possibilité d'exercer un contrôle financier sur les établissements, dans le cadre duquel la charge réelle en matière de soins ainsi que la pathologie traitée sont prises en compte.

Enfin, le RPM constitue à l'heure actuelle une des rares sources permettant de réaliser des études épidémiologiques scientifiques concernant la morbidité psychique. Ce monitoring épidémiologique est étendu aux soins ambulatoires, et ce en collaboration avec les communautés et sur la base d'un ensemble de données minimum établi d'un commun accord. Une fois que le système sera opérationnel, notre pays disposera d'une image globale de la santé mentale.

Au point 17 de l'avis, la Commission propose de prendre un certain nombre de mesures de sécurité afin d'empêcher une « réidentification », comme le contrôle de l'accès à la banque de données, le couplage limité des données, etc. En réponse au point 13 de l'avis de la Commission, un certain nombre de mesures ont déjà été énumérées, comme l'établissement et la mise à disposition de la Commission d'une liste des personnes ayant accès aux données la signature d'une déclaration par ces personnes par laquelle elles s'engagent à garantir le caractère confidentiel des données. Les mesures de sécurité font l'objet d'un document interne destiné aux personnes concernées par le traitement.

L'intégration prévue des données RPM dans le datawarehouse de la Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins s'accompagne d'un certain nombre de mesures de protection, à commencer par la protection logique. La banque de données est conçue de manière à n'être accessible que par le biais du propre réseau. A cet effet, il convient d'utiliser une combinaison userid - mot de passe. En outre, selon le statut de la personne qui travaille avec les données, l'accès aux données sera limité dans une mesure plus ou moins grande. Il y a aussi une protection physique de par le fait que les serveurs se trouvent dans un environnement sécurisé. L'accès n'est possible que par l'utilisation d'un badge individualisé. Enfin, il y a également une protection contre les calamités par un back-up incrémentiel quotidien et un back-up hebdomadaire.

Au point 18 de l'avis, la Commission demande que les devoirs, la compétence et le statut du gestionnaire du traitement soient définis. A cet égard, la Commission rappelle les finalités du traitement. En vertu de l'article 5 du projet, le Ministre est le responsable et le Directeur général de la Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins du Service public fédéral de la Santé publique le responsable du traitement des données. En tant que directeur de la Direction générale il organise la collecte des données et veille à la création et au maintien d'une équipe chargée du traitement des données. Il doit veiller également à ce que cette équipe dispose des équipements informatiques nécessaires afin de garantir un traitement des données en toute sécurité. Le traitement consiste à vérifier l'exactitude des données ou à les valider, à les archiver, à garantir un feed-back de celles-ci à l'intention des fournisseurs sous une forme statistique et à les utiliser pour les finalités prévues dans l'arrêté royal. En tant que plus haut fonctionnaire de la Direction générale, il assume la responsabilité finale. L'administration se propose de reprendre cette définition des compétences dans un document qui sera tenu à la disposition des personnes chargées du traitement des données, ainsi que dans la brochure destinée aux hôpitaux et réglant l'organisation pratique de l'enregistrement et du traitement. Cette définition ne modifie en rien le contenu du présent projet d'arrêté royal.

In punt 19 van het advies is de Commissie van oordeel dat de bewaringstermijn vrij lang is. De Commissie meent dat deze moet worden gemotiveerd. Het is normaal dat deze gegevens gedurende vijf jaar worden bewaard. De gegevens dienen immers te worden gecontroleerd. Deze controles kunnen plaatshebben onmiddellijk na de overdracht van de gegevens aan het Departement. De controle kan ook noodzakelijk zijn naar aanleiding van betwistingen die ontstaan hetzij naar aanleiding van het opmaken van profielen van de instelling, hetzij na het gebruik van de gegevens voor beleidsdoeleinden. Dit gebruik en de mogelijke betwistingen kunnen zich voordoen binnen een termijn van maximum vijf jaren. Het is daarom wenselijk deze termijn aan te houden.

De Commissie vraagt in punt 20 van het advies om het begrip « beheerder » in artikel 7 van het besluit te verduidelijken. De tekst van dit artikel omschrijft de opdracht van de persoon aangesteld door de beheerder en belast met de coördinatie van de bedoelde gegevens. Deze is niet de exploitant van het ziekenhuis. Deze term werd in een eerdere nota reeds gepreciseerd. Met beheerder wordt bedoeld de persoon belast met de coördinatie van de gegevensregistratie. Hij is ook de contactpersoon voor de Federale Overheidsdienst. Zonder een kwalificatie te willen opdringen is het wenselijk dat deze persoon minstens hoger onderwijs zou hebben genoten, vertrouwd is met databeheer, kennis heeft van statistiek en vertrouwd is met de sector.

In punt 21 van het advies herhaalt de Commissie haar vraag voor het nemen van beveiligingsmaatregelen. Overigens stelt de Commissie dat de formulering van artikel 8 van het ontwerp beantwoordt aan haar verzuchtingen. Aanvullend vraagt de Commissie dat elke aanvraag tot toegang ondertekend zou worden en dat de duurtijd van de bewaring van de gegevens zou beperkt worden. In de mate een persoon ambtshalve dagelijks met de gegevens werkt, lijkt het niet wenselijk om bij elke toegang een document aan te maken. De betrokkene zal in dat geval best beschikken over een door de directie van het ziekenhuis gecertificeerd toegangsbewijs. Een afzonderlijk ondertekend document met de aanvraag voor de toegang tot de gegevens zal enkel noodzakelijk zijn voor diegene die niet dagelijks toegang heeft. De administratie zal in de praktische onderrichtingen voor de registratie bestemd voor de ziekenhuizen deze terecht aanbevelingen van de Commissie overnemen. Overigens moet ook worden herinnerd aan de beveiligingsmaatregelen die in de erkenningsnormen zijn opgenomen (punt I, 9^o *quater*, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964, ingevoegd door het koninklijk besluit van 16 december 1994, *Belgisch Staatsblad* van 31 januari 1995).

In deze normen worden de ziekenhuizen verplicht te beschikken over een reglement voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, waarvan de bepalingen overigens aan de patiënt dienen te worden medegedeeld. Dit reglement bevat een hele reeks van maatregelen die de medische gegevens moeten beveiligen, waarmee wordt beantwoord aan de verzuchtingen van de Commissie.

Wat de bewaartermijn van de gegevens betreft werd reeds onder punt 19 geantwoord.

Punt 22 van het advies herhaalt de vraag van de Commissie om de finaliteit van de verwerking door de administratie en de veiligheidsvoorschriften voor de gegevens, onder meer om decodering te voorkomen, te omschrijven. Ook hiervoor dient verwezen naar de antwoorden die terzake hoger in het onderhavige Verslag werden verstrekt.

In punt 23 van het advies vat de Commissie haar belangrijkste reserves nog eens samen, inzonderheid deze met betrekking tot de punten 6, 12, 13, 15, 16 en 17 van haar advies. Op al deze punten werd hoger in dit Verslag geantwoord.

Wij hebben de eer U te zijn,
Van Uwe Majesteit,
De zeer eerbiedige
en zeer trouwe dienaar,

De Minister van Consumentenzaken,
Volksgezondheid en Leefmilieu,
J. TAVERNIER

Au point 19 de l'avis, la Commission estime que le délai de conservation est assez long. La Commission est d'avis qu'il doit être motivé. Il est normal que ces données soient conservées pendant cinq ans. En effet, les données doivent être contrôlées. Les contrôles peuvent être effectués juste après la transmission des données au Département. Ils peuvent également s'avérer nécessaires lors de litiges survenant soit après l'élaboration de profils de l'établissement, soit à la suite de l'utilisation des données à des fins de politique à mettre en œuvre. Cette utilisation et les litiges possibles peuvent survenir dans un délai maximum de cinq ans. Dès lors, il est souhaitable de maintenir ce délai.

Au point 20 de l'avis, la Commission demande que le concept « gestionnaire » tel que figurant à l'article 7 de l'arrêté soit précisé. Cet article définit la mission de la personne désignée par le gestionnaire et chargée de la coordination des données en gestion. Cette personne n'est pas l'exploitante de l'hôpital. Ce concept a déjà été précisé dans une note précédente. Par gestionnaire, on entend la personne chargée de la coordination des données enregistrées. Il est également la personne de contact pour le Service public fédéral. Sans vouloir imposer une qualification, il est souhaitable que cette personne ait au moins reçu un enseignement supérieur, qu'il soit familiarisée avec la gestion des données, qu'il ait des connaissances en statistiques et qu'il connaisse le secteur.

Au point 21 du projet, la Commission rappelle sa demande concernant les mesures de sécurité à prendre. D'ailleurs, la Commission précise que la formulation de l'article 8 du projet répond à ses exigences. A titre complémentaire, la Commission souhaite que chaque demande d'accès soit signée et que le délai de conservation des données soit limité. Dans la mesure où une personne travaille tous les jours de manière systématique avec les données, il ne semble pas souhaitable d'établir un document pour chaque accès. Dans ce cas, il serait préférable que l'intéressé dispose d'une attestation d'accès certifiée par la direction de l'hôpital. Un document signé distinct accompagnant la demande d'accès aux données sera uniquement nécessaire pour la personne ne disposant pas d'un accès journalier. L'administration intégrera ces recommandations justifiées dans les directives pratiques destinées aux hôpitaux. D'ailleurs, il convient également de rappeler les mesures de sécurité figurant dans les normes d'agrément (point I, 9^o *quater* de l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964, inséré par l'arrêté royal du 16 décembre 1994, *Moniteur belge* du 31 janvier 1995).

En vertu de ces normes, les hôpitaux sont obligés de disposer d'un règlement pour la protection de la vie privée, dont les dispositions doivent d'ailleurs être communiquées au patient. Ce règlement comprend toute une série de mesures visant à sécuriser les données médicales, lesquelles répondent aux exigences de la Commission.

En ce qui concerne le délai de conservation des données, la réponse a déjà été fournie au point 19.

Le point 22 de l'avis rappelle la demande de la Commission de définir la finalité du traitement par l'administration ainsi que les exigences de sécurité pour les données, entre autres afin d'éviter le décodage. A cet égard, il convient de renvoyer également aux réponses y afférentes fournies plus haut dans le présent Rapport.

Au point 23 de l'avis, la Commission résume ses principales réserves, notamment celles relatives aux points 6, 12, 13, 15, 16 et 17 de son avis. A tous ces points, une réponse a été fournie plus haut dans le présent Rapport.

Nous avons l'honneur d'être,
De Votre Majesté,
Le très respectueux,
et très fidèle serviteur,

Le Ministre de la Protection de la Consommation,
de la Santé publique et de l'Environnement,
J. TAVERNIER

ADVIES 31.081/3

VAN DE AFDELING WETGEVING VAN DE RAAD VAN STATE

De Raad van State, afdeling wetgeving, derde kamer, op 20 december 2000 door de Minister van Volksgezondheid en de Minister van Sociale Zaken verzocht hun van advies te dienen over een ontwerp van koninklijk besluit « houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde minimale psychiatrische statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft », heeft op 5 juni 2001 het volgende advies gegeven :

Strekking van het ontwerp

1. Het voor advies voorgelegde ontwerp van koninklijk besluit strekt ertoe een regeling vast te stellen volgens welke de beheerders van psychiatrische ziekenhuizen en van algemene ziekenhuizen met bepaalde psychiatrische diensten bepaalde minimale psychiatrische gegevens moeten mededelen aan de minister bevoegd voor Volksgezondheid.

De bedoelde gegevens, waarvan de lijst wordt vastgesteld in een bijlage bij het ontworpen besluit, moeten in de betrokken verzorgingsinstelling worden geregistreerd, en op elektronische wijze worden bezorgd aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

2. De mededeling van de bedoelde gegevens maakte reeds het voorwerp uit van het koninklijk besluit van 25 februari 1996 met hetzelfde opschrift als het thans ontworpen besluit.

Dat besluit van 25 februari 1996 is vernietigd door de Raad van State, afdeling administratie, wegens strijdigheid met de vroegere bepaling van artikel 86, tweede lid, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987. Volgens die bepaling dienden de statistische gegevens met betrekking tot de medische activiteiten anoniem te zijn. De Raad van State oordeelde dat de te registreren gegevens van die aard waren dat de identificatie van de betrokken personen mogelijk was (1).

Artikel 86, tweede lid, is inmiddels vervangen bij artikel 125 van de wet van 12 augustus 2000 houdende sociale, budgettaire en andere bepalingen. Thans is alleen vereist dat de gegevens die verband houden met de medische activiteiten « geen gegevens (mogen) bevatten die de natuurlijke persoon waarop ze betrekking hebben rechtstreeks identificeren ». Voorts wordt bepaald dat geen handelingen mogen worden verricht om de gegevens in verband te brengen « met de geïdentificeerde natuurlijke persoon waarop ze betrekking hebben », tenzij die nodig zijn met het oog op het uitoefenen van toezicht.

3. Er moet opgemerkt worden dat ook voor de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven van beschut wonen een regeling bestaat i.v.m. de registratie en de mededeling van minimale psychiatrische statistische gegevens (2).

Gelet op de samenhang tussen de ontworpen regeling en de regelingen die voor de voornoemde verzorgingsinstellingen gelden, zullen ook die laatste regelingen moeten worden aangepast. De gemachtigde ambtenaar heeft bevestigd dat dit de bedoeling is.

Rechtsgrond

Het ontworpen besluit vindt rechtsgrond in artikel 86, eerste lid, van de wet op de ziekenhuizen. Bij die bepaling wordt de Koning gemachtigd om de regels vast te stellen en de termijnen te bepalen voor de mededeling van bepaalde gegevens, waaronder statistische gegevens die verband houden met de medische activiteit, aan de minister die de volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

De door de Koning vast te stellen regels dienen de voorwaarden in acht te nemen die, ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer, zijn bepaald in artikel 86, tweede lid, van de wet. In dit opzicht moet, wat het ontworpen besluit betreft, een onderscheid gemaakt worden naargelang dit uitwerking heeft vóór of na de datum van inwerking-treding van het voornoemde artikel 125 van de wet van 12 augustus 2000 houdende sociale, budgettaire en andere bepalingen. Die datum is, bij gebreke van een bijzondere regeling in de laatstgenoemde wet, de tiende dag na de bekendmaking ervan, d.w.z. 10 september 2000.

In zoverre het ontworpen besluit bedoeld is om terug te werken tot vóór 10 september 2000, dient het te beantwoorden aan het toen geldende vereiste dat de medegedeelde gegevens « anoniem » moesten zijn. Zoals blijkt uit het arrest van de Raad van State i.v.m. het beroep tegen het koninklijk besluit van 25 februari 1996, is dit echter niet het geval. Het ontwerp dient dan ook, wat de periode tussen 1 april 1996 en 10 september 2000 betreft, aangepast te worden, rekening houdend met de wettigheidskritiek die de Raad van State i.v.m. de overeenkomstige bepalingen van het koninklijk besluit van 25 februari 1996 heeft geuit.

AVIS 31.081/3

DE LA SECTION DE LEGISLATION DU CONSEIL D'ETAT

Le Conseil d'Etat, section de législation, troisième chambre, saisi par la Ministre de la Santé publique et le Ministre des Affaires sociales, le 20 décembre 2000, d'une demande d'avis sur un projet d'arrêté royal « fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions », a donné le 5 juin 2001 l'avis suivant :

Portée du projet

1. Le projet d'arrêté royal soumis pour avis tend à déterminer les règles suivant lesquelles les gestionnaires d'hôpitaux psychiatriques et d'hôpitaux généraux disposant de certains services psychiatriques doivent transmettre certaines données psychiatriques minimales au ministre qui a la Santé publique dans ses compétences.

Les données en question, dont la liste est fixée dans l'annexe à l'arrêté e projet, doivent être enregistrées dans l'établissement de soins concerné et transmises par voie électronique au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

2. La communication des données visées a déjà fait l'objet de l'arrêté royal du 25 février 1996 portant le même intitulé que l'arrêté en projet.

Cet arrêté du 25 février 1996 a été annulé par le Conseil d'Etat, section d'administration, au motif qu'il était contraire à l'ancienne disposition de l'article 86, alinéa 2, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. Suivant cette disposition, les données statistiques relatives aux activités médicales devaient être anonymes. Le Conseil d'Etat a jugé que les données à enregistrer étaient d'une nature telle qu'il était possible d'identifier les personnes concernées (1).

L'article 86, alinéa 2, a été remplacé entretemps par l'article 125 de la loi du 12 août 2000 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses. A présent, il est uniquement requis que les données se rapportant aux activités médicales « ne peuvent pas comprendre de données qui identifient directement la personnes physiques sur laquelle elles portent ». Il est prévu ensuite qu'aucun acte ne peut être accompli qui viserait à établir un lien entre ces données « et la personne physique identifiée à laquelle elles se rapportent », à moins que celui-ci soit nécessaire pour l'exercice de la surveillance.

3. Il y a lieu d'observer que pour les maisons de soins psychiatriques et les initiatives d'habitation protégée, il existe également un régime relatif à l'enregistrement et la communication des données statistiques psychiatriques minimales (2).

Eu égard à la connexité entre le régime en projet et les régimes s'appliquant aux établissements de soins précités, il faudra également adapter ces derniers. Le fonctionnaire délégué a confirmé que telle était l'intention.

Fondement légal

L'arrêté en projet trouve son fondement légal dans l'article 86, alinéa 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux. Cette disposition habilite le Roi à fixer les modalités et les délais applicables à la communication, au ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, de certaines données, parmi lesquelles les renseignements statistiques se rapportant aux activités médicales.

Les modalités fixées par le Roi doivent répondre aux conditions prévues à l'article 86, alinéa 2, de la loi afin de protéger la vie privée. A cet égard, il y a lieu, en ce qui concerne l'arrêté en projet, de faire une distinction selon que celui-ci produit ses effets avant ou après la date d'entrée en vigueur de l'article 125, précité, de la loi du 12 août 2000 portant des dispositions sociales, budgétaire et diverses. En l'absence de disposition particulière dans la loi précitée, cette date se situe le dixième jour après la publication de cette dernière, soit le 10 septembre 2000.

Dans la mesure où l'arrêté en projet a pour objet de rétroagir jusqu'avant le 10 septembre 2000, il doit remplir la condition, en vigueur à l'époque, selon laquelle les données communiquées devaient être « anonymes ». Ainsi qu'il ressort de l'arrêt prononcé par le Conseil d'Etat sur le recours formé contre l'arrêté royal du 25 février 1996, tel n'est toutefois pas le cas. En ce qui concerne la période entre le 1^{er} avril 1996 et le 10 septembre 2000, le projet doit par conséquent être adapté en tenant compte de la critique de légalité émise par le Conseil d'Etat sur les dispositions correspondantes de l'arrêté royal du 25 février 1996.

In zoverre het ontworpen besluit bedoeld is om uitwerking te hebben met ingang van 10 september 2000, is het voldoende dat de mede te delen gegevens de betrokken patiënten niet rechtstreeks kunnen identificeren. Er kan aangenomen worden dat het ontwerp aan die vereiste beantwoordt (3).

Onderzoek van de tekst

Aanhef

1. In het eerste lid van de aanhef, waarin verwezen wordt naar artikel 86 van de wet op de ziekenhuizen, dient ook melding te worden gemaakt van de wijzigende wet van 29 april 1996.

2. In het tweede lid wordt verwezen naar artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 houdende bepaling van de regels volgens dewelke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die bevoegd is voor de Volksgezondheid.

Het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 is opgeheven bij het koninklijk besluit van 3 mei 1999, met ingang van 1 januari 2000. Van die opheffing moet in de aanhef ook melding gemaakt worden. Voor de duidelijkheid is het nuttig om in dit geval de datum te vermelden waarop de opheffing uitwerking heeft gekregen.

Men schrijve derhalve: «... aan de Minister die bevoegd is voor de Volksgezondheid, opgeheven, met ingang van 1 januari 2000, bij het koninklijk besluit van 3 mei 1999, inzonderheid op artikel 1 ».

Dezelfde opmerking geldt voor de inleidende zin van artikel 9 van het ontwerp.

3. In het derde lid moet o.m. verwezen worden naar de wijzigende besluiten van « 4 (niet: 11) december 1998 » en « 2 (niet: 11) december 1999 ».

Dezelfde opmerking geldt voor de inleidende zin van artikel 10 van het ontwerp.

4. In het vijfde lid kunnen het nummer en de datum van het voorliggende advies vermeld worden.

Artikel 2

Volgens het tweede lid bepaalt de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft de datum waarop het ontworpen besluit eveneens van toepassing is op de diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) voor patiënten met psychogeriatrische aandoeningen in algemene ziekenhuizen.

Op zich bestaat er tegen een dergelijke delegatie van bevoegdheid geen bezwaar.

Er moet echter opgemerkt worden dat de regeling vervat in artikel 2, tweede lid, van het ontwerp niet aansluit bij die van het ontworpen artikel 1, tweede lid, van het koninklijk besluit van 6 december 1994 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft (artikel 10 van het ontwerp). Naar luid van die laatste bepaling is het niet de minister, maar de Koning, die de datum vaststelt vanaf wanneer de voornoemde diensten voor behandeling en revalidatie niet meer onder de toepassing vallen van het koninklijk besluit van 6 december 1994.

Het zou beter zijn de twee bepalingen op elkaar af te stemmen. Hierop gewezen, heeft de gemachtigde ambtenaar verklaard dat de bevoegdheid in de twee bepalingen aan de minister kan worden gedelegeerd.

Artikel 4

1. Volgens het derde lid moeten de gegevens elektronisch worden overgemaakt.

Die bepaling lijkt in tegenspraak te zijn met artikel 6, § 6, dat bepaalt dat in bepaalde omstandigheden de « postdatum » als bewijs geldt van de datum waarop de gegevens zijn medegedeeld.

Hierop gewezen, heeft de gemachtigde ambtenaar het volgende verklaard:

« Met « het elektronisch bezorgen van gegevens » wordt bedoeld dat de gegevens op diskette worden bezorgd in plaats van op een uitgeprinte lijst. De diskette wordt echter per post verstuurd. In de toekomst is het evenwel de bedoeling deze gegevens niet meer op diskette per post over te maken, maar deze overdracht te laten gebeuren in het kader van het Datawarehouse, waarvan de oprichting momenteel volop aan de gang is. »

In het licht van die uitleg verdient het aanbeveling om artikel 4, derde lid, te verduidelijken, bijvoorbeeld door te bepalen dat de gegevens « op een elektronische drager » worden bezorgd. Zodra de « Datawarehouse » is opgericht, zullen de artikelen 4, derde lid, en 6, § 6, dan aangepast moeten worden.

Examen du texte

Préambule

1. Au premier alinéa du préambule, qui fait référence à l'article 86 de la loi sur les hôpitaux, il y a lieu de mentionner également la loi modificative du 29 avril 1996.

2. Le deuxième alinéa fait référence à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 14 août 1987 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministère qui a la Santé publique dans ses attributions.

L'arrêté royal du 14 août 1987 a été abrogé par l'arrêté royal du 3 mai 1999 avec effet le 1^{er} janvier 2000. Il y a lieu de faire également mention de cette abrogation dans le préambule. Par souci de clarté, il est utile de mentionner en l'espèce la date à laquelle l'abrogation a pris effet.

On écrira dès lors: «... au Ministère qui a la Santé publique dans ses attributions, abrogé, avec effet au 1^{er} janvier 2000, par l'arrêté royal du 3 mai 1999, notamment l'article 1^{er} ».

La même observation vaut pour la phrase liminaire de l'article 9 du projet.

3. Au troisième alinéa, il y a lieu de faire référence aux arrêtés modificatifs des « 4 (et non: 11) décembre 1998 » et « 2 (et non: 11) décembre 1999 ».

La même observation vaut pour la phrase liminaire de l'article 10.

4. Le cinquième alinéa peut mentionner le numéro et la date du présent avis.

Article 2

Suivant l'alinéa 2, le ministre qui a la santé publique dans ses attributions fixe la date à laquelle l'arrêté en projet s'appliquera également aux services de traitement et de réadaptation (index SP) pour les patients souffrant d'affections psychogériatriques dans des hôpitaux généraux.

Il n'y a pas, en soi, d'objection à une telle délégation de compétence.

Force est d'observer, toutefois, que la règle prévue à l'article 2, alinéa 2, du projet ne s'accorde pas avec celle de l'article 1^{er}, alinéa 2, en projet, de l'arrêté royal du 6 décembre 1994 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données doivent être communiquées au Ministère qui a la Santé publique dans ses attributions (article 10 du projet). Selon cette dernière disposition, ce n'est pas le ministre, mais le Roi qui fixe la date à laquelle les services de traitement et de réadaptation précités ne sont plus soumis à l'application de l'arrêté royal du 6 décembre 1994.

Mieux vaudrait harmoniser les deux dispositions. Lorsque la remarque lui en fut faite, le fonctionnaire délégué a déclaré que dans les deux dispositions, la compétence pouvait être déléguée au ministre.

Article 4

1. Suivant l'alinéa 3, les données doivent être transmises électroniquement.

Cette disposition paraît être contredite par l'article 6, § 6, qui dispose que dans certaines circonstances « le cachet de la poste » fera foi quant à la date à laquelle les données ont été communiquées.

Lorsque son attention fut attirée sur ce point, le fonctionnaire délégué a déclaré:

« Par la « transmission électronique de données », on entend que les données sont transmises sur disquette et non sur une liste imprimée. La disquette est toutefois envoyée par la poste. A l'avenir, il ne s'agira plus de transmettre ces données sur disquette envoyée par la poste mais d'opérer cette transmission dans le cadre du « Datawarehouse », dont la mise en place bat son plein » (traduction).

A la lumière de cette explication, il est recommandé de préciser l'article 4, alinéa 3, en énonçant, par exemple, que les données sont transmises « sur un support électronique ». Dès la création du « Datawarehouse », il faudra ensuite adapter les articles 4, alinéa 3, et 6, § 6.

2. Volgens artikel 4, vierde lid, kan de minister de wijze bepalen waarop de gegevens elektronisch overgemaakt.

Anders dan hetgeen in artikel 8, tweede lid, is bepaald i.v.m. de vaststelling, door de minister, van de modaliteiten m.b.t. de elektronische handtekening van de hoofdgeneesheer, wordt hier niet voorzien in een advies van de Commissie « Standaarden inzake telematica ten behoeve van de sector van de gezondheidszorg ».

Hierop gewezen, heeft de gemachtigde ambtenaar verklaard dat het beter is om de regelingen in de twee bepalingen op elkaar af te stemmen. Daarom zal ook in artikel 4, vierde lid, het voorafgaand advies van de Commissie voorgescreven worden.

Artikel 6

Paragraaf 4 heeft betrekking op de « omschrijving » van de voornoemde hoofdcategorieën bedoeld in de punten 4.1. en 4.2. van de bijlage, en op alle wijzigingen van die omschrijving.

Het is niet duidelijk wat bedoeld wordt met de « omschrijving van de voornoemde hoofdcategorieën. Als het alleen gaat om latere wijzigingen van de bijlage, schrijve men eenvoudig : « De wijzigingen van de punten 4.1 en 4.2 van de bijlage worden... ».

Overigens hoort paragraaf 4 niet thuis in artikel 6 : dat artikel heeft in zijn algemeenheid betrekking op de wijze waarop de gegevens worden medegedeeld, terwijl het in paragraaf 4 gaat om de omschrijving zelf van bepaalde gegevens. Zoals de gemachtigde ambtenaar voorstelt, zou paragraaf 4 beter verplaatst kunnen worden naar artikel 4, tweede lid.

Artikel 7

1. Volgens het eerste lid wordt de identiteit van de contactpersoon binnen elke instelling medegedeeld aan de minister.

De Raad van State vraagt zich af of het niet eenvoudiger zou zijn om te bepalen dat de identiteit wordt medegedeeld aan het bevoegde bestuur (4).

2. In het derde lid, 5°, vervangen men de woorden « art. 6 van dit besluit » door « artikel 6 ».

3. De bepaling van het derde lid, 6°, bevat een loutere herhaling van wat reeds in het eerste lid is bepaald. Het derde lid, 6°, kan dan ook beter weggelaten worden.

Artikel 8

In het derde lid wordt bepaald dat de stukken waaruit de controle en de validering van de minimale psychiatrische gegevens blijkt, te allen tijde in het ziekenhuis « ter inzage ter beschikking » moeten zijn.

Zoals wordt opgemerkt door de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, verdient het aanbeveling nader te preciseren welke personen een recht van inzage hebben (5).

De gemachtigde ambtenaar heeft verklaard dat de ontworpen bepaling bedoeld is om de controle mogelijk te maken door ambtenaren van de interne audit van de instelling. Die precisering zou in het ontwerp moeten worden aangebracht.

Artikel 10

De Franse tekst van de inleidende zin van dit artikel dient als volgt te worden gesteld :

« L'article 1^{er} de l'arrêté royal du 6 décembre 1994 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, modifié ..., est complété par un alinéa 2, rédigé comme suit : ».

Artikel 11

1. Volgens het eerste lid heeft het ontworpen besluit uitwerking met ingang van 1 april 1996; artikel 8 heeft uitwerking met ingang van 1 januari 1999.

1.1. Hiervoor is reeds opgemerkt dat, in zoverre het ontworpen besluit aldus uitwerking heeft in de periode van 1 april 1996 tot 10 september 2000, de lijst van de mede te delen gegevens in overeenstemming zal worden gebracht met artikel 86 tweede lid, van de wet op de ziekenhuizen, zoals die bepaling in die periode van kracht was (zie de opmerking i.v.m. de rechtsgrond, hiervóór).

1.2. Afgezien van die opmerking, moet in een meer algemene zin nog opgemerkt worden dat het retroactief opleggen van verplichtingen aan de beheerders van ziekenhuizen niet strijdig mag zijn met het algemeen rechtsbeginsel betreffende de rechtszekerheid. Dit betekent dat het niet mag gaan om verplichtingen waaraan de betrokken beheerders zich (in het verleden) niet redelijkerwijze konden verwachten.

2. Selon l'article 4, alinéa 4, le ministre peut fixer les modalités suivant lesquelles les données sont transmises électroniquement.

A la différence de ce qu'énonce l'article 8, alinéa 2, concernant la fixation, par le ministre, des modalités relatives à la signature électronique du médecin en chef, la présente disposition ne prévoit pas l'avis de la Commission « Normes en matière télématique dans le secteur de la santé ».

Le fonctionnaire délégué, à qui l'observation en fut faite, a déclaré qu'il vaudrait mieux harmoniser les prévisions de ces deux dispositions. L'article 4, alinéa 4, prescrira par conséquent aussi l'avis préalable de la Commission.

Article 6

Le paragraphe 4 concerne la « définition » des catégories principales visées aux points 4.1 et 4.2 de l'annexe, ainsi que toute modification apportée à celle-ci.

On n'aperçoit pas ce qu'il faut entendre par « définition » des catégories principales. S'il s'agit uniquement de modifications ultérieures de l'annexe, on écrira simplement : « Les modifications des points 4.1 et 4.2 de l'annexe sont... ».

Le paragraphe 4, au demeurant, n'est pas à sa place dans l'article 6 : d'une manière générale, cet article porte sur les modalités de la transmission des données, alors que le paragraphe 4 contient la définition même de certaines données. Ainsi que le propose le fonctionnaire délégué, mieux vaudrait déplacer le paragraphe 4 dans l'article 4, alinéa 2.

Article 7

1. Selon l'alinéa 1^{er}, l'identité de la personne assurant le rôle d'intermédiaire dans chaque établissement sera communiquée au ministre.

Le Conseil d'Etat se demande s'il ne serait pas plus simple de disposer que l'identité sera communiquée à l'administration compétente (4).

2. A l'alinéa 3, 5°, on remplacera les mots « tel que visé à l'article 6 du présent arrêté » par « visé à l'article 6 ».

3. La disposition figurant à l'alinéa 3, 6°, est une simple redite de ce qu'énonce déjà l'alinéa 1^{er}. Mieux vaut par conséquent omettre l'alinéa 3, 6°.

Article 8

L'alinéa 3 dispose que les documents attestant que les données ont été contrôlées et validées, doivent « pouvoir être consultés » à tout moment à l'hôpital.

Ainsi que l'a observé la Commission de la protection de la vie privée, il est recommandé de préciser quelles personnes peuvent procéder à la consultation (5).

Le fonctionnaire délégué a déclaré que la disposition en projet a pour objet de permettre le contrôle par des fonctionnaires de l'audit interne de l'institution. Cette précision devrait être intégrée dans le projet.

Article 10

Il convient de rédiger la phrase liminaire de cet article comme suit dans le texte français :

« L'article 1^{er} de l'arrêté royal du 6 décembre 1994 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, modifié ..., est complété par un alinéa 2, rédigé comme suit : ».

Article 11

1. Suivant l'alinéa 1^{er}, l'arrêté en projet produit ses effets le 1^{er} avril 1996; l'article 8 produit ses effets le 1^{er} janvier 1999.

1.1. Il a déjà été observé ci-dessus que dans la mesure où l'arrêté en projet produit ses effets pour la période du 1^{er} avril 1996 au 10 septembre 2000, il y aura lieu de conformer la liste des données à communiquer à l'article 86, alinéa 2, de la loi sur les hôpitaux, tel qu'il était en vigueur pendant cette période (voir l'observation ci-dessus sur le fondement légal).

1.2. Abstraction faite de cette observation, il convient encore de relever, d'une manière plus générale, que l'imposition rétroactive d'obligations aux gestionnaires d'hôpitaux ne peut se heurter au principe général du droit de la sécurité juridique. Cela signifie qu'il ne peut s'agir d'obligations auxquelles les gestionnaires concernés ne pouvaient raisonnablement s'attendre (par le passé).

De stellers van het ontwerp dienen na te gaan of de rechtszekerheid niet vereist dat voor sommige gegevens in overgangsmaatregelen wordt voorzien. De Raad van State heeft hierbij met name gegevens op het oog die de beheerders in het verleden niet moesten registreren of mededelen.

Bovendien zou alleszins in een overgangsregeling moeten worden voorzien m.b.t. de termijnen waarbinnen gegevens, die betrekking hebben op periodes uit het verleden, aan de minister moeten worden medegedeeld (zie artikel 6).

2. Volgens het tweede lid houdt artikel 9 op uitwerking te hebben op 1 januari 2000.

Artikel 9 voorziet in de vervanging van artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987. Dat koninklijk besluit is opgeheven bij het koninklijk besluit van 3 mei 1999, met ingang van 1 januari 2000.

De vervanging van artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987, met ingang van 1 april 1996 (artikel 11, eerste lid, van het ontwerp), gebeurt onmiddellijk. De bepaling van artikel 9 van het ontwerp is dan ook onmiddellijk uitgewerkt.

Het heeft bijgevolg geen zin om te bepalen dat artikel 9 nog uitwerking heeft tot 1 januari 2000 (6). Artikel 11, tweede zin, dient integendeel weggelaten te worden.

De kamer was samengesteld uit :

De heren :

W. Deroover, eerste voorzitter.

D. Albrecht, P. Lemmens, staatsraden.

H. Cousy, A. Spruyt, assessoren van de afdeling wetgeving.

Mevr. F. Lievens, griffier.

De overeenstemming tussen de Nederlandse en de Franse tekst werd nagezien onder toezicht van de heer P. Lemmens.

Het verslag werd uitgebracht door de heer J. Van Nieuwenhove, auditeur. De nota van het Coördinatiebureau werd opgesteld en toegelicht door de heer G. De Bleeckere, adjunct-referendaris.

De griffier,
F. Lievens

De eerste voorzitter,
W. Deroover

Nota's

(1) R.v.St., 26 januari 2000, v.z.w. « Fédération belge des chambres syndicales de médecins, nr. 84.880.

(2) Artikelen 31bis tot 31quater van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen; koninklijk besluit van 20 september 1998 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde minimale psychiatrische statistische gegevens van de initiatieven van beschut wonen moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

(3) Zie, in dezelfde zin, het advies nr. 29/2000 van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van 14 september 2000, § 12, in fine.

(4) In dat geval kunnen in het tweede en het derde lid de woorden « De (resp. deze) persoon, als bedoeld in het eerste lid » telkens vervangen worden door « Deze persoon ».

(5) Voornoemd advies nr. 29/2000 van 14 september 2000, § 16.

(6) Vanzelfsprekend volgt artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987, zoals het vervangen wordt bij artikel 9 van het ontwerp, het lot van de bestaande bepalingen van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987, en is het dus opgeheven met ingang van 1 januari 2000 (koninklijk besluit van 3 mei 1999). In die zin zal het vervangen artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 (niet artikel 9 van het ontwerp) dus uitwerking hebben tot 1 januari 2000. Dit hoeft echter niet met zoveel woorden bevestigd te worden.

Les auteurs du projet devront vérifier sur la sécurité juridique ne requiert pas de prévoir des mesures transitoires pour certaines données. Le Conseil d'Etat entend notamment par là des données que les gestionnaires ne devaient pas enregistrer ou communiquer dans le passé.

En outre, il faudrait en tout cas prévoir un régime transitoire en ce qui concerne les délais dans lesquels les données relatives à des périodes se situant dans le passé, doivent être communiquées au ministre (voir article 6).

2. Selon l'alinéa 2, l'article 9 cesse de produire ses effets le 1^{er} janvier 2000.

L'article 9 prévoit le remplacement de l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 14 août 1987. Cet arrêté royal a été abrogé par l'arrêté royal du 3 mai 1999 avec effet le 1^{er} janvier 2000.

Le remplacement de l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 14 août 1987 avec effet au 1^{er} avril 1996 (article 11, alinéa 1^{er}, du projet) est immédiat. La disposition de l'article 9 du projet épuise donc immédiatement ses effets.

Il est par conséquent dénué de sens de prévoir que l'article 9 produit encore ses effets jusqu'au 1^{er} janvier 2000 (6). L'article 11, alinéa 2, en revanche, doit être omis.

La chambre était composée de :

MM. :

W. Deroover, premier président.

D. Albrecht, P. Lemmens, conseillers d'Etat.

H. Cousy, A. Spruyt, assesseurs de la section de législation.

Mme F. Lievens, greffier.

La concordance entre la version néerlandaise et la version française a été vérifiée sous le contrôle de M. P. Lemmens.

Le rapport a été présenté par M. J. Van Nieuwenhove, auditeur. La note du bureau de coordination a été rédigée et exposée par M. G. De Bleeckere, référendaire adjoint.

Le greffier,
F. Lievens

Le premier président,
W. Deroover

Notes

(1) Conseil d'Etat, 26 janvier 2000, a.s.b.l. Fédération belge des chambres syndicales de médecins, n° 84880.

(2) Articles 31bis à 31quater de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques; arrêté royal du 20 septembre 1998 déterminant les règles suivant lesquelles des données statistiques minimales psychiatriques pour les initiatives d'habitation protégée doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

(3) Voir, dans le même sens, l'avis n° 29/2000 de la Commission de la protection de la vie privée du 14 septembre 2000, § 12, in fine.

(4) Dans ce cas, les mots « La (cette) personne, telle que visée à l'alinéa précédent (à l'alinéa 1^{er}) », figurant respectivement à l'alinéa 2 et à l'alinéa 3, peuvent être remplacés chaque fois par « Cette personne ».

(5) Avis susvisé n° 29/2000 du 14 septembre 2000, § 16.

(6) Il va de soi que l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 14 août 1987, tel qu'il est remplacé par l'article 9 de l'arrêté en projet, partage le sort des dispositions existantes de l'arrêté royal du 14 août 1987, de sorte qu'il est abrogé à compter du 1^{er} janvier 2000 (arrêté royal du 3 mai 1999). Dans ce sens, l'article 1^{er}, remplacé, de l'arrêté royal du 14 août 1987 (et non pas l'article 9 du projet) aura produit ses effets jusqu'au 1^{er} janvier 2000. Il est inutile de le confirmer de manière expresse.

1 OKTOBER 2002. — Koninklijk besluit houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde minimale psychiatrische statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 86, gewijzigd bij de wetten van 29 april 1996 en 12 augustus 2000;

Gelet op het koninklijk besluit van 6 december 1994 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 8 oktober 1996, 4 december 1998, 3 mei 1999 en 2 december 1999;

Gelet op het protocol, afgesloten op 28 juli 1999 door de Ministers M. Aelvoet en F. Vandenbroucke, aangaande de vaststelling van de respectieve bevoegdheden van de Minister van Sociale Zaken en de Minister van Volksgezondheid, inzonderheid op punt 2;

Gelet op het advies nr. 29/2000 van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, uitgebracht op 14 september 2000;

Gelet op het advies van de Raad van State nr. 31.081/3 uitgebracht op 5 juni 2001;

Gelet op het advies nr. 12/2002 van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, uitgebracht op 21 maart 2002;

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Ind it besluit wordt verstaan onder :

1° « verpleegdagprijs » : de verpleegdagprijs bedoeld in de bepalingen van Titel III, Hoofdstuk V, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;

2° « de Minister » : de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft;

3° « leefeenheid » : een groep van patiënten die samenleven, eten, ontspannen en die verblijven in een architecturaal afgescheiden gebouw of een deel van een gebouw, terwijl zij begeleid worden door eenzelfde team van hulpverleners;

4° « Commissie : standaarden inzake telematica ten behoeve van de sector van de gezondheid » : de Commissie, bedoeld in het koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende oprichting van een Commissie « Standaarden inzake telematica ten behoeve van de sector van de gezondheid ».

Art. 2. Dit besluit is van toepassing op de psychiatrische ziekenhuizen alsmede op de algemene ziekenhuizen met één of meerdere diensten neuropsychiatrie voor observatie en behandeling (kenletter A), diensten neuro-psychiatrie voor behandeling (kenletter T), diensten neuro-psychiatrie voor kinderen (kenletter K).

Met ingang van de door Ons te bepalen datum, wordt dit besluit eveneens van toepassing op de diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) voor patiënten met psychogeriatrische aandoeningen in de algemene ziekenhuizen.

Art. 3. § 1. De registratie van minimale psychiatrische gegevens heeft tot doel het te voeren gezondheidsbeleid te ondersteunen, voor wat betreft :

1° de vaststelling van de behoeften aan psychiatrische voorzieningen;

2° de omschrijving van de kwalitatieve en kwantitatieve erkenningsnormen van de psychiatrische ziekenhuizen en -diensten;

3° de organisatie van de financiering van de psychiatrische ziekenhuizen en -diensten met inbegrip van de controle op het goed gebruik van de overheidsmiddelen;

4° het uitstippelen van een beleid op basis van epidemiologische gegevens.

§ 2. De in § 1 bedoelde opsomming van doeleinden is limitatief.

Art. 4. De minimale psychiatrische gegevens worden geregistreerd voor de patiënten van de psychiatrische ziekenhuizen en van de diensten van de algemene ziekenhuizen bedoeld in artikel 2, waarvoor een verpleegdagprijs of een budget van financiële middelen wordt vastgesteld.

De mede te delen gegevens zijn in de bijlagen 1 en 2 van dit besluit vastgesteld.

1^{er} OCTOBRE 2002. — Arrêté royal fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 86, modifié par les lois des 29 avril 1996 et 12 août 2000;

Vu l'arrêté royal du 6 décembre 1994 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, modifié par les arrêtés royaux des 8 octobre 1996, 4 décembre 1998, 3 mai 1999 et 2 décembre 1999;

Vu le protocol, conclu le 28 juillet 1999 par les Ministres M. Aelvoet et F. Vandenbroucke, concernant la définition des compétences respectives du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, notamment le point 2;

Vu l'avis n° 29/2000 de la Commission de la protection de la vie privée, émis le 14 septembre 2000;

Vu l'avis du Conseil d'Etat n° 31.081/3, émis le 5 juin 2001;

Vu l'avis n° 12/2002 de la Commission de la protection de la vie privée, émis le 21 mars 2002;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Dans cet arrêté, on entend par :

1° « prix de journée d'hospitalisation » : le prix de journée d'hospitalisation visé aux dispositions du Titre III, chapitre V, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987;

2° « le Ministre » : le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

3° « unité de vie » : un groupe de patients qui cohabitent, mangent, se détendent et séjournent dans un bâtiment ou une partie de bâtiment, distinct sur le plan architectural et qui sont encadrés par une même équipe d'intervenants;

4° « Commission : normes en matière de télématicque dans le secteur de la santé » : la Commission, visée à l'arrêté royal du 3 mai 1999 portant création d'une Commission « Normes en matière de télématicque dans le secteur de la santé ».

Art. 2. Le présent arrêté est applicable aux hôpitaux psychiatriques ainsi qu'aux hôpitaux généraux disposant d'un ou de plusieurs services neuropsychiatriques d'observation et de traitement (index A), services neuropsychiatriques de traitement (index T) ou les services de neuro-psychiatrie infantile (index K).

A partir d'une date à fixer par Nous, le présent arrêté s'appliquera également aux services de traitement et de réadaptation (index Sp) pour les patients souffrant d'affections psychogeriatrisques dans les hôpitaux généraux.

Art. 3. § 1^{er}. L'enregistrement du résumé psychiatrique minimum a pour but de soutenir la politique de santé à mener, en ce qui concerne :

1° la détermination des besoins en équipements psychiatriques;

2° la définition des normes qualitatives et quantitatives d'agrément des hôpitaux et des services psychiatriques;

3° l'organisation du financement des hôpitaux et des services psychiatriques, y compris le contrôle de l'utilisation efficace des allocations de fonds publics;

4° l'élaboration d'une politique sur la base de données épidémiologiques.

§ 2. L'énumération des objectifs visée au § 1^{er} est limitative.

Art. 4. Le résumé psychiatrique minimum est enregistré pour les patients des hôpitaux psychiatriques et des services des hôpitaux généraux visés à l'article 2, pour lesquels un prix de journée d'hospitalisation ou un budget des moyens financiers est fixé.

Les données à communiquer sont fixées dans les annexes 1^{re} et 2 du présent arrêté.

Deze gegevens moeten op een elektronische drager worden overgemaakt.

De Minister kan, na advies van de Commissie « Standaarden inzake telematica ten behoeve van de sector van de gezondheidszorg », de wijze bepalen waarop de in het eerste lid bedoelde gegevens elektronisch worden overgemaakt.

Art. 5. De Minister is de verantwoordelijke voor de verwerking van het bestand van de in artikel 4 bedoelde gegevens.

De Directeur-generaal van het Directoraat-generaal Organisatie gezondheidsvoorzieningen van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu is de verwerker van de in artikel 4 bedoelde gegevens.

Art. 6. § 1. De algemene gegevens betreffende de instelling en betreffende de leefeenheden, bedoeld in bijlage 1, punten 1 en 3, worden per semester geregistreerd. Deze gegevens worden overgemaakt aan de Minister, ten laatste drie maanden na de in deze paragraaf bedoelde registratieperiode, met name op 31 maart en 30 september.

§ 2. Het in punt 2 van de bijlage 1 bedoelde aantal verpleegdagen, worden per semester geregistreerd. Deze gegevens worden overgemaakt aan de Minister, ten laatste drie maanden na de in deze paragraaf bedoelde registratieperiode, met name op 31 maart en 30 september.

§ 3. De in punt 4.1. van de bijlagen 1 en 2 bedoelde continue gegevens, worden per semester geregistreerd.

De in het eerste lid bedoelde continue gegevens worden geregistreerd per leefeenheid en per dienst voor alle opgenomen patiënten, en moeten worden overgemaakt aan de Minister, ten laatste drie maanden na het einde van de registratieperiode, met name op 31 maart en 30 september.

§ 4. De steekproefgegevens, bedoeld in punt 4.2. van bijlage 1, en de gegevens betreffende het aantal aanwezige personeelsleden, bedoeld in punt 4.3 van de bijlage 1, worden tijdens de betrokken registratieweek, bedoeld in respectievelijk het vierde en vijfde lid, geregistreerd.

De steekproefgegevens betreffende de patiënt worden per leefeenheid en enkel tijdens de registratieweken geregistreerd en dit voor al de opgenomen patiënten.

De steekproefgegevens betreffende het personeel worden enkel per leefeenheid geregistreerd.

Per kalenderjaar zijn er maximaal twee registratieweken met betrekking tot de gegevens, bedoeld in punt 4.2 van de bijlage. Deze registratieweken worden door het hoofd van het Directoraat-generaal Organisatie van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu bepaald. Elke registratieweek bestaat uit zeven dagen, te beginnen met een donderdag. De registratieweken moeten gekozen worden uit de tweede helft van de maanden april, mei, oktober en november. Een registratieweek wordt bekendgemaakt in de loop van de eerste week, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu van de betrokken maand. De bedoelde gegevens worden overgemaakt aan de Minister, ten laatste drie maanden na het einde van het semester waarin de betrokken steekproef heeft plaats gehad, met name op 31 maart en/of 30 september.

Per kalenderjaar zijn er maximaal twee registratieweken met betrekking tot de gegevens bedoeld in punt 4.3 van de bijlage. Deze registratieweken worden door het hoofd van het Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu bepaald. Elke registratieweek bestaat uit zeven dagen, te beginnen met een donderdag. De registratieweken moeten gekozen worden uit de tweede helft van de maanden april, mei, oktober en november. Een registratieweek wordt bekendgemaakt in de loop van de eerste week van de betrokken maand. De bedoelde gegevens worden overgemaakt aan de Minister, ten laatste drie maanden na het einde van het semester waarin de betrokken steekproef heeft plaats gehad, met name op 31 maart en/of 30 september.

§ 5. In geval van betwisting omtrent de naleving van de in de §§ 1, 2, 3 en 4 omschreven termijnen zal de stempel van postdatum als bewijs gelden.

§ 6. De gegevens, geregistreerd en overgemaakt overeenkomstig, §§ 1, 2, 3 en 4 dienen door iedere instelling bewaard te worden gedurende een termijn van vijf jaren.

Ces données doivent être transmises sur un rapport électronique.

Le Ministre peut, après avis de la Commission « Normes en matière télématique dans le secteur de la santé », fixer les modalités suivant lesquelles les données visées à l'alinéa 1^{er} doivent être transmises électroniquement.

Art. 5. Le Ministre est le responsable du traitement du fichier des données visées à l'article 4.

Le Directeur général de la Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement est le gestionnaire du traitement des données visées à l'article 4.

Art. 6. § 1^{er}. Les données générales relatives à l'établissement et aux unités de vie, visées à l'annexe 1^{re}, points 1 et 3, sont enregistrées par semestre. Ces données doivent être transmises au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, au plus tard trois mois à l'issue de la période d'enregistrement, soit les 31 mars et 30 septembre.

§ 2. Le nombre de journées d'hospitalisation, visé au point 2 de l'annexe 1^{re}, est enregistré par trimestre. Ces données doivent être transmises au Ministre, au plus tard trois mois à l'issue de la période d'enregistrement, soit les 31 mars et 30 septembre.

§ 3. Les données continues, visées au point 4.1 des annexes 1^{re} et 2, sont enregistrées par semestre.

Ces données continues sont enregistrées par unité de vie et par service, pour tous les patients admis, et doivent être transmises au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, au plus tard trois mois après la fin de la période statistique soit les 31 mars et 30 septembre.

§ 4. Les données discontinues visées au point 4.2 de l'annexe 1^{re} et les données relatives au nombre de membres de personnel présents, visées au point 4.3 de l'annexe 1^{re}, sont enregistrées au cours de la semaine d'enregistrement concernée, visées respectivement aux alinéas 4 et 5.

Ces données discontinues relatives au patient sont enregistrées par unité de vie et uniquement durant les semaines d'enregistrement, et ce pour tous les patients admis.

Les données discontinues relatives au personnel sont uniquement enregistrées par unité de vie.

Il y a au maximum deux semaines d'enregistrement par an en ce qui concerne les données visées au point 4.2. des annexes. Les semaines d'enregistrement sont fixées par le chef de la Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Chaque semaine d'enregistrement se compose de sept jours et commence le jeudi. Les semaines d'enregistrement doivent être choisies dans la deuxième moitié des mois d'avril, de mai, d'octobre et de Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. La semaine d'enregistrement est annoncée dans le courant de la première semaine du mois concerné. Les données visées sont transmises au Ministre, au plus tard trois mois après la fin du semestre dans lequel tombait la semaine d'enregistrement concernée soit les 31 mars et 30 septembre.

Il y a au maximum deux semaines d'enregistrement par an en ce qui concerne les données visées au point 4.3 des annexes. Les semaines d'enregistrement sont fixées par le chef de la Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Chaque semaine d'enregistrement se compose de sept jours et commence le jeudi. Les semaines d'enregistrement doivent être choisies dans la deuxième moitié des mois d'avril, de mai, d'octobre et de novembre. La semaine d'enregistrement est annoncée dans le courant de la première semaine du mois concerné. Les données visées à l'alinéa 1^{er} sont transmises au Ministre, au plus tard trois mois après la fin du semestre dans lequel tombait la semaine d'enregistrement concernée, soit les 31 mars et 30 septembre.

§ 5. En cas de contestation au sujet des délais fixés aux §§ 1^{er}, 2, 3 et 4, le cachet de la poste fera foi.

§ 6. Les données enregistrées et transmises conformément aux §§ 1^{er}, 2, 3 et 4 doivent être conservées par chaque institution pendant un délai de cinq ans.

Art. 7. In iedere instelling wordt een persoon door de beheerder belast met de coördinatie van de bedoelde gegevens. Deze persoon treedt ook op als contactpersoon ten aanzien van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; zijn identiteit wordt medegedeeld aan het Directoraat-generaal Organisatie gezondheidszorgvoorzieningen van die Federale Overheidsdienst.

Deze persoon, als bedoeld in het vorige lid, wordt belast met de volgende opdrachten :

- 1° instaan voor de organisatie van de registratie;
- 2° instaan voor de opleiding m.b.t. de registratieprocedure;
- 3° instaan voor de kwaliteitsbewaking van de geregistreerde en overgemaakte gegevens;
- 4° instaan voor de oplossing van problemen binnen de instelling met betrekking tot de registratie van de minimale psychiatrische gegevens;
- 5° in samenwerking met de hoofdgeneesheer, instaan voor het tijdig overmaken van de minimale psychiatrische gegevens, zoals bedoeld in artikel 6;
- 6° verwerken van de minimale psychiatrische gegevens op het niveau van de instelling;
- 7° verstrekken van aanvullende of ontbrekende inlichtingen ten aanzien van de Federale Overheidsdienst en het geven van feedback op het niveau van de instelling.

Art. 8. Bij overdracht van de gegevens dient de hoofdgeneesheer, via een door hem ondertekende begeleidende brief, na controle en validering, de waarachtigheid van de gegevens te bekrachtigen.

Vanaf de door de Minister te bepalen datum dienen de gegevens, na controle en validering en ter bekrachtiging van de waarachtigheid van de gegevens, de elektronische handtekening van de hoofdgeneesheer te dragen volgens de modaliteiten bepaald door de minister, na advies van de Commissie « Standaarden inzake telematica ten behoeve van de sector van de gezondheidszorg ».

In het ziekenhuis moeten de stukken waaruit de controle en validering van de minimale psychiatrische gegevens blijkt, zich te alle tijden ter inzage van de personen bedoeld in artikel 115 van de wet op ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, bevinden.

Het ziekenhuis dient haar patiënten te informeren over het bestaan van de overdracht van gecodeerde gegevens aan de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-generaal Organisatie gezondheidsvoorzieningen met vermelding van hun finaliteit en hun wettelijke of reglementaire basis.

De Federale Overheidsdienst engageert zich om de ziekenhuizen dienaangaande richtlijnen te verstrekken.

Art. 9. Artikel 1 van het koninklijk besluit van 6 december 1994 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 8 oktober 1996, 4 december 1998, 3 mei 1999 en 2 december 1999, wordt aangevuld met een tweede lid, luidend als volgt :

« Met ingang van een door Ons te bepalen datum, is dit besluit niet van toepassing op de diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) voor patiënten met psychogeriatrische aandoeningen in de algemene ziekenhuizen. »

Art. 10. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 april 1996, met uitzondering van artikel 8, dat uitwerking heeft met ingang van 1 januari 1999.

In afwijking tot het eerste lid, zijn de punten in bijlage 1 waarvan in bijlage 2 wordt afgeweken, van toepassing met ingang van 10 september 2000. Voor deze punten is bijlage 2 van toepassing van 1 april 1996 tot en met 9 september 2000.

Art. 11. Onze Minister van Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 1 oktober 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Volksgezondheid,
J. TAVERNIER

Art. 7. Dans chaque établissement, le gestionnaire désigne une personne chargée de la coordination de ces données. Cette personne assurera également le rôle d'intermédiaire auprès du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement son identité sera communiquée à l'Administration des Soins de Santé de ce Service public fédéral.

Cette personne, telle que visée à l'alinéa précédent, est chargée des missions suivantes :

- 1° veiller à l'organisation de l'enregistrement;
- 2° veiller à la formation relative à la procédure d'enregistrement ;
- 3° veiller à l'assurance de la qualité des données enregistrées et transmises;
- 4° apporter une solution aux problèmes au sein de l'établissement concernant l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum;
- 5° en collaboration avec le médecin en chef, veiller à la transmission, à temps, du résumé psychiatrique minimum, visé à l'article 6;
- 6° traiter le résumé psychiatrique minimum au niveau de l'établissement;
- 7° fournir des données complémentaires ou manquantes envers le Service public fédéral et donner un feed-back au niveau de l'établissement.

Art. 8. Lors de la transmission des données, celles-ci doivent être authentifiées, après contrôle et validation, par le médecin en chef, au moyen d'une lettre d'accompagnement signée par lui.

A partir de la date fixée par le Ministre les supports magnétiques doivent, après contrôle et validation, être assortis de la signature électronique du médecin en chef comme preuve de l'authenticité des données, et ce selon les modalités définies par le Ministre, après avis de la Commission « Normes en matière de télématicque dans le secteur de la santé ».

A l'hôpital, les documents attestant que les données ont été contrôlées et validées, doivent pouvoir être consultés à tout moment par les personnes visées à l'article 115 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

L'hôpital doit informer ses patients au sujet de l'existence de la transmission de données codées au Service public fédéral Santé publique, Administration des Soins de Santé, en mentionnant leur finalité et de la base légale ou réglementaire.

Le Service public fédéral s'engage à fournir aux hôpitaux des directives en la matière.

Art. 9. L'article 1^{er} de l'arrêté royal du 6 décembre 1994 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, modifié par les arrêtés royaux des 8 octobre 1996, 4 décembre 1998, 3 mai 1999 et 2 décembre 1999, est complété par un alinéa 2, rédigé comme suit :

« A partir d'une date à fixer par Nous, le présent arrêté ne s'applique pas au service des traitements et de réadaptation (index SP) pour les patients souffrant d'affections psychogériatriques dans les hôpitaux généraux. »

Art. 10. Cet arrêté produit ses effets le 1^{er} avril 1996, à l'exception de l'article 8, qui produit ses effets le 1^{er} janvier 1999.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, les points de l'annexe 1^{er} pour lesquels l'annexe 2 prévoit une dérogation, sont applicables à partir du 10 septembre 2000. Pour ces points, l'annexe 2 est applicable du 1^{er} avril 1996 au 9 septembre 2000.

Art. 11. Notre Ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 1^{er} octobre 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Santé publique,
J. TAVERNIER

Bijlage 1**Lijst van de mede te delen gegevens**

1. De gegevens betreffende de instelling :
 - 1.1. algemene gegevens betreffende de instelling :
 - a) het registratienummer van de instelling toegekend door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft;
 - b) het erkenningsnummer toegekend door de overheid die bevoegd is voor de erkenning van ziekenhuisdiensten;
 - c) de code van het gegevensbestand toegekend door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft;
 - d) de naam van de coördinator van de minimale psychiatrische gegevensregistratie.
 - 1.2. de algemene gegevens betreffende samenwerkingsverbanden :
 - a) de partners van het samenwerkingsverband als inrichtende macht van een initiatief voor beschut wonen;
 - b) de deelname aan een samenwerkingsverband als overlegplatform.
 - 1.3. het aantal erkende plaatsen/bedden per kenletter volgens het meest recente erkenningsbesluit.
2. Verpleegdagen :
 - totaal aantal gefactureerde verpleegdagen per dienst/per maand.
3. De algemene gegevens betreffende de leefeenheden :
 - de indeling van de leefeenheden in aantal bedden/plaatsen, volgens type kamer, met name 1-, 2- en/of meerpersoonskamer.
4. De minimale psychiatrische gegevens :
 - 4.1. de continue gegevens :
 - 4.1.1. de opname en -ontslaggegevens per leefeeheid en per dienst :
 - a) het registratienummer van het verblijf, dat uniek dient te zijn en geen enkel persoonlijk gegeven mag bevatten;
 - b) het geboortjaar;
 - c) het geslacht;
 - d) voor de Belgen het bestuurlijk arrondissement van hun hoofdverblijf en met ingang van een door de Minister te bepalen datum de gemeente van hun hoofdverblijf, en voor de vreemdelingen hun land van herkomst;
 - e) het juridisch statuut van de patiënt, uitgedrukt in de hoofdcategorieën :
 - Vrijwillig;
 - Opname ter Observatie;
 - Internering;
 - Verderzetting gedwongen verblijf;
 - Probatie;
 - Andere juridische voorwaarde;
 - Bijstand aan persoon in nood;
 - Andere, niet gespecificeerd;
 - Onbekend.
 - f) de kenletter van de dienst;
 - g) aantal vorige opnames in de instelling; met ingang van de door de Minister te bepalen datum, wordt telkens het aantal dagen sinds het vorige ontslag vermeld;
 - h) de datum van opname in de instelling, uitgedrukt in jaar, maand en dag in de week;
 - i) gefactureerde verpleegdagen in chronologische volgorde, per dienst en per leefeenheid, uitgedrukt in aantal dagen;
 - j) de aard van de opname uitgedrukt in de hoofdcategorieën :
 - Opname gepland sinds minder dan 24 uur;
 - Opname gepland sinds 24 uur of meer;
 - Onbekend;
 - k) identificatienummer van de leefeenheid;
 - l) de leefomgeving vóór opname, uitgedrukt in de hoofdcategorieën :
 - Woont alleen;
 - Eigen gezin;
 - Ouderlijk gezin;
 - Inwonend of samenwonend;
 - Ander gezins- of gezinsvervangend milieu;
 - Voorziening voor bejaarden;

Annexe 1^{re}**Liste des données à communiquer**

1. Les données relatives à l'établissement :
 - 1.1. données générales relatives à l'établissement :
 - a) le numéro d'enregistrement de l'établissement attribué par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;
 - b) le numéro d'agrément attribué par l'autorité compétente en matière d'agrément des services hospitaliers;
 - c) le code du fichier de données attribué par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;
 - d) le nom du coordinateur de l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum.
 - 1.2. les données générales relatives aux associations :
 - a) les partenaires de l'association en tant que pouvoir organisateur d'une initiative d'habitation protégée;
 - b) la participation à une association comme plate-forme de concertation.
 - 1.3. le nombre de places/lits agréés par index selon le dernier arrêté d'agrément.
2. Les journées d'hospitalisation :
 - nombre total de journées d'hospitalisation facturées par service/par mois.
3. Les données générales relatives aux unités de vie :
 - la répartition des chambres/places selon le type : chambre à 1, 2 ou plusieurs patients.
4. Le résumé psychiatrique minimum :
 - 4.1. les données continues :
 - 4.1.1. les données relatives à l'admission et à la sortie par unité de vie et par service :
 - a) le numéro d'enregistrement du séjour, qui doit être unique et ne peut comporter aucune donnée personnelle;
 - b) l'année de naissance;
 - c) le sexe;
 - d) pour les Belges, l'arrondissement administratif de leur résidence principale et à partir d'une date à fixer par le Ministre, la commune de leur résidence principale, et pour les étrangers leur pays d'origine;
 - e) le statut juridique du patient, exprimé en catégorie principale :
 - Volontaire;
 - Mise en observation;
 - Internement;
 - Maintien;
 - Probation;
 - Autre condition juridique;
 - Assistance à personne en danger;
 - Autre non-spécifié;
 - Inconnu;
 - f) l'index du service;
 - g) nombre d'admissions antérieures dans l'établissement, à partir d'une date à fixer par le Ministre, on mentionne le nombre de jours depuis la sortie précédente;
 - h) la date d'admission dans l'établissement, exprimée en année, mois et jour de la semaine;
 - i) journées d'hospitalisation facturées, dans un ordre chronologique, par service et par unité de vie exprimées en nombre de jours;
 - j) le type d'admission exprimé en catégorie principale :
 - Programmée depuis moins de 24 heures;
 - Programmée depuis 24 heures ou plus;
 - Inconnu;
 - k) numéro d'identification de l'unité de vie;
 - l) le cadre de vie avant l'admission, classé par les catégories principales :
 - Isolé;
 - Famille fondée;
 - Famille parentale;
 - Résident ou cohabitant;
 - Autre milieu familial ou de remplacement;
 - Résidence pour personnes âgées;

Instelling voor gehandicaptenzorg;
 Opvangcentrum voor thuislozen;
 Gemeenschapsverband;
 Instelling afhankelijk van Justitie;
 Andere collectieve woonvorm;
 Psychiatrisch ziekenhuis;
 Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis;
 Psychiatrisch verzorgingstehuis;
 Beschut wonen;
 Gezinsverpleging;
 Alternatieve psychiatrische opvang;
 Algemeen ziekenhuis;
 Ander therapeutisch milieu;
 Ander niet-gespecificeerd milieu;
 Geen vaste verblijfplaats;
 Onbekend;
 m) de verwijzer uitgedrukt in de hoofdcategorieën :
 Op eigen initiatief van de betrokkene;
 Op initiatief van familie/eigen omgeving;
 Op initiatief van andere niet-professionele personen;
 Ziekenwagen;
 Juridische instantie;
 Ordehandhavers;
 Andere professionele personen zonder therapeutisch doel;
 Privé-raadpleging huisarts & andere specialist niet-psychiatrisch;

 Privé-raadpleging psychiater van de eigen instelling;
 Privé-raadpleging psychiater niet verbonden aan de eigen instelling;
 Centrum voor geestelijke gezondheidszorg;
 Poliklinische raadpleging eigen instelling;
 Poliklinische raadpleging andere instelling;
 Andere professionele personen met therapeutisch doel;
 Eigen instelling of eigen algemeen ziekenhuis;
 Psychiatrisch ziekenhuis;
 Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis;
 Psychiatrisch verzorgingstehuis;
 Beschut wonen;
 Algemeen ziekenhuis;
 Alternatieve psychiatrische opvang;
 Bejaardentehuis/RVT/Sp-dienst;
 Ander instellingsverband;
 Geen tussenkomende persoon;
 Onbekend;
 n) multidimensionele problemen bij opname :
 — *Psychische tekens & symptomen* :
 Zelfmoordgedachten;
 Auto-agressie dreiging;
 Auto-agressie daden;
 Vijandig, gespannen, negativistisch;
 Agressiviteit t.o.v. objecten;
 Agressiviteit t.o.v. personen;
 Depressieve stemming, minderwaardigheid;
 Vertraging, verminderd gevoelsleven;
 Onaangepaste gevoelens;
 Agitatie, verbale agressie;
 Angst, vrees, fobie;
 Obsessies, compulsies;
 Sociaal teruggetrokken;
 Euforie;
 Hallucinaties;
 Wanen;
 Wantrouwen, achterdocht;
 Grootheidsgedachten (megalomanie);
 Overdreven afhankelijkheid t.o.v. personen;
 Problemen i.v.m. alcohol;

Institution de soins aux handicapés;
 Centre d'accueil pour les sans-abri;
 Vie communautaire;
 Institution relevant de la Justice;
 Autre habitation collective;
 Hôpital psychiatrique;
 Service psychiatrique en hôpital général;
 Maison de soins psychiatriques;
 Habitation protégée;
 Placement en milieu familial;
 Accueil psychiatrique alternatif;
 Hôpital général;
 Autre milieu thérapeutique;
 Autre milieu non spécifié;
 Sans domicile fixe;
 Inconnu;
 m) l'instance ayant adressé le patient, classé par catégorie principale :
 Initiative personnelle du patient;
 Initiative de la famille/proches;
 Initiative d'autres non-professionnels;
 Ambulance;
 Instance juridique;
 Ordre public;
 Autres personnes professionnelles sans objectifs thérapeutiques;
 Consultation privée de médecin généraliste et médecin spécialiste non psychiatre;
 Consultation privée psychiatre de la même institution;
 Consultation privée psychiatre non attaché à l'institution;
 Centre de santé mentale;
 Consultation policlinique de la même institution;
 Consultation policlinique d'une autre institution;
 Autre personnes professionnelles avec objectifs thérapeutiques;
 Même institution ou même hôpital général;
 Hôpital psychiatrique;
 Service psychiatrique en hôpital général;
 Maison de soins psychiatriques;
 Habitation protégée;
 Hôpital général;
 Centre d'accueil alternatif;
 Maison de repos/MRS/Service Sp;
 Autre institution;
 Aucun intervenant;
 Inconnu;
 n) troubles pluridimensionnels au moment de l'admission :
 — *Signes & symptômes psychiques* :
 Idées suicidaires;
 Menaces d'auto-agression;
 Auto-agressivité;
 Hostilité, tension, négativisme;
 Agressivité envers objets;
 Agressivité envers personnes;
 Humour dépressive, sentiment d'infériorité;
 Ralentissement, diminution des affects;
 Affects inappropriés;
 Agitation, vocifération;
 Anxiété, angoisse, phobies;
 Obsessions, compulsions;
 Retrait social;
 Euphorie;
 Hallucinations;
 Délires;
 Méfiance, sentiment de persécution;
 Idée de grandeur (megalomanie);
 Dépendance excessive à autrui;
 Problèmes liés à l'alcool;

Problemen i.v.m. medicatie;
 Problemen i.v.m. intraveneus druggebruik;
 Problemen i.v.m. ander druggebruik;
 Anti-sociale houding;
 Somatische overbezorgdheid;
 Desoriëntatie;
 Problemen i.v.m. geheugen;
 Problemen i.v.m. taal;
 Ander psychisch probleem.
 — *Relatieproblemen* :
 Met de kinderen;
 Met de partner;
 Met de ouderfiguren;
 Met andere familieleden;
 Ander relatieprobleem.
 — *Problemen i.v.m. het sociaal functioneren* :
 Studies;
 Werk;
 Huishouden;
 Vrije tijd;
 Ander probleem in het sociaal functioneren.
 — *Ontwikkelingsproblemen* :
 Intellectueel;
 Motorisch;
 Taal;
 Affectief;
 Ander ontwikkelingsprobleem.
 — *Problemen i.v.m. Het lichamelijk functioneren* :
 Vermoeidheid;
 Slaapproblemen;
 Eetproblemen;
 Algemene lichamelijke achteruitgang;
 Sexuele problemen;
 Enuresis/encopresis;
 Epileptische toeval, convulsies;
 Spraakproblemen;
 Ander lichamelijk probleem.
 o) multi-axiale psychiatrische diagnose volgens de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition), in chronologische volgorde.
 p) therapeutische doelstellingen bij opname :
 — i.v.m. symptomen;
 — i.v.m. psycho-sociale aanpassing;
 — i.v.m. oppuntstelling (diagnose en/of behandeling).
 q) behandeling uitgedrukt in de hoofdcategorieën :
 — *Basiszorgen* :
 Hygiëne aansporen/handelen;
 Faecale continëntie aansporen/handelen;
 Mobiliteit aansporen/handelen;
 Opstaan/licgen aansporen/handelen;
 Voeding aansporen/handelen;
 Aan- en uitkleden aansporen/handelen.
 — *Toedienen van een behandeling* :
 IV, perfusie;
 I.M., S.C., I.D.;
 Per os;
 Zorgen bij shocktherapie;
 Andere specifieke zorg.
 — *Verstreckte toezicht* :
 Op levens- en/of zelfmoordgevaar;
 Op vitale parameters;
 Op het onder invloed zijn;
 Via monitoring;
 Op beschermingsmiddelen;
 Op afzondering in een isoleerkamer;
 Op separatie;

Problèmes liés aux médicaments;
 Problèmes liés aux drogues I.V.;
 Problèmes liés aux autres drogues;
 Attitude antisociale;
 Préoccupations somatiques;
 Désorientation;
 Problèmes liés à la mémoire;
 Problèmes liés au langage;
 Autre problème psychique.
 — *Problèmes relationnels* :
 Avec les enfants;
 Avec le partenaire;
 Avec les figures parentales;
 Avec d'autres membres de la famille;
 Autre problème relationnel.
 — *Problèmes liés au fonctionnement social* :
 Etudes;
 Travail;
 Ménage;
 Loisirs;
 Autre problème liés au fonctionnement social.
 — *Problèmes liés au développement* :
 Intellectuel;
 Moteur;
 Langage;
 Maturation des affects;
 Autre problème lié au développement.
 — *Problèmes liés aux fonctions physiques* :
 Fatigue;
 Problèmes liés au sommeil;
 Problèmes liés à l'alimentation.
 Dégradation de l'état général;
 Problèmes sexuels;
 Enurésie/encoprésie;
 Crise épileptique, convulsions;
 Problèmes liés à l'élocution;
 Autre problème lié aux fonctions physiques.
 o) diagnostic psychiatrique multi-axiale selon le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition), dans un ordre chronologique.
 p) objectifs thérapeutiques au moment de l'admission :
 - liés aux symptômes;
 - liés à l'adaptation psychosociale;
 - liés à la mise au point (diagnostique et/ou traitement).
 q) traitement exprimé en catégorie principale :
 — *Soins de base* :
 Hygiène stimuler/agir;
 Continence fécale stimuler/agir;
 Mobilité stimuler/agir;
 Lever/coucher stimuler/agir;
 Alimentation stimuler/agir;
 Habillage et déshabillage stimuler/agir.
 — *Administration d'un traitement* :
 I.V., perfusion;
 I.M., S.C., I.D.;
 Par os;
 Soins en cas de thérapie par choc;
 Autre soin spécifique.
 — *La surveillance exercée* :
 Du risque vital et/ou suicidaire;
 De paramètres vitaux;
 D'imprégnation;
 D'un monitoring ou d'une vidéo surveillance;
 Des moyens de contention;
 De la chambre d'isolement;
 De la mesure de contraintes;

<p>Op uitgangscntrole;</p> <p>Op uitgangverbod;</p> <p>Andere specifieke toezichtsmaatregel.</p> <p>— <i>Uitgevoerde evaluaties</i> :</p> <p>Lichamelijk onderzoek;</p> <p>Mentaal onderzoek;</p> <p>Sociale evaluatie;</p> <p>Psychologisch testonderzoek;</p> <p>Verpleegkundige evaluatie;</p> <p>Logopedisch testonderzoek;</p> <p>Neurofysiologisch bilan;</p> <p>Biologisch bilan;</p> <p>Stafvergadering behandelingsteam;</p> <p>Overleg met het netwerk;</p> <p>Medisch-juridisch overleg;</p> <p>Specifiek protocol;</p> <p>Andere specifieke evaluatie.</p> <p>— <i>Psychotrope en medicamenteuze behandelingen</i> :</p> <p>Anxiolytica;</p> <p>Antidepressiva;</p> <p>Neuroleptica;</p> <p>Langwerkende neuroleptica;</p> <p>Slaapmiddelen;</p> <p>Thymostabilisatoren;</p> <p>Noötropica;</p> <p>Somatische medicatie (niet psychotropisch);</p> <p>Andere psychotrope of psychofysiologische behandeling.</p> <p>— <i>Relationele behandelingen</i> :</p> <p>Gespreksbegeleiding;</p> <p>Relatie-, gezinstherapie;</p> <p>Psychotherapie individueel;</p> <p>Psychotherapie in groep;</p> <p>Kinesitherapie, psychomotorische therapie;</p> <p>Logopedie;</p> <p>Ergotherapie : economisch productief;</p> <p>Ergotherapie : economisch niet productief;</p> <p>ADL-training van de basisfuncties;</p> <p>Socio-culturele en vrijetijdsbegeleiding;</p> <p>Cognitief intellectuele training;</p> <p>Psychopedagogische interventie;</p> <p>Sociaal maatschappelijke begeleiding;</p> <p>Andere relationale behandeling.</p> <p>r) bestemming van de patiënt uitgedrukt in de hoofdcategorieën :</p> <p>Woont alleen;</p> <p>Eigen gezin;</p> <p>Ouderlijk gezin;</p> <p>Inwonend of samenwonend;</p> <p>Ander gezins- of gezinsvervangend milieu;</p> <p>Voorziening voor bejaarden;</p> <p>Instelling voor gehandicaptenzorg;</p> <p>Opvangcentrum voor thuislozen;</p> <p>Gemeenschapsverband;</p> <p>Instelling afhankelijk van Justitie;</p> <p>Andere collectieve woonvorm;</p> <p>Psychiatrisch ziekenhuis;</p> <p>Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis;</p> <p>Psychiatrisch verzorgingstehuis;</p> <p>Beschut wonen;</p> <p>Gezinsverpleging;</p> <p>Alternatieve psychiatrische opvang;</p> <p>Algemeen ziekenhuis;</p> <p>Ander therapeutisch milieu;</p> <p>Ander niet-gespecificeerd milieu;</p> <p>Geen vaste verblijfplaats;</p> <p>Onbekend;</p>	<p>De sortie contrôlée;</p> <p>De sortie interdite;</p> <p>Autre surveillance spécifique.</p> <p>— <i>Des évaluations effectuées</i> :</p> <p>Examen physique;</p> <p>Examen mental;</p> <p>Evaluation sociale;</p> <p>Testing psychologique;</p> <p>Evaluation infirmière;</p> <p>Testing logopédique;</p> <p>Bilan neurphysiologique;</p> <p>Bilan biologique;</p> <p>Réunion de l'équipe thérapeutique;</p> <p>Coordination avec le réseau;</p> <p>Concertation médico-légale;</p> <p>Protocole spécifique;</p> <p>Autre évaluation spécifique.</p> <p>— <i>Des traitements psychotropes et médicamenteux</i> :</p> <p>Anxiolytiques;</p> <p>Antidépresseurs;</p> <p>Neuroleptiques;</p> <p>Neuroleptiques retard;</p> <p>Somnifères;</p> <p>Thymostabilisateurs;</p> <p>Nootropes;</p> <p>Médicaments à impact somatique (non-psychotrope);</p> <p>Traitement psychophysiologique ou autre psychotrope.</p> <p>— <i>Traitements relationnels</i> :</p> <p>Entretien de soutien;</p> <p>Thérapie de couple, de famille;</p> <p>Psychothérapie individuelle;</p> <p>Psychothérapie de groupe;</p> <p>Kinésithérapie, thérapie psychomotrice;</p> <p>Logopédie;</p> <p>Ergothérapie de type économiquement productive;</p> <p>Ergothérapie de type économiquement non-productive;</p> <p>AVJ entraînement fonctions de base;</p> <p>Accompagnement des activités de loisirs et socioculturelles;</p> <p>Entraînement cognitif, intellectuel;</p> <p>Intervention psychopédagogique;</p> <p>Accompagnement social;</p> <p>Autre traitement relationnel;</p> <p>r) destination du patient, classée par catégorie principale :</p> <p>Isolé;</p> <p>Famille fondée;</p> <p>Famille parentale;</p> <p>Résident ou cohabitant;</p> <p>Autre milieu familial ou de remplacement;</p> <p>Résidence pour personnes âgées;</p> <p>Institution de soins aux handicapés;</p> <p>Centre d'accueil pour les sans-abri;</p> <p>Vie communautaire;</p> <p>Institution relevant de la Justice;</p> <p>Autre habitation collective;</p> <p>Hôpital psychiatrique;</p> <p>Service psychiatrique en hôpital général;</p> <p>Maison de soins psychiatriques;</p> <p>Habitation protégée;</p> <p>Placement en milieu familial;</p> <p>Accueil psychiatrique alternatif;</p> <p>Hôpital général;</p> <p>Autre milieu thérapeutique;</p> <p>Autre milieu non spécifié;</p> <p>Sans domicile fixe;</p> <p>Inconnu;</p>
---	---

s) aard van het ontslag :

Met wederzijds akkoord;

Overplaatsing met opname ter observatie;

Verderzetting gedwongen verblijf;

Nazorg;

Verpleging in een gezin;

Andere wettelijke maatregel;

Geëist door betrokkene of andere zonder akkoord van het team;

Geëist door het behandelingsteam zonder akkoord van betrokkene;

Gevlucht;

Niet teruggekeerd;

Ontsnaapt;

Verwachte natuurlijke dood (zonder/met autopsie);

Onverwachte natuurlijke dood (zonder/met autopsie);

Accidenteel (zonder/met autopsie);

Suicide (zonder/met autopsie);

Doodslag (zonder/met autopsie);

Onbekend of onvoldoende gegevens (over overlijden);

t) multidimensionele problemen die nog resten bij ontslag :

— *Psychische tekens & symptomen :*

Zelfmoordgedachten;

Auto-agressie dreiging;

Auto-agressie daden;

Vijandig, gespannen, negativistisch;

Agressiviteit tov. objecten;

Agressiviteit tov. personen;

Depressieve stemming minderwaardigheid;

Vertraging, verminderd gevoelsleven;

Onaangepaste gevoelens;

Agitatie, verbale agressie;

Angst, vrees, fobie;

Obsessies, compulsies;

Sociaal teruggetrokken;

Euforie;

Hallucinaties;

Wanen;

Wantrouwen, achterdocht;

Grootheidsgedachten (megalomanie);

Overdreven afhankelijkheid t.o.v. personen;

Problemen i.v.m. alcohol;

Problemen i.v.m. medicatie;

Problemen i.v.m. intraveneus druggebruik;

Problemen i.v.m. ander druggebruik;

Anti-sociale houding;

Somatische overbezorgdheid;

Desoriëntatie;

Problemen i.v.m. geheugen;

Problemen i.v.m. taal;

Ander psychisch probleem.

— *Relatieproblemen :*

Met de kinderen;

Met de partner;

Met de ouderfiguren;

Met andere familieleden;

Ander relatieprobleem.

s) type de sortie :

De commun accord;

Transfert et mise en observation dans une autre institution;

Maintien autre institution;

Postcure;

Soins en milieu familial;

Autes mesures légales;

Exigée par l'intéressé ou par une autre personne sans l'accord de l'équipe;

Exigée par l'équipe sans accord de la personne concernée;

Fugue;

Pas de retour;

Evasion;

Décès naturel prévisible (avec/sans autopsie);

Décès naturel imprévisible (avec/sans autopsie);

Accident (avec/sans autopsie);

Suicide (avec/sans autopsie);

Homicide (avec/sans autopsie);

Inconnu ou circonstances indéterminées (du décès);

t) problèmes psychiatriques pluridimensionnels qui subsistent lors de la sortie :

— *Signes & symptômes psychiques :*

Idées suicidaires;

Menaces d'auto-agression;

Auto-agressivité;

Hostilité, tension, négativisme;

Agressivité envers objets;

Agressivité envers personnes;

Humeur dépressive, sentiment d'infériorité;

Ralentissement, diminution des affects;

Affects inappropriés;

Agitation, vocifération;

Anxiété, angoisse, phobies;

Obsessions, cimpulsions;

Retrait social;

Euphorie;

Hallucinations;

Délires;

Méfiance, sentiment de persécution;

Idée de grandeur (megalomanie);

Dépendance excessive à autrui;

Problèmes liés à l'alcool;

Problèmes liés aux médicaments;

Problèmes liés aux drogues I.V.;

Problèmes liés aux autres drogues;

Attitude antisociale;

Préoccupations somatiques;

Désorientation;

Problèmes liés à la mémoire;

Problèmes liés au langage;

Autre problème psychique.

— *Problèmes relationnels :*

Avec les enfants;

Avec le partenaire;

Avec les figures parentales;

Avec d'autres membres de la famille;

Autre problème relationnel.

<p>— <i>Problemen i.v.m. het sociaal functioneren</i> :</p> <p>Studies;</p> <p>Werk;</p> <p>Huishouden;</p> <p>Vrije tijd;</p> <p>Ander probleem in het sociaal functioneren.</p> <p>— <i>Ontwikkelingsproblemen</i> :</p> <p>Intellectueel;</p> <p>Motorisch;</p> <p>Taal;</p> <p>Affectief;</p> <p>Ander ontwikkelingsprobleem.</p> <p>— <i>Problemen i.v.m. het lichamelijk functioneren</i> :</p> <p>Vermoeidheid;</p> <p>Slaapproblemen;</p> <p>Eetproblemen;</p> <p>Algemene lichamelijke achteruitgang;</p> <p>Sexuele problemen;</p> <p>Enuresis/encopresis;</p> <p>Epileptische toeval, convulsies;</p> <p>Spraakproblemen;</p> <p>Ander lichamelijk probleem;</p> <p>u) therapeutische doelstellingen bij ontslag :</p> <ul style="list-style-type: none"> - i.v.m. symptomen; - i.v.m. psychosociale aanpassing; - i.v.m. oppuntstelling (diagnose en/of behandeling); <p>v) aantal dagen tussen opname in de instelling en ontslag uit de instelling;</p> <p>w) gegevens met betrekking tot nazorg en nabehandeling.</p> <p>Basiszorgen;</p> <p>Toedienen van medicamenteuze behandeling en/of verpleegtechnische zorgen door een derde;</p> <p>Toezicht;</p> <p>Evaluatie;</p> <p>Somatische behandeling;</p> <p>Psychotrope behandeling;</p> <p>Relationele behandeling;</p> <p>Sociaal maatschappelijke begeleiding;</p> <p>Andere te specificeren nazorg;</p> <p>4.1.2. Sociale indicatoren :</p> <p>a) het onderwijstype en het onderwijsniveau uitgedrukt in hoofd-categorieën :</p> <p>— <i>Onderwijstype</i> :</p> <p>Gewoon onderwijs;</p> <p>Buitengewoon onderwijs;</p> <p>Andere niet-gespecificeerd;</p> <p>Geen onderwijs gevolgd;</p> <p>Onbekend.</p>	<p>— <i>Problèmes liés au fonctionnement social</i> :</p> <p>Etudes;</p> <p>Travail;</p> <p>Ménage;</p> <p>Loisirs;</p> <p>Autre problème lié au fonctionnement social.</p> <p>— <i>Problèmes liés au développement</i> :</p> <p>Intellectuel;</p> <p>Moteur;</p> <p>Langage;</p> <p>Maturation des affects;</p> <p>Autre problème lié au développement.</p> <p>— <i>Problèmes liés aux fonctions physiques</i> :</p> <p>Fatigue;</p> <p>Problèmes liés au sommeil;</p> <p>Problèmes liés à l'alimentation;</p> <p>Dégradation de l'état général;</p> <p>Problèmes sexuels;</p> <p>Enurésie/encoprésie;</p> <p>Crise épileptique, convulsions;</p> <p>Problèmes liés à l'élocution;</p> <p>Autre problème lié aux fonctions physiques;</p> <p>u) objectifs thérapeutiques au moment de la sortie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - liés aux symptômes; - liés à l'adaptation psychosociale; - liés à la mise au point (diagnostique et/ou traitement); <p>v) nombre de jours entre l'admission dans l'établissement et la sortie;</p> <p>w) postcure et traitement ultérieur.</p> <p>Soins de base;</p> <p>Administration d'un traitement ou des actes nursing par un tiers;</p> <p>Surveillance;</p> <p>Evaluation;</p> <p>Traitement somatique;</p> <p>Traitement psychotrope;</p> <p>Traitement relationnel;</p> <p>Accompagnement social;</p> <p>Autre suivi à préciser;</p> <p>4.1.2. les facteurs sociaux :</p> <p>a) le type et niveau d'enregistrement, classé par catégorie principale :</p> <p>— <i>Type d'enseignement</i> :</p> <p>Normal;</p> <p>Spécial;</p> <p>Autre non spécifié;</p> <p>Aucun enseignement suivi;</p> <p>Inconnu.</p>
--	--

— Niveau laatst beëindigd onderwijs :

Kleuter;
 Lager;
 Secundair lagere cyclus;
 Secundair hogere cyclus;
 Eerste graad observatie;
 Tweede graad oriëntatie;
 Derde graad determinatie;
 Aanvullend secundair;
 Secundair onbepaald;
 Hoger niet-universitair;
 Universitair onderwijs;
 Ander niet gespecificeerd;
 Geen onderwijs gevolgd;
 Onbekend;

b) betrokkenheid in het arbeidsproces en inkomstenbron, uitgedrukt in hoofdcategorieën :

Voltijds werk;
 Deeltijds werk;
 Onregelmatig werk;
 Ziekte of ongeval;
 Verlof o.w.v. familiale of persoonlijke redenen;
 Eigen huishouding;
 Scholier/student;
 Invalide;
 Mindervalide;
 Uitkeringsgerechtigde werkloze;
 Niet-uitkeringsgerechtigde werkloze;
 Steuntrekkende;
 Gepensioneerd;
 Rentenier;
 Ander niet gespecificeerd;
 Geen/zonder;
 Onbekend;

c) het huidig of laatste hoofdberoep uitgedrukt in hoofdcategorieën :

Arbeider;
 Bediende;
 Middenkader;
 Directie;
 Landbouwer;
 Vrij beroep;
 Ander zelfstandig beroep;
 Helper of meewerkend familielid;
 Ander niet gespecificeerd;
 Geen/zonder;
 Onbekend.

— Niveau du dernier enseignement réussi :

Maternelle;
 Primaire;
 Secondaire inférieur;
 Secondaire supérieur;
 Premier degré observation;
 Deuxième degré orientation;
 Troisième degré détermination;
 Secondaire complémentaire;
 Secondaire indéterminé;
 Supérieur non-universitaire;
 Universitaire;
 Autre non spécifié;
 Aucun enseignement suivi;
 Inconnu;

b) l'implication dans le processus de travail et la source des revenus, classée par catégorie principale;

Travail à temps plein;
 Travail à temps partiel;
 Travail intermittent;
 Maladie ou accident;
 Congé pour raisons familiales ou personnelles;
 Au foyer (ménage);
 Ecolier/étudiant;
 Invalide;
 Handicapé;
 Chômeur indemnisé;
 Chômeur non indemnisé;
 Bénéficiaire d'une allocation;
 Pensionné;
 Rentier;
 Autre non spécifié;
 Sans;
 Inconnu;

c) l'activité professionnelle principale actuelle ou exercée en dernier lieu, classée par catégorie principale :

Ouvrier;
 Employé;
 Cadre moyen;
 Direction;
 Agriculteur;
 Profession libérale;
 Autre profession d'indépendant;
 Aide ou membre de famille aidant;
 Autre non spécifié;
 Aucun/sans;
 Inconnu.

<p>4.2. de steekproefgegevens :</p> <p>4.2.1. algemene gegevens betreffende de patiënt :</p> <p>a) het registratienummer van het verblijf, dat uniek dient te zijn en geen enkel persoonlijk gegeven mag bevatten;</p> <p>b) kenletter van de dienst;</p> <p>c) identificatienummer van de leefeenheid;</p> <p>d) indeling in behandelingsgroepen;</p> <p>e) de effectieve aanwezigheid van de patiënt.</p> <p>4.2.2. de basisfuncties :</p> <p>Voeding;</p> <p>Wassen;</p> <p>Mobiliteit;</p> <p>Transfer toilet;</p> <p>Incontinentie;</p> <p>Oriëntatie in personen;</p> <p>Oriëntatie in tijd.</p> <p>4.2.3. het maatschappelijk functioneren :</p> <p>Openbaar vervoer;</p> <p>Boodschappen;</p> <p>Geldbeheer;</p> <p>Administratieve zelfstandigheid.</p> <p>4.2.4. het gedragsbeheer :</p> <p>Mate van initiatief;</p> <p>Vrije tijd;</p> <p>Sociaal aanvaardbaar gedrag;</p> <p>Communicatie naar anderen;</p> <p>Terugkoppeling op zelfpresentatie;</p> <p>Bijdrage aan de sfeer;</p> <p>Belangen van anderen;</p> <p>Daadwerkelijke band met vrienden.</p> <p>4.2.5. het relationeel functioneren :</p> <p>T.a.v. vrienden;</p> <p>T.a.v. medebewoners;</p> <p>T.a.v. broers/zussen;</p> <p>T.a.v. ouderfiguren.</p> <p>4.2.6. de zorgactiviteiten :</p> <p>Psychiatrische urgentie;</p> <p>Anamnese;</p> <p>Gestructureerde observatie;</p> <p>Diagnostische activiteiten;</p> <p>Dieet;</p> <p>Arbeidsgerichte activiteiten;</p> <p>Training socio-economische vaardigheden;</p> <p>Begeleiding bij huishoudelijke activiteiten;</p> <p>Begeleiding bij socio-culturele, maatschappelijke, vrijetijds- en dagbestedingsactiviteiten;</p>	<p>4.2. les données discontinues :</p> <p>4.2.1. données générales du patient :</p> <p>a) le numéro d'enregistrement du séjour, qui doit être unique et ne peut comporter aucune donnée personnelle;</p> <p>b) index du service;</p> <p>c) numéro d'identification de l'unité de vie;</p> <p>d) classements par groupe de traitement;</p> <p>e) la présence effective du patient.</p> <p>4.2.2. les fonctions de base :</p> <p>Alimentation;</p> <p>Se laver;</p> <p>Mobilité;</p> <p>Transfert aux toilettes;</p> <p>Incontinence;</p> <p>Reconnaissance des personnes;</p> <p>Orientation dans le temps.</p> <p>4.2.3. le fonctionnement social :</p> <p>Transport en commun;</p> <p>Faire des courses;</p> <p>Gérer l'argent;</p> <p>Autonomie administrative.</p> <p>4.2.4. la gestion du comportement :</p> <p>Degré d'initiative;</p> <p>Loisirs;</p> <p>Comportement socialement acceptable;</p> <p>Communication avec autrui;</p> <p>Réaction d'autrui à la présentation;</p> <p>Contribution à l'ambiance;</p> <p>Respect d'autrui;</p> <p>Lien effectif avec des amis.</p> <p>4.2.5. le comportement relationnel :</p> <p>Avec amis;</p> <p>Avec cohabitants;</p> <p>Avec frères/sœurs;</p> <p>Avec les figures parentales.</p> <p>4.2.6. les activités de soins :</p> <p>Urgence psychiatrique;</p> <p>Anamnèse;</p> <p>Observation structurée;</p> <p>Activités diagnostiques;</p> <p>Régime diététique;</p> <p>Activités de travail;</p> <p>Entraînement des aptitudes socio-économiques;</p> <p>Accompagnement des activités ménagères;</p> <p>Accompagnement des activités socioculturelles, sociales et de loisirs;</p>
---	---

Begeleiding bij sociale of juridische problemen;
Gespreksbegeleiding : relatie patiënt-leefmilieu;
Psychotherapie;
Toediening psychofarmacologische medicatie;
Toediening somatische medicatie;
Toediening medicatie I.M., S.C., I.D.;
Registratie van biologische parameters;
Afnemen van een bloedstaal;
Wondverzorging;
Bewegingsvrijheid;
Begeleiding naar en van een andere dienst of instelling;

Beschermingsmiddelen;
Afzondering in isoleerkamer;
Separatie;
Vaste uurrooster-activiteiten : individueel/in groep;

Niet-geplande, niet-gestructureerde, begeleidende activiteiten.

4.3. per leefeenheid, het aantal aanwezige personeelsleden van het behandelingssteam, uitgedrukt in voltijdsequivalenten en het aantal gerealiseerde uren, tijdens de bedoelde registratieweek, per beroepsgroep :

Psychiatrisch verpleegkundigen;
Sociaal verpleegkundigen;
Algemene en andere verpleegkundigen;
Ander verzorgend personeel;
Leerlingen verpleegkundigen en verzorgend personeel;
Medische staf;
Psychologisch en pedagogisch personeel;
Personeel maatschappelijk werk;
Resocialiserend personeel;
Andere leden van het behandelingssteam;
Stagiairs.

Gezien om te worden gevoegd bij ons besluit van 1 oktober 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Volksgezondheid,

J. TAVERNIER

Bijlage 2

Lijst van de bijlage 1 afwijkende mede te delen gegevens voor de periode van 1 april 1996 tot en met 9 september 2000

4.1.1. de opname en -ontslaggegevens per leefeenheid en per dienst :

b) de leeftijd uitgedrukt in de leeftijdscategorieën :

0 tot en met 18 jaar;
19 tot en met 64 jaar;
65 jaar en ouder;;

g) aantal vorige opnames in de instelling uitgedrukt in de hoofdcategorieën :

Eerste opname;
Heropname;

Accompagnement des problèmes sociaux ou juridiques;
Encadrement et apprentissage à la relation patient-milieu;
Psychothérapie;
Administration de médication psychopharmacologique;
Administration de médication somatique;
Administration de médication I.M., S.C., I.D.;
Enregistrement des paramètres biologiques;
Prélèvements de sang;
Soins à une plaie;
Liberté de déplacement;
Accompagnement physique vers et à partir d'un autre service ou institution;
Moyens de contention;
Isolement au cabanon;
Mesure d'isolement (autre que cabanon);
Activités régulières : individuel/groupe;

Activités d'accompagnement thérapeutique non structurées et non planifiées.

4.3. par unité de vie, le nombre de personnels de l'équipe de traitements présents, exprimé en équivalents temps plein et le nombre d'heures prestées, au cours de la semaine d'enregistrement visée, par groupe professionnel :

Infirmier(e)s psychiatriques;
Infirmier(e)s sociaux;
Infirmier(e)s généraux(ales) et autre infirmier(e)s;
Autre personnel de soins;
Les stagiaires de personnel infirmier ou soignant;
Le staff médical;
Personnel psychologique et pédagogique;
Personnel d'assistance social;
Personnel resocialisant;
Autres membres de l'équipe de soins;
Stagiaires.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 1^{er} octobre 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Santé publique,

J. TAVERNIER

Annexe 2

Déroptions de la liste des données à communiquer pour la période du 1^{er} avril 1996 jusqu'au 9 septembre 2000

4.1.1. les données relatives à l'admission et à la sortie par unité de vie et par service :

b) l'âge exprimé en catégorie d'âge :

0 jusqu'à 18 ans;
19 jusqu'à 64 ans;
65 ans et plus;

g) nombre d'admissions antérieures dans l'établissement exprimé par catégorie principale :

Première admission;
Réadmission;

h) de datum van opname in de instelling, uitgedrukt in jaar, semester en dag in de week;

l) de leefomgeving vóór opname, uitgedrukt in de hoofdcategorieën :

Woont alleen;
Gezins- of gezinsvervangend milieu;
Collectieve woonvorm;
Therapeutisch milieu;
Ander.

r) bestemming van de patiënt uitgedrukt in de hoofdcategorieën :

Woont alleen;
Gezins- of gezinsvervangend milieu;
Collectieve woonvorm;
Therapeutisch milieu;
Ander.

4.1.2. sociale indicatoren :

a) het onderwijstype en het onderwijsniveau uitgedrukt in hoofdcategorieën :

— *Onderwijstype* :

Gewoon onderwijs;
Buitengewoon onderwijs;
Ander niet-gespecificeerd;
Geen onderwijs gevolgd;
Onbekend.

— *Niveau laatst beëindigd onderwijs* :

Geen onderwijs gevolgd;
Lager onderwijs;
Secundair onderwijs;
Hoger onderwijs;
Ander.

b) betrokkenheid in het arbeidsproces en inkomstenbron, uitgedrukt in hoofdcategorieën;

Betaald professioneel werk (eventueel tijdelijk onderbroken);

Geen betaald werk met uitkering of steuntrekkend;

Ander.

c) het huidig of laatste hoofdberoep uitgedrukt in hoofdcategorieën :

Arbeider;
Bediende;
Zelfstandig beroep;
Geen/zonder;
Ander.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 1 oktober 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Volksgezondheid,

J. TAVERNIER

h) la date d'admission dans l'établissement, exprimée en année, semestre et jour de la semaine;

l) le cadre de vie avant l'admission, classé par les catégories principales :

Isolé;
Milieu familial ou de remplacement;
Habitation collective;
Milieu thérapeutique;
Autre.

r) destination du patient, classée par catégorie principale :

Isolé;
Milieu familial ou de remplacement;
Habitation collective;
Milieu thérapeutique;
Autre.

4.1.2. les facteurs sociaux :

a) le type et niveau d'enseignement, classé par catégorie principale :

— *Type d'enseignement* :

Normal;
Spécial;
Autre non spécifié;
Aucun enseignement suivi;
Inconnu.

— *Niveau du dernier enseignement réussi* :

Aucun enseignement suivi;
Primaire;
Secondaire;
Supérieur;
Autre.

b) l'implication dans le processus de travail et la source de revenus, classée par catégorie principale;

Activité professionnelle rémunérée (éventuellement suspendue temporairement);

Sans activité professionnelle rémunérée mais bénéficiaire d'une allocation ou indemnité;

Autre.

c) l'activité professionnelle principale actuelle ou exercée en dernier lieu, classée par catégorie principale :

Ouvrier;
Employé;
Profession libérale;
Aucun/sans;
Autre.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 1^{er} octobre 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Santé publique,

J. TAVERNIER