



Federale Beroepscommissie voor de toegang tot milieu-informatie

1 september 2022

BESLISSING nr. 2022-7

over de weigering om een volledige kopie te verstrekken van cijfergegevens te willen verkrijgen van Sciensano per ziekenhuis de Standardized Mortality Rates van de covid-19-patiënten die opgenomen zijn op intensieve zorgen (van 1 maart 2020 tot 19 januari 2022) en het aantal verpleegkundigen per bed op intensieve zorgen.

(FBC/2022/2)

DE STANDAARD/SCIENSANO

1. Een overzicht

1.1. Bij e-mail van 19 januari 2022 vraagt de heer X namens de krant De Standaard om twee heel specifieke cijfergegevens te willen verkrijgen van Sciensano:

- per ziekenhuis de Standardized Mortality Rates van de covid-19-patiënten die opgenomen zijn op intensieve zorgen (van 1 maart 2020 tot 19 januari 2022);
- per ziekenhuis het aantal verpleegkundigen per bed op intensieve zorgen.

1.2. Bij e-mail van 26 januari 2022 weigert Sciensano de toegang voor de eerste reeks gegevens en wat het tweede aspect betreft dat Sciensano niet in het bezit is van de gevraagde data. De weigering wordt als volgt verantwoord:

“Wat uw eerste vraag betreft: jammer genoeg kunnen wij die cijfers niet vrijgeven. We juichen toe dat jullie deze cijfers in een bredere context m.b.t. de toekomst van de zorg willen kaderen, maar in deze moeten wij een aantal elementen in overweging nemen die maken dat we niet kunnen ingaan op uw vraag. Zo is het bijvoorbeeld momenteel niet mogelijk om op basis van de beschikbare gegevens een sluitende vergelijking te maken tussen de individuele ziekenhuizen, omdat de kenmerken van de opgenomen populaties (o.a. leeftijd, geslacht en comorbiditeit) sterk variëren van ziekenhuis tot ziekenhuis. Dat geldt ook voor andere risicofactoren die relevant zijn voor de mortaliteit en comorbiditeit, zoals b.v. sociaaleconomische factoren. Vergelijkingen maken tussen de ziekenhuizen zonder standaardisatie op basis van de verschillende verstoringende factoren riskeert te leiden tot verkeerde conclusies. Bovendien kregen sommige ziekenhuizen tijdens de epidemie te maken met een massale toestroom van patiënten door de lokale epidemiologische situatie en was dat bij andere minder het geval. Een overspoeld ziekenhuis zal sneller de meer zieke patiënten hospitaliseren, wat ook kan leiden tot een verhoogd risico op sterfte, waarvoor we niet kunnen corrigeren met de beschikbare data. Dergelijke lokale epidemiologische situaties zijn ook voortdurend in beweging. Een eenvoudige vergelijking is dus geen optie en het risico op foute conclusies is erg groot. Ook in het onderzoek waar u naar verwijst is niet gefocust op een sluitende vergelijking tussen de ziekenhuizen. Dat was slechts een secundair element dat mee de statistische (mixed-effects multivariable) analyses kon helpen

verklaren, maar de vergelijking zelf is dus niet gebaseerd op een gestandaardiseerde vergelijking van de ziekenhuizen. Zo rapporteren niet alle ziekenhuizen steeds 100% van hun patiënten, waardoor het mogelijk is dat bepaalde ziekenhuizen proportioneel meer overleden patiënten rapporteren. Je kan dus op basis van dit type analyse nog steeds niets zeggen op het vlak van ziekenhuisbenchmarking.

Een tweede element waar we nog steeds rekening mee moeten houden is de vrijwaring van de capaciteit van de ziekenhuizen om patiënten op te vangen. We moeten vermijden dat een vergelijking leidt tot een overbevraging van de ziekenhuizen die in dergelijke methodologisch incorrecte (en dat laatste willen we hier absoluut benadrukken) vergelijkingen toevallig goed scoren, met alle gevolgen van dien voor de zorgverlening aan COVID- en andere patiënten. De kans is immers reëel dat de betrokken ziekenhuizen in dat geval maatregelen moeten treffen voor de transfer van patiënten en/of capaciteit, wat tot minder efficiëntie en een groter risico op overlijden zou leiden. Het is dus essentieel om een dergelijk sneeuwbaaleffect te vermijden, aangezien het een rechtstreeks risico oplevert voor de betrokken patiënten en voor de gezondheid van de bevolking in het algemeen. (En nog erger zou het zijn als conclusies op basis van oudere cijfers over COVID-overlijdens zomaar zouden worden veralgemeend naar het risico op overlijden bij andere behandelingen in hetzelfde ziekenhuis.) Momenteel lijkt de impact van COVID-19 op de ziekenhuizen, en dan vooral op ICU kleiner te zijn dan werd verwacht, waardoor de indruk kan ontstaan dat het gevaar aan het wegebben is, maar niemand kan uitsluiten dat er op termijn een andere variant opduikt die op dat vlak opnieuw voor meer druk zorgt. We moeten dus alert blijven en op dergelijke situaties anticiperen.

Een derde argument hangt samen met het vorige en betreft de rapportering door de ziekenhuizen: in een epidemische situatie is een betrouwbare rapportering door de ziekenhuizen essentieel om de situatie te monitoren en beleidsbeslissingen mogelijk te maken. Als bepaalde ziekenhuizen door dergelijke gebrekkige vergelijkingen slechte publiciteit krijgen, dan zullen ze stoppen met rapporteren of hun gegevens 'anders' rapporteren. Dit zou onze surveillancesystemen en bij uitbreiding de mogelijkheden voor gefundeerd crisisbeheer ondermijnen. En dat is precies waarvoor onze ziekenhuissurveillancesystemen opgezet zijn. Ze zijn niet op punt gesteld om een ziekenhuisbenchmarking uit te voeren.

Dat alles in acht genomen, kiezen wij ervoor om geen gegevens vrij te geven die aanleiding zouden geven tot een fragmentaire vergelijking en foutieve interpretaties. Wij hopen daarvoor op uw begrip te mogen rekenen.

Sciensano laat evenwel na om de beroepsmogelijkheden tegen deze beslissing te vermelden.

1.3. Omdat zij het niet eens zijn met de beslissing richten Y, X en Z zonder er evenwel melding van te doen dat zij namens De Standaard optreden aan Sciensano bij e-mail en brief van 14 februari 2022 opnieuw een vraag aan Sciensano. Dit verzoek is als volgt geformuleerd: in het kader van artikel 32 van de Grondwet en de wet van 11 april 1994 betreffende de openbaarheid van bestuur en de wet van 5 augustus 2006 betreffende de toegang tot milieu-informatie de fiches/rapporten/verslagen met de Standardized Mortality Rates per ziekenhuis (of een lagere granulariteit indien beschikbaar) van de Covid-19-patiënten die opgenomen zijn op intensieve zorgen (van 1 maart 2020 tot heden).

1.4. Omdat zij geen reactie verkrijgen op hun nieuw verzoek dienen zij bij e-mail van 11 mei 2022 een beroep in bij de Federale Beroepscommissie voor de toegang tot milieu-informatie, hierna: de Commissie.

1.5. Bij e-mail van 16 mei 2022 verzoekt het secretariaat van de Commissie dat Sciensano de gevraagde documenten aan de Commissie zou verstrekken eventueel samen met een nota waarin ze haar standpunt over deze aanvraag zou toelichten tegen uiterlijk 25 mei 2022.

1.6. Bij e-mail van 25 mei 2022 ontvangt de Commissie een reactie van Sciensano die als volgt luidt:

“4. De gevraagde informatie is gebaseerd op gegevens die Sciensano via de COVID19 Hospital Survey verzamelt. Deze COVID19 Hospital survey wordt door Sciensano georganiseerd in opdracht van de Risk Management Group, die op 16 maart 2020 besloot om deze surveillance-opdracht aan Sciensano toe te kennen in het kader van de gezondheids crisis die het virus veroorzaakt heeft. Deze verwerking van persoonsgegevens dient om de bevoegde autoriteiten van accurate en up-to-date informatie te voorzien teneinde deze gezondheids crisis te

kunnen beheersen.¹ De betrokken gegevens worden door de ziekenhuizen of ziekenhuisgroepen op vrijwillige basis aan Sciensano gerapporteerd. Maandelijks ontvangt ieder(e) ziekenhuis(groep) een feedback-rapport van Sciensano, waarin ook deze Standardized Mortality Rates worden weergegeven, berekend op basis van de (onvolledig) gerapporteerde patiëntprofielen van het ziekenhuis of de ziekenhuisgroep.²

5. Gelet op deze vrijwillige rapportage door de ziekenhuizen, zijn de beschikbare gegevens omtrent de COVID19 sterftes (waarop de SMR per ziekenhuis is gebaseerd) in de eerste plaats onvolledig daar niet alle ziekenhuizen al hun patiënten rapporteren of op onvolledige wijze over de ziekenhuisopnames rapporteren. De per ziekenhuis berekende Standardized Mortality Rates voor de COVID19 patiënten opgenomen in ICU (in de periode 1 maart 2020 tot op heden) bieden dus geen accurate weergave van de werkelijkheid.

6. Daarnaast is het niet mogelijk om op basis van deze Standardized Mortality Rates per ziekenhuis een sluitende vergelijking te maken tussen de individuele ziekenhuizen, omdat het profiel van de gehospitaliseerde populaties (o.a. leeftijd, geslacht, comorbiditeit en andere risicofactoren die relevant zijn voor de mortaliteit en comorbiditeit, zoals b.v. sociaaleconomische factoren) sterk variëren van ziekenhuis tot ziekenhuis. De berekende Standardised Mortality Rates omvatten enkele van deze factoren, maar er zijn 1) onvoldoende essentiële factoren ingesloten (bv. sociaaleconomische) om bias uit te sluiten en 2) de rapportering van de ingesloten factoren is onvolledig (cf. punt 5).

Ook houden de berekende Standardized Mortality Rates per ziekenhuis geen rekening met patiënttransfers die tussen de ziekenhuizen gebeurd kunnen zijn.

Bovendien kregen sommige ziekenhuizen tijdens de epidemie te maken met een massale toestroom van patiënten door de lokale

¹ Zie IVC Beraadslaging nr. 17/065 van 18 juli 2017, gewijzigd op 20 maart 2020 en op 1 september 2020, betreffende de mededeling van gepseudonimiseerde persoonsgegevens die de gezondheid betreffen door huisartsen aan sciensano via het healthdata- platform in het kader van twee peilnetwerken (van huisartsenpraktijken, sentinel general practitioners (sgp) en influenza like illnesses and acute respiratory illnesses (ILI & ARI)) en door ziekenhuizen in het kader van de COVID-19 registratie, para 25.

² De feedback-rapporten zijn opgesteld per erkenningsnummer van de ziekenhuisgroep (en kunnen dus verschillende sites omvatten). Voor het doeleinde van dit schrijven wordt met de verwijzing naar “*een ziekenhuis*” in de context van de rapportage van gegevens, de betrokken ziekenhuisrapporten en de SMR dus zowel “*een ziekenhuis*” als desgevallend “*een ziekenhuisgroep*” bedoeld.

epidemiologische situatie, terwijl dat bij andere ziekenhuizen minder het geval was. Een overspoeld ziekenhuis zal echter sneller patiënten hospitaliseren, wat dan ook kan leiden tot een verhoogd risico op sterfte.

Het is dus niet mogelijk om een correcte vergelijking te maken tussen ziekenhuizen op basis van sterftcijfers zonder standaardisatie van deze verschillende versturende factoren.

7. De openbaarmaking van de Standardized Mortality Rates van de COVID19 patiënten opgenomen op ICU die per ziekenhuis werden berekend en de eenvoudige vergelijking van deze SMR per ziekenhuis, zou bijgevolg dus een groot risico op foutieve conclusies doen ontstaan betreffende de situatie in de individuele ziekenhuizen in de strijd tegen COVID19, maar ongetwijfeld ook omtrent de daar geleverde zorg in het algemeen. Hierdoor ontstaat dan weer een zeer reële kans op overbevragen van bepaalde ziekenhuizen (die in zulke methodologisch incorrecte en gebrekkige vergelijking toevallig goed scoren), met alle gevolgen van dien voor de zorgverlening en het recht op kwaliteitsvolle zorg van zowel COVID-19 als andere patiënten.

Ook bestaat het risico dat ziekenhuizen bepaalde risicopatiënten zouden weigeren, om een “negatieve ranking” in deze rangorde van ziekenhuizen te vermijden. Daarnaast is er ook een reële kans dat bepaalde ziekenhuizen die hun goede naam of financiële belangen aangetast zouden zien door de gevolgen van deze gebrekkige vergelijking, zich zullen ressorteren tot onderrapportering van COVID19 sterftes en andere gegevens. Het is overigens zeer waarschijnlijk dat ziekenhuizen vervolgens niet langer zullen wensen deel te nemen aan vrijwillige gegevensrapportering, georganiseerd door Sciensano in het kader van de volksgezondheid, en zich in de plaats daarvan tot de privémarkt zullen wenden om hun kwaliteitsindicatoren daar te laten opstellen of benchmarken. Enkel op deze manier kunnen zij zich er dan immers van verzekeren dat de door hun gerapporteerde gegevens vertrouwelijk blijven.

8. Zulk gebrek aan voldoende informatie omtrent de reële situatie in de ziekenhuizen zal ongetwijfeld resulteren in een minder doeltreffende beheersing en opvolging van de COVID19 crisis in al haar aspecten, maar ook van de ziekenhuisactiviteiten in het algemeen. Dit zou overigens de missie van Sciensano in het gedrang brengen en de manier waarop zij haar wettelijke opdrachten ¹ in het

¹ Zoals bepaald met de wet van 25 februari 2018 tot oprichting van Sciensano, *BS*21 maart 2018.

beleidsondersteunend wetenschappelijk onderzoek nog kan uitvoeren, met een rechtstreeks impact op de (volks)gezondheid tot gevolg.

Gelet op het voorgaande zou de openbaarmaking van de Standardized Mortality Rates voor de COVID19 patiënten opgenomen in ICU (in de periode 1 maart 2020 tot op heden) per ziekenhuis dan ook ernstige gezondheidsrisico's doen ontstaan. De openbaarmaking van deze informatie zou aldus een belangrijke bedreiging voor de bescherming van de gezondheid en de levenskwaliteit van de mens met zich meebrengen, zijnde fundamentele rechten die als onderdeel van de persoonlijke levenssfeer beschermd worden door artikel 8 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.¹ Het fundamenteel recht op bescherming van de gezondheid en geneeskundige bijstand volgt overigens uit artikel 23, derde lid, 2° GW. Bovendien heeft eenieder, in overeenstemming met artikel 35 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie, recht op toegang tot preventieve gezondheidszorg en op medische verzorging onder de door de nationale wetgevingen en praktijken gestelde voorwaarden.

9. Sciensano ziet zich dan ook genoodzaakt om de aanvraag van de Standaard af te wijzen op grond van artikel 27, §1, 1° van voornoemde wet. Volgens Sciensano weegt de schade die door de openbaarmaking zou worden aangebracht immers zwaarder dan het publiek belang dat met de openbaarmaking is gediend. In overeenstemming met haar wettelijke opdrachten dient Sciensano de volksgezondheid te waarborgen en heeft zij een verplichting om de gezondheid van de bevolking te beschermen wanneer het belang van openbaarheid niet zwaarder weegt dan dit fundamenteel belang.

Dit werd overigens eerder ook al beaamd door de Federale Beroepscommissie voor de Toegang tot Milieu-informatie toen ze in een gelijkaardig geval besliste dat de schade die door de openbaarmaking zou worden aangebracht zwaarder woog dan het publiek belang dat gediend zou zijn met de openbaarmaking, aangezien de betrokken op ziekenhuisniveau opgevraagde surveillance data betreffende ziekenhuisinfecties bepaalde vrijheidsgraden bevatte en dus ongelijk was van kwaliteit, zoals ook het geval is bij de COVID19 mortality data aan de basis van de

¹ De Raad van State heeft in haar arrest nr. 216.852 van 15 december 2011 bevestigd dat de persoonlijke levenssfeer zoals beschermd door artikel 8 van het EVRM onder meer ook de bescherming van de fysieke, morele en psychische integriteit, en de gezondheid omvat die immers raakt aan de levenskwaliteit.

opgevraagde Standardized Mortality Rates per ziekenhuis (zie Beslissing nr. 2009-5 van 15 oktober 2009 over de weigering tot openbaarmaking van rapporten m.b.t. ziekenhuisinfecties, p. 10-12).

10. Indien Uw Beroepscommissie het niet eens zou zijn met het bovenstaande, beroept Sciensano zich in ondergeschikte orde op artikel 27, §1, 1° en artikel 32, §2, 1° van de Wet van 5 augustus 2006 betreffende de toegang tot milieu-informatie om het verzoek tot het overmaken van de gevraagde rapporten te weigeren.

Het overmaken van bepaalde ziekenhuisrapporten met de Standardized Mortality Rates van de COVID19 patiënten doet immers een reëel risico ontstaan op heridentificatie van de betrokken patiënten. Dit is met name het geval voor ziekenhuisrapporten voor waves waar het sterftcijfer in het ziekenhuis laag lag. Door de combinatie met meer gedetailleerde informatie zoals 1) het ziekenhuis (plaats) en 2) de betrokken tijdsperiode (wave) ontstaat er een identificatiegevaar (de zogenaamde “small cells”).

Openbaarmaking van deze rapporten of de betrokken Standardized Mortality Rates van de COVID19 patiënten van de betrokken ziekenhuizen zou dan ook afbreuk doen aan de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van deze patiënten. Volgens Sciensano weegt het publiek belang dat gediend zou zijn met de openbaarmaking niet op tegen de schade die met deze openbaarmaking zou veroorzaakt worden. Om die reden moet het overmaken van die ziekenhuisrapporten of de betrokken Standardized Mortality Rates van de COVID19 patiënten van die ziekenhuizen in ondergeschikte orde dus ook geweigerd worden op grond van artikel 27, §1, 1° van de Wet van 5 augustus 2006.

11. Het screenen van de betrokken maandelijkse ziekenhuisrapporten met de Standardized Mortality Rates van de COVID19 patiënten op zulk identificatiegevaar wegens de weergave van gegevens in small cells (het gaat hier om ongeveer 1.800 rapporten, opgesteld tussen november 2020 tot op heden)¹ en het onleesbaar maken van informatie die de persoonlijke levenssfeer van de patiënten in gevaar zou brengen, legt zulke hoge werkdruk op de betrokken dienst binnen onze organisatie in de mate dat dit de goede werking van de dienst en de uitvoering van onze wettelijke opdracht volledig zou verstoren.²

¹ Er werden geen rapporten opgesteld vóór november 2020.

² Zie ook het advies nr. 2019-33 van de Commissie voor de toegang tot en het hergebruik van bestuursdocumenten van 1 april 2019 met betrekking tot de inroepbaarheid van de uitzonderingsgrond “kennelijke onredelijkheid”.

Naar schatting zou de behandeling per ziekenhuisrapport 10 minuten in beslag nemen (namelijk het checken en evalueren van ieder rapport op een risico voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het onleesbaar maken van bepaalde informatie, indien dit op elektronische wijze kan onleesbaar worden gemaakt). Aangezien het gaat om minstens 1.800 ziekenhuisrapporten resulteert dit in minstens 18.000 minuten (300 uur) werk, het equivalent van 1 FTE binnen de dienst die hier 8 weken fulltime aan zou werken. Als alternatieve mogelijkheid zou het volledige team voor de COVID19 hospital surveillance minstens 2 weken hun surveillance taken volledig moeten stilleggen om deze opdracht te kunnen uitvoeren, met alle gevolgen van dien voor de opvolging van de gezondheids crisis en de volksgezondheid. Gelet op de gevoelige aard van deze informatie en het risico voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, kan deze opdracht ook niet zomaar aan andere personeelsleden worden toevertrouwd.

Gelet op het voorgaande, is Sciensano dan ook genoodzaakt om vast te stellen dat de aanvraag kennelijk onredelijk is en moet worden afgewezen op grond van artikel 32, §2, 1° van de Wet van 5 augustus 2006.

12. Tot slot geef ik ook nog graag mee dat 1) de mortaliteitsdata volgens leeftijd, geslacht en regio en 2) hospitalisaties per datum en provincie vrij beschikbaar zijn als open, geaggregeerde data via <https://epistat.wiv-isp.be/covid/>.¹

13. Bovenstaande motivering voor de afwijzing van de aanvraag tot het bekomen van de gevraagde informatie, werd op 25 mei 2022 ook meegedeeld aan de Standaard.

14. Gelet op het voorgaande, heeft Sciensano besloten om de betrokken documenten ook niet mee te delen aan de Federale Beroepscommissie en vragen we aan de Federale Beroepscommissie om het beroep van de Standaard als ongegrond te verklaren.

15. Sciensano heeft de Standaard ook laten weten dat onze organisatie natuurlijk steeds bereid is om de nodige toelichtingen te geven bij de mortaliteitsgegevens die vrij beschikbaar zijn als open data of om op andere wijze mee te werken aan het geplande artikel.

¹ Voor elke andere gegevensaanvraag wordt verwezen naar de aanvraagprocedure « Form to request data » op dezelfde website.

1.7. Op haar vergadering van 24 juni 2022 neemt de Commissie een tussentijdse beslissing waarin ze Sciensano aanmaant om zich te voegen naar de wettelijke verplichtingen die haar op grond van de wet van 5 augustus 2006 zijn opgelegd en de Commissie in het bezit te stellen van de informatie die zij weigert te verstrekken aan de aanvrager.

1.8. Bij e-mail van 12 juli 2022 bezorgt Sciensano aan de Commissie een brief waarin ze haar standpunt nader uiteenzet en een representatief staal bezorgd van de meldingen die ziekenhuizen hebben verricht.

Het verzoek van de Standaard betreft het verkrijgen van een kopie via e-mail “*van de fiches/rapporten/verslagen met de Standardized Mortality Rates per ziekenhuis (of een lagere granulariteit indien beschikbaar) van de covid-19 patiënten die opgenomen zijn op intensieve zorgen (van 1 maart 2020 tot heden)*”.

Zoals meegedeeld in ons schrijven van 25 mei 2022, beschikt Sciensano over ongeveer 1.800 feedbackrapporten die maandelijks aan de Belgische ziekenhuizen of ziekenhuisgroepen zoals opgelijst in Bijlage II werden bezorgd in de periode tussen november 2020 tot en met april 2022.

Dit betreft een selectie uit de 1.800 ziekenhuisrapporten die door de Standaard worden opgevraagd bij Sciensano, bestaande uit:

- een rapport per ziekenhuis of ziekenhuisgroep (zoals opgelijst in Bijlage II bij dit schrijven), door Sciensano aan ieder betrokken ziekenhuis of ziekenhuisgroep overgemaakt in de maand november 2020 [2020Nov10];
- een rapport per ziekenhuis of ziekenhuisgroep (zoals opgelijst in Bijlage II bij dit schrijven), door Sciensano aan ieder betrokken ziekenhuis of ziekenhuisgroep overgemaakt in de maand juni 2021 [20210615].

Gelet op het feit dat deze ziekenhuisrapporten, waarin de Standardized Mortality Rates per betrokken ziekenhuis of ziekenhuisgroep steeds staat vermeld, een template betreffen dat iedere maand opnieuw werd gebruikt, kan Uw Federale Beroepscommissie dit doeleinde bereiken via een beoordeling van de met dit schrijven overgemaakte selectie van ziekenhuisrapporten.

Al de 1.800 opgevraagde ziekenhuisrapporten bevatten immers steeds dezelfde soorten of categorieën van informatie. Door de overgemaakte selectie van ziekenhuisrapporten tot Uw beschikking te hebben, kan de Federale Beroepscommissie met kennis van zaken

beoordelen of 1) de uitzonderingsgronden voorzien met artikel 27, §1, 1° en artikel 32, §1, 1° van de Wet van 5 augustus 2006 zoals ingeroepen door Sciensano met haar schrijven van 25 mei 2022 van toepassing zijn op de gevraagde informatie (i.e. het totaal van de 1.800 ziekenhuisrapporten), en 2) of deze 1.800 ziekenhuisrapporten betrekking hebben op emissies in het milieu zoals bedoeld in artikel 27, §2 van de Wet van 5 augustus 2006.

1.9. Bij e-mail van 12 juli 2022 stelt de secretaris van de Commissie volgende vragen aan Sciensano:

“Kunt u me toelichten op welke wijze Sciensano in het bezit komt van deze rapporten:

- Moeten ziekenhuizen op grond van een wettelijke verplichting deze informatie aanleveren aan Sciensano? Als dit het geval is, gelieve mij dan de juridische grondslag te bezorgen.
- Als er geen juridische verplichting bestaat, hebben de ziekenhuizen dan om geheimhouding verzocht. Sciensano kan in elk geval niet zelf de vertrouwelijkheid beloven aangezien zij onderworpen is aan artikel 32 Gw. en in principe geldt dat alle bestuursdocumenten openbaar zijn.”

1.10. Bij e-mail van 19 juli 2022 antwoordt Sciensano hierop wat volgt:

“Zoals reeds eerder aangehaald in onze briefwisseling, beroept Sciensano zich namelijk op de uitzonderingsgronden voorzien in artikel 27, §1, 1° en artikel 32, §1, 1° van de Wet van 5 augustus 2006 betreffende de toegang van het publiek tot milieu-informatie en artikel 6 van de Wet van 11 april 1994 betreffende de openbaarheid van bestuur om de door de Standaard gevraagde rapporten, inclusief de selectie van 191 rapporten die u werden bezorgd, aan de openbaarheid te onttrekken.

Zoals ook uitvoerig uiteengezet in ons schrijven van 25 mei 2022, bezorgen de ziekenhuizen de betrokken gegevens waarop deze rapporten zijn gebaseerd aan Sciensano op vrijwillige basis. Deze surveillance werd methodologisch opgezet voor epidemiologische monitoring van COVID-19-infecties. We herhalen nogmaals dat deze methodologie en de aard van deze gegevens – en bijgevolg ook de aard van de betrokken rapporten, inclusief de weergegeven Standard Mortality Rates per ziekenhuis – een correcte vergelijking tussen de ziekenhuizen (of ziekenhuisgroepen) of een benchmarking dan ook niet toestaat omwille van volgende redenen:

- Er wordt geen rekening gehouden met selectieve rapportage door de ziekenhuizen: ziekenhuizen rapporteren niet al hun patiënten, hetgeen betekent dat zij vrij kunnen kiezen of zij hun beste of slechtste patiënten rapporteren, hetgeen een effect heeft op de mortaliteit.
- Er wordt slechts in beperkte mate rekening gehouden met comorbiditeiten, namelijk enkel met enkele soorten comorbiditeiten en enkel met het totaal aantal van deze comorbiditeiten, niet met de verschillen in ernst tussen comorbiditeiten.
- Er wordt geen rekening gehouden met de toestand waarin patiënten worden opgenomen in het ziekenhuis en de onderliggende ernst van de ziekte. Een ziekenhuis dat doorgaans meer patiënten opneemt met een milde COVID-19 infectie, zal dan ook een kunstmatig lager sterftcijfer hebben.
- Er wordt geen rekening gehouden met patiënttransfers tussen ziekenhuizen, noch de opname van verpleeghuispatiënten (met een hoog sterfterisico) gelet op verpleeghuisclusters rond bepaalde ziekenhuizen.
- Er wordt geen rekening gehouden met de overbezetting van bepaalde ziekenhuizen en bijgevolg de preferentiële opname van enkel de ernstigste patiënten in zulke ziekenhuizen, noch met het risico op verminderde kwaliteit van de gezondheidszorg te wijten aan een personeelstekort.

Het is dus niet mogelijk om een correcte vergelijking te maken tussen ziekenhuizen op basis van sterftcijfers zonder standaardisatie van deze verschillende versturende factoren. De openbaarmaking van deze rapporten met de Standardized Mortality Rates zou bijgevolg dus een groot risico op foutieve conclusies doen ontstaan betreffende de situatie in de individuele ziekenhuizen, met alle gevolgen van dien voor de deelname van de ziekenhuizen bij de rapportage aan Sciensano. Hierdoor ontstaat immers het risico dat ziekenhuizen hun gegevens anders zullen rapporteren, zodat zij hun sterftcijfers kunstmatig beïnvloeden (bv. door asymptomatische patiënten of patiënten met een laag risico te rapporteren) of dat ziekenhuizen niet langer zullen wensen deel te nemen aan vrijwillige gegevensrapportering, georganiseerd door Sciensano in het kader van de volksgezondheid. De deelname van ziekenhuizen aan de COVID-19 surveillance in het bijzonder is sinds het begin in maart 2020 tot op dit moment reeds van 70% naar 30% gedaald. Er is dus een chronisch risico dat de ziekenhuisdeelname verder zal afnemen met ondermijning van de COVID-19 pandemie surveillance.

Het openbaar maken van deze informatie dreigt de relatie tussen Sciensano en haar partners sterk te ondermijnen waardoor een gebrek aan informatie zal ontstaan waarmee de beheersing en opvolging van de COVID19 crisis en de wettelijke opdrachten van Sciensano in het gedrang worden gebracht. De openbaarmaking van deze rapporten weegt dan ook niet op tegen de schade die met deze openbaarmaking aan de volksgezondheid en fundamentele rechten en vrijheden van de bestuurden wordt aangebracht.

Zoals tevens toegelicht in ons schrijven van 25 mei 2022, doet de openbaarmaking van deze rapporten ook een belangrijk risico op heridentificatie van de betrokken patiënten ontstaan, gelet op de small cells waarin de informatie in sommige rapporten wordt weergegeven. Opdat de Beroepscommissie zou kunnen oordelen of de door Sciensano ingeroepen uitzonderingsgronden van toepassing zijn op dit verzoek, werden de rapporten u zonder anonimisering bezorgd. Openbaarmaking van deze rapporten zou dan ook afbreuk doen aan de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokken patiënten en de GDPR.“

2. De ontvankelijkheid van het beroep

De Commissie is van oordeel dat het beroep ontvankelijk is. Artikel 35 van de wet van 5 augustus 2006 bepaalt dat de aanvrager beroep kan instellen bij de federale Beroepscommissie voor de toegang tot milieu-informatie tegen een beslissing van een milieu-instantie bedoeld in artikel 4, § 1, of na het verstrijken van de termijn waarbinnen de beslissing moest worden genomen, of in geval van weigering van uitvoering of een onwillige uitvoering van een beslissing of enige andere moeilijkheid die hij ondervindt bij de uitoefening van de rechten die deze wet toekent. Het beroep moet worden ingediend binnen een termijn van zestig dagen. Bij afwezigheid van de vermelding van de beroepstermijn neemt deze geen aanvang.

De Commissie is van mening dat het voorwerp van de aanvraag wat betreft de eerste vraag in de e-mail van 19 januari 2022 hetzelfde is als deze in de e-mail van 14 februari 2022. De beslissing die genomen en bezorgd werd door Sciensano bij e-mail van 26 januari – weliswaar niet door de bevoegde persoon – moet dan ook worden beschouwd als het expliciete antwoord van Sciensano en de e-mail en brief van 14 februari 2022 als een hiërarchisch beroep waarop niet werd ingegaan.

Het beroep werd ingediend op 11 mei 2022 tegen de weigeringsbeslissing van 26 januari 2022 waarin evenwel de beroepsmogelijkheden niet werden vermeld. Bijgevolg werd het beroep ontvankelijk ingediend.

De aanvragers moeten er wel worden op gewezen dat zij elke aanvraag om toegang tot informatie voor zover die op een drager aanwezig is waarover een federale administratieve overheid beschikt, dienen te richten aan de persoon die namens de betrokken federale overheid bevoegd is om die aanvraag te beoordelen. Als journalisten een beroep wensen te doen op de wet van 11 april 1994 en de wet van 5 augustus 2006 kunnen zij zich in principe niet wenden tot de persverantwoordelijke tenzij deze persoon regelmatig een delegatie heeft ontvangen om beslissingen te nemen over de toegang tot bestuursdocumenten en milieu-informatie. Ook kunnen zij niet als ze zich eerst tot de persverantwoordelijke hebben gericht vervolgens een nieuwe aanvraag richten aan de leidinggevende van de milieu-instantie. Als de persverantwoordelijke immers geen delegatie heeft ontvangen, dient hij of zij de aanvraag intern door te sturen naar de persoon die bevoegd is om hierover een beslissing te nemen.

De aanvragers dienen ook steeds duidelijk te maken of zij in eigen naam optreden dan wel namens een organisatie, wat nu niet steeds duidelijk is. Hoewel dit niets uitmaakt voor de beoordeling van de aanvraag, geldt in het licht van de passieve openbaarheid van bestuur wel iemand slechts toegang kan krijgen tot bestuursdocumenten of milieu-informatie die hierom heeft gevraagd.

Dit beroep is evenwel slechts ontvankelijk voor zover de wet van 5 augustus 2006 van toepassing is en bijgevolg wanneer de aanvraag en het beroep betrekking heeft op milieu-informatie waarover een milieu-instantie beschikt in de zin van deze wet.

3. De gegrondheid van het beroep

3.1 De toepasselijkheid van de wet van 5 augustus 2005 betreffende de toegang van het publiek tot milieu-informatie

Om na te gaan of de wet van 5 augustus 2006 van toepassing is, gaat de Commissie na of Sciensano een milieu-instantie is in de zin van deze wet en of de gevraagde informatie kan beschouwd worden als milieu-informatie.

3.1.1 Het personeel toepassingsgebied

De wet van 5 augustus 2006 is van toepassing op milieu-instanties bedoeld in artikel 3, 1°, a) en b), waarvan de organisatie en de werking worden geregeld door de federale overheid, alsook op milieu-instanties vermeld in artikel 3, 1°, c), die onder hun toezicht staan (art. 4, § 1 van de wet van 5 augustus 2006) en over milieu-informatie beschikken (artikel 18, § 1 van de wet).

Het begrip milieu-instantie wordt door deze wet gedefinieerd als “*a) een rechtspersoon of een orgaan opgericht bij of krachtens de Grondwet, een wet, een decreet of een regel bedoeld in artikel 134 van de Grondwet;*
b) een natuurlijke of rechtspersoon die openbare bestuursfuncties uitoefent, met inbegrip van specifieke taken, activiteiten of diensten met betrekking tot leefmilieu;

c) een natuurlijke of rechtspersoon die onder toezicht van een orgaan of persoon als bedoeld onder a) of b) belast is met openbare verantwoordelijkheden of functies of openbare diensten met betrekking tot het milieu verleent.

Organen en instellingen met een gerechtelijke bevoegdheid vallen niet onder deze definitie, tenzij ze optreden in een andere functie dan de rechterlijke. De wetgevende vergaderingen en de daaraan verbonden instellingen vallen buiten deze definitie, behalve wanneer zij optreden in een administratieve functie.”

Sciensano moet worden beschouwd als een milieu-instantie in de zin van artikel 3, 1°, a) van de wet van 5 augustus 2006 en valt bijgevolg onder artikel 4, § 1 van de wet van 5 augustus 2006. Ze maakt deel uit van de rechtspersoon Federale Staat. Ze is een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid opgericht door de wet van 25 februari 2018 tot oprichting van Sciensano.

Aangezien de Commissie tot het besluit is gekomen dat Sciensano een milieu-instantie is in de zin van de wet van 5 augustus 2006 dient ze vervolgens te onderzoeken of de gevraagde informatie als milieu-informatie in de zin van de wet van 5 augustus 2006 kan worden beschouwd.

3.1.2 Het materieel toepassingsgebied

De wet van 5 augustus 2006 kent een recht van toegang tot milieu-informatie toe. Het begrip “milieu-informatie” wordt in artikel 3, 4^o omschreven als:

“elke informatie, ongeacht de drager en in welke materiële vorm ook, waarover een milieu-instantie beschikt, betreffende:

a) de **toestand van elementen van het milieu**, zoals de atmosfeer, de lucht, de bodem, het land, het water, het landschap, de natuurgebieden, met inbegrip van vochtige biotopen, kust- en zeegebieden, de biologische diversiteit en haar componenten met inbegrip van de genetisch gemodificeerde organismen en de interactie tussen deze elementen;

b) de **toestand van de gezondheid en de veiligheid van de mens** met inbegrip van de verontreiniging van de voedselketen, de levensomstandigheden van personen, voorzover zij worden of kunnen worden aangetast door de onder a) bedoelde elementen van het milieu of, via deze elementen, door een van de factoren zoals bedoeld onder d) of door de maatregelen en activiteiten zoals bedoeld onder e) ;

c) de **toestand van waardevolle cultuurgebieden en bouwwerken**, voorzover zij worden of kunnen worden aangetast door de onder a) bedoelde elementen van het milieu of, via deze elementen, door een van de factoren zoals bedoeld onder d) of door de maatregelen en activiteiten zoals bedoeld onder e) ;

d) **factoren**, zoals stoffen, energie, geluid, straling of afval, met inbegrip van radioactief afval, emissies, lozingen en ander vrijkomen in het milieu van stoffen die de toestand van elementen van het milieu zoals bedoeld onder a) of de toestand van de gezondheid en de veiligheid van de mens zoals bedoeld onder b) aantasten of waarschijnlijk aantasten;

e) **maatregelen en activiteiten** die uitwerking hebben of kunnen hebben op de onder a), b), c) of d) bedoelde elementen;

f) **maatregelen en activiteiten** die tot doel hebben de toestand van elementen van het milieu zoals bedoeld onder a), de toestand van de gezondheid en de veiligheid van de mens zoals bedoeld onder b) of de waardevolle cultuurgebieden en bouwwerken zoals bedoeld onder c) in stand te houden, te beschermen, te herstellen, te ontwikkelen, en druk erop te voorkomen, in te perken of te compenseren;

- g) **kosten-baten- en andere economische analyses en veronderstellingen** die worden gebruikt in het kader van de onder e) en f) bedoelde maatregelen en activiteiten;
- h) **verslagen over de toepassing van de milieuwetgeving**".

In principe dient de kwalificatie of iets als milieu-informatie of niet moet worden beschouwd door Sciensano plaatsvinden. Op die manier diende Sciensano te beoordelen welke wet zij diende toe te passen, namelijk de wet van 11 april 1994 voor bestuursdocumenten tenzij deze milieu-informatie bevatten of de wet van 5 augustus 2006 voor milieu-informatie.

De Commissie wil erop wijzen dat het begrip milieu-informatie een "open heel ruime invulling" heeft. (*Parl.St.* Kamer 2005-2006, nr. 51 2511/001, p. 16) Het feit dat in de definitie een veelheid aan exemplarische opsommingen voorkomt duidt erop dat aan het begrip niet eng mag worden ingevuld.

De Hospital Standardized Mortality Ratio zet de werkelijke sterfte in een ziekenhuis af tegen de sterfte die op basis van de patiëntkenmerken werd verwacht. Het is daarmee een indicator voor potentieel vermijdbare sterfte. Als een HSMR boven de 100 komt, betekent dat meer patiënten overlijden dan verwacht, bij een score onder 100 betekent dat er minder patiënten overlijden dan verwacht. De indicator is bruikbaar omdat deze rekening houdt met de patiënten die het ziekenhuis bezoeken, zaken als leeftijd, conditie en aandoening spelen een rol in de kans op overleving.

De betrokken data voor zover opgenomen op een drager moeten beschouwd worden als milieu-informatie in de zin van artikel 3, 4°, b) van de wet van 5 augustus 2006. Ze hebben immers betrekking op de gezondheid van de mens en de invloed die het COVID-19-virus hierop uitoefent in het extreme geval dat de infectie door het virus de dood als gevolg heeft. Virussen moeten worden beschouwd als deel uitmakend van de **toestand van elementen van het milieu**, waaronder ook de biologische diversiteit, ongeacht of deze diversiteit positieve of negatieve impact heeft op de menselijke gezondheid. Het begrip "biologische diversiteit" wordt weliswaar niet gedefinieerd in de wet van 5 augustus 2006, zodat het begrip in beginsel in zijn gewone betekenis moet worden begrepen. De wetgever heeft echter uitdrukkelijk willen aansluiten bij de inhoud van de terminologie gehanteerd in het Verdrag van Aarhus (*Parl. St.* Kamer, nr. 51-2511/001, 16), zodat men kan aannemen dat hij aan de gehanteerde

begrippen dezelfde inhoud heeft willen geven als die welke de partijen van het Verdrag van Aarhus hebben gehanteerd. De opstellers van het Verdrag hebben het begrip “biologische diversiteit” opgevat in de zin zoals het wordt gedefinieerd in het Verdrag inzake biologische diversiteit (Rio de Janeiro, 5 juni 1992; bekrachtigd bij wet van 11 mei 1995). Luidens artikel 2 van dat verdrag moet onder “biologische diversiteit” worden begrepen *“de variabiliteit onder levende organismen van allerlei herkomst, met inbegrip van, onder andere, terrestrische, mariene en andere aquatische ecosystemen en de ecologische complexen waarvan zij deel uitmaken; dit omvat mede de diversiteit binnen soorten, tussen soorten en van ecosystemen”*. Het begrip “ecosysteem” wordt in artikel 2 van het Verdrag inzake biologische diversiteit gedefinieerd als *“een dynamisch complex van gemeenschappen van planten, dieren en micro-organismen en hun niet-levende omgeving, die in een onderlinge wisselwerking een functionele eenheid vormen”*.

De gevraagde informatie is gebaseerd op gegevens die Sciensano via de COVID19 Hospital Survey verzamelt. Deze COVID19 Hospital survey wordt door Sciensano georganiseerd in opdracht van de Risk Management Group, die op 16 maart 2020 besloot om deze surveillance-opdracht aan Sciensano toe te kennen in het kader van de gezondheids crisis die het virus veroorzaakt heeft. Deze verwerking van persoonsgegevens dient om de bevoegde autoriteiten van accurate en up-to-date informatie te voorzien teneinde deze gezondheids crisis te kunnen beheersen.¹ De ziekenhuizen of ziekenhuisgroepen rapporteren op vrijwillige basis de betrokken gegevens aan Sciensano. Maandelijks ontvangt ieder(e) ziekenhuis(groep) een feedback-rapport van Sciensano, waarin ook deze Standardized Mortality Rates worden weergegeven, berekend op basis van de (onvolledig) gerapporteerde patiëntprofielen van het ziekenhuis of de ziekenhuisgroep.² Hieruit blijkt dat de Standardized Mortality Rates door Sciensano.

¹ Zie IVC Beraadslaging nr. 17/065 van 18 juli 2017, gewijzigd op 20 maart 2020 en op 1 september 2020, betreffende de mededeling van gepseudonimiseerde persoonsgegevens die de gezondheid betreffen door huisartsen aan sciensano via het healthdata- platform in het kader van twee peilnetwerken (van huisartsenpraktijken, sentinel general practitioners (sgp) en influenza like illnesses and acute respiratory illnesses (ILI & ARI)) en door ziekenhuizen in het kader van de COVID-19 registratie, para 25.

² De feedback-rapporten zijn opgesteld per erkenningsnummer van de ziekenhuisgroep (en kunnen dus verschillende sites omvatten). Voor het doeleinde van dit schrijven wordt met de verwijzing naar “een ziekenhuis” in de context van de rapportage van gegevens, de betrokken ziekenhuisrapporten en de SMR dus zowel “een ziekenhuis” als desgevallend “een ziekenhuisgroep” bedoeld.

Een hospital report-surveillance of hospitalized patients with confirmed COVID-19 infection (clinical hospital surveillance) is een Engelstalig document dat volgende gegevens bevat:

- de naam van het ziekenhuis en zijn nummer
 - de datum
1. Overview of data reporting
 - 1.1. Background: reporting of Covid-19 cases in the daily surge capacity surveillance
 - 1.2. Reporting to the hospital clinical hospital surveillance
 - Table 1: number of COVID-19 cases in your hospital, as registered in the clinical hospital surveillance and surge capacity surveillance
 - Figure 2: comparison between the incidence of COVID-confirmed patients and registered patients in the clinical surveillance among your hospital and all other reporting hospitals
 - Figure 3: Proportion of reported admitted patients in the hospital clinical compared to the surge capacity surveillance in your hospital
 - Table 2: number of hospitalized patients, reported in the different questionnaires (admission, discharge and ICU) of the clinical surveillance by your hospital
 2. Patient profile
 - Figure 4: Geographical overview of the place of residence of the hospitalized patients in your hospital
 - Figure 5: Evolution of reported patients by gender in your hospital compared to the national average
 - Figure 6: Distribution of the age groups, by hospital and all reporting hospitals
 - Table 3: Median and interquartile range of age, by hospital and all reporting hospitals
 - Figure 7: Evolution of median age by week, in your hospital and in all reporting hospitals
 - Table 4: Proportion of patients residing in nursing home among patients aged 65+ and proportion of healthcare workers among those aged 18-65, in your hospital and all reporting hospitals
 - Figure 8: Evolution of the proportion of COVID patients that are healthcare workers aged 18-65 by week, in your hospital and in all reporting hospitals

- Figure 9: Evolution of the proportion of COVID patients that are nursing home residents among patients aged 65+ by week, in your hospital and in all reporting hospitals
 - Figure 10: Distribution of ethnicity, in your hospital and all reporting hospitals
3. Diagnostic testing
- Figure 11: Distribution of the patients according to the diagnostic method applied, in your hospital and all reporting hospitals
 - Figure 12: Evolution of the use of PCR as method of diagnosis, in your hospital and in all reporting hospitals
4. Clinical profile
- Table 5: Distribution of symptoms at admission, in your hospital and all reporting hospitals
 - Figure 13: Distribution of the comorbidities, in your hospital and in all reporting hospitals
5. Clinical outcomes
- Table 6: Distribution of severity indicators among patients, in your hospital and all reporting hospitals during the first wave
 - Table 7: Distribution of severity indicators among patients, in your hospital and all reporting hospitals during the second wave
 - Table 8: Calculation of the Case Fatality Ratio, in your hospital and all reporting hospitals
 - Figure 14: Standardized mortality rates and 95% CI
 - Table 9: Standardized mortality rates and 95+ CI
 - Figure 15: Hospital length of stay, stratified by ICU, and non-ICU admitted patients
 - Table 10: Median hospital length of stay (IQR), stratified by time period among all hospitalized patients

3.2. De inroepbaarheid van uitzonderingsgronden op grond van de wet van 5 augustus 2005 betreffende de toegang van het publiek tot milieu-informatie

Uit de documenten die aan de Commissie werden bezorgd, blijkt dat hierin geen emissies in het milieu aanwezig zijn zodat niet moet worden onderzocht of artikel 27, § 2 van de wet van 5 augustus 2006 van toepassing is.

De Commissie wil er evenwel op wijzen dat de toegang tot milieu-informatie enkel kan worden geweigerd dan op grond van één of meer

uitzonderingsgronden in de wet van 5 augustus 2006 voor zover dit inroepen *in concreto* wordt gemotiveerd. Sciensano roept twee gronden in om de toegang tot de gevraagde gegevens te weigeren, namelijk de uitzonderingsgronden voorzien in artikel 27, §1, 1° en artikel 32, §1, 1° van de Wet van 5 augustus 2006 betreffende de toegang van het publiek tot milieu-informatie

Daarnaast dient de Commissie te onderzoeken of eventueel ook andere uitzonderingsgronden kunnen of moeten worden ingeroepen.

3.2.1. De uitzonderingsgrond met betrekking tot vrijwillig verstrekte informatie waarvoor de vertrouwelijkheid werd gevraagd

Artikel 27, § 1, 8° van de wet van 5 augustus 2006 luidt als volgt: “Voor elke milieu-informatie die het voorwerp uitmaakt van een vraag tot openbaarmaking, gaat de milieu-instantie die de aanvraag ontvangt na of er uitzonderingen van toepassing zijn. Ze wijst de aanvraag af als het publiek belang van de openbaarmaking niet opweegt tegen de bescherming van een van de volgende belangen: (...) 8° wanneer de aanvraag betrekking heeft op een advies of een mening die een derde vrijwillig en vertrouwelijk aan een milieu-instantie heeft meegedeeld en waarvan hij uitdrukkelijk heeft gevraagd het als vertrouwelijk te behandelen tenzij hij met de openbaarmaking instemt.” De Commissie stelt vast dat de betrokken informatie vrijwillig aan Sciensano werd verstrekt, maar dat de verstrekte informatie niet kan worden beschouwd als een advies of een opinie. Het betreft wel degelijk feitelijke gegevens. Dit laatste verhindert niet dat ze het resultaat zijn van een beoordeling en naar gelang van die beoordeling er zich verschillen per ziekenhuis kunnen voordoen. Omdat aan één van de voorwaarden niet voldaan is om deze uitzonderingsgrond in te roepen, vormt deze geen grondslag om de openbaarmaking te weigeren.

3.2.2. De mogelijkheid van misvatting en het risico van verkeerd gebruik van data verkregen op grond van de openbaarheidswetgeving

3.2.2.1. Milieu-informatie waarvan de openbaarmaking tot misvatting kan leiden

Het feit dat de openbaarmaking van milieu-informatie tot misvatting aanleiding kan geven, is maar mogelijk op grond van één

uitzonderingsgrond, namelijk wanneer de aanvraag betrekking heeft op milieu-informatie die onvoltooid is of die niet af is en waarvan de openbaarmaking aanleiding kan geven tot misvatting (artikel 32, § 1 van de wet van 5 augustus 2006). In elk afzonderlijk geval dient het algemeen belang dat is gediend met openbaarmaking te worden afgewogen tegen het specifieke belang dat is gediend met de weigering om openbaar te maken.

Sciensano voert aan dat de reden voor de misvatting zowel ligt bij de methodologie als bij de aard van deze gegevens – en bijgevolg ook de aard van de betrokken rapporten, inclusief de weergegeven Standard Mortality Rates per ziekenhuis. Een correcte vergelijking tussen de ziekenhuizen (of ziekenhuisgroepen) of een benchmarking is op grond hiervan niet mogelijk omwille van volgende redenen:

- er wordt geen rekening gehouden met selectieve rapportage door de ziekenhuizen: ziekenhuizen rapporteren niet al hun patiënten, wat betekent dat zij vrij kunnen kiezen of zij hun beste of slechtste patiënten rapporteren, wat een effect heeft op de mortaliteit.;
- er wordt slechts in beperkte mate rekening gehouden met comorbiditeiten, namelijk enkel met enkele soorten comorbiditeiten en enkel met het totaal aantal van deze comorbiditeiten, niet met de verschillen in ernst tussen comorbiditeiten.
- er wordt geen rekening gehouden met de toestand waarin patiënten worden opgenomen in het ziekenhuis en de onderliggende ernst van de ziekte. Een ziekenhuis dat doorgaans meer patiënten opneemt met een milde COVID-19 infectie, zal dan ook een kunstmatig lager sterftecijfer hebben.
- er wordt geen rekening gehouden met patiënttransfers tussen ziekenhuizen, noch de opname van verpleeghuispatiënten (met een hoog sterfterisico) gelet op verpleeghuisclusters rond bepaalde ziekenhuizen;
- er wordt geen rekening gehouden met de overbezetting van bepaalde ziekenhuizen en bijgevolg de preferentiële opname van enkel de ernstigste patiënten in zulke ziekenhuizen, noch met het risico op verminderde kwaliteit van de gezondheidszorg te wijten aan een personeelstekort.

Het is volgens Sciensano dus niet mogelijk om een correcte vergelijking te maken tussen ziekenhuizen op basis van sterftecijfers zonder

standaardisatie van deze verschillende versturende factoren. De openbaarmaking van deze rapporten met de Standardized Mortality Rates zou bijgevolg dus een groot risico op foutieve conclusies doen ontstaan betreffende de situatie in de individuele ziekenhuizen, met alle gevolgen van dien voor de deelname van de ziekenhuizen bij de rapportage aan Sciensano. Hierdoor ontstaat immers het risico dat ziekenhuizen hun gegevens anders zullen rapporteren, zodat zij hun sterftcijfers kunstmatig beïnvloeden (bv. door asymptomatische patiënten of patiënten met een laag risico te rapporteren) of dat ziekenhuizen niet langer zullen wensen deel te nemen aan vrijwillige gegevensrapportering, georganiseerd door Sciensano in het kader van de volksgezondheid. De deelname van ziekenhuizen aan de COVID-19 surveillance in het bijzonder is sinds het begin in maart 2020 tot op dit moment reeds van 70% naar 30% gedaald. Er is dus een chronisch risico dat de ziekenhuisdeelname verder zal afnemen met ondermijning van de COVID-19 pandemie surveillance.

Nochtans moet de Commissie wel vaststellen dat Sciensano toch waarde blijkt te hechten aan het via de survey verzamelde materiaal. Er wordt immers uitgegaan van vastgestelde feiten. De Commissie is er zich bewust van dat feiten altijd het resultaat zijn van een bepaalde interpretatie en vaststellingen en dat dit evenzeer het geval is voor een rapportering van die feiten.

Dat de openbaarmaking tot misvatting kan leiden, daaraan kan niet worden getwijfeld, maar het vormt op zich geen grondslag om de openbaarmaking te weigeren. Die mogelijkheid dient er milieu-instanties toe aan te zetten om uit eigen beweging toelichtende documenten aan te maken en deze publiek te maken waarin ze ondersteuning biedt om tot een juiste interpretatie te komen. Om foutieve interpretatie te vermijden, heeft de wetgever onder meer om die reden het recht op uitleg toegevoegd aan het recht van toegang.

Ook het feit dat de combinatie en verwerking van van een milieu-instantie verkregen informatie kan leiden tot foutieve conclusies, is inherent verbonden aan de openbaarmaking van informatie. De openbaarheid van bestuur wenst echter niet het gebruik te regelen, maar bevat enkel uitzonderingsgronden voor effecten die de openbaarmaking zou kunnen hebben voor bepaalde door de wet beschermde belangen. Voor zover het meer bepaald gaat om hergebruik van overheidsinformatie wenst de Commissie te verwijzen naar de wet van 4 mei 2016 inzake

het *hergebruik* van *overheidsinformatie* en naar de voorwaarden waaronder een hergebruik mogelijk is.

3.2.2.2. Milieu-informatie die onafgewerkt of onvolledig is

Er kan niet worden beweerd dat de betrokken milieu-informatie onafgewerkt of onvolledig is. De data zijn nu eenmaal wat ze zijn. Doordat heel wat informatie verder kan worden aangevuld en geherinterpreteerd zou op die manier heel wat informatie niet openbaar kunnen worden gemaakt. Op een zeker moment dient immers informatie met de voorhanden zijnde kennis als afgewerkt en volledig te worden beschouwd. Dit verhindert niet dat deze informatie kan worden aangevuld en tot nieuwe verrijkte of betere informatie kan worden leidt. Aangezien de betrokken informatie niet als onafgewerkt of onvolledig kan worden beschouwd, kan de uitzonderingsgrond van artikel 32, § 1 van de wet van 5 augustus 2006 niet worden ingeroepen.

3.2.3. De uitzonderingsgrond in artikel 27, § 1, 1° van de wet van 5 augustus 2006

Artikel 27, § 1, 1° van de wet van 5 augustus 2006 luidt als volgt: “Voor elke milieu-informatie die het voorwerp uitmaakt van een vraag tot openbaarmaking, gaat de milieu-instantie die de aanvraag ontvangt na of er uitzonderingen van toepassing zijn. Ze wijst de aanvraag af als het publiek belang van de openbaarmaking niet opweegt tegen de bescherming van een van de volgende belangen : (...) 1° de fundamentele rechten en vrijheden van de bestuurden en in het bijzonder de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, tenzij de betrokken persoon met de openbaarmaking instemt”.

3.2.3.1. De bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokkenen

Volgens Sciensano doet het overmaken van bepaalde ziekenhuisrapporten met de Standardized Mortality Rates van de COVID19 patiënten een reëel risico ontstaan op heridentificatie van de betrokken patiënten. Dit is met name het geval voor ziekenhuisrapporten voor waves waar het sterftecijfer in het ziekenhuis laag lag. Door de combinatie met meer gedetailleerde informatie zoals 1) het ziekenhuis (plaats) en 2) de

betrokken tijdsperiode (wave) ontstaat er een identificatiegevaar (de zogenaamde “small cells”).

Openbaarmaking van deze rapporten of de betrokken Standardized Mortality Rates van de COVID19 patiënten van de betrokken ziekenhuizen zou dan ook afbreuk doen aan de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van deze patiënten. Volgens Sciensano weegt het publiek belang dat gediend zou zijn met de openbaarmaking niet op tegen de schade die met deze openbaarmaking zou veroorzaakt worden. Om die reden moet het overmaken van die ziekenhuisrapporten of de betrokken Standardized Mortality Rates van de COVID19 patiënten van die ziekenhuizen in ondergeschikte orde dus ook geweigerd worden op grond van artikel 27, §1, 1° van de Wet van 5 augustus 2006.

De Commissie wenst er evenwel op te wijzen dat de bescherming van de persoonlijke levenssfeer in principe beperkt is tot levende personen. Sciensano kan zich dan ook niet beroepen op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van overleden personen. Bovendien is niet in te zien dat de Standardized Mortality Rates cijfers op individuele personen betrekking zouden hebben.

3.2.3.2. De bescherming van de persoonlijke levenssfeer van het publiek

De redenering die Sciensano aan de dag legt om het risico voor het publiek als gevolg van de openbaarmaking te argumenteren, kan als volgt worden samengevat: de openbaarmaking van de Standardized Mortality Rates van de COVID19 patiënten opgenomen op ICU die per ziekenhuis werden berekend en de eenvoudige vergelijking van deze SMR per ziekenhuis, houdt een groot risico op foutieve conclusies in over de situatie in de individuele ziekenhuizen in de strijd tegen COVID19, maar ongetwijfeld ook over de daar geleverde zorg in het algemeen. Hierdoor ontstaat dan weer een zeer reële kans op overbevragen van bepaalde ziekenhuizen (die in zulke methodologisch incorrecte en gebrekkige vergelijking toevallig goed scores), met alle gevolgen van dien voor de zorgverlening en het recht op kwaliteitsvolle zorg van zowel COVID-19 als andere patiënten.

Volgens Sciensano zou de openbaarmaking van de Standardized Mortality Rates voor de COVID19 patiënten opgenomen in ICU (in de periode 1 maart 2020 tot op heden) per ziekenhuis dan ook ernstige gezondheidsrisico's doen ontstaan. De openbaarmaking van deze

informatie zou een belangrijke bedreiging voor de bescherming van de gezondheid en de levenskwaliteit van de mens met zich meebrengen, namelijk fundamentele rechten die als onderdeel van de persoonlijke levenssfeer beschermd worden door artikel 8 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens. Dit dient ook in verband te worden gebracht met het fundamenteel recht op bescherming van de gezondheid en geneeskundige bijstand dat volgt uit artikel 23, derde lid, 2° GW. Bovendien heeft eenieder, in overeenstemming met artikel 35 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie, recht op toegang tot preventieve gezondheidszorg en op medische verzorging onder de door de nationale wetgevingen en praktijken gestelde voorwaarden.

De Commissie kan zich vinden in het argument dat door de openbaarmaking van de gevraagde gegevens schade zou kunnen worden toegebracht aan de volksgezondheid. De openbaarmaking zou kunnen leiden tot verdere onderrapportering, al moet de Commissie erop wijzen dat dit zeker niet de enige reden is. Zo wijst Sciensano er zelf op dat zonder dat de betrokken informatie op vandaag openbaar wordt gemaakt, de deelname van ziekenhuizen aan de COVID-19 surveillance in het bijzonder sinds het begin in maart 2020 tot op dit moment al van 70% naar 30% gedaald is. Volgens de Commissie gaat het om een bredere draagwijdte dan de concrete aanvraag, aangezien ze betrekking heeft op de bescherming van de volksgezondheid in het algemeen. Niet enkel ontstaat hierdoor het risico dat ziekenhuizen hun gegevens anders zullen rapporteren, zodat zij *in casu* hun sterftcijfers kunstmatig beïnvloeden (bv. door asymptomatische patiënten of patiënten met een laag risico te rapporteren) waardoor de betrouwbaarheid van de informatie gehypothekeerd wordt. Ook bestaat het risico dat ziekenhuizen niet langer zullen wensen deel te nemen aan vrijwillige gegevensrapportering, georganiseerd door Sciensano in het kader van de volksgezondheid.

De Commissie meent echter dat het aangewezen is zeker wanneer het gaat om maatschappelijk belangrijke informatie dat deze op grond van een wettelijke verplichting zou worden ingezameld, om de risico's van onderrapportering aanzienlijk te verminderen en dit element de openbaarmaking niet langer in de weg staat. Dit is des te logischer omdat het gebrek aan voldoende en betrouwbare informatie over de reële situatie in de ziekenhuizen immers de missie van Sciensano in het gedrang brengt en de manier waarop zij haar wettelijke opdrachten in het

beleidsondersteunend wetenschappelijk onderzoek nog kan uitvoeren, met een rechtstreekse impact op de (volks)gezondheid tot gevolg.

Alhoewel de Commissie van oordeel is dat er *in casu* een zeer hoog maatschappelijk belang is dat gediend is met de openbaarmaking van de gevraagde gegevens, toch weegt dit niet op tegen de bescherming van de volksgezondheid en de persoonlijke levenssfeer van de burgers.

3.2.4. De uitzonderingsgrond in artikel 32, § 2, 1° van de wet van 5 augustus 2006

Daarnaast roept Sciensano een praktische reden in, namelijk dat het onleesbaar maken van informatie die de persoonlijke levenssfeer van de patiënten in gevaar zou brengen, zulke hoge werkdruk op de betrokken dienst binnen Sciensano zou leggen in de mate dat dit de goede werking van de dienst en de uitvoering van de wettelijke opdracht van Sciensano volledig zou verstoren. Sciensano roept met andere woorden in dat de anonimisering van de rapporten kennelijk onredelijk zou zijn. Dit argumenteert ze als volgt: Naar schatting zou de behandeling per ziekenhuisrapport 10 minuten in beslag nemen (namelijk het checken en evalueren van ieder rapport op een risico voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het onleesbaar maken van bepaalde informatie, indien dit op elektronische wijze kan onleesbaar worden gemaakt). Aangezien het gaat om minstens 1.800 ziekenhuisrapporten resulteert dit in minstens 18.000 minuten (300 uur) werk, het equivalent van 1 FTE binnen de dienst die hier 8 weken fulltime aan zou werken. Als alternatieve mogelijkheid zou het volledige team voor de COVID19 hospital surveillance minstens 2 weken hun surveillance taken volledig moeten stilleggen om deze opdracht te kunnen uitvoeren, met alle gevolgen van dien voor de opvolging van de gezondheidscrisis en de volksgezondheid. Gelet op de gevoelige aard van deze informatie en het risico voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, kan deze opdracht ook niet zomaar aan andere personeelsleden worden toevertrouwd.”

De Commissie is van oordeel dat deze uitzonderingsgrond niet langer ter zake is nu de Commissie heeft geoordeeld dat op grond van artikel 27, § 1, 1° van de wet van 5 augustus 2006 dat de gegevens in hun geheel aan de openbaarmaking moeten worden onttrokken. Bovendien heeft de

Commissie geoordeeld dat artikel 27, § 1, 1° niet kan worden ingeroepen op gegevens van individuele personen.

3.3. Besluit

De Commissie is van oordeel dat enkel artikel 27, § 1, 1° van de wet van 2006 een grondslag vormt om de toegang tot de gevraagde informatie te weigeren op grond van de door de Commissie aangehaalde motivering. Ze stelt immers vast dat de gegevens werden ingezameld op grond van een vrijwillige mededeling en dat de openbaarmaking van die gegevens kan leiden tot onderrapportering die een bedreiging kan vormen voor de volksgezondheid en de persoonlijke levenssfeer van de leden van het publiek. De openbaarmaking kan niet worden geweigerd op grond van artikel 32, § 2, 1° en artikel 27, § 1, 8° van de wet van 5 augustus 2006.

Brussel, 1 september 2022

De Commissie was als volgt samengesteld:

Pascale Vandernacht, voorzitter
Frankie Schram, secretaris en lid
Steven Vandenborre, lid
Claudia Hildebrand, plaatsvervangend lid

F. SCHRAM
secretaris

P. VANDERNACHT
voorzitter