Recherche: Seulement mots-clé
51 résultats 'Avantages et statuts'

var PP2005 Allocation d'intégration pour les personnes handicapées *(Population)*

La variable indique si la personne touche des allocations d'intégration pour personnes handicapées.
L'allocation d'intégration est accordée à la personne handicapée qui a des dépenses supplémentaires en raison d'une réduction de son autonomie. La personne doit être âgée de 21 à 65 ans, bien que certaines exceptions soient possibles. Pour avoir droit à l'allocation, le handicap doit être reconnu par un médecin. Il prend en compte l'impact du handicap sur les activités quotidiennes (autonomie) Pour avoir droit à une allocation d'intégration, il faut obtenir au moins 7 points sur l'échelle d'autonomie.
Le critère 'Allocation d'intération pour les personnes handicapées' est une situation de dépendance sur la base de laquelle le forfait pour malades chroniques peut être accordé (voir remarques).

var PP2009 Allocation pour aide de tierce personne *(Population)*

La variable indique si la personne touche une 'allocation pour l'aide de tierce personne'. L'allocation est accordée aux bénéficiaires d'une indemnité d'incapacité de travail et qui ont de graves difficultés à accomplir les actes courants de la vie journalière. Pour avoir droit à l'allocation, l'autonomie réduite doit être reconnue par un médecin. La personne doit au moins avoir un score de 11 points des 18 sur l'échelle de l'autonomie.
Le critère 'Allocation pour aide de tierce personne' est une situation de dépendance sur la base de laquelle le forfait pour malades chroniques peut être accordé (voir remarques).

var PP2007 Allocation pour aide de tierce personne – ancien régime 1 *(Population)*

La variable indique si la personne touche une 'allocation pour l'aide de tierce personne – ancien régime 1'. L'allocation est accordée aux personnes handicapées dont l'autonomie est réduite.
L'allocation a été réformée en 2007. Les personnes qui avaient précédemment droit à l'allocation et pour lesquelles le nouveau régime est défavorable, peuvent continuer à faire usage de l'ancien régime. En 2018, quelque 400 personnes étaient encore impliquées. Dans la variable Allocation pour aide de tierce personne vous trouverez les personnes qui utilisent le nouveau régime.
Le critère 'Allocation pour aide de tierce personne – ancien régime 1' est une situation de dépendance sur la base de laquelle le forfait pour malades chroniques peut être accordé (voir remarques).

var PP2008 Allocation pour aide de tierce personne – ancien régime 2 *(Population)*

La variable indique si la personne touche une 'allocation pour l'aide de tierce personne – ancien régime 2'. L'allocation est accordée aux personnes sans charges familiales qui reçoivent une indemnité d'incapacité de travail et qui, sur base de la reconnaissance d'une autonomie réduite, reçoivent des allocations en tant que bénéficiaires de charges familiales.
L'allocation a été réformée en 2007. Les personnes qui avaient précédemment droit à l'allocation et pour lesquelles le nouveau régime est défavorable, peuvent continuer à faire usage de l'ancien régime. En 2018, quelque 400 personnes étaient encore impliquées. Dans la variable Allocation pour aide de tierce personne vous trouverez les personnes qui utilisent le nouveau régime.
Le critère 'Allocation pour aide de tierce personne – ancien régime 2' est une situation de dépendance sur la base de laquelle le forfait pour malades chroniques peut être accordé (voir remarques).

var PP2006 Allocation pour l'aide aux personnes âgées *(Population)*

La variable indique si la personne touche une 'allocation pour l'aide aux personnes âgées' (Bruxelles et Wallonie) ou un 'Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood' (Flandres).
L'allocation est accordée aux personnes âgées de plus de 65 ans qui ont besoin d'aide et qui ont un faible revenu. Elle est destinée à compenser les coûts supplémentaires que la personne encoure à cause d'une diminution d'autonomie dans l'exécution des tâches journalières. Pour avoir droit à l'allocation votre diminution d'autonomie doit être constaté par un médecin. La personne doit au moins obtenir 7 des 18 points sur l'échelle d'autonomie.
Le critère 'Allocation pour l'aide aux personnes âgées' est une situation de dépendance sur la base de laquelle le forfait pour malades chroniques peut être accordé (voir remarques).

var PP2004 Allocations familiales supplémentaires *(Population)*

La variable indique si la personne touche des allocations familiales supplémentaires. La personne a moins de 21 ans et a un handicap ou une affection qui donne droit aux allocations familiales supplémentaires lorsque l'une des conditions suivantes est remplie:

- l'handicap ou l'affection a des conséquences physiques ou mentales.
- l'handicap ou l'affection a une incidence sur les activités quotidiennes de l'enfant (mobilité, capacité d'apprentissage, hygiène corporelle,...).
- l'handicap a des conséquences pour le ménage (traitement médical, déplacements nécessaires, adaptation du lieu de vie...).

Le critère 'Allocations familiales supplémentaires' est une situation de dépendance sur la base de laquelle le forfait pour les malades chroniques peut être accordé (voir remarques).

var PP3002 Catégorie ménage MAF *(Population)*

Cette variable indique de quelle tranche de revenus le ménage MAF fait partie. La tranche de revenus du ménage détermine le plafond du ticket modérateur. Lorsque le total des tickets modérateurs du ménage au cours de l'année dépassent ce plafond, le ménage bénéficie d'un remboursement de tous les tickets modérateurs supérieurs à ce montant. Vous trouverez davantage d'informations sur le système du maximum à facturer dans la variable PP3001 ou sur le site web de l'INAMI.

var UNEMPLOYMENT_YN Chômage *(Population)*

La variable indique si la personne a perçu une indemnité de chômage au moins un jour au cours de l'année de référence. Cette variable est dérivée du Nombre de jours de chômage.

var PP0045 Code d'identification titulaire *(Population)*

Code d'identification du titulaire ('titulaire'). Si la personne est titulaire, la valeur correspond à celle de la variable PP0010. Si la personne est à charge, cette variable contient le code d'identification du titulaire dont il ou elle est à la charge. Vous trouverez des informations sur la distinction entre titulaire et personne à charge dans la variable PP1002.

var SS00230 Code facturation intervention personnelle *(Pharmanet)*

Cette variable indique s'il s'agit de la délivrance d'un médicament pour lequel, dans le cadre du maximum à facturer (MAF) ou pour les patients qui appartiennent à une catégorie sociale spécifique, l'assurance maladie intervient à 100 % ; Le patient ne devant donc pas payer d'intervention personnelle (ticket modérateur).

var SS00095 Code titulaire 1 (CT1) *(Pharmanet)*

Le code titulaire 1 (CT1) indique les conditions d'assurabilité de la personne à la date de la prestation. Pour les personnes ayant la qualité de personne à charge, la valeur de cette variable correspond à celle du titulaire dont ils sont à la charge. Vous trouverez davantage d'informations sous Code titulaire 1 (base de données Population).

var SS00095 Code titulaire 1 (CT1) *(Soins de santé)*

Le code titulaire 1 (CT1) indique les conditions d'assurabilité de la personne à la date de la prestation. Pour les personnes ayant la qualité de personne à charge, la valeur de cette variable correspond à celle du titulaire dont ils sont à la charge. Vous trouverez davantage d'informations sous Code titulaire 1 (base de données Population).

var PP0035 Code titulaire 2 *(Population)*

Le code titulaire 2 (CT2) indique, avec le code titulaire 1, les conditions d'assurabilité de la personne. Avant 2008, les indépendants étaient assurés seulement contre les « gros risques » et les valeurs de leurs CT1 et CT2 étaient différentes. Depuis l'uniformisation en 2008 du régime général et du régime des indépendants pour assurer le droit aux « petits risques », cette variable ne contient que des informations supplémentaires pour les conventions internationales (deuxième chiffre de CT1 = 8).
Pour le régime indépendant (premier chiffre de CT1 = 4), cette variable contient deux codes qui font la distinction entre les titulaires sans régime préférentiel (CT2 = 460) et avec régime préférentiel (CT2 = 461).

var SS00100 Code titulaire 2 (CT2) *(Pharmanet)*

Le code titulaire 2 (CT2) indique, avec le code titulaire 1 (CT1), les conditions d'assurabilité de la personne à la date de la prestation. Avant 2008, les indépendants étaient assurés seulement contre les « gros risques » et les valeurs de leurs CT1 et CT2 étaient différentes. Depuis l'uniformisation en 2008 du régime général et du régime des indépendants pour assurer le droit aux « petits risques », cette variable ne contient que des informations supplémentaires pour les conventions internationales (deuxième chiffre de CT1 = 8).
Pour le régime indépendant (premier chiffre de CT1 = 4), cette variable contient deux codes qui font la distinction entre les titulaires sans régime préférentiel (CT2 = 460) et avec régime préférentiel (CT2 = 461).
Vous trouverez davantage d'informations sous Code titulaire 2 (banque de données Population).

var SS00100 Code titulaire 2 (CT2) *(Soins de santé)*

Le code titulaire 2 (CT2) indique, avec le code titulaire 1 (CT1), les conditions d'assurabilité de la personne à la date de la prestation. Avant 2008, les indépendants étaient assurés seulement contre les « gros risques » et les valeurs de leurs CT1 et CT2 étaient différentes. Depuis l'uniformisation en 2008 du régime général et du régime des indépendants pour assurer le droit aux « petits risques », cette variable ne contient que des informations supplémentaires pour les conventions internationales (deuxième chiffre de CT1 = 8).
Pour le régime indépendant (premier chiffre de CT1 = 4), cette variable contient deux codes qui font la distinction entre les titulaires sans régime préférentiel (CT2 = 460) et avec régime préférentiel (CT2 = 461).
Vous trouverez davantage d'informations sous Code titulaire 2 (banque de données Population).

var PP1010 Condition droit à l'intervention majorée *(Population)*

Depuis 2014, cette variable indique la forme d'intervention majorée (BIM) dont bénéficie la personne. Il peut s'agir de condition de revenus ou d'un avantage social. La mutualité octroie automatiquement l'intervention majorée aux personnes qui bénéficient d'une allocation sociale. Les personnes qui ne bénéficient d'aucune allocation sociale peuvent avoir droit à l'intervention majorée sur la base des revenus du ménage. Elles doivent introduire une demande à cet effet auprès de leur mutualité. Vous trouverez davantage d'informations sur les allocations sociales et les plafonds de revenus donnant droit à l'intervention majorée sur le site web de l'INAMI.
De 2007 à 2013, cette variable indiquait si une personne bénéficiait du statut OMNIO, ce qui permettait de distinguer les conditions auxquelles les personnes bénéficiaient du taux préférentiel. Sur la seule base d'une condition de revenus, il s'agissait du statut OMNIO (synonyme de statut BIM), tandis que sur la base d'un avantage social, les personnes bénéficiaient du BIM-avantage. Enfin, une qualité combinée à un controle de revenus donnait droit à la qualité-BIM.

var PP3006 Date premier remboursement MAF *(Population)*

Date à laquelle la personne a reçu le premier remboursement MAF liés aux tickets modérateurs payés au cours de l'année de référence Y. Le premier remboursement peut avoir lieu au cours des années Y, Y+1 ou Y+2.

var SS00265 Dossier médical global *(Soins de santé)*

Le patient possède un dossier médical global (DMG) à la date de prestation.

var PP3013 Droit à l'assistance d'un CPAS *(Population)*

La variable indique si la personne a droit à l'assistance obligatoire d'un centre public d'aide sociale (CPAS).

var PP3003 Droit au MAF - individu *(Population)*

Cette variable indique si la personne figurant dans le système du maximum à facturer (MAF) a droit au MAF social ou au MAF revenus dans son ménage. Si la variable PP3001 désigne un ménage dont seule une partie a droit au MAF social, cette variable permet de distinguer les personnes ayant droit au MAF social de celles qui n'y ont pas droit.

var PP3001 Droit au MAF - ménage *(Population)*

La variable indique si le ménage de la personne peut bénéficier d'un remboursement dans le cadre du Maximum à facturer (MAF) sur la base du MAF social ou du MAF revenus.

var PP3010 Droit au revenu garanti aux personnes âgées, à la garantie de revenus aux personnes âgées ou au revenu d'intégration sociale *(Population)*

La personne a droit, au cours de l'année de référence, au revenu garanti aux personnes âgées, à la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) ou au revenu d'intégration sociale.
Le revenu d'intégration sociale est un droit octroyé aux personnes qui ne disposent pas de revenus suffisants et dont les propres efforts ne peuvent pas induire de changements. Il est octroyé par le CPAS.
La GRAPA est un revenu minimum accordé aux personnes âgées de plus de 65 ans qui ne disposent pas de ressources suffisantes ; elle succède au revenu garanti aux personnes âgées et est accordée par le Service fédéral des Pensions.

var PP3011 Droit aux allocations pour les personnes handicapées *(Population)*

La variable indique si la personne bénéficie du droit à l'une des allocations pour les personnes handicapées. Trois allocations sont prévues pour les personnes qui souffrent d'un handicap : l'allocation de remplacement de revenus (voir remarques ci-dessous), l'allocation d'intégration et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées.

var PP3014 Droit MAF malades chroniques *(Population)*

La variable indique si la personne a droit à une diminution de son plafond MAF.Cela signifie que la personne fait partie d'un ménage dont au moins un membre bénéficie à titre personnel du MAF malades chroniques durant l'année Y, car 1) ce membre a atteint 450€ de tickets modérateurs deux années consécutives ou 2) ce membre a le statut affection chronique durant l'année Y. Vous trouverez plus d'informations sur le système du maximum à facturer (MAF) à la variable PP3001 ou sur le site web de l'INAMI.

var SS00350 Exception tiers payant *(Soins de santé)*

Cette variable mentionne les raisons de l'application du régime du tiers payant pour des prestations fournies par un médecin généraliste, un dentiste ou un logopède. Jusqu'au 31 décembre 2021, il était interdit d'appliquer le tiers payant pour ces prestataires, à l'exception de certaines prestations et situations qui permettaient, voire forçaient son application.

var PP2001 Forfait B pour soins infirmiers *(Population)*

La variable indique si la personne répond aux critères 'forfait B pour soins infirmiers'. Le critère implique que la personne a l'accord d'un médecin-conseil pour un forfait B pour les soins à domicile pendant au moins trois mois (89 jours). Il peut s'agir d'un simple forfait B ou d'un forfait B pour des soins palliatifs.
Le forfait B est l'honoraire forfaitaire de l'infirmière qui dispense des soins à domicile à un patient lourdement dépendant. Il est accordé par journée de soins infirmiers. La dépendance en matière de soins du patient est évaluée à l'aide de Katz-schaal. Les patients avec un forfait B ont un degré de dépendance 3 ou 4 pour les activités suivantes : Se laver, S'habiller, Transférer et se déplacer, Aller à la toilette, Continence et/ou S'alimenter.
Le critère 'Forfait B pour soins infirmiers' est une situation de dépendance sur la base de laquelle le forfait pour malade chronique peut être accordé (voir remarques).

var PP2002 Forfait C pour soins infirmiers *(Population)*

La variable indique si la personne répond aux critères 'forfait C pour soins infirmiers'. Le critère implique que la personne a l'accord d'un médecin-conseil pour un forfait C pour les soins à domicile pendant au moins trois mois (89 jours). Il peut s'agir d'un simple forfait B ou d'un forfait C pour des soins palliatifs.
Le forfait C est l'honoraire forfaitaire de l'infirmière qui dispense des soins à domicile à un patient lourdement dépendant. Il est accordé par

journée de soins infirmiers. La dépendance en matière de soins du patient est évaluée à l'aide de Katz-schaal. Les patients avec un forfait C ont un degré de dépendance 4 pour les activités suivantes Se laver, S'habiller, Transférer et se déplacer, Aller à la toilette; et un score de 3 ou 4 (au moins un score=4) pour Continence et/ou S'alimenter.
Le critère 'Forfait C pour soins infirmiers' est une situation de dépendance sur la base de laquelle le forfait pour malade chronique peut être accordé (voir remarques).

var ZORGFORFAIT Forfait maladies chroniques *(Données patients)*

Personne ayant un forfait annuel pour maladie chronique. Personne ayant droit à ce remboursement pour une certaine année car elle est en situation de dépendance cette année et a supporté durant cette année et l'année précédente des frais importants (tickets modérateurs) en Soins de Santé. La mutualité lui octroi automatiquement ce remboursement.
La situation de dépendance est attestée de 3 façons :

- La personne a obtenu du médecin-conseil un accord pour suivre un traitement de soins infirmiers ou de kinésithérapie;
- La personne a été longuement ou souvent hospitalisée;
- La personne justifie de conditions de dépendance pour bénéficier d'une allocation spécifique
  Vous trouverez plus d'information sur le forfait maladies chroniques sur le site INAMI.

var PP2010 Hospitalisation 120 jours *(Population)*

La variable indique si la personne répond ou non au critère 'Hospitalisation pendant 120 jours'. Ce critère implique que la personne a été admise dans un hôpital général ou psychiatrique pour une durée totale d'au moins 120 jours au cours de l'année civile concernée et de l'année civile précédente.
Le critère 'Hospitalisation pendant 120 jours' est une situation de dépendance sur la base de laquelle le forfait pour malades chroniques peut être accordé (voir remarques).

var MAJOR_COVERAGE_YN Intervention majorée *(Population)*

La personne a droit à l'intervention majorée (BIM) ou à l'un de ses prédécesseurs ; basé sur le troisième chiffre du Code titulaire 1.

var PP2003 Kinésithérapie E ou physiothérapie *(Population)*

La variable indique si la personne réponds aux critères 'Kinésithérapie E ou physiothérapie'. Les patients souffrant de certaines pathologies lourdes payent moins pour leurs soins de kinésithérapie ou physiothérapie, après accord du médecin-conseil de sa mutualité. Ces pathologies lourdes sont reprises sur la «Liste E».
Le critère 'Kinésithérapie E ou physiothérapie' implique que la personne a un accord d'un médecin-conseil pour de la kinésithérapie E ou physiothérapie pendant au moins 6 mois (179 jours). Les six mois (179 jours) ne doivent pas nécessairement être des périodes ininterrompues. Elles doivent bien être dans la même année civile.
Le critère 'Kinésithérapie E ou physiothérapie' est une situation de dépendance sur la base de laquelle le forfait pour les malades chroniques peut être accordé (voir remarques).

var CHRONICAL_YN Malade chronique *(Population)*

La personne se trouve dans l'une des situations de dépendance qui déterminent les conditions d'octroi du forfait pour malades chroniques ou a bénéficié d'une allocation pour personnes handicapées. Vous trouverez davantage d'informations sur ce forfait de soins sous Forfait malades chroniques (Données patient).

var PP1008 Nature du revenu *(Population)*

La nature du revenu des personnes non actives inscrites au Registre national des personnes physiques (CT1/CT2 = 100 ou 101). Il ne s'agit pas en l'occurrence du montant des revenus mais bien d'une description du montant.

var PP4001 Nombre de jours de chômage *(Population)*

Le nombre de jours de chômage au cours de l'année pour une personne. Il s'agit plus précisément du nombre de jours pour lesquels la personne a reçu des allocations de chômage au cours de l'année de référence. Les travailleurs qui ont perdu leur emploi involontairement et ont exercé un nombre de jours minimum d'activités salariées ont droit à des allocations de chômage. Les prestations en qualité d'indépendant ne donnent pas droit aux allocations de chômage. Sous certaines conditions, les jeunes diplômés peuvent faire valoir leurs droits à ces allocations.

var PP1009 Origine de la reconnaissance comme personne handicapée *(Population)*

Si une personne est reconnue en tant que personne handicapée, cette variable indique le trajet suivi menant à celle-ci.

db Patientèle médecins généralistes

La base de données 'Patientèle des médecins généralistes' contient des informations sur les consultations et les visites des médecins généralistes, sur les pratiques des généralistes (organisation en solo ou en groupe) et sur les DMG (Dossier Médical Global) enregistrés auprès des mutualités en Belgique. Les variables sont dérivées d'informations contenues dans les bases de données Population et Soins de santé et agrégées au niveau (individu x pratique). Les données sont mises à disposition dans des tables de données organisées par année civile. Une table de données (annuelle) contient une observation pour chaque combinaison d'une personne et d'un cabinet (médical) où celle ci a eu un contact ou des droits DMG au cours de l'année.

var RECOGNITION_YN Personne handicapée *(Population)*

Cette variable indique si la personne a été reconnue comme personne handicapée.

var MAJOR_INVALIDITY_YN Personne invalide ou handicapée *(Population)*

La personne est invalide ou porteuse d'un handicap, ou est à la charge d'une personne invalide ou handicapée ; basé sur le deuxième chiffre de Code titulaire 1.

var PP3012 Plus de 12 mois d'allocations de chômage *(Population)*

Cette variable indique si la personne bénéficie d'allocations de chômage, en ce compris des jours d'incapacité de travail, depuis plus de 12 mois.

db Population

La base de données Population contient des données démographiques, socio-économiques et de santé sur les membres des sept mutualités de Belgique. Les données sont disponibles dans des tables par année civile.
Il existe également une variante EPS de la base de données.

var PP3004 Remboursement et plafond MAF - ménage *(Population)*

La variable indique si le ménage de la personne a reçu des remboursements dans le cadre du maximum à facturer (MAF) ainsi que le plafond du ticket modérateur sur la base duquel ces remboursements ont eu lieu. Vous trouverez à la variable PP3001 et sur le site web de l'INAMI davantage d'informations sur le système du maximum à facturer.

var PP3005 Remboursement et plafond MAF – individu ou partie du ménage *(Population)*

La variable indique si la personne a reçu un ou des remboursements dans le cadre du maximum à facturer (MAF) sur la base d'un droit individuel ou d'un droit d'une partie du ménage. Vous trouverez à la variable PP3001 et sur le site web de l'INAMI davantage d'informations sur le système du maximum à facturer.

var PP2011 Six hospitalisation *(Population)*

La variable indique si la personne répond ou non au critère 'Six hospitalisations'. Ce critère implique que la personne a été admise dans un hôpital général ou psychiatrique au moins six fois au cours de l'année civile en question et de l'année civile précédente.
Le critère 'Six hospitalisations' est une situation de dépendance sur la base de laquelle le forfait pour malades chroniques peut être accordé (voir remarques).

var PAT_CZ Statut affection chronique *(Patientèle médecins généralistes)*

Le patient possède, au cours de l'année de référence, le statut de personne souffrant d'une affection chronique. Les critères d'attribution sont les suivants :

- le patient a des dépenses élevées en soins de santé (critère financier) ;
- le patient bénéficie du forfait pour malades chroniques ;
- le patient souffre d'une maladie rare ou orpheline et a des dépenses élevées en soins de santé.

Les personnes ayant le statut affection chronique bénéficient automatiquement d'un certain nombre d'avantages, tels que le régime du tiers payant et/ou d'une diminution du plafond de la quote-part personnelle dans le cadre du maximum à facturer.

var PP3015 Statut affection chronique – critère financier *(Population)*

Personne à qui le statut affection chronique a été octroyé sur base de dépenses pour des soins de santé élevées.
Le statut est accordé aux personnes qui ont minimum 300€ de dépenses (montant indexé) de santé par trimestre durant 2 années civiles. Les dépenses de santé comprennent tant la part payée par la mutualité que le ticket modérateur.
La mutualité octroie automatiquement le statut, et ce pour une période de 2 ans (Y et Y+1) sur base des dépenses dans l'année Y-1 et Y-2. Ensuite c'est renouvelé d'année en année si le bénéficiaire a eu pour minimum 1200€ de dépenses en soins de santé durant l'année précédant l'année de prolongation.
Les personnes avec le statut affection chronique bénéficient automatiquement de certains avantages, comme te tiers payant ou une diminution du plafond de leurs tickets modérateurs dans le cadre du maximum à facturer.

var PP3016 Statut affection chronique – forfait pour malades chroniques *(Population)*

Personne à qui le statut affection chronique a été octroyé sur base du forfait pour maladies chroniques.
Le statut est accordé aux personnes qui bénéficient du forfait pour maladies chroniques. Il est octroyé par les mutualités automatiquement, et ce pour un délai de 2 ans. Ensuite il est renouvelable d'année en année.
Les personnes avec le statut affection chronique bénéficient automatiquement de certains avantages, comme le tiers payant ou une diminution du plafond de leurs tickets modérateurs dans le cadre du maximum à facturer.

var PP3017 Statut affection chronique – maladie rare *(Population)*

Personne à qui le statut chronique a été octroyé sur base d'une malade rare et de dépenses pour des soins de santé élevées.
Le statut est accordé aux personnes qui souffrent d'une maladie rare et qui ont minimum 300€ de dépenses (montant indexé) de santé par trimestre

durant 2 années civiles. Les dépenses de santé comprennent tant la part payée par la mutualité que le ticket modérateur.
Le statut est octroyé par la mutualité sur base d'une attestation rédigée par un médecin spécialiste notifiant que la personne souffre d'une maladie rare. Le patient reçoit le statut pour une période de cinq ans, renouvelable chaque fois pour cinq ans.
Les personnes avec le statut affection chronique bénéficient automatiquement de certains avantages, comme te tiers payant ou une diminution du plafond de leurs tickets modérateurs dans le cadre du maximum à facturer.

var MAJOR_BENEFIT_YN Statut VIPO *(Population)*

La personne est veuve/veuf, invalide ou handicapée, pensionnée ou orpheline ; basé sur deuxième chiffre du Code titulaire 1.

var .ALL Toutes les variables EPS *(Échantillon Permantent(e) Steekproef (EPS))*

Dans la base de donnée EPS se trouvent toutes les variables disponibles dans les banques de données Population, Soins de santé, Pharmanet et Hospitalisations. En outre, l'EPS contient un certain nombre de variables dérivées dont les métadonnées ne sont actuellement pas encore disponibles. Vous trouverez la liste complète des variables dérivées dans le document EPS-FLAGS.

var ZORGTRAJECT1 Trajet de soins Diabète *(Données patients)*

Personnes avec un contrat trajet de soins pour le diabète de type 2. Un trajet de soins est une collaboration entre le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste impliqués dans le traitement.
Vous trouverez plus d'information sur les trajet de soins pour le diabète sur le site INAMI et sur www.zorgtraject.be.

var PP1004 Type d'allocation de chômage *(Population)*

Type d'allocation de chômage dont la personne bénéficie durant le quatrième trimestre de l'année précédant l'année de référence. Il s'agit d'un code attribué par l'ONEM (Office national de l'emploi) sur le certificat de chômage.