Recherche: Seulement mots-clé
76 résultats 'Coûts'

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).

db Atlas

L'Atlas AIM est un outil de référence proposant des statistiques et indicateurs relatifs aux caractéristiques socio-démographiques et à la consommation de soins de santé en vue d'améliorer la politique de soins de santé. Cet outil est fondé sur les bases de données Population, Soins de santé, Pharmanet, Données patients et Patientèle des médecins généralistes. L'Atlas contient les données de toutes les personnes domiciliées en Belgique qui ont droit au remboursement de leurs soins de santé via l'assurance maladie obligatoire.

var SS00045 Code comptable doc N *(Pharmanet)*

Code de la rubrique comptable pour le plan comptable Document N de l'INAMI. Il s'agit d'une base de données de suivi des dépenses de santé par (pseudo)-code nomenclature. Chaque code nomenclature est imputé à l'une de ces rubriques comptables.

var SS00045 Code comptable doc N *(Soins de santé)*

Code de la rubrique comptable pour le plan comptable Document N de l'INAMI. Il s'agit d'une base de données de suivi des dépenses de santé par (pseudo)-code nomenclature. Chaque code nomenclature est imputé à l'une de ces rubriques comptables.

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 SS00470 Code facturation part personnelle ou supplément *(Soins de santé)*

Cette variable indique si le patient n'est pas tenu de prendre en charge, ou seulement en partie, le ticket modérateur ou le supplément.

var SS00200 Codification honoraire *(Pharmanet)*

Cette variable contient un code qui indique quels honoraires ont été facturés pour la délivrance d'un médicament (spécialité pharmaceutique) s'il a été remboursé selon la nouvelle méthode de remboursement.

var SS00030 Compétence *(Soins de santé)*

L'autorité régionale ou fédérale compétente pour la dépense

var CONTRACEPTIVE_IMPL Contraceptifs - implant *(Données patients)*

Femme avec délivrance d'un implant hormonal au cours de l'année de référence. L'implant est introduit sous la peau du bras et transmet l'hormone progestative pendant une période de trois ans.

var CONTRACEPTIVE_PRO Contraceptifs à base de progestatifs *(Données patients)*

Femme avec au moins une délivrance d'un contraceptif à base de progestatifs au cours de l'année de référence. Il s'agit d'une alternative à la pilule qui est notamment prescrite à une patiente en période d'allaitement. Il existe plusieurs formes d'administration : mini pilule, injection contraceptive, stérilet et implant.

var CONTRACEPTIVE_OCYP Contraceptifs à base d'anti-androgènes et d'œstrogènes *(Données patients)*

Femme ayant au moins une délivrance d'un contraceptif à base d'antiandrogènes (cyprotérone) et d'œstrogènes au cours de l'année de référence. Ce médicament était notamment utilisé dans le traitement de l'acné sévère chez les femmes et avait un effet contraceptif, mais depuis 2013, en raison d'effets secondaires, il n'est plus prescrit que dans des cas spécifiques, et certainement plus en tant que contraceptif.

var CONTRACEPTIVE_OPRO Contraceptifs à base d'œstrogènes et de progestatifs *(Données patients)*

Femme avec au moins une délivrance d'un contraceptif à base d'œstrogènes et de progestatifs au cours de l'année de référence. Il en existe plusieurs sortes (monophasique, diphasique, etc.) et sous diverses formes d'administration (pilule, patch, anneau vaginal…).

var CONTRACEPTIVE_URG Contraceptifs – pilule du lendemain *(Données patients)*

Femme ayant eu au moins une délivrance de pilule du lendemain au cours de l'année de référence. La pilule du lendemain est un contraceptif d'urgence hormonal sous forme de pilule.

var CONTRACEPTIVE_SPICU Contraceptifs – stérilet au cuivre *(Données patients)*

Femme avec délivrance d'un stérilet contenant du cuivre au cours de l'année de référence. Il s'agit d'un objet en forme de T dans lequel un fil de cuivre est enroulée, qui est inséré dans l'utérus. Ce stérilet a un effet contraceptif jusqu'à 10 ans.

var CONTRACEPTIVE_SPIHO Contraceptifs – stérilet hormonal *(Données patients)*

Femme avec délivrance d'un stérilet hormonal au cours de l'année de référence. Ce stérilet est posé dans l'utérus et transmet des progestatifs. Il a un effet contraceptif de trois à cinq ans.

var PP5001 Date de début du statut palliatif (tous lieux de séjour) *(Population)*

La date d'entrée en vigueur du statut palliatif du patient. Ce statut regroupe deux types d'indemnités qui sont attribuées aux patients en phase terminale et dont l'espérance de vie est estimée à moins de trois mois. La date de début de ce statut correspond au jour où le médecin généraliste en a introduit la demande, dans la mesure où cette date peut être définie. Dans le cas contraire, elle correspond au jour où la mutualité a reçu la demande.

var SS00235 Date de réception de la facture *(Pharmanet)*

La date à laquelle l'organisme assureur a reçu la facture pour cette prestation de la part de l'office de tarification.

var SS00235 Date de réception de la facture *(Soins de santé)*

La date à laquelle l'organisme assureur a reçu la facture pour cette prestation.

var SS00220 Délivrance unique et occasionnelle *(Pharmanet)*

Cette variable indique s'il s'agit d'une délivrance unique/occasionnelle d'un médicament à un patient qui séjourne en maison de repos (MRS, MRPA) pour laquelle la tarification par unité n'est exceptionnellement pas appliquée.
Depuis, le 1er avril 2015, les spécialités pharmaceutiques sous forme orale-solide (comprimé, gélule…) remboursables en maison de repos par unité font l'objet d'une tarification à l'unité. En cas de délivrance unique et occasionnelle, la prescription est effectuée pour un résident d'une maison de repos qui, en règle générale, n'est pas client du pharmacien. Le pharmacien applique alors le tarif habituel.

var SS00460 Détenu *(Pharmanet)*

Si le patient est un détenu, cette variable indique de quel type de détenu il s'agit.
Depuis le 1er janvier 2023, les soins dispensés en dehors de l'établissement pénitentiaire aux personnes détenues ou placées comme internées sont remboursés *via* l'assurance maladie obligatoire. Avant cette date, ces frais étaient remboursés par le SPF Justice. L'assurance maladie prend également en charge le ticket modérateur de plusieurs types de détenus.

var SS00460 Détenu *(Soins de santé)*

Si le patient est un détenu, cette variable indique de quel type de détenu il s'agit.
Depuis le 1er janvier 2023, les soins dispensés en dehors de l'établissement pénitentiaire aux personnes détenues ou placées comme internées sont remboursés *via* l'assurance maladie obligatoire. Avant cette date, ces frais étaient remboursés par le SPF Justice. L'assurance maladie prend également en charge le ticket modérateur de plusieurs types de détenus.

var SS00165 Diminution du montant du remboursement *(Pharmanet)*

Le montant de la diminution de l'intervention de l'assurance. Durant une période de transition, l'intervention de l'assurance a été réduite afin de compenser l'introduction d'une indemnité de base forfaitaire, le montant restant étant à la charge du pharmacien. L'intervention de l'INAMI peut être calculée en soustrayant la valeur de cette variable au Montant AMI.

db Données patients

La base de données Patients contient des données sur l'utilisation des soins et sur les dépenses liées aux soins. Les variables sont dérivées d'informations contenues dans les bases de données Population, Soins de santé et Pharmanet et agrégées au niveau de l'individu. Les données sont mises à disposition dans des tables de données par année civile.

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

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

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 THIRD_YN Facturé via un tiers *(Soins de santé)*

La prestation de soins est remboursée dans le cadre du régime du tiers payant. Le prestataire ou l'institution de soins ('tiers') est alors remboursé directement par l'organisme assureur. Le patient ne paie que le ticket modérateur.

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 SS00430 Honoraire du pharmacien (AMI) *(Pharmanet)*

La part de l'honoraire du pharmacien qui est remboursée par l'assurance maladie. Il s'agit d'un montant informatif qui n'est pas facturé en tant que tel, mais qui est mentionné dans le fichier de facturation à des fins statistiques.

var SS00435 Honoraire du pharmacien (patient) *(Pharmanet)*

La part de l'honoraire du pharmacien qui fait partie de l'intervention personnelle du patient (ticket modérateur). Il s'agit d'un montant informatif qui n'est pas facturé en tant que tel, mais qui est mentionné dans le fichier de facturation à des fins statistiques.

var SS00195 Honoraire pharmacien *(Pharmanet)*

La somme des différents honoraires facturés par le pharmacien pour la délivrance de médicaments. Il s'agit :

- des honoraires de base;
- d'honoraires spécifiques pour la délivrance d'un médicament générique en cas de prescription sur dénomination ;
- d'honoraires spécifiques pour la délivrance d'un médicament faisant partie du chapitre IV.

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 SS00225 Indication dérogation tarification par unité *(Pharmanet)*

Cette variable renseigne deux dérogations potentielles à l'obligation de tarification par unité (par période de sept jours) des spécialités pharmaceutiques remboursables sous forme orale-solide pour un résident d'une maison de repos (MRS, MRPA).
En cas de première dérogation, la tarification est appliquée par unité, mais en lieu et place du nombre d'unités pour une période de sept jours, la **tarification est appliquée pour le nombre total d'unités** du conditionnement ou **le nombre d'unités restantes** dans le conditionnement (valeur 1).
Cette exception vise à limiter les risques financiers du pharmacien et est permise dans les cas suivantes :

- médicaments « chers » (figurant dans une liste nominative des classes de médicaments, fixée en commission de convention) ;
- les médicaments « non-chers » qui répondent à l'une des conditions suivantes :
- le médicament ou le conditionnement n'est pas adapté à une délivrance fractionnée (p.ex. certains comprimés effervescents, comprimés lyophilisés…) ;
- des demi-comprimés sont utilisés ;
- la fréquence de consommation dépend de l'état de santé ainsi que des instructions de son médecin (délivrance « *on demand* ») ;
- le médicament est utilisé dans une préparation magistrale ;
- la remboursabilité diffère entre la première délivrance et une délivrance ultérieure d'unités du conditionnement (p.ex. fin de validité d'une autorisation ou suppression du remboursement du conditionnement).
  En outre, cette variable peut indiquer qu'un médicament a été délivré à un résident d'une maison de repos **sans tarification par unité** (valeur 2) dans l'un des cas ci-dessous :

- traitement aigu ;
- conditionnement dont la durée de traitement classique est inférieure à 10 jours ;
- initiation d'un traitement à potentialité chronique.

var SS00205 Indication première délivrance *(Pharmanet)*

Cette variable indique s'il s'agit d'une première délivrance du médicament concerné (spécialité pharmaceutique) pour le bénéficiaire concerné(comme fixé par l'art. 1, 3° et l'art. 5 de l'AR 16/03/2010). Cette information est récoltée dans l'optique de transformer à l'avenir le forfait annuel pour l'accompagnement de la première délivrance en honoraire spécifique par délivrance.

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 NWE_YN La nuit, pendant le weekend ou un jour férié *(Soins de santé)*

La prestation de soins a été effectuée la nuit, pendant le weekend ou un jour férié et a nécessité un supplément pour prestation technique urgente.

var SS00060 Montant AMI *(Pharmanet)*

Le montant de l'intervention (excepté honoraires) de l'assurance maladie-invalidité (AMI) obligatoire pour un médicament facturé. L'assurance maladie prévoit le remboursement partiel ou total de certains médicaments. Certaines personnes ont droit à une intervention de l'assurance plus élevée ('intervention majorée'). Elles reçoivent un remboursement plus élevé.

var SS00060 Montant AMI *(Soins de santé)*

Le montant de l'intervention de l'assurance maladie-invalidité (AMI) obligatoire pour une prestation de soins ou médicament facturé. La liste des prestations de soins remboursées partiellement ou entièrement par l'assurance maladie est fixée par la loi. Vous trouverez dans la base de données Nomensoft les montants de l'intervention pour chaque prestation. Certaines personnes ont droit à une intervention de l'assurance plus élevée ('intervention majorée'). Elles reçoivent un remboursement plus élevé.

var SS00385 Motif régularisation *(Pharmanet)*

En cas de régularisation de la facturation, la raison est mentionnée dans cette variable.

var SS00385 Motif régularisation *(Soins de santé)*

En cas de régularisation de la facturation, la raison est mentionnée dans cette variable.

var SS00275 Norme plafond *(Soins de santé)*

Dans le cas des traitements (groupes de prestations) pour lesquels un plafond de dépenses existe pour l'intervention globale de l'assurance maladie, cette variable indique si ce plafond est atteint et quelles prestations sont remboursées. Le prestataire de soins n'est pas remboursé pour les prestations qui dépassent le plafond.

var SS00145 Nuit, weekend ou jour férié *(Soins de santé)*

La prestation a été effectuée la nuit, le weekend ou un jour férié.

var SS00105A Numéro d'identification de l'office de tarification *(Pharmanet)*

Le numéro d'identification INAMI de l'office de tarification agréé de la pharmacie qui a délivré le médicament.
Si la pharmacie choisit d'appliquer le tiers-payant, elle doit transmettre les prescriptions exécutées à son office de tarification.
Celui-ci est responsable de la tarification et de la facturation des médicaments remboursés et transmet cette facture aux organismes assureurs.

var SS00290 Numéro d'identification de l'office de tarification *(Soins de santé)*

Le numéro d'identification de l'office de tarification agréé de l'officine hospitalière qui a délivré le médicament. Cet office se charge de la tarification et de la facturation des médicaments remboursés.

var SS00090 Opérateur de dépenses *(Soins de santé)*

L'opérateur auquel les dépenses sont attribuées. Il s'agit ici de l'institution qui prend à sa charge le remboursement de la prestation et la comptabilise dans son circuit de dépenses.

var SS00260 Origine du paiement *(Pharmanet)*

Cette variable indique si la mutualité remboursé le patient ou, dans le cadre du régime du tiers payant, au pharmacien. La variable indique également si la demande de remboursement a eu lieu au format papier ou électronique.

var SS00260 Origine du paiement *(Soins de santé)*

Cette variable indique si le remboursement est fait au patient ou à un tiers (prestataire ou institution de soins) dans le cadre du régime du tiers payant. La variable indique également si la demande de remboursement a été faite sur format papier ou électronique.

db Pharmanet

La base de données Pharmanet contient des informations sur les médicaments remboursés et les dispositifs médicaux délivrés en officine publique. Il s'agit des médicaments délivré aux membres des sept mutualités de Belgique dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Le niveau d'enregistrement utilisé est le médicament individuel délivré à une personne à une date précise. La base de données contient les données administratives et comptables de chaque médicament enregistré par la mutualité.
Un médicament ou dispositif médical est désigné par un code CNK ou le code nationa(a)l(e) codenummer. Outre ce code, l'identifiant codifié (pseudonymisé) de la personne et la date, la base de données contient également les montants (le montant remboursé, le reste à la charge du patient "ticket modérateur" et le supplément), les numéros d'identification du pharmacien et du prescripteur, ainsi que de nombreuses autres variables. Vous trouverez un aperçu détaillé des données disponibles dans la liste des variables.
Il existe aussi une variante EPS de la base de données.

var SS00060_100P Prix de la journée d'hospitalisation à 100 % *(Soins de santé)*

Le prix de la journée d'hospitalisation est un montant forfaitaire à la charge de l'assurance maladie obligatoire qui couvre les frais du séjour et les soins à l'hôpital, à l'exception des médicaments, des prestations techniques et des honoraires du médecin.
Le remboursement aux hôpitaux pour l'admission et le séjour d'un patient ne peut être dérivé que partiellement des facturations des journées d'entretien figurant dans notre base de données. Chaque hôpital perçoit, de la part du gouvernement, un « budget de moyens financiers » (BMF). Les mutualités remboursent la partie variable, qui représente environ 20 %. Ce montant est repris dans la variable Montant AMI sous des codes nomenclature spécifiques. Le montant fixe du BMF, les 80 % restants, n'est pas repris dans nos banques de données. Toutefois, l'AIM est en mesure de donner une approximation de ce montant à l'aide d'une table de référence. Cette approximation est disponible dans cette variable.

var SS00175 Régime du tiers payant *(Soins de santé)*

Une prestation de soins peut être remboursée dans le cadre du régime du tiers payant. Dans ce cas, la prestation est remboursée par l'organisme assureur au tiers (=institution ou prestataire). Le patient ne paie que le ticket modérateur.

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).

db Soins de santé

La base de données Soins de santé contient des informations sur les soins de santé qui ont été dispensés aux membres des sept mutualités de Belgique dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Le niveau d'enregistrement utilisé est la prestation de santé individuelle dispensée à une personne à une date précise. La base de données contient les données administratives et comptables de chaque prestation enregistrée par la mutualité.
Une prestation est désignée par un code nomenclature ou un pseudo-code défini par l'INAMI ou les régions. Il peut s'agir d'une visite chez le médecin, d'une intervention chirurgicale, d'un médicament délivré en milieu hospitalier, d'une prise de sang, d'une prestation de soins dentaires, de soins infirmiers, … etc. Dans le cas d'un médicament, le code du produit est également repris.
Outre ces codes, l'identifiant codé (pseudonymisé) de la personne et la date, la base de données contient également les montants (le montant remboursé, le reste à charge du patient « ticket modérateur », et le supplément) de chaque prestation, les numéros d'identification du prescripteur et du prestataire, l'institution de soins où la prestation a été effectuée, ainsi que de nombreuses autres variables. Vous trouverez un aperçu détaillé des données disponibles dans la liste des variables.
Il existe aussi une EPS-variante de la base de données.

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 SS00165 Supplément *(Soins de santé)*

Le supplément est le montant payé par le patient pour la prestation de soins ou le médicament dépassant les interventions personnelles réglementaires fixée par la loi. Le tarif de l'honoraire correspond à la somme du ticket modérateur et du montant de l'intervention par l'assurance maladie (voir Ticket modérateur et Montant AMI). Les prestataires de soins conventionnés se sont engagés à respecter les honoraires réglementaires. Ils ne facturent pas de suppléments. Les prestataires de soins non conventionnés peuvent facturer des suppléments. Ces suppléments sont entièrement à la charge du patient.

var SS00210 Supplément *(Pharmanet)*

Le supplément payé par le patient pour le médicament qui ne peut être considéré comme ticket modérateur.

var SS00160 Ticket modérateur *(Pharmanet)*

Quote-part personnelle payée par la personne pour la délivance de la spécialité pharmaceutique. Le ticket modérateur correspond à la différence entre le tarif officiel de l'honoraire que le prestataire de soins reçoit et le montant de l'intervention de l'assurance maladie-invalidité obligatoire. L'assurance maladie prévoit le remboursement partiel ou total de certains médicaments. Certaines personnes ont droit à une intervention de l'assurance plus élevée ('intervention majorée'). Elles reçoivent un remboursement plus élevé.

var SS00160 Ticket modérateur *(Soins de santé)*

Part personnelle que la personne paie pour la prestation de soins. Le ticket modérateur correspond à la différence entre le tarif officiel de l'honoraire que le prestataire de soins reçoit et le montant de l'intervention de l'assurance maladie-invalidité obligatoire. La liste des prestations de soins remboursées partiellement ou entièrement par l'assurance maladie est fixée par la loi. Vous trouverez dans la base de données Nomensoft les montants de l'intervention pour chaque prestation. Certaines personnes ont droit à une intervention de l'assurance plus élevée ('intervention majorée'). Elles versent une part personnelle moins élevée.

var MON_ZIV_TOTAL Total dépenses AMI *(Données patients)*

Total des montants remboursés à un patient pour des soins de santé reçus durant l'année concernée.
Les dépenses AMI correspondent aux frais des soins de santé reçus dans le cadre de l'assurance maladie et invalidité obligatoire (AMI) qui sont remboursés par la mutualité ou payés directement au prestataire via le circuit du tiers payant.
La liste des prestations de soins remboursées est définie par la loi. Vous trouverez dans la base de données Nomensoft les montants des remboursements pour chaque prestation. Certaines catégories de personnes ont droit à une remboursement plus élevée (« intervention majorée »).

var ATC_ZIV_TOTAL Total montant AMI par code ATC niveau 5 *(Données patients)*

Le montant total de l'intervention de l'assurance maladie-invalidité (AMI) en faveur d'une personne pour un groupe donné de médicaments au cours de l'année concernée. Ce montant est calculé au niveau du produit chimique (ou code ATC niveau 5).
L'assurance maladie prévoit le remboursement total ou partiel de certains médicaments. Certaines personnes ont droit à une intervention de l'assurance plus élevée (voir 'intervention majorée'). Elles reçoivent un remboursement plus élevé.

var MON_SUP_TOTAL Total suppléments *(Données patients)*

Total des suppléments qu'un patient a payé pour les soins de santé reçus dans le courant de l'année concernée.
Le supplément est égal au montant payé par le patient en plus de l'honoraire règlementaire défini légalement. Le montant d'honoraire réglementaire est égal à la somme du ticket modérateur et du montant remboursé. (voir Total tickets modérateurs et Total des remboursements).
Les prestataires de soins conventionnés se sont engagés à respecter les honoraires règlementaires. Les prestataires de soins non-conventionnés peuvent facturer des suppléments. Ces suppléments sont entièrement à charge du patient.

var ATC_SUP_TOTAL Total suppléments par code ATC niveau 5 *(Données patients)*

Le total des suppléments que le patient a payés pour un groupe donné de médicaments au cours de l'année concernée. Ce montant est calculé au niveau du produit chimique (ou code ATC niveau 5).

var MON_RG_TOTAL Total ticket modérateur *(Données patients)*

Total de la quote-part personnelle légale (appelée aussi ticket modérateur) que la personne a payée pour les soins de santé reçus pendant l'année concernée.
Le ticket modérateur est la différence entre le tarif officiel de l'honoraire que le prestataire reçoit et le montant que la mutualité rembourse dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. (Voir Total des remboursements).
La liste des prestations de soins qui sont remboursées est légalement établie. Dans la base de données Nomensoft vous trouverez les montants des honoraires, les tickets modérateurs et les remboursements pour chaque prestation. Certaines catégories de personnes ont droit à une intervention de l'assurance plus importante (intervention majorée). Elles payent une quote-part personnelle moins élevée.

var ATC_RG_TOTAL Total ticket modérateur par code ATC niveau 5 *(Données patients)*

Le total des quote-parts personnelles (aussi appelées 'ticket modérateur') que la personne a payé pour un groupe donné de médicaments au cours

de l'année concernée. Ce montant est calculé au niveau du produit chimique (ou code ATC niveau 5). L'assurance maladie prévoit le remboursement total ou partiel de certains médicaments. Certaines personnes ont droit à une intervention de l'assurance plus élevée (voir 'intervention majorée'). La part personnelle à leur charge est moins élevée.

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 SS00255 Type de facturation *(Pharmanet)*

Le genre de facturation

var SS00255 Type de facturation *(Soins de santé)*

Le genre de facturation

var SS00120 Type de facture *(Pharmanet)*

Le type de facture établie, selon la nature du médicament et du séjour éventuel du patient en maison de repos (MRS-MRPA).

var SS00120 Type de facture *(Soins de santé)*

Le type de facture ayant été établie, selon la nature du traitement et le type de séjour.

var SS00475 Valeur de base prestation *(Soins de santé)*

La base de calcul du supplément relatif à une hospitalisation pour « soins à basse variabilité », lorsqu'il est facturé.