

Recherche: Seulement mots-clé  
181 résultats 'Prestations de soins de santé'

var **PROCEDURE\_AH\_CAT Ambulatoire ou hospitalisé** (Pharmanet)

La variable indique si le code nomenclature ([SS00020](#)) concerne une prestation effectuée pour un patient hospitalisé ou non. Étant donné que la base de données Pharmanet ne contient que des produits pharmaceutiques fournis par des officines publiques, la valeur de cette variable correspond toujours à 1 (Ambulatoire), à l'exception des codes nomenclature qui font référence à des codes à bande magnétique ([PROCEDURE\\_GROUP](#) = 80). Dans ce cas, la valeur de la variable correspond à 3 (Indéterminé). La valeur 2 (Hospitalisé) n'apparaît que dans la base de données [Soins de santé](#).

La classe à laquelle un code nomenclature appartient est définie à l'aide du tableau de référence de l'INAMI. Ce tableau est actualisé régulièrement.

var **PROCEDURE\_AH\_CAT Ambulatoire ou hospitalisé** (Soins de santé)

La variable indique si le code nomenclature ([SS00020](#)) concerne une prestation effectuée pour un patient hospitalisé ou non (soins ambulatoires). La classe à laquelle un code nomenclature appartient est défini à l'aide du tableau de référence de l'INAMI. Ce tableau est actualisé régulièrement.

var **SS00025A Année comptable** (Pharmanet)

Année lors de laquelle la délivrance du médicament a été enregistrée dans la comptabilité de l'organisme assureur.

var **SS00025A Année comptable** (Soins de santé)

Année de l'enregistrement comptable de la prestation par l'organisme assureur.

var **PROCEDURE\_YYYY Année de délivrance** (Pharmanet)

Année de délivrance du médicament (ou de la facturation d'un honoraire ou d'une indemnité ou du début d'un service). Cette information est dérivée de [la date de délivrance](#).

var **INVOICE\_YYYY Année de facturation** (Pharmanet)

L'année au cours de laquelle un médicament a été facturé par un office de tarification reconnu. Cette information est dérivée de [l'année et du mois de facturation](#).

var **PRESCRIPTION\_YYYY Année de la prescription** (Soins de santé)

L'année de la prescription lorsqu'il s'agit d'une prestation effectuée sur prescription. Cette information est dérivée de la [Date de prescription](#).

var **PROCEDURE\_YYYY Année de la prestation** (Soins de santé)

L'année durant laquelle la prestation de soins a été effectuée.

Si le code nomenclature de la prestation de soins correspond à une série de prestations (p.ex. une série de neuf séances de kinésithérapie), il s'agit de l'année durant laquelle la première prestation de la série a été effectuée.

En cas de séjour dans une institution de soins, la variable correspond à l'année durant laquelle le premier jour facturé de la période de facturation a lieu.

S'il s'agit de produits pharmaceutiques ([SS00135](#) >> 0), la variable correspond à l'année et à la semaine d'administration ou au début de la période d'administration.

Cette information est dérivée de la [Date de début de prestation](#).

var **SS00110 Année et mois de facturation** (Pharmanet)

Année et mois de facturation du médicament par un office de tarification reconnu. Les pharmaciens qui appliquent le système du tiers payant (grâce auquel les bénéficiaires ne paient que le ticket modérateur) transmettent leurs prescriptions exécutées à leur office de tarification. Celui-ci établit la facture et la transmet à son tour aux organismes assureurs.

var **PROCEDURE\_YYYYWW Année et semaine de délivrance** (Pharmanet)

Année et semaine de délivrance du médicament (ou de la facturation d'un honoraire ou d'une indemnité ou du début d'un service). Cette information est dérivée de [la date de délivrance](#).

var **PRESCRIPTION\_YYYYWW Année et semaine de la prescription** (Soins de santé)

L'année et la semaine de la prescription lorsqu'il s'agit d'une prestation effectuée sur prescription. Cette information est dérivée de la [Date de prescription](#).

var **BARIA Chirurgie bariatrique** (Données patients)

Personne ayant subi une intervention de chirurgie bariatrique au cours de l'année.

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 **[SS00080 Code du service](#)** *(Soins de santé)*

Le (pseudo)-code du service dans lequel le patient séjourne à la date mentionnée dans la variable [Date de début de prestation](#) ou le pseudocode du service en cas d'hospitalisation de jour ou de soins ambulatoires.

var **[SS00170 Code implant](#)** *(Soins de santé)*

Le code d'identification de l'implant ou du dispositif médical invasif installé, dans le mesure où son identification est nécessaire au remboursement.

var **[SS00020 Code nomenclature](#)** *(Soins de santé)*

Le (pseudo)code nomenclature de la prestation de soins. La 'nomenclature des prestations de soins de santé' est une liste codée qui répertorie les prestations de soins de santé remboursées entièrement ou partiellement par l'assurance maladie obligatoire. Ces codes figurent notamment sur l'attestation que le patient reçoit après une consultation médicale ou sur la facture d'hôpital. Le code nomenclature permet de déterminer le tarif officiel des honoraires et la part de ces montants remboursés par l'assurance maladie ([l'intervention](#)), ainsi que le restant à charge du patient ([le ticket modérateur](#)).

var **[SS00150 Code nomenclature facturé](#)** *(Soins de santé)*

Le code nomenclature de la prestation de soins qui a été facturée à l'origine.

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 **[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 **[COMPTABLE\\_21 Comptabilisé dans un délai de 21 mois comptables](#)** *(Pharmanet)*

Cette variable indique si la délivrance du médicament a été comptabilisée dans un délai de 21 mois comptables ou au-delà.

var **[COMPTABLE\\_21 Comptabilisé dans un délai de 21 mois comptables](#)** *(Soins de santé)*

Cette variable indique si la prestation de soins de santé a été comptabilisée dans un délai de 21 mois comptables ou au-delà.

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 enroulé, 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 **DIABETES\_CONVENTIE Convention diabète** (Données patients)

Patient qui compte au moins une prestation remboursée dans le cadre d'une convention diabète au cours de l'année de référence. La convention diabète est un programme de suivi dans un centre spécialisé, destiné aux patients sous traitement complexe.

var **PP1005 Date de début assurabilité** (Population)

Les conditions qui déterminent si une personne a droit à l'assurance maladie sont définies par la combinaison de [Code titulaire 1](#) et [Code titulaire 2](#). Cette variable comprend la date de début de la qualité de la personne, respectivement au 30 juin ou au 31 décembre de l'année de référence. Lorsque le droit change, une nouvelle date de début est indiquée.

var **SS00015 Date de début de prestation** (Soins de santé)

La date à laquelle la prestation de soins a été effectuée.

Si le code nomenclature de la prestation de soins correspond à une série de prestations (p.ex. une série de neuf séances de kinésithérapie), la date correspond à la première de la série. Vous trouverez le nombre de prestations de cette série dans le [Nombre de cas](#).

En cas d'enregistrement ou de séjour dans une institution de soins, la variable correspond au premier jour facturé de la période de facturation.

Vous trouverez le nombre de jours lié au code nomenclature pour ce séjour dans le [Nombre de jours](#).

S'il s'agit de produits pharmaceutiques ([SS00135](#) > 0), la variable indique la date de délivrance ou la date du début de la période de délivrance.

var **SS00015 Date de délivrance** (Pharmanet)

Date à laquelle le médicament a été délivré au bénéficiaire. S'il s'agit d'honoraires, d'une indemnité ou d'un autre service (identifiable grâce au [pseudocode](#)), cette zone correspond à la date à laquelle ils ont été facturés ou ont démarrés.

var **SS00125 Date de délivrance** (Pharmanet)

La date à laquelle le médicament a été délivré au patient. S'il s'agit d'honoraires, d'un remboursement ou d'un autre service (reconnaisable grâce au [pseudocode nomenclature](#)), il s'agit de la date de facturation ou de début.

var **PP1006 Date de fin assurabilité** (Population)

Les conditions qui déterminent si une personne a droit à l'assurance maladie sont définies par la combinaison de [Code titulaire 1](#) et [Code titulaire 2](#). Cette variable comprend la date de fin de la qualité de la personne, respectivement au 30 juin ou au 31 décembre de l'année de référence.

Lorsque le droit change, une nouvelle date de début est indiquée.

var **[SS00155 Date de prescription](#)** (Pharmanet)

La date de prescription lorsqu'il s'agit d'un médicament délivré sur prescription.

var **[SS00155 Date de prescription](#)** (Soins de santé)

La date de prescription lorsqu'il s'agit d'un médicament délivré sur prescription.

var **[SS00115 Date de sortie](#)** (Soins de santé)

Date de sortie relative à des prestations de soins de santé effectuées dans le cadre d'un séjour en institution.

var **[DISCHARGE Date de sortie de l'hôpital](#)** (Hospitalisations)

La date de sortie de l'hôpital est celle reprise lors de la facturation d'une prestation hospitalière si elle est connue. Elle se trouve sur le document de fin d'hospitalisation (727)

var **[SS00125 Date dernière prestation](#)** (Soins de santé)

Date à laquelle la dernière prestation de soins de santé a été effectuée. Si le code nomenclature de la prestation de soins correspond à une série de prestations (p.ex. une série de neuf séances de kinésithérapie), la date correspond à la première de la série. Vous trouverez le nombre de prestations de cette série dans le [Nombre de cas](#).

En cas de séjour dans une institution de soins, la variable correspond au dernier jour facturé de la période de facturation. Vous trouverez le nombre de jours lié au code nomenclature pour ce séjour dans le [Nombre de jours](#).

S'il s'agit de produits pharmaceutiques ([SS00135](#) >< 0), la variable indique la date d'administration ou la date de fin de la période d'administration.

var **[ADMISSION Date d'admission](#)** (Hospitalisations)

La date d'admission mentionnée dans la facturation d'une prestation hospitalière. Elle se trouve sur l'engagement de paiement (721 bis).

var **[SS00110 Date d'admission](#)** (Soins de santé)

Date d'admission relative à des prestations de soins effectuées dans le cadre d'un séjour dans une institution.

var **[SS00280 Dent traitée](#)** (Soins de santé)

Le numéro de la dent traitée

var **[LAST\\_PREST Dernier jour facturé de l'année Y pour le séjour](#)** (Hospitalisations)

Date de la dernière prestation réalisée dans l'année Y pour le séjour hospitalier. Il ne s'agit donc pas nécessairement de la dernière journée du séjour hospitalier. Un séjour pouvant être à cheval sur 2 années. Si c'est le cas le séjour sera aussi bien dans l'année Y que dans l'année Y+1.

Dans l'année Y:

LAST\_PREST sera alors égal au 31/12/Y.

Dans l'année Y+1:

[FIRST\\_PREST](#) = 01/01/Y+1.

LAST\_PREST = date du dernier jour facturé en Y+1.

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 **[DIABETES\\_EDUCATIE Éducation au diabète](#)** (Données patients)

Patient dont l'éducation au diabète est remboursée - prestation dans le courant de l'année de référence. Il s'agit de prestations effectuées dans le cadre du [trajet de soins](#) ou du [pré-trajet](#).

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 **PROCEDURE\_CAT Groupe de nomenclature détaillé** (Pharmanet)

Détail du groupe auquel le code nomenclature appartient ([SS00020](#)). PROCEDURE\_CAT est une combinaison du [groupe de nomenclature](#) (PROCEDURE\_GROUP) et du [sous-groupe](#) (PROCEDURE\_DETAIL). Il contient environ 830 groupes dont quelque 30 groupes figurent dans la base de données Pharmanet. Les autres groupes ne figurent que dans [Soins de santé](#).

Les codes nomenclature sont répartis en groupes et sous-groupes selon la nature du produit ou de la prestation (p.ex. médicament, alimentation médicale, honoraires, etc.), la catégorie de remboursement du médicament et plusieurs autres caractéristiques.

L'actuariat de l'INAMI effectue la répartition en (sous-)groupes et l'utilise à des fins de suivi des dépenses de soins de santé. Les (sous-)groupes sont donc nommés « groupes de frais ».

Le (sous-)groupe auquel un code nomenclature appartient est défini à l'aide du tableau de référence de l'INAMI. Ce tableau est actualisé régulièrement. De ce fait, de nouveaux (sous)groupes peuvent être créés et certains codes nomenclature peuvent passer d'un (sous-)groupe à un autre.

var **PROCEDURE\_CAT Groupe de nomenclature détaillé** (Soins de santé)

Détail du groupe auquel le code nomenclature ([SS00020](#)) appartient. PROCEDURE\_CAT est une combinaison du [groupe nomenclature](#) (PROCEDURE\_GROUP) et du [sous-groupe](#) (PROCEDURE\_DETAIL), et contient environ 830 groupes.

Les codes nomenclature sont répartis en groupes et [sous-groupes](#) comprenant des prestations de soins similaires, effectuées par un certain type de prestataire de soins ou dans un certain type d'institution. La répartition fait également la distinction entre les prestations qui relèvent d'une compétence fédérale ou régionale. Le niveau PROCEDURE\_GROUP contient environ 80 groupes.

L'actuariat de l'INAMI effectue la répartition en (sous-)groupes et l'utilise à des fins de suivi des dépenses de soins de santé. Les (sous-)groupes sont donc nommés « groupes de frais ».

Le (sous-)groupe auquel un code nomenclature appartient est défini à l'aide du tableau de référence de l'INAMI. Ce tableau est actualisé régulièrement. De ce fait, de nouveaux (sous)groupes peuvent être créés et certains codes nomenclature peuvent passer d'un (sous-)groupe à un autre.

var **PROCEDURE\_GROUP Groupe nomenclature** (Pharmanet)

Le groupe auquel le code nomenclature ([SS00020](#)) appartient.

Les codes nomenclature sont répartis en groupes et [sous-groupes](#) selon la nature du produit ou de la prestation (p.ex. médicament, alimentation médicale, honoraires, etc.), la catégorie de remboursement du médicament et plusieurs autres caractéristiques. Le niveau PROCEDURE\_GROUP contient environ 80 groupes dont 8 figurent dans la base de données Pharmanet. Les autres groupes ne figurent que dans [Soins de santé](#).

L'actuariat de l'INAMI effectue la répartition en (sous-)groupes et l'utilise à des fins de suivi des dépenses de soins de santé. Les (sous-)groupes sont donc nommés « groupes de frais ».

Le (sous-)groupe auquel un code nomenclature appartient est défini à l'aide du tableau de référence de l'INAMI. Ce tableau est actualisé régulièrement. De ce fait, de nouveaux (sous)groupes peuvent être créés et certains codes nomenclature peuvent passer d'un (sous-)groupe à un autre.

var **PROCEDURE\_GROUP Groupe nomenclature** (Soins de santé)

Le groupe auquel le code nomenclature ([SS00020](#)) appartient.

Les codes nomenclature sont répartis en groupes et [sous-groupes](#) comprenant des prestations de soins similaires, effectuées par un certain type de prestataire de soins ou dans un certain type d'institution. La répartition fait également la distinction entre les prestations qui relèvent d'une compétence fédérale ou régionale. Le niveau PROCEDURE\_GROUP contient environ 80 groupes.

L'actuariat de l'INAMI effectue la répartition en (sous-)groupes et l'utilise à des fins de suivi des dépenses de soins de santé. Les (sous-)groupes sont donc nommés « groupes de frais ».

Le (sous-)groupe auquel un code nomenclature appartient est défini à l'aide du tableau de référence de l'INAMI. Ce tableau est actualisé régulièrement. De ce fait, de nouveaux (sous)groupes peuvent être créés et certains codes nomenclature peuvent passer d'un (sous-)groupe à un autre.

var **[SS00315 Heure de départ](#)** *(Soins de santé)*

Le moment de sortie lors d'une hospitalisation

var **[SS00360 Heure de prestation](#)** *(Soins de santé)*

L'heure de début de la prestation (ou du prélèvement en cas de prestation de biologie clinique). Pour le moment, cette variable n'est pas encore utilisée, mais elle est réservée pour une application ultérieure.

var **[SS00310 Heure d'admission](#)** *(Soins de santé)*

Le moment d'admission lors d'une hospitalisation

var **[HOSP\\_TRANS Hôpital de transfert](#)** *(Hospitalisations)*

Numéro d'agrément INAMI de l'établissement hospitalier de transfert.

var **[HOSP\\_ADM Hôpital du séjour](#)** *(Hospitalisations)*

Numéro d'agrément INAMI de l'établissement hospitalier où la personne séjourne.

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).

db **[Hospitalisations](#)**

La base de données Hospitalisations contient des données sur les séjours à l'hôpital qui ont été enregistrés auprès des mutualités en Belgique. Les variables sont dérivées d'informations contenues dans la base de [Soins de santé](#). Les données sont mises à disposition dans des tables de données par année civile.

Il existe aussi une variante [EPS](#) de cette base de données.

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 **[LOS Length of stay](#)** *(Hospitalisations)*

Longueur du séjour (en jours).

var **[LOS\\_YYYY Length of stay in year](#)** *(Hospitalisations)*

Longueur du séjour (en jours) dans l'année de référence Y.

var **SS00085 Lieu de prestation** (Soins de santé)

Le numéro d'agrément INAMI du lieu où la prestation a réellement été effectuée.

var **FLAGMHMM Médecin en maison médicale facturant des prestations individuellement** (Patientèle médecins généralistes)

Si le médecin est lié à une maison médicale, cette variable indique si, au cours de l'année de référence, le médecin a fourni au moins une prestation pour le patient concerné facturée à l'acte.

var **SS00285 Membre traité** (Soins de santé)

Cette variable indique la latéralité (gauche ou droit) lors du traitement de membres ou organes pairs.

var **SS00025B Mois comptable** (Pharmanet)

Mois lors duquel la délivrance du médicament a été enregistrée dans la comptabilité de l'organisme assureur.

var **SS00025B Mois comptable** (Soins de santé)

Mois de l'enregistrement comptable de la prestation par l'organisme assureur

var **PROCEDURE\_MM Mois de délivrance** (Pharmanet)

Mois de délivrance du médicament (ou soit facturation d'un honoraire ou d'une indemnité soit début d'un autre service). Cette information est dérivée de [la date de délivrance](#).

var **INVOICE\_MM Mois de facturation** (Pharmanet)

Le mois au cours duquel un médicament a été facturé par un office de tarification reconnu. Cette information est dérivée de [l'année et du mois de facturation](#).

var **PRESCRIPTION\_MM Mois de la prescription** (Soins de santé)

Le mois de la prescription lorsqu'il s'agit d'une prestation effectuée sur prescription. Cette information est dérivée de la [Date de prescription](#).

var **PROCEDURE\_MM Mois de la prestation** (Soins de santé)

Le mois durant lequel la prestation de soins a été effectuée.

Si le code nomenclature de la prestation de soins correspond à une série de prestations (p.ex. une série de neuf séances de kinésithérapie), il s'agit du mois durant lequel la première prestation de la série a été effectuée.

En cas de séjour dans une institution de soins, la variable correspond au mois durant lequel le premier jour facturé de la période de facturation a lieu.

S'il s'agit de produits pharmaceutiques ([SS00135](#) >< 0), la variable correspond au mois d'administration ou au début de la période d'administration.

Cette information est dérivée de la [Date de début de prestation](#).

var **RAADPL Nombre de consultations au cabinet** (Patientèle médecins généralistes)

Le nombre de consultations au cours de l'année de référence qui ont eu lieu au cabinet du médecin généraliste.

var **RAWEFE\_AH Nombre de consultations au cabinet le weekend ou les jours fériés** (Patientèle médecins généralistes)

Le nombre de consultations au cours de l'année de référence au cabinet du médecin pour lesquelles un supplément d'honoraire pour une consultation un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8h et 21h a été facturé.

var **WACHT Nombre de consultations avec supplément de garde** (Patientèle médecins généralistes)

Nombre de [consultations](#) au cours de l'année de référence au cours desquelles un honoraire complémentaire a été facturé pour une consultation ayant eu lieu entre 19h et 21h dans le cadre d'un service de garde organisé.

var **PERMANENTIE Nombre de consultations avec supplément de permanence** (Patientèle médecins généralistes)

Le nombre de [consultations](#) au cours de l'année de référence pour lesquelles un supplément de permanence a été facturé. Il s'agit d'un supplément que le médecin généraliste peut facturer, pour des consultations ayant lieu les jours ouvrables entre 18h et 21h, s'il a accès au [dossier médical global](#) du patient et est inscrit auprès d'un service de garde organisé. Il ne s'agit pas d'une consultation effectuée dans le cadre du [service de garde](#), mais bien d'une consultation de soirée 'régulière'.

var **CS\_CARDIO\_N Nombre de consultations cardiologue** (Données patients)

Nombre de consultations chez un médecin spécialiste en cardiologie au cours de l'année.

var **RANACHT\_AH Nombre de consultations de nuit au cabinet** (Patientèle médecins généralistes)

Le nombre de consultations au cours de l'année de référence au cabinet du médecin pour lesquelles un supplément d'honoraire pour une consultation entre 21h et 8h a été facturé.

var **CS\_DERMA\_N Nombre de consultations dermato-vénérologue** (Données patients)

Nombre de consultations chez un médecin spécialiste des maladies de la peau et vénériennes (dermato-vénérologue) au cours de l'année

var **RAADPLBEZ Nombre de consultations et de visites à domicile** (Patientèle médecins généralistes)

Nombre total de consultations et de visites à domicile facturées que le médecin généraliste a effectuées au cours de l'année de référence pour le patient.

var **CS\_GASTRO\_N Nombre de consultations gastro-entérologue** (Données patients)

Nombre de consultations chez un médecin spécialiste en gastro-entérologie (spécialiste gastro-intestinal) au cours de l'année

var **CS\_GYNAE\_N Nombre de consultations gynécologue** (Données patients)

Nombre de consultations chez un médecin spécialiste en gynécologie au cours de l'année.

var **CS\_INTERN\_N Nombre de consultations interniste** (Données patients)

Nombre de consultations chez un médecin spécialiste en médecine interne (interniste) au cours de l'année.

var **CS\_ORL\_N Nombre de consultations médecin ORL** (Données patients)

Nombre de consultations chez un médecin spécialiste en otorhinolaryngologie (médecin ORL) au cours de l'année.

var **CS\_PHYSIC\_N Nombre de consultations médecin physique** (Données patients)

Nombre de consultations chez un médecin spécialiste en médecine physique et réhabilitation au cours de l'année.

var **CS\_SPECALL\_N Nombre de consultations médecin spécialiste** (Données patients)

Nombre de consultations chez un médecin spécialiste au cours de l'année. Un médecin spécialiste est un médecin possédant un titre ou une qualification (spécialisation) supplémentaire dans un domaine spécifique de la médecine, par exemple un dermatologue ou cardiologue.

var **CS\_NEURO\_N Nombre de consultations neurologue** (Données patients)

Nombre de consultations chez un médecin spécialiste en neurologie au cours de l'année.

var **CS\_OFTAL\_N Nombre de consultations ophtalmologue** (Données patients)

Nombre de consultations chez un médecin spécialiste en ophtalmologie (ophtalmologue) au cours de l'année.

var **CS\_ORTHO\_N Nombre de consultations orthopédiste** (Données patients)

Nombre de consultations chez un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique au cours de l'année.

var **OPVOLGPLAN Nombre de consultations ou visites à domicile inhabituelles** (Patientèle médecins généralistes)

Le nombre de consultations ou visites à domicile au cours de l'année de référence dans le cadre desquelles un supplément a été facturé pour une 'consultation inhabituelle' ou une 'visite inhabituelle'.

Il s'agit de la première consultation ou visite à domicile du médecin généraliste qui gère le Dossier médical global (DMG) dans les situations suivantes :

- la première admission d'un patient en maison de repos (MRS/MRPA) ;
  - le retour à domicile d'un patient âgé de 75 ans ou plus après une hospitalisation de plus de 14 jours.
- Lors de ce contact, le médecin généraliste explique la situation au patient et un suivi ultérieur est planifié.

var **CS\_PEDIA\_N Nombre de consultations pédiatre** (Données patients)

Nombre de consultations chez un médecin spécialiste en pédiatrie au cours de l'année.



var **CS\_PNEUMO\_N Nombre de consultations pneumologue** *(Données patients)*

Nombre de consultations chez un médecin spécialiste en pneumologie (spécialiste du poumon) au cours de l'année.

var **CS\_PSYCH\_N Nombre de consultations psychiatre** *(Données patients)*

Nombre de consultations chez un médecin spécialiste en psychiatrie au cours de l'année.

var **CS\_CHIRURG\_N Nombre de consultations spécialiste chirurgie généraliste** *(Données patients)*

Nombre de consultations chez un médecin spécialiste en chirurgie (chirurgie généraliste) au cours de l'année.

var **CS\_URO\_N Nombre de consultations urologue** *(Données patients)*

Nombre de consultations chez un médecin spécialiste en urologie au cours de l'année.

var **AMBU Nombre de contact au cours desquels le médecin généraliste apporte une assistance médicale en ambulance** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de fois que le médecin généraliste a apporté une assistance médicale en ambulance au cours de l'année de référence pendant un transport urgent du patient à l'hôpital.

var **CONTACT Nombre de contacts** *(Patientèle médecins généralistes)*

Nombre total de contacts avec le médecin facturés au cours de l'année de référence.

var **DIGICONT Nombre de contacts en ligne** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de prestations au cours de l'année de référence au cours desquelles le médecin généraliste n'est pas présent physiquement ; le contact a lieu par téléphone ou par visioconférence. Ce type de contact a été introduit en 2020 dans le cadre de la pandémie de Covid-19 afin d'assurer la continuité des soins et le triage des patients Covid-19 (potentiels).

var **DIGICONT\_NR Nombre de contacts en ligne pendant un service de garde** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de prestations au cours de l'année de référence pendant le service de garde organisé au cours desquelles le médecin généraliste n'est pas présent physiquement ; le contact a lieu par téléphone ou par visioconférence. Ce type de contact a été introduit en 2020 dans le cadre de la pandémie de Covid-19 afin d'assurer la continuité des soins et le triage des patients Covid-19 (potentiels).

var **REGCONTACT Nombre de contacts réguliers** *(Patientèle médecins généralistes)*

Nombre total de contacts réguliers avec le médecin au cours de l'année de référence.

var **IMAG\_CBCT\_N Nombre de CT faisceau conique** *(Données patients)*

Nombre de tomographies à faisceau conique (*Cone beam*) commandées par ordinateur (CBCT) effectuées chez le patient au cours de l'année.

var **IMAG\_CT\_N Nombre de CT-scans** *(Données patients)*

Nombre de tomographies commandées par ordinateur (CT-scans) effectuées chez le patient au cours de l'année.

var **ATC\_DDD\_TOTAL Nombre de DDD par code ATC niveau 5** *(Données patients)*

Le nombre total de doses journalières définies (DDD ou *Defined Daily Dose*) d'un médicament donné remboursées à une personne au cours de l'année concernée. Le nombre de DDD est calculé au 5ème niveau de la classification ATC, qui est la [substance chimique](#).

La DDD est une unité internationale qui, associée à l'ATC, est utilisée dans des études portant sur la consommation de médicaments (on parle du [système ATC/DDD](#)). La DDD est utilisée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et permet de comparer la consommation de différents médicaments. En français, on utilise les termes suivants : « Dose journalière définie », « dose journalière standard », « dose journalière moyenne ». La DDD peut être définie comme la dose moyenne journalière présumée pour un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte.

var **FF\_MH Nombre de forfaits maison médicale** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de forfaits maison médicale facturés au cours de l'année civile.

var **ADVIES Nombre de prestations d'avis** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de contacts avec le médecin généraliste au cours de l'année de référence lors desquels la prestation « Avis » a été facturée. Il s'agit de la rédaction et la signature de certificats, ordonnances pharmaceutiques et documents divers sans examen du patient.

var **ZT\_DIAB Nombre de prestations trajet de soins diabète** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de contacts avec le médecin généraliste au cours de l'année de référence pour lesquels un honoraire forfaitaire a été facturé dans le cadre du contrat de trajet de soins d'un patient souffrant de diabète mellitus de type 2. Un trajet de soins est un contrat conclu entre le patient, son médecin généraliste et le spécialiste en charge du traitement.

Vous trouverez davantage d'informations sur le fonctionnement du suivi diabète sous [Trajet de soins diabète](#) dans la base de données [Données patient](#).

var **ZT\_NIER Nombre de prestations trajet de soins insuffisance rénale chronique** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de contacts avec le médecin généraliste au cours de l'année de référence lors desquels un honoraire forfaitaire a été facturé dans le cadre du contrat de trajet de soins d'un patient souffrant d'insuffisance rénale chronique. Un trajet de soins est un contrat conclu entre le patient, son médecin généraliste et le spécialiste en charge du traitement.

Vous trouverez davantage d'informations sur le trajet de soins insuffisance rénale chronique sur le site web de [l'INAMI](#) et sur [www.trajetdesoins.be](http://www.trajetdesoins.be).

var **GMD\_PLUS Nombre de prestations 'module de prévention dans le cadre du DMG'** *(Patientèle médecins généralistes)*

Nombre de consultations ou de visites à domicile au cours de l'année de référence pour lesquelles le module de prévention dans le cadre de la gestion du dossier médical global (DMG) a été attesté. Dans ce module, qui est remboursé en faveur des patients âgés de 45 à 75 ans, le médecin généraliste passe en revue une liste de points reprenant des mesures sanitaires préventives et discute de ceux qui sont utiles au patient.

var **IMAG\_CONV\_N Nombre de radiographies conventionnelles** *(Données patients)*

Nombre de radiographies conventionnelles effectuées chez le patient au cours de l'année.

var **IMAG\_DENTAL\_N Nombre de radiographies dentaires** *(Données patients)*

Nombre de radiographies dentaires et de CT scans effectués chez le patient au cours de l'année.

var **IMAG\_RXTHORAX\_N Nombre de radiographies du thorax** *(Données patients)*

Nombre de radiographies du thorax (cage thoracique) effectuées chez le patient au cours de l'année.

var **IMAG\_SCINTI\_N Nombre de scintigraphies** *(Données patients)*

Nombre de scintigraphies effectuées chez le patient au cours de l'année.

var **BEZOEKIND Nombre de visites à domicile (individuel)** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de visites au domicile du patient au cours de l'année de référence les jours ouvrables de 8h à 18h.

var **BEZNACHT Nombre de visites à domicile (individuel) de nuit** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de visites à domicile chez un patient entre 21h et 8h au cours de l'année de référence.

var **BEZAVOND Nombre de visites à domicile (individuel) en soirée** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de visites à domicile chez un patient, les jours ouvrables entre 18h et 21h, au cours de l'année de référence.

var **BEZWEFE Nombre de visites à domicile (individuel) le weekend ou les jours fériés** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de visites à domicile chez un patient le samedi, le dimanche ou un jours férié entre 8h et 21h au cours de l'année de référence.

var **BEZOEK Nombre de visites à domicile (même déplacement pour plusieurs patients)** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de visites à domicile au cours de l'année de référence lors desquelles le médecin consulte plusieurs patients à la même adresse pendant un déplacement.

var **BEZNACHT\_AH Nombre de visites à domicile (même déplacement pour plusieurs patients) de nuit** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de consultations au cours de l'année de référence lors desquelles le médecin consulte plusieurs patients à la même adresse pendant un même déplacement et pour lesquelles un supplément d'honoraire pour une consultation à domicile entre 21h et 8h a été facturé.

var **BEZAVOND\_AH Nombre de visites à domicile (même déplacement pour plusieurs patients) en soirée** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de consultations au cours de l'année de référence lors desquelles le médecin consulte plusieurs patients à la même adresse pendant un même déplacement et pour lesquelles un supplément d'honoraire pour une consultation à domicile entre 18h et 21h a été facturé.

var **BEZWEFE\_AH Nombre de visites à domicile (même déplacement pour plusieurs patients) le weekend ou les jours fériés** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de consultations au cours de l'année de référence lors desquelles le médecin consulte plusieurs patients à la même adresse pendant un même déplacement et pour lesquelles un supplément d'honoraire pour une consultation à domicile un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8h et 21h a été facturé.

var **BEZARTS Nombre de visites à domicile demandées par un médecin** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de visites à domicile effectuées par le médecin généraliste chez le patient au cours de l'année de référence qui ont été demandées par un autre médecin.

var **HOSP Nombre de visites à l'hôpital** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de visites que le médecin généraliste a effectuée au cours de l'année de référence pour un patient séjournant à l'hôpital, dans un hôpital psychiatrique ou dans un service spécialisé en soins palliatifs.

var **INTEL Nombre de visites en institution avec séjour collectif** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le nombre de visites à domicile effectuées par le médecin généraliste en institution de séjour collectif, au cours de l'année de référence. Il s'agit notamment des :

- maisons de repos (MRS-MRPA) ;
- centres de soins de jour (CSJ) ;
- centres de revalidation ;
- maisons de soins psychiatriques (MSP) ;
- initiatives d'habitat protégé (HP).

var **IMAG\_ECHO\_N Nombre d'échographies** *(Données patients)*

Nombre d'échographies effectuées chez le patient au cours de l'année.

var **IMAG\_ALL\_N Nombre d'examen d'imagerie médicale** *(Données patients)*

Nombre de prestations d'imagerie médicale effectuées chez le patient au cours de l'année.

var **IMAG\_DIAG\_N Nombre d'examen d'imagerie médicale diagnostique interventionnelle** *(Données patients)*

Nombre d'examen d'imagerie médicale diagnostique interventionnelle effectués chez le patient au cours de l'année.

var **IMAG\_THERA\_N Nombre d'examen d'imagerie médicale interventionnelle thérapeutique** *(Données patients)*

Nombre d'examen d'imagerie médicale interventionnelle thérapeutique effectués chez le patient au cours de l'année.

var **IMAG\_DENTIST\_N Nombre d'examen d'imagerie médicale par un dentiste** *(Données patients)*

Nombre de prestations d'imagerie médicale effectuées par un dentiste chez le patient au cours de l'année.

var **IMAG\_SPEC\_N Nombre d'examen d'imagerie médicale par un médecin spécialiste** *(Données patients)*

Nombre de prestations d'imagerie médicale effectuées par un médecin spécialiste autre qu'un radiologue ou un dentiste chez le patient au cours de l'année.

var **IMAG\_RADIO\_N Nombre d'examen d'imagerie médicale par un radiologue** *(Données patients)*

Nombre de prestations d'imagerie médicale effectuées par un radiologue chez le patient au cours de l'année.

var **IMAG\_MRI\_N Nombre d'IRM** *(Données patients)*

Nombre d'IRM (imagerie par résonance magnétique) effectuées chez le patient au cours de l'année.

var **SS00345 Norme du prescripteur** (Soins de santé)

Si la prestation de soins ou le médicament a été prescrit, cette variable contient davantage d'informations sur le contexte de l'exécution de la prescription.

var **SS00340 Norme du prestataire** (Soins de santé)

Cette variable indique si le prestataire de soins en charge de la prestation l'a effectuée seul ou non, et si elle a été réalisée sous surveillance et en quelle qualité.

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 **SS00140 Norme prestation** (Soins de santé)

Ce code indique certains renseignements nécessaires à la tarification.

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

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

var **C\_RANK Numéro de suite chronologique du jour de prestation** (Pharmanet)

Le numéro de suite chronologique, par bénéficiaire et par année de prestation, du jour où un médicament lui a été délivré. Cette information est dérivée de la variable [Date de délivrance](#) (tant les dépenses positives que négatives ou nulles).

var **C\_RANK Numéro de suite chronologique du jour de prestation** (Soins de santé)

Numéro de suite chronologique, par bénéficiaire et par année de prestation, pour les prestations qu'il a effectuées sans pour autant mentionner le moment réel. Cette information est dérivée de la variable [Date de début de la prestation](#) (tant pour les dépenses positives que négatives ou nulles).

var **SS00270A Numéro d'identification du prestataire auxiliaire** (Soins de santé)

Le numéro d'identification du prestataire auxiliaire. Cette variable est remplie dans les situations suivantes :

- lorsque la prestation de soins est attestée par un infirmier mais effectuée par un aide-soignant, on indique le numéro d'identification de l'aide-soignant ([Norme du prestataire](#) = 2).
- lorsque la prestation de soins est attestée par un médecin qui a accès aux données du Dossier médical global (DMG) mais n'en est pas le gestionnaire, on indique le numéro d'identification du gestionnaire ([Norme du prestataire](#) = 4). Ceci concerne uniquement les situations de diminution du ticket modérateur en raison du DMG.
- lorsque la prestation de soins est attestée par un médecin mais effectuée par un médecin stagiaire, on indique alors le numéro d'identification du stagiaire ([Norme du prestataire](#) = 5).

var **SS00105A Numéro d'identification du tiers** (Soins de santé)

Le numéro d'agrément INAMI de l'institution ou du prestataire qui a tarifé s'il s'agit d'une facturation dans le cadre de l'application du tiers payant.

var **RIZIV\_HCI Numéro d'identification INAMI Health Care Institution (HCI)** (Patientèle médecins généralistes)

Le numéro d'identification INAMI de la maison médicale, pratique de groupe ou pratique individuelle à laquelle le médecin généraliste appartient.

var **SS00075 Numéro d'identification institution** (Soins de santé)

Numéro d'agrément INAMI de l'institution hospitalière ou du centre de revalidation dans lequel le patient a été admis ou séjourné.  
Numéro d'agrément INAMI de l'institution d'hospitalisation de jour.

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 **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 **FIRST\_PREST Premier jour facturé de l'année Y pour le séjour** (Hospitalisations)

Date de la 1ère prestation réalisée pour le séjour hospitalier dans l'année Y. Il ne s'agit donc pas nécessairement de la première journée du séjour hospitalier. Un séjour pouvant être à cheval sur 2 années. Si c'est le cas le séjour sera aussi bien dans l'année Y que dans l'année Y-1.

Dans l'année Y:

FIRST\_PREST sera alors égal au 01/01/Y.

Dans l'année Y-1:

FIRST\_PREST sera la date du 1er jour facturé pour le séjour.

**LAST\_PREST** = 31/12/Y-1.

var **SS00215 Préparation de médication individuelle** (Pharmanet)

Cette variable indique s'il s'agit d'une délivrance avec préparation de médication individuelle (PMI). À cet effet, le pharmacien supprime un ou plusieurs médicaments du conditionnement original et les rassemble dans un seul conditionnement fermé qui doit être consommé par un patient donné à un moment précis.

var **SS00130 Prestation relative** (Soins de santé)

Lorsque la facturation du code nomenclature mentionné dans **code nomenclature facturé** dépend de l'exécution d'une autre prestation, le code de cette prestation est indiqué ici.

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 **INSTITUTION\_QUAL Qualification de l'institution de séjour** (Soins de santé)

La qualification de l'institution dans laquelle le patient séjourne. Il s'agit d'un code dérivé des trois premiers chiffres du **numéro d'identification de l'institution**.

var **INSTITUTION\_SITE\_QUAL Qualification du lieu de la prestation** (Soins de santé)

La qualification de l'institution dans laquelle la prestation a réellement été effectuée. Il s'agit d'un code dérivé des trois derniers chiffres du **numéro d'identification du lieu de prestation**.

var **SS00270B Qualification du prestataire auxiliaire** (Soins de santé)

La compétence du prestataire auxiliaire. Cette variable est remplie si le **Numéro d'identification du prestataire auxiliaire** est rempli.

var **SS00105B Qualification du tiers** (Soins de santé)

La qualification de l'institution ou du prestataire ayant facturé qui a tarifé s'il s'agit d'une facturation dans le cadre de l'application du tiers payant.

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 **PROCEDURE\_YYYYWW Semaine de la prestation** (Soins de santé)

L'année et la semaine durant lesquelles la prestation de soins a été effectuée.

Si le code nomenclature de la prestation de soins correspond à une série de prestations (p.ex. une série de neuf séances de kinésithérapie), il s'agit de l'année et semaine durant lesquelles la première prestation de la série a été effectuée.

En cas de séjour dans une institution de soins, la variable correspond à l'année et la semaine durant lesquelles le premier jour facturé de la période de facturation a lieu.

S'il s'agit de produits pharmaceutiques (**SS00135** >> 0), la variable correspond à l'année et à la semaine d'administration ou au début de la période d'administration.

Cette information est dérivée de la **Date de début de prestation**.

var **SERV\_DIS Service de sortie** (Hospitalisations)

Code INAMI du Service duquel le patient est sorti de l'hôpital.

var **SERV\_ADM Service d'admission** *(Hospitalisations)*

Code INAMI du service dans lequel le patient est admis à l'hôpital.

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 **PROCEDURE\_DETAIL Sous-classe du groupe de nomenclature** *(Pharmanet)*

Sous-classe du [groupe](#) auquel le code nomenclature ([SS00020](#)) appartient.

Les codes nomenclature sont répartis en groupes et [sous-groupes](#) selon la nature du produit ou de la prestation (p.ex. médicament, alimentation médicale, honoraires, etc.), la catégorie de remboursement du médicament et plusieurs autres caractéristiques. Le niveau PROCEDURE\_DETAIL contient environ 450 groupes dont une trentaine figurent dans la base de données Pharmanet. Les autres groupes ne figurent que dans [Soins de santé](#).

L'actuariat de l'INAMI effectue la répartition en (sous-)groupes et l'utilise à des fins de suivi des dépenses de soins de santé. Les (sous-)groupes sont donc nommés « groupes de frais ».

Le (sous-)groupe auquel un code nomenclature appartient est défini à l'aide du tableau de référence de l'INAMI. Ce tableau est actualisé régulièrement. De ce fait, de nouveaux (sous)groupes peuvent être créés et certains codes nomenclature peuvent passer d'un (sous-)groupe à un autre.

var **PROCEDURE\_DETAIL Sous-classe du groupe de nomenclature** *(Soins de santé)*

Sous-classe du [groupe](#) auquel le code nomenclature ([SS00020](#)) appartient.

Les codes nomenclature sont répartis en groupes et [sous-groupes](#) comprenant des prestations de soins similaires, effectuées par un certain type de prestataire de soins ou dans un certain type d'institution. La répartition fait également la distinction entre les prestations qui relèvent d'une compétence fédérale ou régionale. Le niveau PROCEDURE\_DETAIL contient environ 450 groupes.

L'actuariat de l'INAMI effectue la répartition en (sous-)groupes et l'utilise à des fins de suivi des dépenses de soins de santé. Les (sous-)groupes sont donc nommés « groupes de frais ».

Le (sous-)groupe auquel un code nomenclature appartient est défini à l'aide du tableau de référence de l'INAMI. Ce tableau est actualisé régulièrement. De ce fait, de nouveaux (sous)groupes peuvent être créés et certains codes nomenclature peuvent passer d'un (sous-)groupe à un autre.

var **DIABETES\_PASPOORT Suivi diabète** *(Données patients)*

Patient qui compte une prestation remboursée dans le cadre du suivi d'un patient diabétique de type 2 (auparavant passeport diabète) au cours de l'année de référence. Ce suivi donne aux patients le droit au remboursement de consultations chez un diététicien et un podologue.

var **DIAPAS Suivi diabète dans un cabinet de médecin généraliste** *(Patientèle médecins généralistes)*

Cette variable indique si un patient souffrant de diabète mellitus type 2 fait l'objet d'un suivi en cabinet de médecin généraliste dans le cadre d'un passeport diabète (ou suivi diabète).

var **DIAPAS\_MH Suivi diabète en maison médicale** *(Patientèle médecins généralistes)*

Cette variable indique si un patient souffrant de diabète mellitus type 2 fait l'objet d'un suivi en maison médicale dans le cadre d'un passeport diabète (ou suivi diabète).

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 **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 **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 Permanent(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 **SS00300 Type de décompte journée d'entretien** *(Soins de santé)*

En cas d'hospitalisation avec journée d'entretien, cette variable indique si la facture était la seule, la première ou la dernière concernant les journées d'entretien.

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 **INSTITUTION\_SITE\_CAT Type du lieu de prestation** *(Soins de santé)*

Le type d'établissement dans lequel la prestation a réellement été effectuée. Il s'agit d'un code dérivé des trois premiers chiffres du [numéro d'identification du lieu de prestation](#).

var **STAY\_CAT Type d'admission/de séjour** *(Hospitalisations)*

La variable STAY\_CAT définit s'il s'agit d'une hospitalisation classique ou de jour

var **INSTITUTION\_CAT Type d'institution de séjour** *(Soins de santé)*

Le type d'institution dans laquelle le patient séjourne. Il s'agit d'un code dérivé des trois premiers chiffres du [numéro d'identification de l'institution](#).

var **HCI\_TYPE Type Health Care Institution (HCI)** *(Patientèle médecins généralistes)*

Le type de pratique à laquelle le médecin appartient, basé sur les registres officiels de l'INAMI. Si le médecin est lié à plusieurs pratiques de médecine, on applique les règles de priorité suivantes pour déterminer cette valeur :

- le type de pratique avec la valeur la plus faible à partir du codage ci-dessous (212>214>805) ;
- le type de pratique avec date de début la plus proche;
- le type de pratique à la date de fin la plus proche.

Si le médecin ne peut être attribué à aucune pratique de groupe ou maison médicale figurant dans les registres officiels de l'INAMI, il est considéré comme un cabinet individuel.