

Zoeken: Alleen trefwoorden
63 resultaten 'Kosten'

var **[SS00225 Aanduiding derogatie tarifiering per eenheid](#)** (Farmanet)

Deze variabele signaleert twee mogelijke afwijkingen (derogatie) op de verplichting om vergoedbare [farmaceutische specialiteiten](#) onder vaste orale vorm voor een bewoner van woonzorgcentrum (ROB, RVT) per eenheid te tarifieren (per periode van 7 dagen).

Bij de eerste afwijking wordt er per eenheid getarifeerd, maar in plaats van het aantal eenheden voor een periode van zeven dagen, gebeurt de **tarifiering voor het totaal aantal eenheden** in de verpakking **of het aantal overblijvende eenheden** dat nog in de verpakking zit (waarde 1). Deze uitzondering moet het financiële risico van de apotheker beperken en is toegestaan in de volgende situaties:

- dure geneesmiddelen (opgenomen in [een nominatieve lijst](#) van de geneesmiddelenklassen, overeen gekomen in de overeenkomstencommissie);
- niet-dure geneesmiddelen die voldoen aan één van de volgende voorwaarden:
 - het geneesmiddel of de verpakking is niet geschikt voor gespreide aflevering (bv. bepaalde bruistabletten, gelyofiliseerde tabletten ...);
 - er wordt gewerkt met halve tabletten;
 - de frequentie van het gebruik is in functie van de gezondheidstoestand en hangt af van de instructies van de arts ('on demand'-aflevering);
 - het geneesmiddel is verwerkt in een magistrale bereiding;
 - de vergoedbaarheid wijzigt tussen de eerste aflevering en latere aflevering van eenheden uit de verpakking (bv. einde machtiging of schrapping uit terugbetaling).

Daarnaast kan deze variabele signaleren dat een geneesmiddel werd afgeleverd aan een bewoner van een woonzorgcentrum **zonder tarifiering per eenheid** (waarde 2) wegens één van de onderstaande situaties:

- acute behandeling;
- verpakking waarbij de klassieke behandelingsduur kleiner is dan 10 dagen;
- initiatie van een potentieel chronische behandeling.

var **[SS00205 Aanduiding eerste aflevering](#)** (Farmanet)

Deze variabele duidt aan of het gaat om een eerste aflevering van het betreffende geneesmiddel ([farmaceutische specialiteit](#)) aan de rechthebbende (zoals bedoeld in [art. 1, 3° en art. 5 KB 16/03/2010](#)).

Deze informatie wordt ingezameld met het oog op een toekomstige omvorming van van het jaarlijkse forfait voor begeleiding van de eerste aflevering naar een specifiek honorarium per aflevering.

var **[THIRD_YN Afgerekend via een derde](#)** (Gezondheidszorgen)

De zorgprestatie is vergoed in het kader van de derdebetalersregeling. Hierbij wordt de zorgverlener of -instelling ('de derde') rechtstreeks vergoed door de verzekeringinstelling. De patiënt betaalt enkel het remgeld.

var **[ALL Alle variabelen EPS](#)** (Échantillon Permanent(e) Steekproef (EPS))

In de databank EPS vindt u alle variabelen die beschikbaar zijn in de databanken [Populatie](#), [Gezondheidszorgen](#), [Farmanet](#) en [Hospitalisaties](#). Daarnaast bevat de EPS een aantal afgeleide variabelen waarvan de metadata nog niet allemaal beschikbaar zijn. U vindt de volledige lijst van afgeleide variabelen in het document [EPS-FLAGS](#).

var **[SS00260 Betalingsoorsprong](#)** (Farmanet)

Deze variabele geeft aan of het ziekenfonds de tegemoetkoming heeft uitbetaald aan de patiënt, of in het kader van een derdebetalersregeling aan de apotheker. Daarnaast geeft de variabele aan of de aanvraag tot terugbetaling op papier of elektronisch gebeurde.

var **[SS00260 Betalingsoorsprong](#)** (Gezondheidszorgen)

Deze variabele geeft aan of het ziekenfonds de tegemoetkoming heeft uitbetaald aan de patiënt of, in het kader van een derdebetalersregeling, aan de zorgverlener of -instelling. Daarnaast geeft de variabele aan of de aanvraag tot terugbetaling op papier of elektronisch gebeurde.

var **[SS00030 Bevoegdheid](#)** (Gezondheidszorgen)

De regionale of federale overheid die bevoegd is voor de uitgave.

var **[SS00045 Boekhoudcode doc N](#)** (Farmanet)

Code van de boekhoudkundige rubriek voor het Doc N-register van het RIZIV. Dit is een databank voor de opvolging van de gezondheidsuitgaven per (pseudo)nomenclatuurcode. Alle nomenclatuurcodes behoren tot één van deze boekhoudkundige rubrieken

var **[SS00045 Boekhoudcode doc N](#)** (Gezondheidszorgen)

Code van de boekhoudkundige rubriek voor het Doc N-register van het RIZIV. Dit is een databank voor de opvolging van de gezondheidsuitgaven per (pseudo)nomenclatuurcode. Alle nomenclatuurcodes behoren tot één van deze boekhoudkundige rubrieken

var **[SS00230 Code facturering persoonlijk aandeel](#)** (Farmanet)

Deze variabele duidt aan of het gaat om de aflevering van een geneesmiddel waarbij, in het kader van de [maximumfactuur](#) (MAF), de ziekteverzekering voor 100% tussenkomt en de patiënt dus geen persoonlijk aandeel (remgeld) betaalt.

var [SS00200 Codering honoraria](#) (Farmanet)

Deze variabele bevat een code die aanduidt welke honoraria werden aangerekend voor de aflevering van een geneesmiddel ([farmaceutische specialiteit](#)), indien deze vergoed werd volgens de nieuwe vergoedingsmethode.

var [SS00175 Derdebetalersregeling](#) (Gezondheidszorgen)

De zorgprestatie is vergoed in het kader van de derdebetalersregeling. Hierbij wordt de zorgverlener of -instelling ('de derde') rechtstreeks vergoed door de verzekeringsinstelling. De patiënt betaalt enkel het remgeld.

db [Farmanet](#)

De databank Farmanet bevat informatie over terugbetaalde geneesmiddelen en medische hulpmiddelen die afgeleverd worden in publieke apotheken. Het betreft geneesmiddelen die aan de leden van de zeven Belgische ziekenfondsen werden verstrekt in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Het observatieniveau is het individuele geneesmiddel dat op een bepaalde datum aan een persoon werd verstrekt. Van elk geneesmiddel bevat de databank administratieve en boekhoudkundige gegevens die door het ziekenfonds werden geregistreerd. Een geneesmiddel of medische hulpmiddel wordt aangeduid met een [CNK-code](#) of het code nationa(l)e codenummer. Naast deze code, de identificatiecode van de persoon en de datum bevat de databank voor elk geneesmiddel ook de bedragen (het terugbetaalde bedrag, het remgeld en het supplement), de identificatiecodes van de apotheker en de voorschrijver en een groot aantal andere variabelen. Een volledig overzicht van de beschikbare gegevens vindt u in de lijst van variabelen. Er is ook een [EPS](#)-variant van de databank.

var [PP2001 Forfait B voor verpleegkundige zorgen](#) (Populatie)

De variabele duidt aan of de persoon al dan niet voldoet aan het criterium 'Forfait B voor verpleegkundige zorgen'. Het criterium houdt in dat de persoon het akkoord heeft van een adviserend geneesheer voor een forfait B voor thuisverpleging gedurende minstens drie maanden (89 dagen). Het kan gaan om een gewoon forfait B of een forfait B voor palliatieve zorg. Het forfait B is het forfaitair honorarium van de verpleegkundige die thuiszorg verleent aan een zwaar zorgafhankelijke patiënt. Het wordt toegekend per verpleegdag. De zorgafhankelijkheid van de patiënt wordt geëvalueerd met behulp van de [Katz-schaal](#). Patiënten met een forfait B hebben een afhankelijkheidsscore 3 of 4 voor volgende activiteiten: Zich wassen; Zich kleden; Transfer en verplaatsingen; Toiletbezoek; Continentie en/of Eten. Het criterium 'Forfait B voor verpleegkundige zorgen' is een afhankelijkheidssituatie op basis waarvan het forfait voor chronisch zieken kan worden toegekend (zie opmerkingen).

var [PP2002 Forfait C voor verpleegkundige zorgen](#) (Populatie)

De variabele duidt aan of de persoon voldoet aan het criterium 'Forfait C voor verpleegkundige zorgen'. Het criterium houdt in dat de persoon het akkoord heeft van een adviserend geneesheer voor een forfait C voor thuisverpleging gedurende minstens drie maanden (89 dagen). Het kan gaan om een gewoon forfait C of een forfait C voor palliatieve zorg. Het forfait C is het forfaitair honorarium van de verpleegkundige die thuiszorg verleent aan een zwaar zorgafhankelijke patiënt. Het wordt toegekend per verpleegdag. De zorgafhankelijkheid van de patiënt wordt geëvalueerd met behulp van de [Katz-schaal](#). Patiënten met een forfait C hebben een afhankelijkheidsscore 4 voor volgende activiteiten: Zich wassen; Zich kleden; Transfer en verplaatsingen; Toiletbezoek; en een score 3 of 4 (waarvan minstens één score 4) voor Continentie en Eten. Het criterium 'Forfait C voor verpleegkundige zorgen' is een afhankelijkheidssituatie op basis waarvan het forfait voor chronisch zieken kan worden toegekend (zie opmerkingen).

db [Gezondheidszorgen](#)

De databank Gezondheidszorgen bevat informatie over de gezondheidszorgen die aan de leden van de zeven Belgische ziekenfondsen werden verleend in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Het observatieniveau is de individuele geneeskundige verstrekking die op een bepaalde datum aan een persoon werd verleend. Van elke verstrekking bevat de databank administratieve en boekhoudkundige gegevens die door het ziekenfonds werden geregistreerd. Een verstrekking wordt aangeduid met een door het RIZIV of de regio's bepaalde nomenclatuur- of pseudonomenclatuurcode. Het kan gaan over een doktersbezoek, een heelkundige ingreep, een geneesmiddel afgeleverd door een ziekenhuisapothek, een bloedafname, een tandheelkundige prestatie, verpleegkundige zorgen, enz. Indien het een geneesmiddel betreft is tevens de productcode opgenomen. Naast deze codes, de identificatiecode van de persoon en de datum bevat de databank voor elke verstrekking ook de bedragen (het terugbetaalde bedrag, het persoonlijk aandeel "remgeld", en het supplement), de identificatiecodes van de voorschrijver en de verstrekker, de zorginstelling waar de prestatie werd verleend, en een groot aantal andere variabelen. Een volledig overzicht van de beschikbare gegevens vindt u in de lijst van variabelen. Er is ook een [EPS](#)-variant van de databank.

var [PAT_GMD Globaal medisch dossier](#) (Patiënteel huisartsen)

De patiënt heeft in het referentiejaar een globaal medisch dossier (GMD) bij de huisartsenpraktijk.

var [SS00265 Globaal medisch dossier](#) (Gezondheidszorgen)

De patiënt heeft op de prestatiedatum een globaal medisch dossier (GMD).

var [SS00435 Honorarium apotheker \(patiënt\)](#) (Farmanet)

Het gedeelte van het honorarium van de apotheker dat behoort tot het persoonlijk aandeel van de patiënt (remgeld). Dit is een informatief bedrag

dat niet als dusdanig gefactureerd wordt, maar voor statistische doeleinden wordt vermeld op het facturatiebestand.

var **[SS00430 Honorarium apotheker \(ZIV\)](#)** *(Farmanet)*

Het gedeelte van het honorarium van de apotheker dat terugbetaald wordt door de ziekteverzekering. Dit is een informatief bedrag dat niet als dusdanig gefactureerd wordt, maar voor statistische doeleinden wordt vermeld op het facturatiebestand.

var **[SS00195 Honorarium farmacie](#)** *(Farmanet)*

De som van de verschillende honoraria die de apotheker heeft aangerekend voor de aflevering van geneesmiddelen. Het gaat om:

- het basishonorarium;
- een specifiek honorarium voor het afleveren van een generisch geneesmiddel bij een voorschrift op stofnaam;
- een specifiek honorarium voor de aflevering van een geneesmiddel van hoofdstuk IV.

var **[PP2010 Hospitalisatie 120 dagen](#)** *(Populatie)*

De variabele duidt aan of de persoon al dan niet voldoet aan het criterium 'Hospitalisatie gedurende 120 dagen'. Het criterium houdt in dat de persoon werd opgenomen in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis voor een totale duur van minstens 120 dagen in de loop van het betrokken en voorgaande kalenderjaar.

Het criterium 'Hospitalisatie gedurende 120 dagen' is een afhankelijkheidssituatie op basis waarvan het forfait voor chronisch zieken kan worden toegekend (zie opmerkingen).

var **[SS00105A Identificatienummer van de tarifieringsdienst](#)** *(Farmanet)*

Het RIZIV-identificatienummer van de erkende tarifieringsdienst van de apotheek die het geneesmiddel heeft afgeleverd.

Indien een apotheek ervoor kiest om de derdebetalersregeling toe te passen, moet deze de uitgevoerde voorschriften overmaken aan haar tarifieringsdienst.

Deze dienst is verantwoordelijk voor de tarifiering en facturatie van de terugbetaalde geneesmiddelen, en maakt deze factuur over aan de ziekenfondsen.

var **[SS00290 Identificatienummer van de tarifieringsdienst](#)** *(Gezondheidszorgen)*

Het identificatienummer van de erkende tarifieringsdienst van de ziekenhuisapotheek die het geneesmiddel heeft afgeleverd. Deze dienst staat in voor de tarifiering en facturatie van de terugbetaalde geneesmiddelen.

var **[PP2005 Integratietegemoetkoming voor gehandicapten](#)** *(Populatie)*

De variabele duidt aan of de persoon al dan niet een 'Integratietegemoetkoming voor gehandicapten' ontvangt.

De integratietegemoetkoming wordt toegekend aan de persoon met een handicap die bijkomende onkosten heeft door een vermindering van zijn zelfredzaamheid. De persoon moet tussen 21 en 65 jaar oud zijn, al zijn enkele uitzonderingen mogelijk. Om recht te hebben op de tegemoetkoming moet de handicap erkend zijn door een arts. Deze houdt rekening met de invloed van de handicap op de dagelijkse activiteiten (zelfredzaamheid).

Om recht te hebben op een integratietegemoetkoming moet men minstens 7 punten behalen op de schaal van zelfredzaamheid.

Het criterium 'Integratietegemoetkoming voor gehandicapten' is een afhankelijkheidssituatie op basis waarvan het forfait voor chronisch zieken kan worden toegekend (zie opmerkingen).

var **[PP2003 Kinesithérapie E of fysiotherapie](#)** *(Populatie)*

De variabele duidt aan of de persoon voldoet aan het criterium 'Kinesithérapie E of fysiotherapie'. Patiënten die aan bepaalde zware aandoeningen lijden betalen minder voor hun kinesithérapie of fysiotherapie na akkoord van de adviserend arts van hun ziekenfonds. Het betreft zware aandoeningen uit de zogenaamde [E-lijst](#).

Het criterium 'Kinesithérapie E of fysiotherapie' houdt in dat de persoon het akkoord heeft van een adviserend geneesheer voor Kinesithérapie E of fysiotherapie gedurende minstens zes maanden (179 dagen). De zes maanden (179 dagen) moeten niet noodzakelijk een aaneengesloten periode vormen. Ze moeten wel in eenzelfde kalenderjaar vallen.

Het criterium 'Kinesithérapie E of fysiotherapie' is een afhankelijkheidssituatie op basis waarvan het forfait voor chronisch zieken kan worden toegekend (zie opmerkingen).

var **[SS00385 Motief regularisatie](#)** *(Farmanet)*

Bij regularisaties van facturatie wordt in deze variabele de reden voor de regularisatie weergegeven.

var **[SS00385 Motief regularisatie](#)** *(Gezondheidszorgen)*

Bij regularisaties van facturatie wordt in deze variabele de reden voor de regularisatie weergegeven.

var **[SS00145 Nacht, weekend of feestdag](#)** *(Gezondheidszorgen)*

De prestatie werd 's nachts, in het weekend of op een feestdag uitgevoerd.

var **[SS00275 Norm plafond](#)** *(Gezondheidszorgen)*

Bij behandelingen (groepen van prestaties) waarbij een uitgavenplafond voor de totale tegemoetkoming van de ziekteverzekering bestaat, geeft

deze variabele aan of dit plafond bereikt werd en welke prestaties vergoed werden. De zorgverlener wordt niet vergoed voor de prestaties die het plafond overstijgen.

var **[SS00140 Norm verstrekking](#)** *(Gezondheidszorgen)*

Deze code geeft bepaalde informatie die nodig is voor de tarificatie.

var **[SS00300 Normcode verpleegdag](#)** *(Gezondheidszorgen)*

Deze variabele geeft bij een hospitalisatie met verpleegdagen aan of de factuur de enige, de eerste of de laatste factuur was voor de ligdagen.

var **[SS00235 Ontvangstdatum van de factuur](#)** *(Farmanet)*

De datum waarop het ziekenfonds de factuur voor deze verstrekking heeft ontvangen van de tarificatiedienst.

var **[SS00235 Ontvangstdatum van de factuur](#)** *(Gezondheidszorgen)*

De datum waarop het ziekenfonds de factuur voor deze verstrekking heeft ontvangen.

var **[SS00090 Operator uitgaven](#)** *(Gezondheidszorgen)*

De operator waar de uitgaven aan toegekend worden. Hiermee wordt de instantie bedoeld die de tegemoetkoming van de prestatie voor haar rekening neemt en deze opneemt in haar uitgavenstroom.

db **[Patiëntendata](#)**

De Patiënten-databank bevat gegevens over het zorggebruik en de zorguitgaven van personen. De variabelen worden afgeleid uit informatie in de databanken [Populatie](#), [Gezondheidszorgen](#) en [Farmanet](#) en geaggregeerd op het niveau van het individu. De gegevens zijn beschikbaar in afzonderlijke datasets per kalenderjaar.

var **[SS00160 Remgeld](#)** *(Farmanet)*

Persoonlijk aandeel dat de persoon betaald heeft voor het geneesmiddel. Het remgeld is gelijk aan het verschil tussen het officiële bedrag dat apotheker ontvangt en [het bedrag van de tegemoetkoming](#) door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. De ziekteverzekering betaalt sommige geneesmiddelen volledig of gedeeltelijk terug. Bepaalde personen hebben recht op een hogere verzekeringstegemoetkoming ('verhoogde tegemoetkoming'). Zij betalen een lager persoonlijk aandeel.

var **[SS00160 Remgeld](#)** *(Gezondheidszorgen)*

Persoonlijk aandeel dat de persoon betaald heeft voor de zorgverstrekking. Het remgeld is gelijk aan het verschil tussen het officiële honorariumbedrag dat de zorgverlener ontvangt en [het bedrag van de tegemoetkoming](#) door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. De lijst van geneeskundige verstrekkingen die geheel of gedeeltelijk door de ziekteverzekering worden vergoed, is wettelijk bepaald. In de databank [Nomenclatuur](#) vindt u de bedragen van de honoraria, de remgelden en de tegemoetkomingen voor elke verstrekking. Bepaalde personen hebben recht op een hogere verzekeringstegemoetkoming ('verhoogde tegemoetkoming'). Zij betalen een lager persoonlijk aandeel.

var **[PAT_CZ Statuut Chronische Aandoening](#)** *(Patiënteel huisartsen)*

De patiënt heeft in de loop van het referentiejaar het statuut van persoon met een chronische aandoening. De toekenning gebeurt op basis van één van de volgende criteria:

- de patiënt heeft hoge uitgaven voor geneeskundige verzorging ([financieel criterium](#));
 - de patiënt geniet van het [forfait voor chronisch zieken](#);
 - de patiënt lijdt aan een [zeldzame ziekte](#) of weesziekte en heeft hoge uitgaven voor geneeskundige verzorging.
- Personen met het statuut chronische aandoening genieten automatisch van een aantal voordelen, zoals de [derdebetalersregeling](#) of een vermindering van het grensbedrag van de persoonlijke aandelen in het kader van de [maximumfactuur](#).

var **[PP3015 Statuut chronische aandoening - financieel criterium](#)** *(Populatie)*

Persoon aan wie het statuut chronische aandoening werd toegekend op basis van zijn of haar hoge uitgaven voor gezondheidszorgen. Het statuut wordt toegekend aan personen die gedurende twee jaar uitgaven voor geneeskundige verzorging hadden van minstens €300 per kwartaal (geïndexeerd). De uitgaven voor geneeskundige verzorging omvatten zowel het deel dat het ziekenfonds betaalt als het remgeld. Het statuut wordt automatisch toegekend door het ziekenfonds voor een termijn van twee jaar (Y en Y+1) op basis van de uitgaven in jaar Y-1 en Y-2. Nadien wordt het van jaar tot jaar verlengd indien de rechthebbende voor het tweede kalenderjaar dat voorafgaat aan het jaar van de verlenging, minstens €1200 uitgaven voor geneeskundige verzorging had. Personen met het statuut chronische aandoening genieten automatisch van een aantal voordelen, zoals de derdebetalersregeling of een vermindering van het grensbedrag van de persoonlijke aandelen in het kader van de maximumfactuur.

var **[PP3016 Statuut chronische aandoening - forfait voor chronisch zieken](#)** *(Populatie)*

Persoon aan wie het statuut chronische aandoening werd toegekend op basis van het forfait voor chronisch zieken. Het statuut wordt in een bepaald kalenderjaar toegekend aan personen die het forfait voor chronisch zieken genieten. Het statuut wordt automatisch toegekend door het ziekenfonds voor een termijn van twee jaar. Nadien wordt het van jaar tot jaar verlengd.

Personen met het statuut chronische aandoening genieten automatisch van een aantal voordelen, zoals de derdebetalersregeling of een vermindering van het grensbedrag van de persoonlijke aandelen in het kader van de maximumfactuur.

var **[PP3017 Statuut chronische aandoening - zeldzame ziekte](#)** *(Populatie)*

Persoon aan wie het statuut chronische aandoening werd toegekend op basis van een zeldzame ziekte en hoge uitgaven voor gezondheidszorgen. Het statuut wordt toegekend aan personen die lijden aan een zeldzame ziekte en gedurende twee jaar uitgaven voor geneeskundige verzorging hadden van minstens €300 per kwartaal (geïndexeerd). De uitgaven voor geneeskundige verzorging omvatten zowel het deel dat het ziekenfonds betaalt als het remgeld.

Het statuut wordt toegekend door het ziekenfonds op basis van een medisch getuigschrift, opgesteld door een geneesheer-specialist, waarin wordt bevestigd dat de rechthebbende lijdt aan een zeldzame ziekte. De patiënt krijgt het statuut voor een termijn van vijf jaar. Nadien kan het telkens voor vijf jaar worden verlengd.

Personen met het statuut chronische aandoening genieten automatisch van een aantal voordelen, zoals de derdebetalersregeling of een vermindering van het grensbedrag van de persoonlijke aandelen in het kader van de maximumfactuur.

var **[SS00165 Supplement](#)** *(Gezondheidszorgen)*

Het supplement is het bedrag dat de patiënt betaalt voor de zorgverstrekking of het geneesmiddel bovenop het reglementaire honorariumbedrag dat wettelijk is bepaald. Dit honorariumbedrag is gelijk aan de som van het remgeld en het bedrag van de tegemoetkoming door de ziekteverzekering (zie [Remgeld](#) en [ZIV-bedrag](#)). Geconventioneerde zorgverleners hebben zich ertoe verbonden om de reglementaire honoraria na te leven. Zij rekenen geen supplementen aan. Niet-geconventioneerde zorgverleners mogen supplementen aanrekenen. Deze supplementen zijn volledig ten laste van de patiënt.

var **[SS00210 Supplement](#)** *(Farmanet)*

De toeslag die de patiënt voor het geneesmiddel betaalt die niet als remgeld beschouwd kan worden.

var **[PP2006 Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden](#)** *(Populatie)*

De variabele duidt aan of de persoon al dan niet een 'Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden' ontvangt (Brussel en Wallonië) of een 'Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood' (Vlaanderen).

De tegemoetkoming wordt toegekend aan hulpbehoevende personen die ouder zijn dan 65 jaar en een laag inkomen hebben. Ze is bedoeld als compensatie voor de bijkomende onkosten die de persoon heeft door een vermindering van zelfredzaamheid bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Om recht te hebben op de tegemoetkoming moet de verminderde zelfredzaamheid vastgesteld worden door een arts. De persoon moet minstens 7 van de 18 punten behalen op de schaal van zelfredzaamheid.

Het criterium 'Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden' is een afhankelijkheidssituatie op basis waarvan het forfait voor chronisch zieken kan worden toegekend (zie opmerkingen).

var **[PP2009 Tegemoetkoming voor hulp van derden](#)** *(Populatie)*

De variabele duidt aan of de persoon al dan niet een 'Tegemoetkoming voor hulp van derden' ontvangt.

De tegemoetkoming wordt toegekend aan personen die een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid ontvangen en ernstige moeilijkheden hebben om gewone dagelijkse handelingen uit te voeren. Om recht te hebben op de tegemoetkoming moet de verminderde zelfredzaamheid vastgesteld worden door een arts. De persoon moet minstens 11 van de 18 punten behalen op de schaal van zelfredzaamheid.

Het criterium 'Tegemoetkoming voor hulp van derden' is een afhankelijkheidssituatie op basis waarvan het forfait voor chronisch zieken kan worden toegekend (zie opmerkingen).

var **[PP2007 Tegemoetkoming voor hulp van derden - oude regeling 1](#)** *(Populatie)*

De variabele duidt aan of de persoon al dan niet een 'Tegemoetkoming voor hulp van derden - oude regeling 1' ontvangt. De tegemoetkoming wordt toegekend aan mindervaliden met verminderde zelfredzaamheid.

De tegemoetkoming werd hervormd in 2007. Personen die voordien recht hadden op de tegemoetkoming en voor wie de nieuwe regeling nadeliger is, kunnen blijven gebruikmaken van de oude regeling. In 2018 betrof het nog een 400-tal personen. In de variabele [Tegemoetkoming voor hulp van derden](#) vindt u de personen die gebruikmaken van de nieuwe regeling.

Het criterium 'Tegemoetkoming voor hulp van derden - oude regeling 1' is een afhankelijkheidssituatie op basis waarvan het forfait voor chronisch zieken kan worden toegekend (zie opmerkingen).

var **[PP2008 Tegemoetkoming voor hulp van derden - oude regeling 2](#)** *(Populatie)*

De variabele duidt aan of de persoon al dan niet een 'Tegemoetkoming voor hulp van derden - oude regeling 2' ontvangt. De tegemoetkoming wordt toegekend aan personen zonder gezinslast die een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid ontvangen en op basis van de erkenning van verminderde zelfredzaamheid genieten van uitkeringen als gerechtigde met gezinslast.

De tegemoetkoming werd hervormd in 2007. Personen die voordien recht hadden op de tegemoetkoming en voor wie de nieuwe regeling nadeliger is, kunnen blijven gebruikmaken van de oude regeling. In 2018 betrof het nog een 400-tal personen. In de variabele [Tegemoetkoming voor hulp van derden](#) vindt u de personen die gebruikmaken van de nieuwe regeling.

Het criterium 'Tegemoetkoming voor hulp van derden - oude regeling 2' is een afhankelijkheidssituatie op basis waarvan het forfait voor chronisch zieken kan worden toegekend (zie opmerkingen).

var **[MON_RG_TOTAL Totaal remgelden](#)** *(Patiëntendata)*

Het totaal van de wettelijke persoonlijke aandelen (ook 'remgeld' genoemd) die de persoon heeft betaald voor gezondheidszorgen verleend in de loop van het betreffende jaar.

Het remgeld is gelijk aan het verschil tussen het officiële honorariumbedrag dat de zorgverlener ontvangt en het bedrag dat het ziekenfonds

terugbetaalt in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (zie [Totaal ZIV-uitgaven](#)).

De lijst van geneeskundige verstrekkingen die worden terugbetaald is wettelijk bepaald. In de databank [Nomenclsoft](#) vindt u de bedragen van de honoraria, de remgelden en de terugbetalingen voor elke verstrekking. Bepaalde categorieën van mensen hebben recht op een hogere verzekeringstegemoetkoming ('verhoogde tegemoetkoming'). Zij betalen een lager persoonlijk aandeel.

var **[MON_SUP_TOTAL Totaal supplementen](#)** *(Patiëntendata)*

Het totaal van de supplementen die de patiënt heeft betaald voor gezondheidszorgen verleend in de loop van het betreffende jaar.

Het supplement is gelijk aan het bedrag dat de patiënt betaalt bovenop het reglementaire honorariumbedrag dat wettelijk is bepaald. Dit honorariumbedrag is gelijk aan de som van het remgeld en het terugbetaalde bedrag (zie [Totaal remgelden](#) en [Totaal ZIV-uitgaven](#)).

Geconventioneerde zorgverleners hebben zicht ertoe verbonden om de reglementaire honoraria na te leven. Zij rekenen geen supplementen aan.

Niet-geconventioneerde zorgverleners mogen supplementen aanrekenen. Deze supplementen zijn volledig ten laste van de patiënt.

var **[MON_ZIV_TOTAL Totaal ZIV-uitgaven](#)** *(Patiëntendata)*

Het totaal van de bedragen die aan de persoon werden terugbetaald voor gezondheidszorgen verleend in de loop van het betreffende jaar.

De ZIV-uitgaven komen overeen met kosten voor gezondheidszorgen die in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) door het ziekenfonds worden terugbetaald of die via de derdebetalersregeling rechtstreeks aan de zorgverlener worden betaald.

De lijst van geneeskundige verstrekkingen die worden terugbetaald is wettelijk bepaald. In de databank [Nomenclsoft](#) vindt u de bedragen van de terugbetaling voor elke individuele verstrekking. Bepaalde categorieën van mensen hebben recht op een hogere verzekeringstegemoetkoming ('verhoogde tegemoetkoming'). Zij ontvangen een hogere terugbetaling.

var **[SS00255 Type facturering](#)** *(Farmanet)*

De aard van de factuur

var **[SS00255 Type facturering](#)** *(Gezondheidszorgen)*

De aard van de factuur

var **[SS00120 Type factuur](#)** *(Farmanet)*

Het type factuur dat werd opgemaakt, afhankelijk van de aard van het geneesmiddel en het eventuele verblijf van de patiënt in een woonzorgcentrum (RVT-ROB).

var **[SS00120 Type factuur](#)** *(Gezondheidszorgen)*

Het type factuur dat werd opgemaakt, afhankelijk van de aard van de behandeling en het type van verblijf.

var **[SS00350 Uitzondering derdebetalersregeling](#)** *(Gezondheidszorgen)*

Deze variabele geeft aan waarom de [derdebetalersregeling](#) werd toegepast voor prestaties die geleverd werden door een huisarts, tandarts of logopedist. Tot 31 december 2021 was er een verbod op het toepassen van de derdebetalersregeling voor deze zorgverleners, met uitzonderingen voor bepaalde verstrekkingen en bepaalde situaties waarbij deze regeling mocht toegepast worden of zelfs verplicht was.

var **[SS00220 Unieke/occasionele aflevering](#)** *(Farmanet)*

Deze variabele geeft aan of het gaat om een unieke/occasionele aflevering van een geneesmiddel aan een patiënt die verblijft in een woonzorgcentrum (ROB, RVT), waarbij de tarifiering per eenheid uitzonderlijk niet wordt toegepast.

Sinds 1 april 2015 moeten vergoedbare [farmaceutische specialiteiten](#) onder oraal-vaste vorm (tablet, capsule ...) in een woonzorgcentrum per eenheid getarifeerd worden. Bij een unieke/occasionele aflevering wordt het voorschrift uitgevoerd voor een inwoner van een woonzorgcentrum die doorgaans geen klant is van de apotheker. De apotheker tarifeert dan op de gewone manier.

var **[SS00165 Vermindering van het terugbetalingsbedrag](#)** *(Farmanet)*

Het bedrag van de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming. Ter compensatie voor invoering van een forfaitaire basisvergoeding werd gedurende een overgangperiode de verzekeringstegemoetkoming verminderd, waarbij het resterende bedrag ten laste kwam van de apotheek. De tussenkomst van het RIZIV kan berekend worden door de waarde van deze variabele af te trekken van [ZIV-bedrag](#).

var **[SS00060_100P Verpleegdagprijs aan 100%](#)** *(Gezondheidszorgen)*

De verpleegdagprijs is een forfaitair bedrag ten laste van de verplichte ziekteverzekering, dat de kosten dekt van het verblijf en de verzorging in het ziekenhuis, met uitzondering van de geneesmiddelen, de technische verstrekkingen en het honorarium van de arts.

De vergoeding aan ziekenhuizen voor de opname en het verblijf van een patiënt kan slechts gedeeltelijk afgeleid worden uit de facturaties van verpleegdagprijzen in onze databank. Elk ziekenhuis krijgt van de overheid een zogenaamd "budget van financiële middelen" (BFM). De ziekenfondsen betalen het variabele deel uit, ongeveer 20%. Dit bedrag is opgenomen in [ZIV-bedrag](#) onder specifieke nomenclatuurcodes. Het vaste bedrag van het BFM, de overige 80%, is niet opgenomen in onze databanken. Het IMA kan dit bedrag echter benaderen aan de hand van een referentietabel. Deze benadering is beschikbaar in deze variabele.

var **PP2011 Zes hospitalisaties** *(Populatie)*

De variabele duidt aan of de persoon al dan niet voldoet aan het criterium 'Zes hospitalisaties'. Het criterium houdt in dat de persoon minstens zes keer werd opgenomen in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis in de loop van het betrokken en voorgaande kalenderjaar.

Het criterium 'Zes hospitalisatie' is een afhankelijkheidssituatie op basis waarvan het forfait voor chronisch zieken kan worden toegekend (zie opmerkingen).

var **SS00060 ZIV-bedrag** *(Farmanet)*

Het bedrag van de tegemoetkoming (exclusief [honoraria](#)) van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) voor het gefactureerde geneesmiddel. De ziekteverzekering betaalt sommige geneesmiddelen volledig of gedeeltelijk terug. Bepaalde personen hebben recht op een hogere verzekeringstegemoetkoming ('verhoogde tegemoetkoming'). Zij ontvangen een hogere terugbetaling.

var **SS00060 ZIV-bedrag** *(Gezondheidszorgen)*

Het bedrag van de tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) voor de gefactureerde zorgverstrekking of geneesmiddel. De lijst van geneeskundige verstrekkingen die geheel of gedeeltelijk door de ziekteverzekering worden vergoed, is wettelijk bepaald. In de databank [Nomensoft](#) vindt u de bedragen van de tegemoetkoming voor elke individuele verstrekking. Bepaalde personen hebben recht op een hogere verzekeringstegemoetkoming ('verhoogde tegemoetkoming'). Zij ontvangen een hogere terugbetaling.

var **NWE_YN 's Nachts, tijdens het weekend of op een feestdag** *(Gezondheidszorgen)*

De zorgprestatie werd 's nachts, tijdens het weekend of op een feestdag uitgevoerd, waarbij een supplement dringende technische prestatie noodzakelijk was.