Recherche: Seulement mots-clé
54 résultats 'Prestataires de soins de santé'

var PAT_ATTRIB Attribué à un cabinet de médecin généraliste *(Patientèle médecins généralistes)*

Cette variable indique si le patient est affecté ou non à un cabinet de médecin généraliste. Ce cabinet est considérée comme le cabinet de médecin généraliste « habituel » de ce patient.

var RIZIV_SPEC Code de compétence du médecin généraliste *(Patientèle médecins généralistes)*

Le code de compétence du médecin généraliste, qui précise la qualification et indique si celui-ci possède une reconnaissance, un titre professionnel ou une attestation supplémentaire.

var PRESCRIBER_CAT Code profession prescripteur *(Pharmanet)*

Code profession du prestataire de soins qui a prescrit la prestation ou le médicament. Ce code à deux chiffres indique quel type de prestataire a prescrit la prestation de soins. Le code profession est dérivé des deux premiers chiffres du numéro d'identification du prescripteur.

var PRESCRIBER_CAT Code profession prescripteur *(Soins de santé)*

Code profession du prestataire de soins qui a prescrit la prestation ou le médicament. Ce code à deux chiffres indique quel type de prestataire a prescrit la prestation de soins. Le code profession est dérivé des deux premiers chiffres du numéro d'identification du prescripteur.

var PRACTITIONER_CAT Code profession prestataire de soins *(Soins de santé)*

Code profession du prestataire de soins qui a effectué la prestation. Ce code à deux chiffres indique quel type de prestataire a effectué la prestation de soins. Le code profession est dérivé des deux premiers chiffres du numéro d'identification du prestataire de soins.

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

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

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

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

var 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 FLAG_MISSING_REFRIZ Médecin "Missing" dans le fichier de référence INAMI *(Patientèle médecins généralistes)*

Chaque médecin généraliste de cette base de données est affecté par un algorithme à un seul cabinet individuel, à un cabinet e groupe ou à une maison médicale, sur base des tables de références officielles de l'INAMI. Cette variable signale les médecins qui n'ont pas été affectés à un seul cabinet ou à une seule maison médicale sur base de cet algorithme, mais qui ont fourni des prestations de soins remboursées au cours de l'année de référence. Ils sont considérés comme médecins exerçant en solo.

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 **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 **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 **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 lesquelles 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 âge 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 **AMBU Nombre de contact au cours desquels le médecin généraliste apporte une assitance 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 **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.

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

Si la prestation de soins ou le médicament a été prescrit, cette variable contient davantege 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 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 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 RIZIV_ID Numéro d'identification INAMI prestataire *(Patientèle médecins généralistes)*

Le numéro d'identification INAMI du prestataire au plus grand niveau de détail disponible.

- En cas de prestation en cabinet individuel ou de groupe, la variable indique le numéro d'identification du médecin généraliste.
- En cas de forfait relatif à une maison médicale, la variable indique le numéro d'identification de celle-ci. Ce forfait ne peuvt pas être attribué au prestataire qui effectue les prestations.

var PRESCRIBER_C Numéro d'identification prescripteur *(Échantillon Permantent(e) Steekproef (EPS))*

Numéro d'identification du prestataire de soins qui a prescrit la prestation ou le médicament. Il s'agit d'un recodage du numéro d'agrément attribué par l'INAMI au prestataire de soins dont celui-ci a besoin afin de pouvoir facturer des prestations de soins à l'assurance maladie.

var SS00070A Numéro d'identification prescripteur *(Pharmanet)*

Numéro d'identification du prestataire de soins qui a prescrit la prestation ou le médicament. Il s'agit du numéro d'agrément attribué par l'INAMI au prestataire de soins dont celui-ci a besoin afin de pouvoir facturer des prestations de soins à l'assurance maladie.

var SS00070A Numéro d'identification prescripteur *(Soins de santé)*

Numéro d'identification du prestataire de soins qui a prescrit la prestation ou le médicament. Il s'agit du numéro d'agrément attribué par l'INAMI au prestataire de soins dont celui-ci a besoin afin de pouvoir facturer des prestations de soins à l'assurance maladie.

var SS00065A Numéro d'identification prestataire de soins *(Soins de santé)*

Numéro d'identification du prestataire de soins qui a effectué la prestation. Il s'agit du numéro d'agrément attribué par l'INAMI au prestataire de soins et dont celui-ci a besoin afin de pouvoir facturer des prestations de soins à l'assurance maladie.

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 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 SS00070B Qualification prescripteur *(Pharmanet)*

Code qualification du prestataire de soins qui a prescrit la prestation ou le médicament. Ce code spécifie les compétences du prestataire et indique s'il dispose d'un titre professionnel, d'un agrément ou d'une attestation supplémentaire.

var SS00070B Qualification prescripteur *(Soins de santé)*

Code qualification du prestataire de soins qui a prescrit la prestation ou le médicament. Ce code spécifie les compétences du prestataire et indique s'il dispose d'un titre professionnel, d'un agrément ou d'une attestation supplémentaire.

var SS00065B Qualification prestataire de soins *(Soins de santé)*

Code qualification du prestataire de soins qui a effectué la prestation. Ce code spécifie les compétences du prestataire et indique s'il dispose d'un titre professionnel, d'un agrément ou d'une attestation supplémentaire.

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

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

var 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 considéréercomme un cabinet individuel.