

Zoeken: Alleen trefwoorden
57 resultaten 'Tegemoetkomingen en statuten'

var [PP4002 Aantal dagen arbeidsongeschiktheid](#) (Populatie)

Het aantal dagen arbeidsongeschiktheid gedurende het jaar voor de persoon.
Werknemers, werklozen en zelfstandigen die door een ziekte of een ongeval (geen beroepsziekte of arbeidsongeval) niet meer kunnen werken en waarvoor arbeidsongeschiktheid is erkend door een adviserend arts, hebben recht op een vervangingsinkomen uitgekeerd door het ziekenfonds. De variabele bevat het aantal dagen waarvoor de persoon deze uitkering ontvangt tijdens het referentiejaar.
Na één jaar arbeidsongeschiktheid treedt de persoon in invaliditeit. Het aantal dagen waarvoor de persoon een invaliditeitsuitkering ontvangt zijn opgenomen in de variabele [Aantal dagen invaliditeit](#).

var [PP4003 Aantal dagen invaliditeit](#) (Populatie)

Het aantal dagen invaliditeit gedurende het jaar voor de persoon.
Na één jaar arbeidsongeschiktheid waarbij werknemers, werklozen en zelfstandigen door een ziekte of een ongeval (geen beroepsziekte of arbeidsongeval) niet meer kunnen werken en een vervangingsinkomen ontvangen (zie [Aantal dagen arbeidsongeschiktheid](#)), treedt de persoon in invaliditeit. Deze variabele bevat het aantal dagen waarvoor de persoon tijdens het referentiejaar een invaliditeitsuitkering heeft ontvangen. De variabele bevat tevens het aantal dagen moederschaps- en vaderschapsverlof. Arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een beroepsziekte of arbeidsongeval wordt vergoed door de arbeidsongevallenverzekeraar van de werkgever en wordt bijgevolg niet meegerekend. De dagen invaliditeit waarvoor geen enkele dag is vergoed door het ziekenfonds worden niet meegeteld.

var [PP4001 Aantal dagen werkloosheid](#) (Populatie)

Het aantal dagen werkloosheid gedurende het jaar voor de persoon. Het betreft meer specifiek het aantal dagen dat de persoon een werkloosheidsuitkering heeft ontvangen tijdens het referentiejaar.
Werknemers die onvrijwillig werkloos zijn geworden en gedurende de voorafgaande periode een minimaal aantal werkdagen in loondienst hebben gewerkt, hebben recht op een werkloosheidsuitkering. Prestaties als zelfstandige geven geen recht op werkloosheidsuitkering. Schoolverlaters kunnen onder bepaalde voorwaarden wel aanspraak maken.

var [PP1008 Aard inkomen](#) (Populatie)

De aard van het inkomen van niet-actieve personen ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen (CG1/CG2 = 100 of 101). Het gaat dus niet om het bedrag van het inkomen, maar om een omschrijving van dit bedrag.

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 [PP3002 Categorie MAF Gezin](#) (Populatie)

Deze variabele geeft aan tot welke inkomenscategorie het MAF-gezin behoort. De inkomenscategorie van het gezin bepaalt het remgeldplafond. Wanneer de totale remgelden van het gezin tijdens het jaar dit remgeldplafond overschrijden, krijgt het gezin alle remgelden boven dit bedrag terugbetaald. Meer informatie over het systeem van de maximumfactuur vindt u bij variabele [PP3001](#) of op de website van het [RIZIV](#).

var [CHRONICAL_YN Chronisch zieke](#) (Populatie)

De persoon voldoet aan een van de afhankelijkheidssituaties die de voorwaarden vormen voor de toekenning van het forfait voor chronisch zieken of had [recht op een toelage voor gehandicapten](#). Meer informatie omtrent dit zorgforfait vindt u terug in [Forfait chronisch zieken](#) (Patiëntendata)

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) of voor patiënten die behoren een specifieke sociale categorie, de ziekteverzekering voor 100% tussenkomt en de patiënt dus geen persoonlijk aandeel (remgeld) betaalt.

var [SS00095 Code Gerechtigde 1 \(CG1\)](#) (Farmanet)

De code gerechtigde 1 (CG1) geeft de voorwaarden weer volgens dewelke de persoon verzekerd is op de datum van de prestatie. Voor personen met de hoedanigheid van [persoon ten laste](#) is de waarde van deze variabele gelijk aan die van de gerechtigde waarvan hij of zij ten laste is. Meer informatie vindt u terug in [Code Gerechtigde 1](#) (databank Populatie).

var [SS00095 Code Gerechtigde 1 \(CG1\)](#) (Gezondheidszorgen)

De code gerechtigde 1 (CG1) geeft de voorwaarden weer volgens dewelke de persoon verzekerd is op de datum van de prestatie. Voor personen met de hoedanigheid van [persoon ten laste](#) is de waarde van deze variabele gelijk aan die van de gerechtigde waarvan hij of zij ten laste is. Meer informatie vindt u terug in [Code Gerechtigde 1](#) (databank Populatie).

var **[PP0035 Code Gerechtigde 2 \(Populatie\)](#)**

De code gerechtigde 2 (CG2) geeft, samen met de [code gerechtigde 1](#), de voorwaarden weer volgens dewelke de persoon verzekerd is. Voor 2008 waren zelfstandigen enkel verzekerd voor zogenaamde grote risico's en verschilden hun waarden voor CG1 en CG2. Sinds de gelijkschakeling in 2008 van het algemene stelsel en dat van zelfstandigen voor de verzekering van de 'kleine risico's', bevat deze variabele enkel nog bijkomende informatie voor de internationale verdragen (tweede cijfer van CG1 = 8).

Voor de regeling zelfstandigen (eerste cijfer van CG1 = 4), bevat deze variabele twee codes die het onderscheid weergeven tussen gerechtigden zonder voorkeurregeling (CG2 = 460) en gerechtigden met voorkeurregeling (CG2 = 461).

var **[SS00100 Code Gerechtigde 2 \(CG2\) \(Farmanet\)](#)**

De code gerechtigde 2 (CG2) geeft, samen met de [code gerechtigde 1](#) (CG1), de voorwaarden weer volgens dewelke de persoon verzekerd is op de datum van de prestatie. Voor 2008 waren zelfstandigen enkel verzekerd voor zogenaamde grote risico's en verschilden hun waarden voor CG1 en CG2. Sinds de gelijkschakeling in 2008 van het algemene stelsel en dat van zelfstandigen voor de verzekering van de 'kleine risico's', bevat deze variabele enkel nog bijkomende informatie voor de internationale verdragen (tweede cijfer van CG1 = 8).

Voor de regeling zelfstandigen (eerste cijfer van CG1 = 4), bevat deze variabele twee codes die het onderscheid weergeven tussen gerechtigden zonder voorkeurregeling (CG2 = 460) en gerechtigden met voorkeurregeling (CG2 = 461).

Meer informatie vindt u terug in [Code Gerechtigde 2](#) (databank Populatie).

var **[SS00100 Code Gerechtigde 2 \(CG2\) \(Gezondheidszorgen\)](#)**

De code gerechtigde 2 (CG2) geeft, samen met de [code gerechtigde 1](#) (CG1), de voorwaarden weer volgens dewelke de persoon verzekerd is op de datum van de prestatie. Voor 2008 waren zelfstandigen enkel verzekerd voor zogenaamde grote risico's en verschilden hun waarden voor CG1 en CG2. Sinds de gelijkschakeling in 2008 van het algemene stelsel en dat van zelfstandigen voor de verzekering van de 'kleine risico's', bevat deze variabele enkel nog bijkomende informatie voor de internationale verdragen (tweede cijfer van CG1 = 8).

Voor de regeling zelfstandigen (eerste cijfer van CG1 = 4), bevat deze variabele twee codes die het onderscheid weergeven tussen gerechtigden zonder voorkeurregeling (CG2 = 460) en gerechtigden met voorkeurregeling (CG2 = 461).

Meer informatie vindt u terug in [Code Gerechtigde 2](#) (databank Populatie).

var **[PP3006 Datum eerste terugbetaling MAF \(Populatie\)](#)**

De datum van de eerste MAF-terugbetaling die de persoon heeft ontvangen op basis van de remgelden in het referentiejaar Y. De eerste terugbetaling kan gebeuren in het jaar Y, Y+1 of Y+2.

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).

var **[ZORGFORFAIT Forfait chronisch zieken \(Patiëntendata\)](#)**

Persoon met een forfait voor chronisch zieken. Personen hebben recht op deze tegemoetkoming voor een bepaald jaar wanneer ze in dat jaar en het jaar ervoor hoge zorguitgaven (remgelden) hebben en sterk afhankelijk zijn van anderen. Het ziekenfonds kent deze tegemoetkoming automatisch toe.

De afhankelijkheidssituatie kan op drie manieren worden vastgesteld:

- de persoon heeft van de adviserend geneesheer de toestemming gekregen voor een behandeling met verpleegkundige verzorging of kinesitherapie;
- de persoon werd lange tijd gehospitaliseerd of moet vaak opgenomen worden in het ziekenhuis ;
- of de persoon voldoet aan de afhankelijkheidsvoorwaarden om in aanmerking te komen voor een specifieke uitkering.

Meer info over het Forfait voor chronisch zieken vindt u op de website van het [RIZIV](#).

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 **[PP4004 Graad van zelfredzaamheid](#)** *(Populatie)*

Score van de persoon op de medisch-sociale schaal die de graad van zelfredzaamheid meet. Op basis van deze score kunnen de [integratietegemoetkoming](#), [tegemoetkoming hulp aan bejaarden](#) en [tegemoetkoming voor hulp van derden](#) worden toegekend.

Bij de beoordeling van de graad van zelfredzaamheid van de persoon door de adviserend arts worden niet de letsels op zichzelf gemeten, maar wel de weerslag ervan op de volgende functies:

- verplaatsingsmogelijkheden;
- mogelijkheden om zijn voedsel te nuttigen of te bereiden;
- mogelijkheid om voor zijn persoonlijke hygiëne in te staan en zich te kleden;
- mogelijkheid om zijn woning te onderhouden en huishoudelijk werk te verrichten;
- mogelijkheden om te leven zonder toezicht, bewust te zijn van gevaar en gevaar te kunnen vermijden;
- mogelijkheden tot communicatie en sociaal contact.

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 **[PP0045 Identificatiecode gerechtigde](#)** *(Populatie)*

Identificatiecode van de gerechtigde ('titularis'). Indien de persoon zelf de gerechtigde is, is de waarde van deze variabele gelijk aan [PP0010](#). Indien de persoon ten laste is, bevat deze variabele de identificatiecode van de gerechtigde bij wie hij/zij ten laste is. Informatie over het onderscheid tussen gerechtigden en personen ten laste vindt u in de variabele [PP1002](#).

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 **[MAJOR_INVALIDITY_YN Invalide of persoon met een handicap](#)** *(Populatie)*

De persoon is invalide of persoon met een handicap, of is ten laste van een invalide of persoon met een handicap, op basis van het tweede cijfer van de [Code Gerechtigde 1](#).

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

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

Het criterium 'Kinesitherapie E of fysiotherapie' houdt in dat de persoon het akkoord heeft van een adviserend geneesheer voor Kinesitherapie 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 'Kinesitherapie E of fysiotherapie' is een afhankelijkheidssituatie op basis waarvan het forfait voor chronisch zieken kan worden toegekend (zie opmerkingen).

var **[PP3005 MAF-terugbetaling en -plafond - individu of gedeelte van het gezin](#)** *(Populatie)*

De variabele duidt aan of de persoon terugbetalingen heeft ontvangen in het kader van de maximumfactuur (MAF) op basis van een individueel recht of een recht van een gedeelte van het gezin. Meer info over het systeem van de maximumfactuur vindt u bij variabele [PP3001](#) of op de website van het [RIZIV](#).

var **[PP3004 MAF-terugbetaling en plafond - gezin](#)** *(Populatie)*

De variabele duidt aan of het gezin van de persoon terugbetalingen heeft ontvangen in het kader van de maximumfactuur (MAF) en op basis van welk remgeldplafond deze terugbetalingen plaatsvonden. Meer info over het systeem van de maximumfactuur vindt u bij variabele [PP3001](#) of op de website van het [RIZIV](#).

var **PP3012 Meer dan 12 maanden werkloosheidsuitkering** (Populatie)

Deze variabele geeft aan of de persoon reeds meer dan 12 maanden werkloosheidsuitkering inclusief arbeidsongeschiktheidsdagen ontvangt.

var **PP3013 OCMW-steun** (Populatie)

De variabele duidt aan of de persoon recht heeft op verplichte steun van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn (OCMW).

var **PP1009 Oorsprong erkenning als persoon met een handicap** (Populatie)

Indien een persoon is erkend als een persoon met een handicap, geeft deze variabele aan welk traject gevolgd werd voor de erkenning.

var **RECOGNITION_YN Persoon met een handicap** (Populatie)

Deze variabele duidt aan of de persoon werd erkend als een persoon met een handicap.

var **PP4005 Pijler 1 van de medisch-sociale schaal van het kind met een handicap** (Populatie)

Score die de gevolgen van een handicap op lichamelijk en psychisch vlak meet. Op basis van de score in deze pijler alsook de score in pijlers 2 en 3 ([PP4006](#) en [PP4007](#)) wordt de toekenning en het bedrag van [verhoogde kinderbijslag](#) bepaald voor een kind met een handicap.

De medisch-sociale schaal meet de gevolgen van de handicap op het kind en diens familiale omgeving. De gevolgen worden beoordeeld op drie verschillende vlakken: lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid (pijler 1), graad van activiteit en participatie (pijler 2, zie [PP4006](#)) en de familiale omgeving (pijler 3, zie [PP4007](#)).

Naargelang de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid krijgt het kind voor pijler 1 een score van 0, 1, 2, 4 of 6 punten toegewezen door de controle arts.

var **PP4006 Pijler 2 van de medisch-sociale schaal van het kind met een handicap** (Populatie)

Score die de gevolgen van een handicap op de graad van activiteit en participatie (zelfredzaamheid) van het kind meet. Op basis van de score in deze pijler alsook de score in pijlers 1 en 3 ([PP4005](#) en [PP4007](#)) wordt de toekenning en het bedrag van [verhoogde kinderbijslag](#) bepaald voor een kind met een handicap.

De medisch-sociale schaal meet de gevolgen van de handicap op het kind en diens familiale omgeving. De gevolgen worden beoordeeld op drie verschillende vlakken: lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid (pijler 1, zie [PP4005](#)), graad van activiteit en participatie (pijler 2) en de familiale omgeving (pijler 3, zie [PP4007](#)).

Naargelang de beperking in graad van activiteit en participatie krijgt het kind voor pijler 2 een score van maximum 12 punten toegewezen door de controle arts.

var **PP4007 Pijler 3 van de medisch-sociale schaal van het kind met een handicap** (Populatie)

Score die de familiale belasting ten gevolge van de handicap van het kind meet. Op basis van de score in deze pijler alsook de score in pijlers 1 en 2 ([PP4005](#) en [PP4006](#)) wordt de toekenning en het bedrag van [verhoogde kinderbijslag](#) bepaald voor een kind met een handicap.

De medisch-sociale schaal meet de gevolgen van de handicap op het kind en diens familiale omgeving. De gevolgen worden beoordeeld op drie verschillende vlakken: lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid (pijler 1, zie [PP4005](#)), graad van activiteit en participatie (pijler 2, zie [PP4006](#)) en de familiale omgeving (pijler 3).

Naargelang de impact van de handicap voor de familiale omgeving krijgt het kind voor pijler 3 een score van maximum 18 punten toegewezen door de controle arts.

db **Populatie**

De databank Populatie bevat demografische, sociaal-economische en zorggegevens over de leden van de 7 Belgische ziekenfondsen. De gegevens zijn beschikbaar in afzonderlijke datasets per kalenderjaar.

Er is ook een [EPS](#)-variant van de databank.

var **PP3001 Recht MAF - gezin** (Populatie)

De variabele geeft aan of het gezin van de persoon een terugbetaling kan verkrijgen in het kader van de Maximumfactuur (MAF) op basis van de sociale MAF of de inkomens-MAF.

var **PP3003 Recht MAF - individu** (Populatie)

Deze variabele geeft aan of de persoon in het systeem van de Maximumfactuur (MAF) recht heeft op de sociale MAF of de inkomens-MAF binnen zijn of haar gezin. Indien de variabele [PP3001](#) een gezin aanduidt waarvan slechts een gedeelte recht heeft op de sociale MAF, maakt deze variabele het mogelijk om de personen met en zonder recht op de sociale MAF te onderscheiden.

var **PP3014 Recht MAF chronisch zieken** (Populatie)

De variabele duidt of de persoon recht heeft op een vermindering van het MAF-plafond. Dit betekent dat de persoon behoort tot een gezin waarvan minstens één lid persoonlijk recht heeft op de MAF chronisch zieken in jaar Y omdat 1) dit lid twee opeenvolgende jaren €450 remgelden heeft

bereikt of 2) dit lid in jaar Y het statuut chronische aandoening heeft. Meer info over het systeem van de maximumfactuur (MAF) vindt u bij de variabele [PP3001](#) of op de website van het [RIZIV](#).

var **[PP3010 Recht op gewaarborgd inkomen voor bejaarden, inkomensgarantie voor ouderen of leefloon](#)** *(Populatie)*

De persoon heeft in het referentiejaar recht op een inkomensgarantie voor ouderen (IGO), een gewaarborgd inkomen voor bejaarden (GIB) of of op een leefloon.

Het leefloon is een recht voor personen die onvoldoende inkomen hebben en hier niet met eigen inspanningen verandering in kunnen brengen. Het wordt toegekend door het OCMW.

De IGO is een minimuminkomen voor 65-plussers die niet over voldoende financiële middelen beschikken en is de opvolger van het GIB. Het wordt toegekend door de Federale Pensioendienst

var **[PP3011 Recht op toelage voor gehandicapten](#)** *(Populatie)*

De variabele duidt aan of de persoon recht heeft op een van de tegemoetkomingen voor gehandicapten. Er zijn drie tegemoetkomingen voor personen met een handicap: de inkomensvervangende tegemoetkoming (zie opmerkingen), de [integratietegemoetkoming](#) en de [tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden](#).

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 **[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 **[PP1004 Type werkloosheidsuitkering](#)** (Populatie)

Type werkloosheidsuitkering waarvan de persoon geniet in het vierde kwartaal van het jaar voorafgaand aan het referentiejaar. Het betreft een code die wordt toegekend door de RVA (Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening) op het bewijs van werkloosheid.

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 **[PP2004 Verhoogde kinderbijslag](#)** (Populatie)

De variabele duidt aan of de persoon al dan niet verhoogde kinderbijslag ontvangt. Personen jonger dan 21 jaar met een handicap of aandoening hebben recht op verhoogde kinderbijslag wanneer aan een van de volgende voorwaarden is voldaan:

- de handicap of aandoening heeft lichamelijke of psychische gevolgen.
 - de handicap of aandoening heeft een invloed op de dagelijkse activiteiten van het kind (mobiliteit, leervermogen, lichaamsverzorging ...).
 - de handicap of aandoening heeft gevolgen voor het gezin (medische behandeling, noodzakelijke verplaatsingen, aanpassing leefomgeving ...).
- Het criterium 'Verhoogde kinderbijslag' is een afhankelijkheidssituatie op basis waarvan het forfait voor chronisch zieken kan worden toegekend (zie opmerkingen).

var **[MAJOR_COVERAGE_YN Verhoogde tegemoetkoming](#)** (Populatie)

De persoon heeft recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT) of een van de voorlopers, op basis van het derde cijfer van de [Code Gerechtigde 1](#).

var **[PP1010 Voorwaarde recht verhoogde tegemoetkoming](#)** (Populatie)

Vanaf 2014 duidt de variabele aan op basis van welke voorwaarden de persoon recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming (VT). Dit kan op basis van een sociale uitkering of inkomensvoorwaarden. Aan personen die een sociale uitkering ontvangen kent het ziekenfonds automatisch de verhoogde tegemoetkoming toe. Personen die geen sociale uitkering ontvangen kunnen van de verhoogde tegemoetkoming genieten op basis van het gezinsinkomen. Zij moeten hiervoor een aanvraag indienen bij het ziekenfonds. Meer informatie over de sociale uitkeringen en inkomensgrenzen die recht geven op de verhoogde tegemoetkoming vindt u op de website van het RIZIV. [Van 2007 tot en met 2013 gaf deze variabele aan of iemand het OMNIO-statuut had. Aan de hand hiervan kon een onderscheid gemaakt worden tussen de voorwaarden die recht gaven op de voorkeurregeling. Op basis van enkel inkomensvoorwaarden was dit het OMNIO-statuut \(synoniem RVV-statuut\), op basis van een sociale uitkering was dit het RVV-voordeel, op basis van een hoedanigheid in combinatie met een inkomenscontrole de RVV-hoedanigheid.](#)

var **[UNEMPLOYMENT_YN Werkloosheid](#)** (Populatie)

De variabele duidt aan of de persoon minstens één dag een werkloosheidsuitkering heeft ontvangen in het referentiejaar. Deze variabele is afgeleid van de variabele [Aantal dagen werkloosheid](#).

var **MAJOR_BENEFIT_YN WIGW-statuut** *(Populatie)*

De persoon is een weduwe/weduwenaar, invalide of persoon met een handicap, gepensioneerde of wees, op basis van het tweede cijfer van de [Code Gerechtigde 1](#).

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 **ZORGTRAJECT1 Zorgtraject Diabetes** *(Patiëntendata)*

Persoon met een zorgtrajectcontract voor diabetes mellitus type 2. Een zorgtraject is een overeenkomst tussen de patiënt, zijn huisarts en de geneesheer-specialist die bij de behandeling betrokken is.

Meer informatie over het zorgtraject diabetes vindt u op de website van het [RIZIV](#) en op www.zorgtraject.be