var Pourcentage de bénéficiaires admis aux urgences *(Atlas)*

Description

Pourcentage de bénéficiaires de l'assurance maladie en Belgique qui comptent au moins une facturation d'honoraires d'urgence hospitalière au cours de l'année de référence. L'indicateur peut être ventilé selon le sexe, la tranche d'âge et le droit à l'intervention majorée des bénéficiaires. Il est également possible de filtrer les bénéficiaires ayant reçu ou non une lettre d'envoi du médecin généraliste.

Codification
%

Remarques

- Les patients qui ont recours au service d'urgence sont identifiés à l'aide des codes nomenclatures relatifs aux honoraires d'urgence (A ou C) ou aux suppléments d'urgence, qui figurent dans la **Liste de codes** ci-dessous.
- Tous les patients qui se présentent dans un service d'urgence doivent être examinés par un médecin qui assure la permanence. Celui-ci facture à cet effet un « honoraire A ». Dans certains cas, le médecin qui assure la permanence requiert l'avis d'un autre médecin-spécialiste, lequel facture alors un « honoraire C ». Il peut arriver que seul un honoraire C soit facturé sans honoraire A. Dans ce cas, seul l'honoraire C est comptabilisé. Lorsque ni l'honoraire A ni l'honoraire C ne sont facturés, mais qu'un supplément d'urgence est quant à lui facturé, celui-ci est également pris en compte.
- La nomenclature relative à l'honoraire A fait la distinction entre les patients qui disposent d'une lettre d'envoi d'un médecin généraliste ou non. Le processus d'envoi constitue un aspect essentiel pour des soins de qualité. L'assurance soins de santé prévoit à cet effet un ticket modérateur moins élevé en cas d'admission d'urgence lorsque le patient est référé par un médecin généraliste. Une admission via le service 112 ou le SMUR après un appel d'urgence est également considérée comme un renvoi. En cas de consultation sans lettre d'envoi, un ticket modérateur plus élevé peut être facturé.
- Dans la nomenclature pour les honoraires C ou les suppléments d'urgence, aucune distinction n'est faite entre les patients avec ou sans lettre d'envoi. Par conséquent, l'addition du nombre de bénéficiaires admis aux urgences avec et sans lettre d'envoi peut s'avérer inférieure au nombre total de bénéficiaires admis aux urgences.
- Dans certaines situations où une admission d'urgence est suivie d'une hospitalisation, seule cette dernière sera enregistrée. Nos données ne nous permettent pas de déduire s'il s'agit d'une hospitalisation planifiée ou non. Ces admissions d'urgences ne sont pas enregistrées.
- Les chiffres par unité géographique sont basés sur le domicile du bénéficiaire au 31 décembre de l'année de référence. En cas de domicile inconnu à cette date, on utilise le domicile au 30 juin. Les personnes sans domicile connu ne sont comptabilisées que dans les chiffres du niveau 'Belgique'.
- Vous trouverez davantage d'informations dans le Chiffre-clé Atlas sur le thème du recours aux services d'urgence en Belgique.

Fréquence et timing de la mise à jour : les statistiques de l'année civile 1 sont ajoutées chaque année durant le Q4.

Le plus petit niveau géographique disponible : Commune

Méthode de calcul
Nombre de patients comptant au moins un honoraire d'hospitalisation d'urgence / (Nombre de bénéficiaires / 100)

Disponible

2008

Code

cube_027_000_At

Variable(s) source(s)

- SS00020-Code nomenclature
- .ALL-Toutes les variables Farmanet

Variable(s) équivalente(s)

- cube_027_001-Nombre d'admissions d'urgence (nombre par 1 000 bénéficiaires)
- cube_027_002-Nombre d'admissions d'urgence suivies d'une hospitalisation classique (nombre par 1 000 bénéficiaires)

Mots clés

Prestations de soins de santé, Institutions de soins de santé

Dimensions	• Sexe • Type d'admission • Catégorie d'âge par 10 ans • Intervention majorée
Référence recommandée	IMA_AIM (05/09/2025), cube_027_000, Atlas IMA_AIM (accessed on 17/11/2026)
Dernière mise à jour des métadonnées	05/09/2025