db Soins de santé

Contenu

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.

Couverture

Prestations de santé
La base de données Soins de santé contient toutes les prestations de santé remboursées intégralement ou partiellement par l'assurance maladie obligatoire. Cela représente plus de 1,2 milliard d'enregistrements par an. La liste exhaustive des prestations remboursées ainsi que les codes nomenclature ou pseudo-codes se trouvent dans la base de données Nomensoft.

- **Exceptions**.
  - Un groupe de prestations n'est pas repris dans la base de données, à savoir les médicaments remboursés délivrés en officine publique. Ceux-ci se trouvent dans la base de données Pharmanet .
  - La base de données contient également des médicaments non remboursés délivrés en officine hospitalière.
- Certains **(pseudo-)codes nomenclature** figurant dans la liste des prestations de santé ne concernent pas une prestation de soins concrète. Les enregistrements associés à ces (pseudo-)codes contiennent des informations sur l'assurabilité des personnes, telles que les montants pour le Dossier médical global (DMG), les forfaits payés en maison médicale ou les forfaits de soins.
- **Petits risques** . Avant 2008, l'assurance maladie obligatoire ne couvrait pas les petits risques des indépendants. Les prestations correspondantes ne figurent donc pas dans la base de données. Depuis 2008, le remboursement de soins de santé est le même pour les employés et les indépendants, et toutes les prestations sont reprises.
- **Soins de santé régionalisés**. Depuis la réforme de l'État de 1980, les régions sont compétentes dans plusieurs matières relatives à la santé et l'aide aux personnes. La sixième réforme de l'État a vu les communautés obtenir des compétences supplémentaires. Par conséquent, certaines données ne sont plus connues des mutualités et font donc défaut dans la base de données Soins de santé. Les données manquantes concernent principalement la prévention, le bien-être et les institutions de soins. Si vous souhaitez obtenir davantage d'informations à ce sujet dans le cadre de votre analyse, vous pouvez prendre contact avec un(e) collaborateur(trice) de l'AIM via notre page contact.
  Les matières régionalisées qui ne figurent plus dans la base de données Soins de santé sont les suivantes:
  - Prestations à partir du 1er janvier 2019:
    - Prestations relevant de la compétence de la Communauté germanophone
    - Prestations relevant de la compétence de la Commission Communautaire Française (COCOF – Bruxelles)
    - Prestations sous compétence régionale pour les bénéficiaires dont le domicile est inconnu. Si le domicile ne peut être déterminé, la région compétente ne peut pas l'être non plus ; la prestation n'est dès lors plus reprise dans la base de données Soins de santé.

Niveau d'enregistrement

Prestation X Individu X Date X Prestataire

Mots clés

Prestations de soins de santé, Coûts

- Prestations à partir du 1er janvier 2017 : le circuit “Soins spécialisés” pour la Flandre. Ce circuit compte deux projets :
  - Aide au sevrage tabagique (tabacologues). Ces données sont bien disponibles dans la base de données Soins de santé pour les autres régions.
  - *Beweging op verwijzing* (coach d’exercice physique). Ce projet n’existe qu’en Flandre.

Population

La base de données contient les soins de santé dispensés aux personnes affiliées à l’une des sept mutualités de Belgique dans le cadre de leur assurance maladie obligatoire. Vous trouverez une description de cette population dans la base de données Population. En principe, les personnes qui figurent dans la base de données Soins de santé (parce qu’on leur a dispensé au moins une prestation de santé) se retrouvent également dans la base de données Population de l’année concernée. Vous pouvez faire le lien entre les informations issues des deux bases de données via le code d’identification de la personne.
Exceptions:

- **Pas dans la base de données Population**. Pour des raisons de comptabilité, un nombre limité de personnes (0,2%) ne figure pas dans la base de données Population de l’année concernée.
- **Pas de numéro de Registre national valide**. La base de données Soins de santé contient également des informations sur les prestations de soins dispensées aux personnes connues des mutualités mais ne possédant pas de numéro de Registre national ou numéro NISS valide. Ces personnes sont comptabilisées sans code d’identification unique ; elles sont exclues lors des livraisons de données habituelles. En revanche, si vous avez besoin d’informations sur ces personnes dans le cadre de votre analyse, elles peuvent néanmoins être reprises.
- **Assurés via les conventions internationales**. La base de données Soins de santé contient également les informations sur les prestations dispensées dans le cadre de conventions internationales. Il s’agit de prestations dispensées aux personnes qui sont assurées à l’étranger et sont connues d’une mutualité belge ou, dans certains cas, d’assurés belges qui recourent à des soins de santé à l’étranger. Ces observations ne sont pas reprises par défaut lorsque vous introduisez une demande de données AIM, mais peuvent être ajoutées si votre analyse le nécessite. Vous trouverez davantage d’informations sur cette sous-population dans la description de la variable Code Titulaire 2.

Période de référence

La date de chaque prestation est connue, de même que le mois d’enregistrement comptable par la mutualité. En règle générale, les prestations peuvent être enregistrées dans la comptabilité jusqu’à 2 ans à compter de la date de prestation. Cela signifie que les données d’une année de prestation Y ne seront complètes qu’après deux années comptables. Dans le cadre d’analyses d’années récentes, nous travaillons fréquemment avec une année de prestation incomplète. Après une année comptable, environ 86% des observations de l’année de prestation sont connues. Après 1,5 année comptable, 99% des données sont connues ; après 2 année comptables, 99,6%. Un nombre limité de prestations n’est enregistré qu’après deux ans. Il s’agit principalement de corrections de montants erronés.

Variables

- ATC_ANAT_L-Code ATC niveau 1
- ATC_CHEM_L-Code ATC niveau 4
- ATC_PHAR_L-Code ATC niveau 3
- ATC_PROD_L-Code ATC niveau 5
- ATC_THER_L-Code ATC niveau 2
- COMPTABLE_21-Comptabilisé dans un délai de 21 mois comptables
- C_RANK-Numéro de suite chronologique du jour de prestation
- INSTITUTION_CAT-Type d’institution de séjour

- INSTITUTION_QUAL-Qualification de l'institution de séjour
- INSTITUTION_SITE_CAT-Type du lieu de prestation
- INSTITUTION_SITE_QUAL-Qualification du lieu de la prestation
- NWE_YN-La nuit, pendant le weekend ou un jour férié
- PRACTITIONER_CAT-Code profession prestataire de soins
- PRESCRIBER_CAT-Code profession prescripteur
- PRESCRIPTION_MM-Mois de la prescription
- PRESCRIPTION_YYYYWW-Année et semaine de la prescription
- PRESCRIPTION_YYYY-Année de la prescription
- PROCEDURE_ AH_CAT-Ambulatoire ou hospitalisé
- PROCEDURE_CAT-Groupe de nomenclature détaillé
- PROCEDURE_DETAIL-Sous-classe du groupe de nomenclature
- PROCEDURE_GROUP-Groupe nomenclature
- PROCEDURE_MM-Mois de la prestation
- PROCEDURE_YYYYWW-Semaine de la prestation
- PROCEDURE_YYYY-Année de la prestation
- SS00010-Code d'identification de la personne
- SS00015-Date de début de prestation
- SS00020-Code nomenclature
- SS00025A-Année comptable
- SS00025B-Mois comptable
- SS00030-Compétence
- SS00045-Code comptable doc N
- SS00050-Nombre de cas
- SS00055-Nombre de jours
- SS00060_100P-Prix de la journée d'hospitalisation à 100 %
- SS00060-Montant AMI
- SS00065A-Numéro d'identification prestataire de soins
- SS00065B-Qualification prestataire de soins
- SS00070A-Numéro d'identification prescripteur
- SS00070B-Qualification prescripteur
- SS00075-Numéro d'identification institution
- SS00080-Code du service
- SS00085-Lieu de prestation
- SS00090-Opérateur de dépenses
- SS00095-Code titulaire 1 (CT1)
- SS00100-Code titulaire 2 (CT2)
- SS00105A-Numéro d'identification du tiers
- SS00105B-Qualification du tiers
- SS00110-Date d'admission
- SS00115-Date de sortie

- SS00120-Type de facture
- SS00125-Date dernière prestation
- SS00130-Prestation relative
- SS00135-Code CNK
- SS00145-Nuit, weekend ou jour férié
- SS00150-Code nomenclature facturé
- SS00155-Date de prescription
- SS00160-Ticket modérateur
- SS00165-Supplément
- SS00170-Code implant
- SS00175-Régime du tiers payant
- SS00235-Date de réception de la facture
- SS00255-Type de facturation
- SS00260-Origine du paiement
- SS00265-Dossier médical global
- SS00270A-Numéro d'identification du prestataire auxiliaire
- SS00270B-Qualification du prestataire auxiliaire
- SS00275-Norme plafond
- SS00280-Dent traitée
- SS00285-Membre traité
- SS00290-Numéro d'identification de l'office de tarification
- SS00295A-Numéro d'identification pharmacien titulaire
- SS00295B-Qualification pharmacien
- SS00310-Heure d'admission
- SS00315-Heure de départ
- SS00340-Norme du prestataire
- SS00345-Norme du prescripteur
- SS00350-Exception tiers payant
- SS00355-Forme galénique de la préparation magistrale
- SS00360-Heure de prestation
- SS00385-Motif régularisation
- SS00460-Détenu
- SS00470-Code facturation part personnelle ou supplément
- SS00475-Valeur de base prestation
- THIRD_YN-Facturé via un tiers

Disponibilité

Les données Soins de santé sont traitées par l'AIM selon le mois durant lequel elles ont fait l'objet d'un enregistrement comptable par la mutualité. Les données d'un mois comptable donné sont disponibles six mois plus tard pour l'analyse. Les données d'une année comptable Y entière sont donc disponibles en juin de l'année Y+1. Les données de 2 années comptables, Y et Y+1, sont disponibles en juin de l'année Y+2.