Inventaris van databanken gezondheidszorg - supplement

KCE reports vol. 30 Supplement

Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg
Centre fédéral d'expertise des soins de santé
2006

Het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg

Voorstelling :	Het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programma-wet van 24 december 2002 (artikelen 262 tot 266) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

Raad van Bestuur

Effectieve leden :	Gillet Pierre (Voorzitter), Cuypers Dirk (Ondervoorzitter), Avontroodt Yolande, De Cock Jo (Ondervoorzitter), De Meyere Frank, De Ridder Henri, Gillet Jean-Bernard, Godin Jean-Noël, Goyens Floris, Kesteloot Katrien, Maes Jef, Mertens Pascal, Mertens Raf, Moens Marc, Perl François Smiets Pierre, Van Massenhove Frank, Vandermeeren Philippe, Verertbruggen Patrick, Vermeyen Karel
Plaatsvervangers :	Annemans Lieven, Boonen Carine, Collin Benoît, Cuypers Rita, Dercq Jean-Paul, Désir Daniel, Lemye Roland, Palsterman Paul, Ponce Annick, Pirlot Viviane, Praet Jean-Claude, Remacle Anne, Schoonjans Chris, Schrooten Renaat, Vanderstappen Anne
Regeringscommissaris :	Roger Yves

Directie

Algemeen Directeur :	Dirk Ramaekers
Algemeen Directeur adjunct :	Jean-Pierre Closon

Contact

Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg - Centre fédéral d'expertise des soins de santé.
Résidence Palace (10de verdieping-10ème étage)
Wetstraat 155 Rue de la Loi
B-1040 Brussel-Bruxelles
Belgium
Tel: +32 [0]2 287 33 88
Fax: +32 [0]2 287 33 85
Email : info@kenniscentrum.fgov.be , info@centredexpertise.fgov.be
Web : http://www.kenniscentrum.fgov.be , http://www.centredexpertise.fgov.be

Inventaris van databanken gezondheidszorg - Supplementrapport

KCE reports vol.30 Supplement

STEFAAN VAN DE SANDE
DIRK DE WACHTER
NATHALIE SWARTENBROEKX
DIRK RAMAEKERS
MARK LEYS

Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg
Centre fédéral d'expertise des soins de santé
2006

KCE reports vol. 30 Supplement

Titel : Inventaris van databanken gezondheidszorg - supplement

Auteurs : Stefaan Van de Sande (KCE), Dirk De Wachter (KCE), Nathalie Swartenbroeckx (KCE), Jan Peers (Deloitte), Hans Debruyne (Deloitte), Ingrid Moldenaers (Deloitte), Baudouin Lejeune (Deloitte), Virginie Van Damme (Deloitte), Mark Leys (KCE)

Externe experten: Ingrid Mertens (FOD Volksgezondheid), Dirk Moens (FOD Sociale Zekerheid), Koen Vleminckx (FOD Sociale Zaken), Viviane Van Casteren (WIV), Johan Van der Heyden (WIV) Herman van Oyen (WIV), Patrice Planche (Région Wallonne), Herwig De Kindt (Vlaamse gemeenschap), Gérard Felten (Région Wallonne),Raf Mertens (IMA), Johan Van Overloop (IMA) Hervé Avalosse (IMA), Jouri Guillaume(IMA), Jan De Maeseneer (Huisartsengeneeskunde - UGent), Sara Willems (Huisartsengeneeskunde - UGent), , Liesbeth Van Eycken (Kankerregister), Myriam De Spiegelaere (Observatoire de Bruxelles), Luc Berghmans (Observatoire de Hainaut), Etienne De Clercq (Ecole Santé Public-UCL) Christophe Vanroelen (VUB-MESO), Diana De Graeve (UA), Carine Vandevoorde (KUL), Vincent Lorant (SESA, UCL), Marie Christine Closon (SESA UCL), Ghislaine Adriaensens (Steunpunt bestrijding armoede – Centrum voor gelijke kansen), Jean-Pierre Engels (IMS Health Belgium)

Externe validatoren : Niko Demeester, Pieter Dewitte, Leïla Bellamammer (Nationaal Instituut voor de statistiek)
Frank Robben (Kruispuntbank Sociale Zekerheid)

Acknowledgement: commentaren, aanvullingen en suggesties: Muriel Lona (KCE), Carine Vandevoorde (KCE), Stephan Devriese (KCE), Cecile Camberlin (KCE), Dirk Van Den Steen (KCE), Frank Hulstaert (KCE)

Conflict of interest : None declared.

Disclaimer: De experts en validatoren werkten mee aan het wetenschappelijk rapport maar werden niet betrokken in de aanbevelingen voor het beleid. Deze aanbevelingen vallen onder de volledige verantwoordelijkheid van het KCE.

Layout: Nadia Bonnouh, Dimitri Bogaerts

Brussel,Mei 2006

Studie nr 2004-23
Domein : Objective Elements-Communication (OEC)

MeSH : Information Storage and Retrieval ; Databases ; Public Health Informatics ; Information Science ; Medical Record Linkage

NLM classification : W 26.55.I4

Taal : Nederlands

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot : D/2006/10.273/16

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding. Dit document is beschikbaar vanop de website van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

Hoe refereren naar dit document?

Van de Sande S, De Wachter D, Swartenbroeckx N, Peers J et al. Inventaris van databanken gezondheidszorg - Supplement. KCE Reports vol.30 Suppl.. Brussel : Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) ; Mei 2006. Ref. D/2006/10.273/16.

Table of contents

TABLE OF CONTENTS I
INTRODUCTIE 3
DEEL 1 : FOD VOLKSGEZONDHEID – SPF SANTÉ PUBLIQUE 12
1 RCM - MKG 13
2 RIM - MVG 36
3 RPM - MPG 46
4 MUG - SMUR 88
5 FINHOSTA 100
6 STATISTIQUES HOSPITALIÈRES - ZIEKENHUISSTATISTIEKEN 126
7 CENTRAAL INSTELLINGENBESTAND - CIC 176
8 CENTRAAL BEROEPENBESTAND GEZONDHEIDSZORG 183
DEEL 2 : RIZIV – INAMI 189
9 DOCUMENTEN C 190
10 DOCUMENTEN N 197
11 DOCUMENTEN N^{BIS} 205
12 RIZIV - DOCUMENTEN P 217
13 DOCUMENTEN H 236
14 DOCUMENTEN PH 245
15 DOCUMENTEN FH 261
16 DOCUMENTEN FM 270
17 STATISTIEKEN ROB-RVT-CDV 276
18 DOCUMENTEN AZV-SHA 281
19 DOCUMENTEN STATMD 303
20 DOCUMENTEN PAT 309
21 RIZIV – NOMENCLATUUR 319
22 RIZIV – FARMACEUTICA 325
DEEL 3 : FARMANET 328
23 PHARMANET – DOC OTD 329
24 PHARMANET – DOC OTDPU 344
DEEL 4 : TECHNISCHE CEL 368
25 MKG-MFG 369
DEEL 5 : 7 NATIONALE VI'S EN HET IMA 404
26 DATABANKEN IMA-AIM 405
DEEL 6 : RIJKSREGISTER & KBSZ 436
27 RIJKSREGISTER 437
28 REGISTER KBSZ 449
29 DATAWAREHOUSE ARBEIDSMARKT EN SOCIALE BESCHERMING 458
DEEL 7 : WIV - ISP - IPH 477
30 HUISARTSENPEILPRAKTIJKEN 478
31 GEZONDHEIDSENQUÊTE 486
DEEL 8 : NIS 528
32 FEDERALE OVERLIJDENSREGISTERS 529
33 SOCIO-ECONOMISCHE ENQUÊTE 534
34 PANEL STUDY OF BELGIAN HOUSEHOLDS (PSBH) 549
35 HUISHOUDBUDGETONDERZOEK 571
DEEL 9 : EUROSTAT 591

36 COMMUNITY STATISTICS ON INCOME AND LIVING CONDITIONS (SILC) 592
37 SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE (SHARE) 618
DEEL 10 : GEMEENSCHAPPEN & GEWESTEN 633
38 DONNEES D'AGREMENT REGIONALES DES INSTITUTIONS DE SOINS634
39 OVERLIJDENSREGISTERS 648
40 KANKERREGISTER 656
41 IKAROS 669
42 BANQUE DE DONNÉES MEDICO-SOCIALES 678
43 DATABANK SPE 688
44 TUBERCULOSE REGISTER 695
45 VLAAMSE ZORGVERZEKERING 703
DEEL 11 : ACADEMISCHE RESEARCHGROEPEN 712
46 DIABETES REGISTRY 713
47 MUCOVISCIDOSE REGISTER 720

Introductie

Dit supplementrapport hoort bij het wetenschappelijke rapport 'Inventaris van databanken'.

In dit supplement rapport wordt de uitgebreide beschrijving gegevens van de informatie de we hebben teruggevonden over verschillende databanken.

Opmerkingen vooraf:

- De inventaris heeft zich toegespitst op databanken gezondheidszorg. Deze inventaris is in eerste instantie gemaakt als ondersteuning voor het invullen van de opdracht van KCE. Het is vooral potentieel een nuttig overzicht voor andere gebruikers.
- Het accent bij de inventaris is gelegd op de databanken die georganiseerd worden in het kader van openbare opdrachten en die relevant zijn voor onderzoek naar de organisatie van de gezondheidszorg, billijkheidsonderzoek, en in zekere mate health technology assessment
- De beschrijving van de inhoud van de databanken is geschreven volgens een standaard sjabloon. Dat betekent echter niet dat voor elke databank over alle aspecten informatie is beschreven.
- De gegevens beschreven in deze bijlagen zijn vaak letterlijk overgenomen van de documenten en websites. De rapporten zijn opgesteld soms in het Nederlands, soms in het Frans; sommige in het Engels, en soms zelf in gemengde taal.

De inventaris en de beschrijving van de inhoud van de databanken pretendeert niet exhaustief te zijn, noch voor wat betreft de informatie per individuele databank, noch voor wat betreft een beschrijving van alle mogelijke databanken.

Daarvoor zijn een aantal verklaringen te geven:

- De meeste informatie over de inhoud van de databanken is niet op eenvoudig verzoek te verkrijgen. Het verwerven van informatie is sterk bepaald door het gegeven of we de gepaste contactpersonen vonden, en in welke mate die personen zelf in staat waren om informatie door te spelen.
- Deze inventaris heeft informatie verzameld tot ongeveer eind december 2005. Wij kunnen niet altijd garanderen dat sommige informatie intussen al niet achterhaald is, gezien er enorm veel beweegt in het veld.

In die zin moet dit supplementrapport gezien worden als een document, dat de basis zou moeten vormen van een dynamisch te ontwikkelen en continu te onderhouden en aan te passen inventaris.

1.1 STRUKTUUR VAN DE INVENTARIS

De inventaris in dit supplementrapport is descriptief geordend in functie van de overheidsdienst die verantwoordelijk is voor de databank. De volgorde is gebaseerd op de tabel van de bijlage 6 uit het hoofdrapport, die hieronder hernomen wordt, en doet op geen enkele manier een uitspraak over de relevantie of het belang van een databank.

1.2 OPROEP TOT FEEDBACK VAN GEBRUIKERS VAN DIT RAPPORT

Dit supplementrapport moet beschouwd worden als een werkdocument.

Het KCE zou de (externe) gebruikers zeer erkentelijk zijn als aanvullende informatie, correcties, updates, commentaren etc. op dit document elektronisch worden doorgegeven aan:

Stefaan Van de Sande: stefaan.vandesande@kenniscentrum.fgov.be

met de mededeling: aanvullingen inventaris databank gezondheidszorg.

Bron	Database	Classificatie		Primaire finaliteit		Bereik			Tijdsaspecten		
		Hoofddomein	Subdomein(en)	Kerngegevens	Hoofddiscriminant(en)	Nuts	Doelpopulatie	Zorglijnen	Start	Continuïteit Periodiciteit	Stop
FOD VG	MKG-RCM	Health Care Consumption	Utilization, D&T specifications	Klinisch	Niet-psychiatrische ZH	BE	alle verblijven	intramuraal	1995	continu jaarlijks	-
FOD VG	MVG-RIM	Health Care Consumption	Utilization, D&T specifications	Verpleegkundig	Niet-psychiatrische ZH	BE	alle niet-psychiatrische verblijven	intramuraal	1988	discontinu 20 dd. per jaar	-
FOD VG	MPG-RPM	Health Care Consumption	Utilization, D&T specifications	Klinisch-psychiatrisch	PZ, PAAZ	BE	alle psychiatrische verblijven	intramuraal	1996	continu jaarlijks	-
FOD VG	MUG-SMUR	Health Care Consumption	Utilization, D&T specifications	Klinisch Administratief	MUG-interventies	BE	alle MUG-interventies	intra- & extra-muraal	okt. 2003	continu semesterieel	-
FOD VG	FINHOSTA	Health Care Production Health Care Outcome	Productivity Human resources	Boekhouding Jaarrekening Personeelsdata	Zorginstellingen	BE	alle ziekenhuizen	N.v.t.	1988	continu jaarlijks	-
FOD VG	Jaarlijkse ziekenhuisstatistieken	Health Care Outcome Health Care Production	Productivity Human resources	Infrastructuur & uitrusting Organisatie & informatica Personeelsdata	Zorginstellingen	BE	alle ziekenhuizen	N.v.t.	2000	continu jaarlijks	-
FOD VG	Centraal instellingen bestand CIC	Health Care Production	Resources Technology , Infrastructure Human capital (P&O), Specific healthcare programs	Diverse erkenningen & zorgactiviteiten Contactinfo & organisatie	Zorginstellingen	BE	volledig	N.v.t.	2006?	continu jaarlijks	-
FOD VG	Centraal bestand gezondheidsberoepen	Health Care Production	Resources Human capital	Beroepspersonalia	Zorgverstrekkers	BE	erkende beoefenaars	N.v.t.	2006?	continu 'real time'	-
RIZIV	Doc. C	Health Care Consumption	Expenditure	Uitgaven verplichte ziekteverzekering	Boekhoudcodes RIZIV	BE	alle verplicht verzekerden	alle zorglijnen	1964	continu jaarlijks	2006
RIZIV	Doc. N	Health Care Consumption	Expenditure	Uitgaven verplichte ziekteverzekering	RIZIV-nomenclatuur	BE	alle verplicht verzekerden	alle zorglijnen	1964	continu jaarlijks	2006

Bron	Database	Classificatie		Primaire finaliteit		Bereik			Tijdsaspecten		
		Hoofddomein	Subdomein(en)	Kerngegevens	Hoofddiscriminant(en)	Nuts	Doelpopulatie	Zorglijnen	Start	Continuïteit Periodiciteit	Stop
RIZIV	Doc. N^{bis}	Health Care Consumption	Expenditure	Uitgaven verplichte ziekteverzekering	RIZIV-nomenclatuur Status sociale zekerheid	BE	alle verplicht verzekerden	alle zorglijnen	2006	continu jaarlijks	-
RIZIV	Doc. P	Health Care Consumption	Expenditure	Uitgaven verplichte ziekteverzekering	Zorgverleners RIZIV-nomenclatuur	BE	alle verplicht verzekerden	alle zorglijnen	1964	continu semesterieel	-
RIZIV	Doc. H	Health Care Consumption	Expenditure	Uitgaven verplichte ziekteverzekering	Zorginstellingen Verpleegdagcodes	BE	alle verplicht verzekerden	intramuraal	1994	continu semesterieel	-
RIZIV	Doc. FH	Health Care Consumption	Expenditure	Uitgaven verplichte ziekteverzekering	Ziekenhuizen Forfaitcodes	BE	alle verplicht verzekerden	intramuraal extramuraal	1994	continu semesterieel	-
RIZIV	Doc. PH	Health Care Consumption	Expenditure	Uitgaven verplichte ziekteverzekering Persoonlijk aandeel patiënt	Ziekenhuizen Farmaceutica	BE	alle verplicht verzekerden	intramuraal	1994	continu semesterieel	-
RIZIV	Doc. FM	Health Care Consumption	Expenditure	Uitgaven verplichte ziekteverzekering	Revalidatiecentra, ROB, RVT, PVT & IBW Forfaitaire vergoedingen	BE	alle verplicht verzekerden	intramuraal transmuraal (RevC)	1994	continu semesterieel	juli 2002
RIZIV	Statistieken ROB-RVT-CDV	Health Care Production Health Care Consumption	Utilization Human resources	Aantal vergoede verblijfsdagen Personeelsdata	ROB, RVT, CDV verpleegdagen Personeel	BE	alle verplicht verzekerden	intramuraal transmuraal (CDV)	2004	continu trimesterieel	-
RIZIV	MFG-RFM AZV-SHA	Health Care Consumption	Expenditure	Uitgaven verplichte ziekteverzekering	Ziekenhuisverblijven	BE	alle verplicht verzekerden	intramuraal	1995	continu jaarlijks	-
RIZIV	STATMD	Health Care Consumption	Production	Facturatie-bestanden	Zorginstellingen VI's	BE	alle verplicht verzekerden	intramuraal	1994	continu maandelijks	-
RIZIV	PAT	Health Care Consumption	Utilization Practice volume	Aantal patiënten (patiënteel)	Algemeen geneeskundigen	BE	alle verplicht verzekerden	extramuraal	1994	continu semesterieel	-

Bron	Database	Classificatie		Primaire finaliteit		Bereik			Tijdsaspecten		
		Hoofddomein	Subdomein(en)	Kerngegevens	Hoofddiscriminant(en)	Nuts	Doelpopulatie	Zorglijnen	Start	Continuïteit Periodiciteit	Stop
RIZIV	Pharmanet 1e generatie	Health Care Consumption	Expenditure	Uitgaven verplichte ziekteverzekering Persoonlijk aandeel patiënt	Farmaceutica Voorschrijver	BE	alle verplicht verzekerden	extramuraal	1996	continu semesterieel	2004
RIZIV	Pharmanet 2e generatie bestand PH_PRS	Health Care Consumption	Expenditure	Uitgaven verplichte ziekteverzekering Persoonlijk aandeel patiënt	Farmaceutica Voorschrijver Verzekerden	BE	alle verplicht verzekerden	extramuraal	2004	continu semesterieel	-
RIZIV	Pharmanet 2e generatie bestand PH_POP	Population data	Socio-economic status	Sociale zekerheidsregime	Verzekerden	BE	alle verplicht verzekerden	extramuraal	2004	continu semesterieel	-
TCT	MKG-MFG	Health Care Consumption	Utilization, D&T specifications Expenditure	APRDRG's Uitgaven verplichte ziekteverzekering	Verblijven	BE	volledig	intramuraal	1996	continu jaarlijks	-
IMA (7 VI's)	IMA Gezondheidszorgen	Health Care Consumption	Expenditure	Uitgaven verplichte ziekteverzekering Persoonlijk aandeel patiënt	Verzekerden Voorschrijver-verstrekker	BE	alle verplicht verzekerden	alle zorglijnen	2002	continu jaarlijks	-
IMA (7 VI's)	IMA Populatiebestand	Population data	Socio-economic status (SES)	SZ status & rechten	Verzekerden	BE		N.v.t.	2002	continu semesterieel	-
Fod BZ	Rijksregister RR	Population data	Demographics	RRN civiele persoonsgegevens	Inwoners België	BE	volledig	N.v.t.	1983	continu dagelijks	-
KBSZ	Rijksregister-bis INSZ	Population data	Demographics	Administratief	Ingeschrevenen SZ	BE	volledig	N.v.t.	1990	continu wekelijks	-
KBSZ	Datawarehouse arbeidsmarkt DWA	Population data	Socio-economic status Social security status	Arbeids- & sociale zekerheidsstatuut	Ingeschrevenen SZ (INSZ)	BE	volledig	N.v.t.	1997	continu jaarlijks	-
WIV-ISP	Huisartsenpeilpraktijken	Health status Health Care	Morbidity, epidemiology Utilization, outcome	Klinisch-epidemiologisch	Pathologie (thema)	BE	sample	Extramuraal	1979	continu één jaar	-
WIV-ISP	Gezondheidsenquête Health Interview Survey	Health status Healt care	Morbidities, lifestyles	Population Health survey	Inwoners België	BE	sample	N.v.t.	1997	discontinu 4-jaarlijks	-

Bron	Database	Classificatie		Primaire finaliteit		Bereik			Tijdsaspecten		
		Hoofddomein	Subdomein(en)	Kerngegevens	Hoofddiscriminant(en)	Nuts	Doelpopulatie	Zorglijnen	Start	Continuïteit Periodiciteit	Stop
		consumption Populaton data	Utilization, expenditure Socio-economic status, income								
NIS	Federale overlijdenssregister	Health status	Mortality causes	Administratief Doodsoorzaken	Inwoners België	BE	volledig	N.v.t.	(1948) 1991	continu jaarlijks 1997 laatste jaar	-
NIS	Sociaal Economische Survey	Health Population data	Heath determinants, environment Socio-economic status, income	'Volkstelling'	Inwoners België	BE	volledig	N.v.t.	(1846) 1991	Discontinu ±10-jaarlijks	-
NIS	Panel Study on Belgian Households PSBH	Health status Population data	Lifestyles & environment Socio-economic status	Socio-economisch	Gezinnen	BE	sample	N.v.t.	1992	discontinu jaarlijks	2002
NIS	Huishoudbudget Onderzoek HBO	Health Care Consumption Population data	Expenditure Socio-economic status	Socio-economisch	Gezinnen	BE	sample	N.v.t.	1995	discontinu jaarlijks	-
Eurostat	EU-Survey on Income & Living Conditions SILC	Health determinants Population data	Lifestyles & environment Socio-economic status	Socio-economisch	Gezinnen	EU	sample	N.v.t.	2005	discontinu jaarlijks	-
Eurostat	Survey on Health Ageing & Retirement Europe SHARE	Health Population data	Disabilities, lifestyle Socio-economic status	Socio-economisch	Personen > 50 jr. + partner	EU	sample	N.v.t.	2004	continu jaarlijks	-
APS	Vlaamse overlijdenssregister	Health status	Mortality causes	Administratief Doodsoorzaken	Inwoners Vlaanderen, Brussel Hoofdstedelijk gewest	BE1 BE2	volledig	N.v.t.	1998	continu jaarlijks	-
IWEPS	Waalse overlijdensregister	Health status	Mortality causes	Administratief Doodsoorzaken	Inwoners Waalse gewest	BE3	volledig	N.v.t.	1998	continu jaarlijks	-
SKR	Kankerregister	Health Health Care	Morbidity Utilization, D&T	Personalia Klinische gegevens	Kankerpatiënt	BE	onvolledig	Intramuraal	(1983) 1997	continu jaarlijks	-

Bron	Database	Classificatie		Primaire finaliteit		Bereik			Tijdsaspecten		
		Hoofddomein	Subdomein(en)	Kerngegevens	Hoofddiscriminant(en)	Nuts	Doelpopulatie	Zorglijnen	Start	Continuïteit Periodiciteit	Stop
			specifications	D&T							
Kind & gezin	IKAROS	Health status Health Care Consumption Population data	D&T specifications Utilization Demographics, SES	D&T Epidemiologisch Administratief	Kinderen tot 3 jaar	BE2	onvolledig	alle zorglijnen	1999	continu 'real time'	-
ONE	Banque de Données Médico-Sociales BDMS	Health status Health Care Consumption Population data	D&T specifications Utilization Demographics, SES	Administratief Epidemiologisch	Zwangeren, neonati, KK tot 3 jr.	BE1 BE3	onvolledig	alle zorglijnen	1994	continu jaarlijks	-
SPE	Studiecentrum Perinatale Epidemiologie	Health status Health Care Consumption Population data	D&T specifications Utilization Demographics, SES	Obstetrische en neonatale gegevens moeder & kind	Zwangeren & neonati	BE1 BE2	onvolledig	alle zorglijnen	(1987) 1996	continu jaarlijks	-
VRGT + FARES	Tuberculoseregister	Health Health Care	Morbidity Utilization, D&T specifications	Personalia Klinische gegevens D&T	TBC-patiënten	BE	volledig	N.v.t.	1995	continu jaarlijks	-
Vlaams zorgfonds	Vlaamse Zorgverzekering	Health Care	Utilization	Administratief Rechten & gebruik	Vlaamse gemeenschap	BE1 BE2	onvolledig volledig	extramuraal transmuraal	2001	continu jaarlijks	-
Diabetes fonds	Diabetesregister BDR	Health Health Care	Morbidity Utilization, D&T specifications	Personalia Klinische gegevens D&T	Diabetespatiënt Eerstegraadsverwanten <40 jr.	BE	onvolledig	N.v.t.	1989	continu jaarlijks	-
BVSM-ABLM	Mucoviscidoseregister	Health Health Care	Morbidity Utilization, D&T specifications	Personalia Klinische gegevens D&T	Mucoviscidose patiënten	BE	onvolledig	N.v.t.	1998	continu jaarlijks	-

Deel 1 : FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique

1 RCM - MKG

1.1 DESCRIPTION

Le RCM (Résumé Clinique Minimum – MKG / Minimale Klinische Gegevens) – est un enregistrement obligatoire de données cliniques des séjours (hospitalisation classique et de jour) dans les hôpitaux non psychiatriques, ainsi que, depuis le 1er octobre 2003, des urgences ambulatoires.

1.1.1 Typologie de la base de données

Collecteur des données		SPF SP
Nom du registre		RCM-MKG
Classification	**Domaine principal**	Health Care Consumption
	Sousdomaine(s)	Utilization
Finalité primaire	**Données centrales**	Spécifications D&T
	Discriminant(s) principaux	Hôpitaux
Portée	**NUTS**	BE
	Population cible	Tous séjours non psychiatriques
	Ligne(s) de soins	Intramural
Aspects temporels	**Début**	1995
	Continuité **Periodicité**	continu annuel
	Suspension	-
Autres infos	**Codification(s)**	ICD-9-CM
	Specifications	Hôpitaux généraux, non psychiatriques

1.2 MANAGING ORGANISATION

Name: SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, DG1 Organisation des Etablissements de Soins, Service Datamanagement

- Address: Place Victor Horta, 40, boîte 10, Etage 1 - 1060 Bruxelles
- NUTS level: national

1.2.1 Responsible persons:

Name: Jean Legrand

- Telephone: 02 524 8650
- E-mail: jean.legrand@health.fgov.be

1.2.2 Financing:

- Source: pas de details connus.
- Budget: pas de details connus.
- Number of people involved: pas de details connus.

1.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

1.3.1 Reasons for data

L'enregistrement du RCM a été rendu obligatoire par la publication de l'arrêté royal du 21/06/90 (Moniteur Belge du 10/07/90) prévoyant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. Cet Arrêté a été modifié par l'Arrêté Royal du 06/12/1994 (Moniteur belge du 30/12/1994), l'Arrêté Royal du 08/10/1996 (Moniteur Belge du 03/12/1996), l'Arrêté Royal du 04/12/1998 (Moniteur Belge du 29/04/1999), l'Arrêté Royal du 03/05/1999 (Moniteur Belge du 27/10/1999), l'Arrêté Royal du 02/12/1999 (Moniteur Belge du 17/12/1999) et l'Arrêté Royal du 01/10/2002 (Moniteur Belge du 10/12/2002).

1.3.2 Purpose of database

- organisation du financement des hôpitaux ;
- détermination des besoins en équipements hospitaliers ;
- définition de normes d'agrément qualitatives et quantitatives des hôpitaux et de leurs services ;
- détermination de la politique relative à l'exercice de l'art de guérir ;
- définition d'une politique épidémiologique.

Objectifs de l'enregistrement des contacts des services d'urgence agréés:

- avoir un aperçu de la répartition géographique des activités des fonctions soins urgents spécialisés (jusqu'au niveau des sites des hôpitaux) ;
- avoir un aperçu de tous les contacts avec les services des urgences agréés, donc aussi les patients ambulatoires.

1.3.3 Users of data (organisations)

- SPF Santé Publique, autres ministères ;
- INAMI ;
- Universités et organismes de recherche.

1.3.4 Applications

- Calcul du budget des hôpitaux :
- Feed-back individuels transmis aux hôpitaux. :
- Mini-feedback général 1999-2003 disponible sur :

https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,653856&_dad=portal&_schema=PORTAL

- Calcul des parts de marché des hôpitaux, 1999-2003 disponible sur :

https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,1082388&_dad=portal&_schema=PORTAL

- Statistiques sur l'origine des patients, 1999-2003, disponible sur :

https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,1082386&_dad=portal&_schema=PORTAL

- Statistiques sur la variation géographique de certaines pathologies (RCM 1998) disponible sur :

https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,1050426&_dad=portal&_schema=PORTAL

1.3.5 New evolutions

- Enregistrement des hospitalisations de jour depuis 1995.
- Enregistrement des nouveaux-nés pour lequel aucun prix de journée n'est fixé depuis 2000.
- Enregistrement des urgences ambulatoires depuis le 1er octobre 2003.

1.4 CONTENTS

1.4.1 Information – Description documents on the contents

Un document décrivant le contenu du RCM est disponible sur :

http://www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/prof/regsys/mkg/methodologieen/Directiveoct03.pdf

1.4.2 Evolution of contents (new variablesets ?)

Nouveaux types de séjours :

- Les hospitalisations de jour ne sont enregistrées que depuis 1995 (Arrêté Royal du 6 décembre 1994 « déterminant les règles suivant lesquelles certaines données doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions »)
- Les séjours des nouveaux-nés ne sont enregistrés que depuis 2000. Arrêté Royal du 3 mai 1999 modifiant l'A.R. du 6/12/1994)
- Les contacts d'urgence ne sont enregistrés que depuis 2003 (contrat conclu avec les hôpitaux, basé sur l'art. 55, § 1 de l'AR du 25 avril 2002, comme modifié par l'AR du 29 janvier 2003).

Les diagnostics sont encodés en ICD-9-CM, mais les versions de cette classification ont changé.

Version	Jusqu'à
1991	1993
1993	1996
1996	1998
1998	2001
2002	2004
2005	présent

L'enregistrement des E-codes n'est obligatoire que depuis 2003 (circulaire du 7 janvier 2003)

La définition du diagnostic principal a changé en 1999. Depuis 1999, le diagnostic principal est défini comme étant la pathologie, ETABLIE APRES ETUDE, comme principalement responsable de l'hospitalisation du patient. Avant 1999, le diagnostic principal était celui qui expliquait la majeure partie des ressources consommées lors du séjour du patient.

Les APR-DRG version 15 ont été introduites en 1994 (mais n'ont été utilisées dans le financement des hôpitaux qu'à partir de 2002. La version disponible antérieurement est celle des AP-DRG version 10. A partir de 1994, les deux variables sont disponibles dans le fichier « stayextra »

1.4.3 Variables

Les valeurs nouvellement admises en 2003 sont soulignées.

1.4.3.1 Donnees administratives

fichier « hospital »

zhciv	**Numéro CTI d'hôpital**
zhstpj	**Période statistique (année)**
zhstps	**Période statistique (semestre)**
klerk	Numéro d'agrément d'hôpital
datascii	Date de création des fichiers ascii

fichier « pathospi » :

zhciv	**Numéro CTI d'hôpital**
recyear	**Année d'enregistrement (clé de patient)**
patnr	**Numéro anonyme de patient à l'hôpital (clé de patient)**
patby	Année de naissance

Le numéro anonyme de patient est un numéro unique pour le même hôpital au cours de la même période d'enregistrement, mais peut changer selon les périodes d'enregistrement et/ou l'hôpital. Néanmoins plusieurs hôpitaux gardent le même numéro unique au cours des années.

fichier « stayhosp » (données sur le séjour hospitalier) :

zhciv	**Numéro CTI d'hôpital**
zhstpj	**Période statistique (année)**
zhstps	**Période statistique (semestre)**
zhvbnr	**Numéro de séjour**
hosptyp1	Type de séjour
admyear	Année de l'admission
admmonth	Mois de l'admission
admday	Journée de la semaine d'admission
coderead	Code réadmission
readnbrday	Réadmission en nombre de jours depuis la dernière sortie
dismonth	Mois de la sortie
disday	Journée de la semaine de sortie
zhduur	Durée totale du séjour hospitalier (en journées)
patsex	Sexe
patlft	Age
patpst	Code postal Belgique
patnis	Code INS Belgique
country	Code de pays
codenat	Indicateur de nationalité
place	Lieu avant admission
typadm	Type d'admission
adrby	Adressé par
dest	Destination
typdis	Type de sortie
recyear	Année d'enregistrement (clé de patient)
patnr	Numéro anonyme de patient à l'hôpital (clé de patient)
totdinv	Nombre total de journées à facturer totalement

- Numéro de séjour à l'hôpital: attribué par l'hôpital
- Type de séjour

P : Séjour psychiatrique,
H : Hospitalisation classique,
Séjour de longue durée :
L = première période,
M = période intermédiaire ou
L = dernière période
C : Hospitalisation de jour chirurgicale,
D : Hospitalisation de jour,
U : Contact avec le service des urgences sans hospitalisation

- Année, Mois et journée de la semaine d'admission
- Mois et journée de la sortie

- Durée du séjour hospitalier en journées
- Lieu du patient avant l'admission :

0 : Inconnu
1 : Domicile
3 : Hôpital non universitaire
4 : Hôpital universitaire
5 : Hôpital psychiatrique
6 : MRS
7 : MSP ou habitation protégée.

- Plus spécifiquement pour les contacts d'urgence :

A : Chemin du travail
B : Travail
C : Chemin de l'école
D : École
E : Circulation
F : Pratique de sport hors école
G : Lieu public

- Type d'admission :

0 : Inconnu
3 : Planifiée
4 : À partir de l'hospitalisation de jour
5 : Retour après transfert dans un autre hôpital
6 : Placement forcé
A : Via le service d'urgence sans passer par le 100 ou une ambulance
B : Via le service d'urgence en ambulance mais sans passer par le 100 et sans le SMUR
C : Via le service d'urgence en ambulance, par le 100 mais sans le SMUR
D : Via le service d'urgence en ambulance, avec accompagnement du SMUR agréé du site de l'hôpital
E : Via le service d'urgence en ambulance, avec accompagnement d'un autre SMUR agréé que celui du site de l'hôpital
G : Hospitalisation d'urgence sans passage par le service des urgences)

- Type d'adressage :

0 : Inconnu
1 : Patient venu de sa propre initiative
3 : Adressé par un médecin spécialiste de l'hôpital
4 : Adressé par un médecin spécialiste d'un autre hôpital
5 : Adressé par un organisme assureur
6 : Adressé par un tiers
A : Adressé par son propre médecin généraliste avec lettre d'adresse
B : Adressé par son propre médecin généraliste après contact téléphonique ou oral
C : Adressé par le médecin de garde avec lettre d'adresse
D : Adressé par le médecin de garde après contact téléphonique ou oral

- Destination du patient :

0 : Inconnu
1 : Domicile
3 : Autre hôpital non universitaire
4 : Autre hôpital universitaire
5 : Autre hôpital psychiatrique
6 : MRS ou home
7 : MSP ou habitation protégée

8 : Décès
A : Transfert à partir des urgences, dans un autre service pour quelques heures d'observation)

- Type de sortie :

0 : Inconnu
1 : Sur avis médical
2 : Contre avis médical
3 : Décédé avec autopsie
4 : Décédé sans autopsie
5 : Transfert vers une autre institution pour des soins spécialisés ou diagnostic plus précis, sauf rééducation
6 : Transfert ou retour vers une autre institution pour réadaptation ou soins
7 : Envoyé vers un autre hôpital par manque de place
8 : Envoyé vers un autre hôpital pour raisons financières
9 : Envoyé pour observation de quelques heures dans un autre service, après admission aux urgences
D : Retour, après hospitalisation de jour, à l'hôpital ou le patient est hospitalisé

- Code de réadmission :

0 : Inconnu
1 : Réadmission dans l'année dans le même hôpital
2: Pas de réadmission ou sortie précédente du même hôpital depuis un an

- En cas de réadmission, nombre de journée depuis la dernière sortie de l'hôpital
- Nombre de jour à facturer dans le semestre

Fichier « stayspec » - données relatives au séjour par spécialité

zhciv	**Numéro CTI d'hôpital**
zhstpj	**Période statistique (année)**
zhstps	**Période statistique (semestre)**
zhvbnr	**Numéro de séjour**
spnr	**Numéro d'ordre de la spécialité**
spcode	Code de la spécialité
spduur	Durée de séjour calculée en journées de la spécialité
spintd	Durée de séjour dans la fonction "soins intensifs" en journées
spinth	Durée de séjour dans la fonction "soins intensifs" en heures

- La division du séjour en spécialités permet d'attribuer plusieurs diagnostics principaux (un par spécialité) et secondaires au patient. Cette division est facultative (l'hôpital peut choisir d'encoder les données pour la globalité du séjour), sauf en ce qui concerne les séjours dans les services A, K et T, les séjours en soins intensifs, les séjours dans un lit agréé pour grands brûlés et les inscriptions via le guichet des urgences.
- Numéro d'ordre de la spécialité (détermine l'ordre de passage dans les différentes spécialités)
- Code de spécialité (déterminé librement par l'hôpital, sauf pour les urgences : UR)

- Durée de séjour en journées, par spécialité
- Durée de séjour en journées et en heures dans la fonction « soins intensifs »

Fichier « stayindx » - données relatives au séjour par index de lit

zhciv	**Numéro CTI d'hôpital**
zhstpj	**Période statistique (année)**
zhstps	**Période statistique (semestre)**
zhvbnr	**Numéro de séjour**
idxnr	**Numéro d'ordre de l'index de lit**
idxcode	Code index de lit
idxduur	Durée de séjour en index de lit calculée en journées
totinvcur	Nombre de journées à facturer totalement pour l'année d'enregistrement actuelle
totinvpre	Nombre de journées à facturer totalement pour les années d'enregistrement précédentes
totinvpart	Nombre de journées à facturer partiellement pour l'année d'enregistrement actuelle
totinvpartpre	Nombre de journées à facturer partiellement pour les années d'enregistrement précédentes
totnofact	Nombre de journées à ne pas facturer pour l'année d'enregistrement actuelle
totnofactpre	Nombre de journées à ne pas facturer pour les années d'enregistrement précédentes

- Ces données concernent la facturation.
- Numéro d'ordre de l'index de lit
- Code index de lit (« Z » pour les urgences ambulatoires, l'hospitalisation de jour et la période dans le service d'urgence d'un séjour classique)
- Durée de séjour par index de lit
- Nombre de journées à facturer (complètes, partielles, non) pour cette année ou l'année précédente, par index de lit.

Fichier « stayunit » - données relatives au séjour par unité de soins

zhciv	**Numéro CTI d'hôpital**
zhstpj	**Période statistique (année)**
zhstps	**Période statistique (semestre)**
zhvbnr	**Numéro de séjour**
unitnr	**Numéro d'ordre de l'unité de soins**
unitcode	Code unité de soins
unitduur	Durée de séjour en unité de soins calculée en journées

- Permet d'établir un lien avec le RIM
- Numéro d'ordre de l'unité de soins
- Code de l'unité de soins (déterminé par l'hôpital mais doit être le même que dans le RIM)

- Durée de séjour par unité de soins

1.4.3.2 DONNEES CLINIQUES

Fichier « diagnose » - données concernant le diagnostic (+ données relatives aux urgences)

zhciv	**Numéro CTI d'hôpital**
zhstpj	**Période statistique (année)**
zhstps	**Période statistique (semestre)**
zhvbnr	**Numéro de séjour**
spnr	**Numéro d'ordre de la spécialité**
dgcode	**Diagnostic et info urgences**
spprisec	Code de diagnostic principal / secondaires et info urgences
dgzk	Degré de certitude

- Les diagnostics sont enregistrés par spécialité. Le code AAAAAA est employé pour les séjours psychiatriques complet et le code UUUUUU pour les urgences ambulatoires
- Diagnostic principal (affection qui, après examen, a été désignée comme la cause principale ayant entraîné l'admission du patient à l'hôpital). Codage en ICD-9-CM
- Diagnostics secondaires
- Degré de certitude du diagnostic

1 : Probable

2 : Certain

3 : Confirmé d'un point de vue anatomopathologique

- Motif d'admission pour les urgences ambulatoires et les admissions en urgence

TTTTTT : Accident

BBBBBB : Maladie

FFFFFF : Suicide

CCCCCC : Contrôle

- Heure d'admission pour les urgences ambulatoires et les admissions en urgence
- Heure de sortie pour les urgences ambulatoires et les admissions en urgence
- Numéro d'identification SMUR (numéro d'agrément)
- Numéro de fiche SMUR (numéro donné par le service pour chaque fiche d'enregistrement
- Numéro d'identification ambulance (numéro d'agrément du service ambulance)

Fichier « Procicd9 » - données concernant les procédures (chirurgicales ou diagnostiques)

zhciv	**Numéro CTI d'hôpital**
zhstpj	**Période statistique (année)**
zhstps	**Période statistique (semestre)**
zhvbnr	**Numéro de séjour**
spnr	**Numéro d'ordre de la spécialité**
dgcode	**Code de diagnostic**
iccode	**Code de procédure ICD-9-CM**
icduur	**Délai entre l'admission à l'hôpital et la réalisation de la procédure ICD-9-CM**
icplace	Code "réalisé à l'extérieur"
icurg	Degré d'urgence
icanes	Code anesthésie

- Code du diagnostic ayant donné lieu à la procédure. Codage en ICD-9-CM
- Code de procédure. Codage en ICD-9-CM
- Délai en journées entre l'admission à l'hôpital et la réalisation d la procédure
- Endroit de réalisation de la procédure

1 : A l'hôpital pour un patient séjournant à l'hôpital

2 : Dans un autre hôpital pour un patient séjournant à l'hôpital

3 : A l'hôpital pour un patient séjournant dans un autre hôpital

- Degré d'urgence de la procédure

1 : Urgent (procédure réalisée moins de 6h après le diagnostic)

2 : Différé (procédure réalisée plus de 6h après le diagnostic

- Type d'anesthésie

1 : Pas d'anesthésie

2 : Anesthésie locale

3 : Anesthésie loco-régionale

4 : Anesthésie générale

5 : Rachianesthésie

6 : Péridurale

7 : Sédation

8 : Générale+péridurale

9 : Générale+loco-régionale

H : Hypnose

Fichier « Procrizi » - données concernant les codes INAMI facturés

zhciv	**Numéro CTI d'hôpital**
zhstpj	**Période statistique (année)**
zhstps	**Période statistique (semestre)**
zhvbnr	**Numéro de séjour**
idxnr	**Numéro d'ordre de l'index de lit**
ricode	**Code de procédure INAMI**
rinr	**Numéro d'ordre de la même procédure INAMI**
riduur	**Délai entre l'admission à l'hôpital et la réalisation de la procédure ICD-9-CM**

- Codes de procédure INAMI (uniquement procédures facturées à 100%). (Champ non validé !)
- Délai en journées entre l'admission et la mise en œuvre de la procédure INAMI

Fichier « Pathbirth » - données relatives à la naissance du nouveau-né

zhciv	**Numéro CTI d'hôpital**
recyear	**Année d'enregistrement du nouveau-né (clé de patient)**
patnr	**Numéro anonyme de patient du nouveau-né à l'hôpital (clé de patient)**
motzhstpj	Année d'enregistrement du séjour de la mère
motzhstps	Semestre d'enregistrement du séjour de la mère
motzhvbnr	Numéro de séjour de la mère
motrecyear	Année d'enregistrement de la mère (clé de patient)
motpatnr	Numéro anonyme de patient de la mère à l'hôpital (clé de patient)
brtplace	Lieu de naissance
brticcode	Code de naissance ICD-9-CM
brtnr	Code d'ordre de succession de la naissance
brth	Heure de la naissance
brtwg	Poids à la naissance
apgar1	Score apgar après 1 minute
apgar5	Score apgar après 5 minutes
pregweek	Semaines de grossesse
motduur	Durée de séjour de la mère avant l'accouchement
brtzhstpj	Année d'enregistrement du séjour de naissance ou premier séjour à l'hôpital pour des enfants nés ailleurs
brtzhstps	Semestre d'enregistrement du séjour de naissance ou premier séjour à l'hôpital pour des enfants nés ailleurs
brtzhvbnr	Numéro de séjour du séjour de la naissance ou premier séjour à l'hôpital pour des enfants nés ailleurs

- Un nouveau-né est défini comme un patient qui, au moment de l'admission, n'a pas plus de 28 jours
- Numéro de séjour et numéro de patient de la mère (pour permettre un lien entre la mère et l'enfant, sauf si la mère n'a jamais séjourné dans l'hôpital)
- Numéro de séjour de la naissance ou numéro de séjour précédent de l'enfant
- Lieu de naissance
    - Dans l'hôpital
    - Dans un autre hôpital
    - Pas né dans un hôpital
- Type de naissance
    - Enfant mort-né
    - Naissance unique
    - Naissance gémellaire, autre jumeau né vivant
    - Naissance gémellaire, autre jumeau mort-né
    - Naissance gémellaire sans autre précision
    - Naissance multiple, tous les enfants vivants
    - Naissance multiple, tous les enfants mort-nés
    - Naissance multiple, enfants vivants et mort-nés
- Type de naissance : lieu
    - Né à l'hôpital
    - Né moins de 6h avant l'admission à l'hôpital
    - Né hors de l'hôpital et non admis
- Césarienne ou non
- Ordre de succession de la naissance
    - Un seul enfant
    - Premier-né lors d'une naissance multiple
    - Deuxième né lors d'une naissance multiple
    - Etc…
- Heure de la naissance (en heures)
- Poids à la naissance (en grammes)
- Score APGAR après 1 minute
- Score APGAR après 5 minutes
- Semaines de grossesse lors de la naissance
- Durée de séjour de la mère avant l'accouchement, en journées

Données créées par le SPF Santé Publique - Fichier « Stayxtra »

zhciv	**CIV-nummer ziekenhuis**
zhstpj	**Statistische periode (jaar)**
zhstps	**Statistische periode (semester)**
zhvbnr	**Verblijfsnummer**
grdrg	AP-DRG versie 10
grmdc	MDC op basis van AP-DRG versie 10
rgrdrg	APR_DRG versie 15
rgrmdc	MDC op basis van APR-DRG versie 15
rpat_sbi	Graad van ernst
rpat_sbm	Risico op overlijden
rerr_drg	Return code van de grouper (APR 15)
IF-diag	Input-vlag : diagnose
IF-age	Input-vlag : leeftijd
IF-dest	Input-vlag : bestemming
IF-sex	Input-vlag : geslacht
IF-weight	Input-vlag : geboortegewicht
Fzhtot	Globale vlag correctheid leeftijd,geslacht, datums, verblijfsduur i.f.v ziekenhuistype
Fditot	Globale vlag correctheid van facturatie
Fpatage	Vlag leeftijd en geslacht
Fbedindx	Globale vlag correctheid bedindexen
Hosptype2	Gelijk aan hosptype1 maar uitgesplitst voor de volledig psychiatrische verblijven
Hosptype3	Indeling op basis van verblijf in bepaalde bedindexen
nsyst	aantal aangetaste systemen
totinth	aantal resturen op intensieve zorgen voor ganse verblijf
totintd	aantal dagen op intensieve zorgen voor ganse verblijf

- APDRG version 10 (All Patient Diagnosis Related Group)où est classé le séjour après passage au « grouper » (logiciel qui classe les séjours, d'après les diagnostics principaux et secondaires, en groupes de pathologies)
- MDC sur base de l'APDRG : classe majeure de diagnostic où est classée l'APDRG et donc le séjour
- APRDRG version 15 (All Patient Refined Diagnosis Related Group)où est classé le séjour
- MDC sur base de l'APRDRG
- Degré de sévérité : les APRDRGs sont divisées en quatre niveaux de sévérité. Le niveau de sévérité dépend des diagnostics
- Risque de mortalité, calculé sur base des diagnostics
- Nombre de systèmes atteints, calculé sur base des diagnostics

- Nombre de jours passés aux soins intensifs + - nombre d'heures passées au soins intensifs, pour avoir la durée exacte de passage aux soins intensifs

1.4.4 Evolution du layout et du codage de certaines variables

Plusieurs changements de layout sont intervenus en 1999. Les tableaux suivants nous ont été transmis par le CHU de Liège.

Fichier « pathospi »

Avant 1999					Depuis 1999				
Fichiers	**N**	**Variable**	**Type**	**Len**	**N**	**Variable**	**Type**	**Len**	**Label**
CISZH	4	anozh	Char	8	1	anozh	Char	8	numéro anonyme de l'hôpital
					2	recyear	Char	4	année d'enregistrement (clé de patient)
CISZH	16	anopat	Char	8	3	anopat	Char	8	numéro anonyme de patient à l'hôpital
CISZH	14	patgbj	Num	5	4	patby	Char	4	année de la naissance

Fichier « Stayhosp »

Avant 1999			Depuis 1999				
Fichiers	**N**	**Variable**	**N**	**Variable**	**Type**	**Len**	**Label**
CISZH	4	anozh	1	anozh	Char	8	numéro anonyme de l'hôpital
CISZH	2	zhstpj	2	zhstpj	Char	4	année d'enregistrement
CISZH	3	zhstps	3	zhstps	Char	1	semestre d'enregistrement
CISZH	7	anostay	4	anostay	Char	8	numéro de séjour
CISZH	1	zhtv	5	hosptyp	Char	1	type de séjour hospitalier
CISZH	5	zhdjop	6	admyear	Char	4	année de l'admission
CISZH	6	zhdmop	7	admmonth	Char	2	mois de l'admission
CISZH	8	zhdgop	8	admday	Char	1	journée de la semaine d'admission
CISZH	13	zherop	9	coderead	Char	1	code réadmission
			10	readnbrday	Num	3	réadmission en nombre de jours depuis la dernière sortie
CISZH	10	zhdmon	11	dismonth	Char	2	mois de la sortie
CISZH	11	zhdgon	12	disday	Char	1	journée de la semaine de sortie
CISZH	12	zhduur	13	zhduur	Num	5	durée totale de séjour hospitalier
CISZH	15	patsex	14	patsex	Char	1	sexe
CISZH	17	patknd	15	patind	Char	1	indicateur d'âge
CISZH	18	patpst	16	patpst	Char	4	code postal Belgique
CISZH	19	patnis	17	patnis	Char	5	code INS Belgique
			18	country	Char	3	code de pays
CISZH	20	patnat	19	codenat	Char	1	indicateur de nationalité
			20	place	Char	1	lieu avant l'admission
CCSZH	16	spfopn	21	typadm	Char	1	type d'admission
CCSZH	17	spfwys	22	adrby	Char	1	adressé par
CCSZH	18	splbes	23	dest	Char	1	destination
CCSZH	19	splont	24	typdis	Char	1	type de sortie

			25	recyear	Char	4	année d'enregistrement (clé de patient)
CISZH	16	anopat	26	anopat	Char	8	numéro anonyme de patient à l'hôpital
CCSDI	23	finduur	27	totdinv	Char	5	nombre total des journées à facturer

Changement de codage pour :

- Type de séjour

code	1997- 1998	1999-2001	2002	2003
C	Hospitalisation classique		Hospitalisation de jour chirurgicale	
D	Hospitalisation de jour		Hospitalisation de jour médicale	
H		Hospitalisation classique		
U				Contacts d'urgence

- Type d' admission

code	1997- 1998	1999-2002	2003
1	Admission en urgence via le 100 ou SMUR		
2	Admission inopinée		
3	Accouchements	Admission planifiée	
4	Nouveau-né	Admission à partir de l'hospitalisation de jour	
5	Admission planifiée	Retour transfert	
6	Transfert interne	Placement	
7	Admission administrative		
8		Né à l'hôpital	
9	Autre admission		
A à G			Admissions d'urgence

- Type d'adressage

code	1997- 1998	1999-2002	2003
2	Médecin généraliste		
5	Autre hôpital	Organisme assureur	
6	MR ou MRS agréée	Tiers	
7	MR non agréée		
8	Organisme assureur	Né à l'hôpital	
9	Autre		
D			Médecin généraliste ou de garde

- Destination

code	1997- 1998	1999-2002	2003
2	Transfert au sein hôpital	Sortie administrative	
6	MR ou MRS agréée	MR ou MRS	
7	MR non agréée	MSP	
A			Transfert à partir urgences au sein hôpital

- Type de sortie

code	1997- 1998	1999-2002	2003
5	Stade terminal	Transfert autre institution SAUF rééducation	
6		Transfert autre institution rééducation	

7	Sortie administrative		Autre hôpital pour manque de place
8			Autre hôpital pour raison financière
9			Observation dans un autre service
D		Retour à l'hôpital après hospi de jour	

- Code de réadmission

code	1997- 1998	1999-2003
-		? missing
1	Réad. dans les 15 jours	Réadmission dans l'année
2	15 jours<réad<1 mois	Pas de réadmission dans l'année
3	1 mois<réad<3mois	
4	3 mois<réad<6 mois	
5	6 mois<réad<1é mois	
8	Pas de réadmission	

Le nombre de jours depuis la dernière admission est donné de manière plus précise par la variable readnbrday

Fichier « diagnose »

Avant 1999			1999-2003			Changements 2003
Variable	**Len**	**Label**	**Variable**	**Len**	**Label**	**Label**
dgcode	7	diagnostic et info urgences	dgcode	6	diagnostic	diagnostic et info urgences
			spprisec	1	diagnostics principal ou secondaires	diagnostics principal ou secondaires et info urgences
dgnr	2	numéro d'ordre du diagnostic				

Changement de codage

- Diagnostics principal/secondaires et infos urgences

Code	Avant 2003	Depuis 2003
R		Motif d'admission en urgence
B		Heure d'admission en urgence
E		Heure de sortie des urgences
I		Numéro d'identification SMUR
F		Numéro de fiche SMUR
A		Numéro d'identification ambulance

Ce changement de codage permet en fait d'ajouter des variables au fichier « diagnose » sans vraiment changer le layout

Diagnostic et infos urgences

Depuis 2003, R (motif d'admission aux urgences) peut être codé :

TTTTTT : accident

BBBBBB : maladie

FFFFFF : suicide

CCCCCC : contrôle

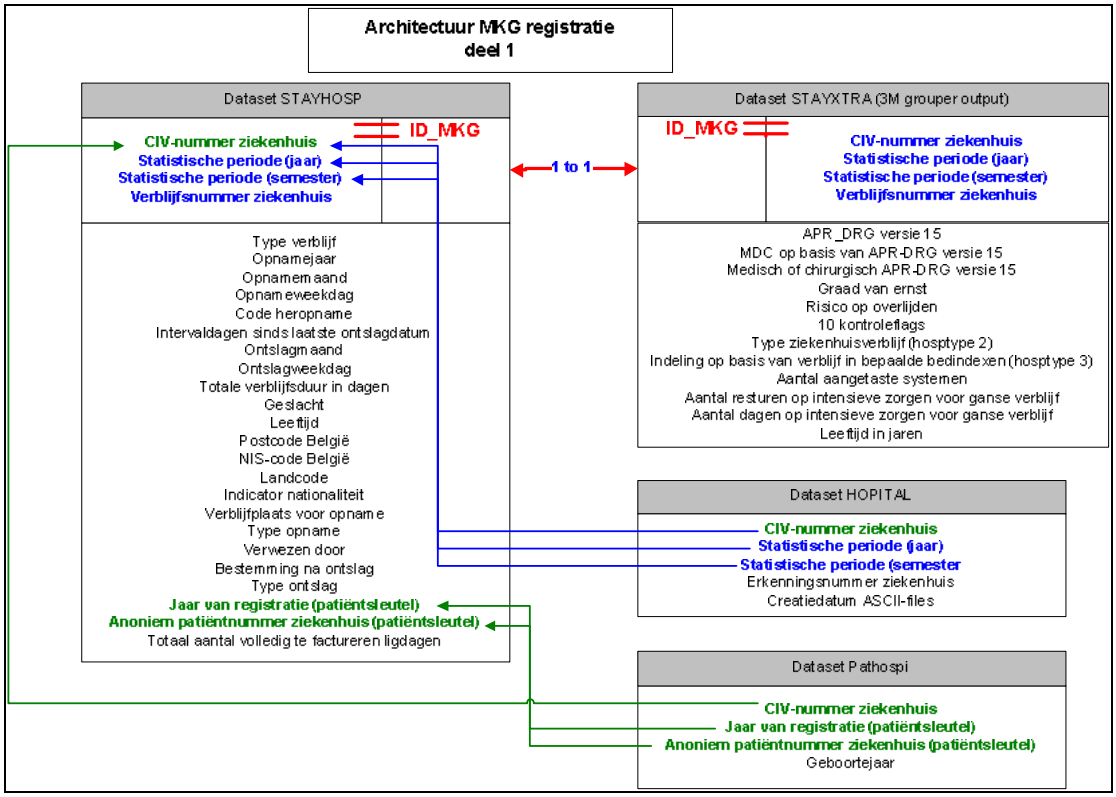
Fichier « Procicd9 »

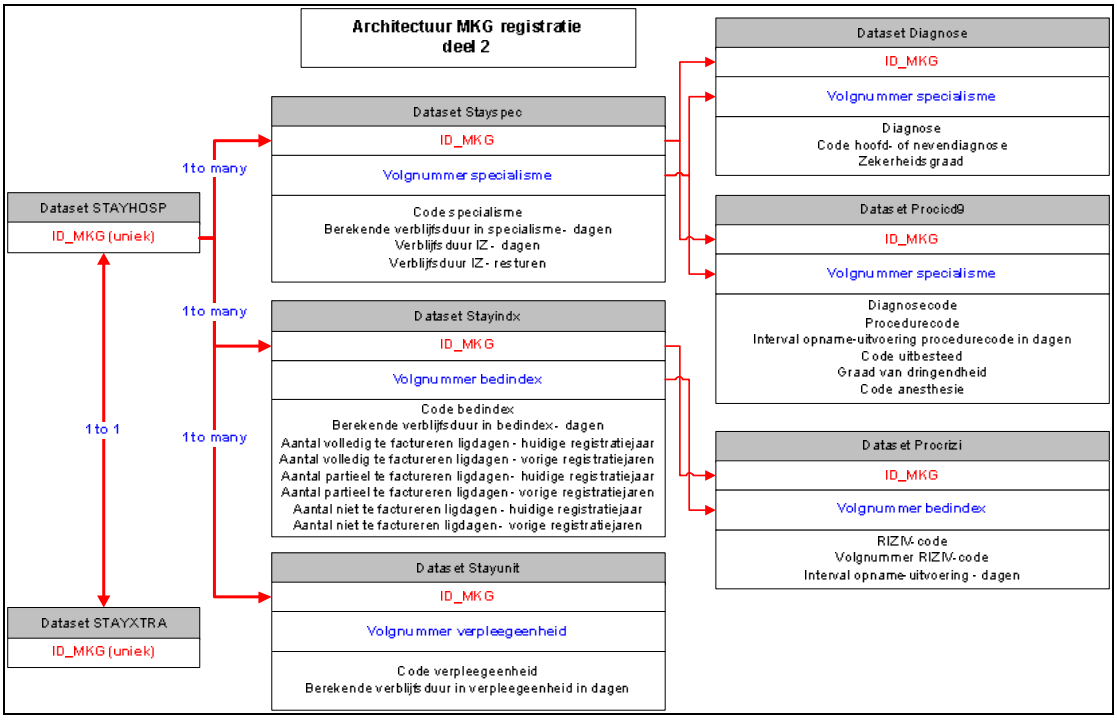
Avant 1999					Depuis 1999				
N	**Variable**	**Type**	**Len**	**Label**	**N**	**Variable**	**Type**	**Len**	**Label**
4	anozh	Char	8	numéro anonyme de l'hôpital	1	anozh	Char	8	numéro anonyme de l'hôpital
2	zhstpj	Char	4	année d'enregistrement	2	zhstpj	Char	4	année d'enregistrement
3	zhstps	Char	1	semestre d'enregistrement	3	zhstps	Char	1	semestre d'enregistrement
7	anostay	Char	8	numéro de séjour	4	anostay	Char	8	numéro de séjour
8	spnr	Char	2	numéro d'ordre dans la spécialité	5	spnr	Char	2	numéro d'ordre de la spécialité
					6	dgcode	Char	6	code de diagnostic
10	iccode	Char	4	code de procédures ICD-9-CM	7	iccode	Char	4	code de procédure ICD-9-CM
14	icduur	Num	5	délai entre l'admission et la procédure	8	icduur	Num	5	délai entre l'admission et la procédure
					9	icplace	Char	1	code 'réalisé à l'extérieur'
12	icurg	Char	1	degré d'urgence	10	icurg	Char	1	degré d'urgence
13	icanes	Char	1	code anesthésie	11	icanes	Char	1	code anesthésie
9	icnr	Char	2	numéro d'ordre de procédures					
15	icecht	Char	1	notion d'intevention justifiée					

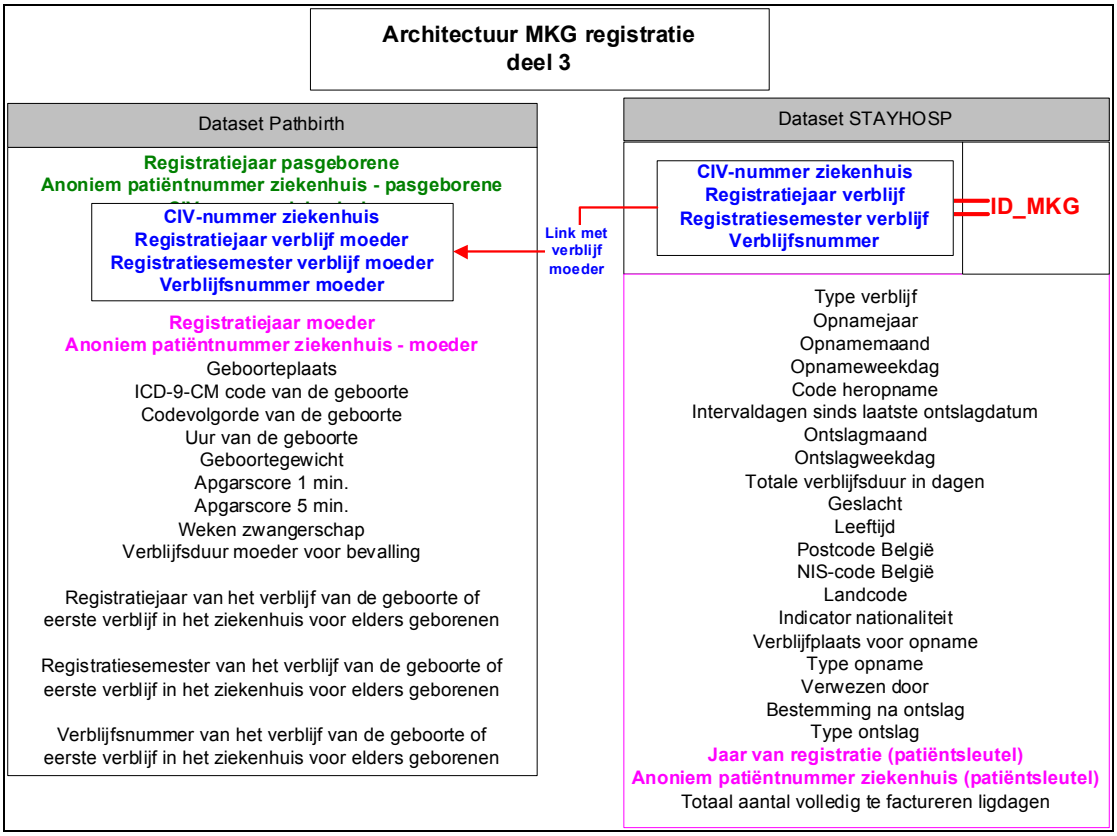
Fichier « Procrizi »

Avant 1999				Depuis 1999			
Variable	Type	Len	N	Variable	Type	Len	Label FR
anozh	Char	8	1	anozh	Char	8	numéro anonyme de l'hôpital
zhstpj	Char	4	2	zhstpj	Char	4	année d'enregistrement
zhstps	Char	1	3	zhstps	Char	1	semestre d'enregistrement
anostay	Char	8	4	anostay	Char	8	numéro de séjour
			5	idxnr	Char	2	numéro d'ordre en index de lit
ricode	Char	6	6	ricode	Char	6	code de procédure INAMI
rinr	Char	2	7	rinr	Char	2	numéro d'ordre de la même procédure procédure INAMI
riduur	Num	7	8	riduur	Num	5	délai entre l'admission et la procédure INAMI

1.4.5 Schéma des relations



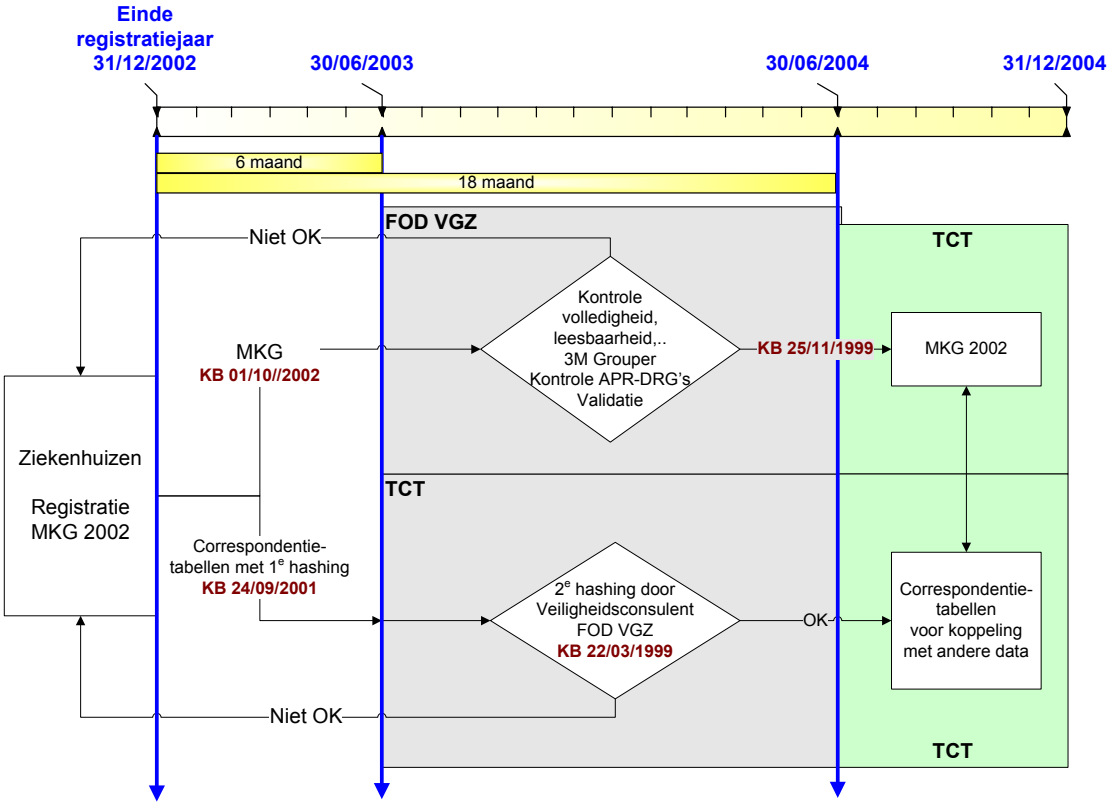




1.5 TIME CHARACTERISTICS

1.5.1 Periodicity & delays of updates

Les données RCM de tous les hôpitaux généraux doivent être envoyées tous les semestres à la cellule RCM du SPF Santé Publique. Les données de l'année entière d'enregistrement doivent être transmises au plus tard 6 mois après la fin de l'année concernée. La cellule RCM dispose alors de 12 mois pour les contrôles et validations, ainsi que pour classer les séjours par APRDRG avec le logiciel de grouper^{TM} 3M. Dans tous les cas, les données RCM validées doivent être mises à la disposition de la cellule technique (TCT) 18 mois après la fin de l'année d'enregistrement pour le couplage des données RCM avec les données SHA-AZV de l'INAMI. En résumé, cela signifie que l'exploitation des données RCM ne peut commencer au plus tôt que 18 mois après la fin de l'année d'enregistrement. Un exemple de diagramme temporel pour les données de l'année 2002 est repris ci-dessous.



1.5.2 Longitudinality

Patient

Le numéro anonyme d'un patient dans un hôpital donné doit obligatoirement rester le même pendant une année calendrier, mais peut différer d'année en année. Il est donc impossible de suivre des patients sur plusieurs années, même si les admissions ont lieu dans le même hôpital.

Hôpital

Les données d'un hôpital donné peuvent être suivies d'année en année. Il est cependant nécessaire, dans certains cas, de se procurer le fichier des fusions d'hôpitaux disponible au SPF Santé Publique.

1.5.3 Period covered by the data

1/10/1990-2003.

1.5.4 Date (of versions/updates)

Details non connus.

1.6 DATA PROCESS

1.6.1 Information – description documents on the data-process

Pas de document disponible

1.6.2 Data sources (organisations/databases)

Hôpitaux

1.6.3 Data process plan

1.6.3.1 ETL

Envoi des données par l'hôpital

Contrôles internes au SPF santé publique

Rapport de globalisation (sorte de feedback) est ensuite envoyé à l'hôpital :

- http: //www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/prof/regsys/mkg/methodologieen/manualtabglobal.pdf
- http: //www.health.fgov.be/vesalius/devnew/NL/prof/regsys/mkg/methodologieen/manualtabglobal.pdf

L'hôpital marque son accord sur l'archivage des données.

Les données sont ensuite archivées dans un datawarehouse à des fins d'exploitation.

Cette année une phase pilote est menée pour pouvoir enregistrer les données RCM via internet (projet Portahealth). Ceci devrait permettre un certain gain de temps dans la récolte des données et les feed-back (erreurs, programme de contrôle unique), et devrait permettre d'améliorer la sécurité.

1.6.3.2 Analysis

Ddétails non connus.

1.6.4 Data quality plan

1.6.4.1 Contrôles

Les hôpitaux disposent d'un programme de contrôle local grâce auquel ils peuvent contrôler leurs données et les envoyer au SPF Santé Publique. La lsite des contrôles est disponible sur :
https: //portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,698653&_dad=portal&_schema=PORTAL

Un second programme de contrôle est utilisé au SPF. Celui-ci contient des contrôles supplémentaires.

1.6.4.2 Audits

L'historique des audits réalisés dans le cadre du RCM à l'adresse suivante : http: //www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/prof/regsys/mkg/methodologieen/circm/index.htm

Une nouvelle méthodologie est actuellement à l'essai au sein de la Cellule Audit. Celle-ci devrait être approuvée officiellement prochainement

1.6.5 Data access procedure

Les demandes doivent passer par le Comité Sectoriel de la Commission de la protection de la vie privée.

2 RIM - MVG

2.1 DESCRIPTION

Le RIM (Résumé Infirmier Minimum – MVG / Minimale Verpleegkundige Gegevens) est un enregistrement obligatoire effectué dans tous les hôpitaux non psychiatriques depuis 1988. Le nombre de journées d'enregistrement est limité aux périodes d'enregistrement discontinu. L'enregistrement se fait chaque première quinzaine des mois de mars, juin, septembre et décembre. Pour chacune de ces quatre périodes, le SPF désigne ultérieurement cinq jours.

Les données suivantes sont enregistrées :

- données générales concernant l'établissement et les services ;
- données relatives au patient ;
- données relatives au séjour du patient ;
- soins infirmiers administrés (23 items) ;
- données relatives au personnel, par unité de soins ;
- données facultatives relatives au degré de dépendance (AVQ).

2.1.1 Typologie de la base de données

Collecteur des données		SPF SP
Nom du registre		RIM-MVG
Classification	**Domaine principal**	Health Care Consumption
	Sousdomaine(s)	Utilization
Finalité primaire	**Données centrales**	Soins infirmiers
	Discriminant(s) principaux	Hôpitaux
Portée	**NUTS**	BE
	Population cible	Tous séjours non psychiatriques
	Ligne(s) de soins	Intramural
Aspects temporels	**Début**	1988
	Continuité **Periodicité**	discontinu 20 dd. par année
	Suspension	-
Autres infos	**Codification(s)**	Spécifique
	Specifications	Hôpitaux généraux, non psychiatriques

2.2 MANAGING ORGANISATION

Name: SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, DG1 Organisation des Etablissements de Soins , Service Datamanagement.

- Address: Place Victor Horta, 40, Etage 1, boîte 10, 1060 Bruxelles.
- NUTS level: BE

2.2.1 Responsible persons:

Nom : Anne Delvaux

- Téléphone: 02 524.86.46
- E-mail: anne.delvaux@health.fgov.be

2.2.2 Financing:

- Source: détails non connus.
- Budget: détails non connus.
- Number of people involved: détails non connus.

2.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

2.3.1 Reasons for data

Enregistrement obligatoire depuis 1988 (arrêté royal du 14 août 1987)

2.3.2 Purpose of database

L'enregistrement RIM poursuit les objectifs suivants :

- organisation du financement des hôpitaux (depuis 1994);
- définition des besoins en équipements hospitaliers ;
- définition des normes d'agrément qualitatives et quantitatives applicables aux hôpitaux et à leurs services ;
- définition de la politique en matière d'exercice de la médecine ;
- définition d'une politique épidémiologique.

2.3.3 Users of data (organisations)

- SPF Santé Publique
- Universités, centres de recherché

2.3.4 Applications

Plusieurs feed-back sont disponibles à l'adresse suivante:

https:
//portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,698710&_dad=portal&_schema=PORTAL

Le 'feed-back fédéral financement' 2000 contient des informations détaillées sur les données RIM 2000 qui interviennent dans le financement 2005, c'est-à-dire essentiellement les journées des séjours d'hospitalisation classique dans les services C, D, H*, I et E. Un feed-back général est disponible ainsi qu'un feed-back individuel.

Les informations détaillées sur les données RIM 2000 relatives à tous les types de séjours et à tous les services sont présentées dans le « feed-back fédéral général » 2000. Un feed-back de ce type est également disponible pour les données de 1998.

Ces feed-back reprennent quelques explications sur la manière dont le RIM est exploité et utilisé dans le financement des hôpitaux.

Une brochure reprenant les résultats globaux du RIM de 1988 à 1998 est également disponible sur la même adresse.

2.3.5 New evolutions

Une étude sur l'actualisation du RIM (projet « RIM II ») doit se terminer fin 2005. Le RIM II doit remplacer le RIM dans les années qui suivent.

2.4 CONTENTS

2.4.1 Information – Description documents on the contents

Pas de layout disponible en ce moment. Des informations sur le contenu peuvent être trouvées sur :

http:
//www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/prof/regsys/mvg/infortoepas/rimvg/manual.pdf.

Des informations plus précises sur les prestations infirmières peuvent être trouvées sur :

(http:
//www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/prof/regsys/mvg/methodologie/index.htm

2.4.2 Evolution of contents

Le RIM a été enregistré jusqu'en 1995 pour les services psychiatriques des hôpitaux généraux (index A, A1, K, K1, T, T1 et T2). Ensuite, l'enregistrement RIM a été supprimé pour ces index suite à l'instauration du RPM (Résumé Psychiatrique Minimum) en 1996.

Pas de données exploitables pour l'année 1996.

Avant 2000, les données n'étaient récoltées que pour les hospitalisations classiques. Les enregistrements des séjours en hospitalisation de jour ont commencé en 2000 (arrêté royal du 3 mai 1999).

Jusqu'en décembre 1999, les nouveau-nés n'étaient enregistrés qu'après une admission dans un service intensif NIC ou dans une unité N* à partir du moment où la mère avait quitté l'hôpital. A partir de 2000, les bébés admis dans une unité N*, même si la mère est hospitalisée, reçoivent le code 'B' pour la durée de leur séjour, ce séjour ne donnant pas lieu à un prix de journée. Néanmoins, les bébés présents dans la chambre de la mère (en maternité) ne

font pas l'objet d'un enregistrement complet. Seule leur présence auprès de la mère est enregistrée (arrêté royal du 17 décembre 1999)

Les types de personnel infirmier ont été modifiés en 2000.

2.4.3 Variables

Date de récolte des données (données récoltées jour par jour)

2.4.3.1 DONNEES SUR LE PATIENT

- Sexe du patient
- Année de naissance du patient

2.4.3.2 DONNEES SUR LE SEJOUR

- Type de séjour
  - Hospitalisation classique
  - Hospitalisation de jour
  - Nouveau-né (séjour ne donnant pas lieu à un prix de journée)
- Numéro de séjour
- Date d'admission (facultatif)
- Date de sortie (facultatif)
- Absence ou présence du bébé dans la chambre de la mère

2.4.3.3 DONNEES SUR L'ETABLISSEMENT ET L'UNITE

- Numéro d'agrément de l'hôpital
- Numéro CTI de l'hôpital
- Numéro de l'unité de soins (3 caractères)
- Date de création et date de fin de l'unité de soins (01/01 et 31/12 si pas de changement au cours de l'année – permet de tracer l'historique des unités de soins dans l'hôpital)
- Index du service de l'unité de soins
- Nombre de lits de l'unité de soins

2.4.3.4 DONNEES SUR LES SOINS INFIRMIERS

Données récoltées jour par jour

- Soins d'hygiène (hygiène corporelle+habillage/déshabillage vêtements de nuits)
  - Pas d'aide
  - Aide de soutien (préparation matériel et installation du patient mais pas d'aide pour les soins)
  - Aide partielle
  - Aide totale
- Soins liés à la mobilisation
  - Pas d'aide
  - Aide de soutien (fourniture de matériel d'aide ou d'explications)
  - Aide partielle
  - Aide complète
- Soins liés à l'élimination urinaire ou fécale
  - Pas d'aide
  - Aide de soutien (installation du patient)
  - Aide partielle
  - Aide complète (élimination urinaire et fécale)
- Soins liés à l'alimentation et l'hydratation per os
  - Pas d'aide
  - Aide de soutien (préparation mais présence infirmière non requise)
  - Aide partielle (pas de présence infirmière constante)
  - Aide complète (présence constante)
- Soins liés à l'alimentation et l'hydratation par sonde : Non / Oui
- Soins spécifiques de la bouche : fréquence par 24h (de 0 à 99)
- Prévention d'escarres par changement de position : fréquence par 24h (de 0 à 99)
- Aide pour l'habillement civil (vêtements de jour) : Non / Oui
- Soins à la canule trachéale ou au tube endotrachéal
  - Non
  - Oui, sans ventilation artificielle
  - Oui, avec ventilation artificielle
- Rédaction de l'anamnèse infirmière : Non / Oui
- Education à l'autonomie
  - Non

  - Education occasionnelle
  - Education structurée
- Prise en charge d'une crise émotionnelle : Non / Oui
- Soins au patient désorienté
  - Non
  - Mesures de protection
  - Mesures d'orientation spatio-temporelle (communication thérapeutique spécifique)
- Mesures d'isolement pour la prévention de la contamination (isolement, port d'une blouse, port de gants et/ou de masque, mesures spécifiques pour l'évacuation des déchets, du linge et du matériel)
  - Non (aucune ou moins de 3 mesures susmentionnées n'ont été prises
  - Oui (au moins 3 mesures ont été prises)
- Enregistrement de paramètres vitaux (température, fréquence cardiaque, tension artérielle, ECG, respiration, pression pulmonaire, pression veineuse centrale, signes neurologiques, pression intracrânienne) : fréquence par 24h (de 0 à 99) (fréquence du paramètre noté le plus fréquemment dans le dossier infirmier)
- Enregistrement de paramètres physiques (taille et poids, débit des liquides organiques, tests sur des matières organiques, mensurations, évaluation de douleur, de gonflement, de rougeur et de pertes de sang, involution utérine, mesure de réactions cutanées) : fréquence par 24h (de 0 à 99) (fréquence du paramètre noté le plus fréquemment dans le dossier infirmier)
- Surveillance de traction, plâtre ou fixateur externe : Non / Oui
- Prélèvement de sang : fréquence par 24h (de 0 à 99)
- Administration de médication par voie intramusculaire, sous-cutanée ou intradermique : nombre de doses par 24h (de 0 à 99) (nombre de médicaments X fréquence d'administration)
- Administration de médication par voie intraveineuse : nombre de doses par 24h (de 0 à 99) (nombre de médicaments X fréquence d'administration)
- Surveillance de perfusion permanente : nombre de perfusions intraveineuses permanentes (de 0 à 99)
- Soins de plaie chirurgicale : nombre de soins par 24h (de 0 à 99) (nombre de plaies X fréquence de soins)
- Soins de plaie traumatique (lésion cutanée) - surface corporelle soignée :
  - Néant
  - 1 à 20%
  - 21 à 45%

- 46 à 70%
- Plus de 70%

- Soins de plaie traumatique – nombre de soins : nombre de soins par 24h (de 0 à 99) (nombre de plaies X fréquence de soins)

Données facultatives sur la dépendance du patients pour les actes de la vie quotidienne (AVQ)

- Dépendance pour se laver
  - Se lave sans aide
  - A besoin d'une aide partielle sous la ceinture
  - A besoin d'une aide partielle
  - A besoin d'une aide totale
- Dépendance pour s'habiller
  - S'habille et se déshabille sans aide
  - A besoin d'une aide partielle sous la ceinture
  - A besoin d'une aide partielle
  - A besoin d'une aide totale
- Dépendance pour se déplacer
  - Se lève et se déplace sans aide mécanique ni aide d'un tiers
  - Se lève de façon indépendante, mais a besoin d'auxiliaires mécaniques pour se déplacer
  - A besoin de l'aide d'un tiers
  - Grabataire
- Dépendance pour aller à la toilette
  - Va seul à la toilette et s'essuie sans aide
  - A besoin d'une aide partielle
  - Doit être entièrement aidé
  - Ne peut aller aux toilettes ni sur une chaise percée
- Dépendance pour manger
  - Mange et boit seul
  - A besoin d'une aide préalable
  - A besoin d'une aide partielle
  - A besoin d'une aide totale
- Incontinence urines et selles
  - Continent
  - Incontinent accidentellement
  - Incontinent pour les urines
  - Incontinent pour les selles et les urines

- Communication
    - S'exprime et comprend
    - Difficultés à s'exprimer mais comprend
    - Difficultés à s'exprimer et à comprendre
    - Incapacité de s'exprimer et de comprendre
- Comportement psycho-social
    - Peut entrer en contact individuellement et collectivement sur le plan émotionnel, psychologique et social
    - Peut difficilement entrer en contact individuellement et collectivement sur le plan émotionnel, psychologique ou social
    - Est incapable d'établir individuellement ou en groupe un bon contact sur le plan émotionnel, psychologique ou social
    - Est incapable d'entrer en contact, que ce soit individuellement ou en groupe sur le plan émotionnel, psychologique ou social
- Sens de l'orientation
    - A une perception claire du temps et de l'espace
    - Perturbation légère et/ou temporaire de la perception du temps et de l'espace
    - Perturbation importante et chronique de la perception du temps et de l'espace
    - Perturbation complète du temps et de l'espace.

2.4.3.5 DONNEES SUR LE PERSONNEL INFIRMIER

Par unité et par jour

- Nombre d'infirmiers gradués et accoucheuses (A1)
    - Personnes physiques et non ETP
- Heures totales prestées par les infirmiers gradués et accoucheuses (A1)
- Nombre d'infirmiers brevetés et assistants hospitaliers (A2)
- Heures totales prestées par les infirmiers brevetés et assistants hospitaliers (A2)
- Nombre de soignants (A3)
- Heures totales prestées par les soignants (A3)
- Nombre d'assistants en logistique (A4)
- Heures totales prestées par les assistants en logistique (A4)
- Nombre de membres du personnel d'autres disciplines (ergothérapeutes, secrétaires, etc.) (A5)

- Heures totales prestées par les membres du personnel d'autres disciplines (ergothérapeutes, secrétaires, etc.) (A5)
- Nombre d'étudiants des 5 catégories
- Heures totales prestées par les étudiants des 5 catégories

2.5 TIME CHARACTERISTICS

2.5.1 Periodicity of updates

Chaque année.

2.5.2 Longitudinality

Les données étant récoltées sur base d'échantillon, il n'y a pas de longitudinalité des données.

2.5.3 Period covered by the data

1988-2003.

2.5.4 Date (of versions/updates)

Dernières données disponibles: 2003

2.6 DATA PROCESS

2.6.1 Information – description documents on the data-process

Pas de document reprenant le data process.

2.6.2 Data sources (organisations/databases)

Hôpitaux aigus et specialisés

2.6.3 Data process plan

Détails non connus

2.6.4 Data quality plan

Les données sont enregistrées dans les hôpitaux puis exportées vers le SPF Santé Publique. Les hôpitaux doivent utiliser le programme RIMVG03 permettant de contrôler les données. Pour exporter les données vers le Ministère, on ne peut trouver plus de 3% d'erreurs pour l'ensemble des tables et plus de 2% d'erreurs par table.

Ils peuvent aussi utiliser le programme de FBIII pour un premier feedback.

Au SPF, les données sont copiées dans le système informatique et subissent une série de contrôles: les mêmes que dans les hôpitaux ainsi que des contrôles supplémentaires. Si la qualité des données est insuffisante, les hôpitaux doivent corriger leurs données. Si la qualité est suffisante, les données sont acceptées.

La base de données nationale est constituée lorsque les données de tous les hôpitaux pour une année sont acceptées.

Sur cette base nationale, une série de contrôles supplémentaires est appliquée avant d'exploiter les données.

En plus des contrôles informatiques des données, des audits externes sont effectués dans les hôpitaux: des infirmiers-auditeurs vérifient la concordance entre le dossier infirmier et les items enregistrés dans le RIM.

Liste des contrôles disponibles dans le guide d'utilisation RIM version 2003, pp 3 à 44

2.6.5 Data access procedure

Pas de procedure d'accès.

3 RPM - MPG

3.1 DESCRIPTION

Le RPM (Résumé Psychiatrique Minimum, MPG – Minimale Psychiatrische gegevens) est un enregistrement obligatoire dans tous les hôpitaux psychiatriques (HP) et les services psychiatriques en hôpitaux généraux (SPHG) en Belgique depuis le 1er juillet 1996 et dans les initiatives d'habitations protégées (IHP) et les maisons de soins psychiatriques (MSP) depuis le 1er septembre 1998. Les informations sont collectées de façon continue : des données sont consignées au début du séjour médico-psychiatrique, au cours de chaque période distincte de traitement ainsi qu'à la fin du traitement. Les données enregistrées comprennent entre autres :

- les données socio-démographiques du patient
- les diagnostics et problèmes à l'admission
- les données de traitements
- les diagnostics et problèmes résiduels à la sortie.

Des données d'échantillon (discontinues) sont également collectées pendant 2 périodes de 7 jours

3.1.1 Typology of the database

Collecteur des données		SPF SP
Nom du registre		RPM - MPG
Classification	**Domaine principal**	Health Care Consumption
	Sousdomaine(s)	Utilization, D&T specifications
Finalité primaire	**Données centrales**	Psychiatrie
	Discriminant(s) principaux	HP, SPHG
Portée	**NUTS**	BE
	Population cible	Tous séjours psychiatriques
	Ligne(s) de soins	intramural
Aspects temporels	**Début**	1996
	Continuité **Periodicité**	continu annuel
	Suspension	-
Autres infos	**Codification(s)**	ICD-9-CM DSM IV
	Specifications	HP SPHG

3.2 MANAGING ORGANISATION

Name: SPF Santé Publique et environnement

Address: Psychosocial Health Care Service, Eurostation Zone 1D08A, Victor Hortaplein 40 bus 10 - 1060 Brussel

NUTS level: (BE)

3.2.1 Responsible persons:

Name: Jan Van de Velde

Role: Advisor registration systems

Telephone: 02 524.86.03

Fax: 02 524.86.20

E-mail: Jan.Vandevelde@health.fgov.be

3.2.2 Financing:

Source: pas de détails connus.

Budget: pas détails connus.

Number of people involved: pas détails connus.

3.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

3.3.1 Reasons for data

A.R. du 25 février 1996 rendant obligatoire l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum pour les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux.

Cet arrêté du 25 février 1996 a été annulé par le Conseil d'Etat, section d'administration, le 26 janvier 2000, au motif qu'il était contraire à l'ancienne disposition de l'article 86, alinéa 2, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. Suivant cette disposition, les données statistiques relatives aux activités médicales devaient être anonymes. Le Conseil d'Etat a jugé que les données à enregistrer étaient d'une nature telle qu'il était possible d'identifier les personnes concernées. L'article 86, alinéa 2, a été remplacé entre-temps par l'article 125 de la loi du 12 août 2000 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses. A présent, il est uniquement requis que les données se rapportant aux activités médicales "ne peuvent pas comprendre de données qui identifient directement la personnes physiques sur laquelle elles portent ". Il est prévu ensuite qu'aucun acte ne peut être accompli qui viserait à établir un lien entre ces données "et la personne physique identifiée à laquelle elles se rapportent ", à moins que celui-ci soit nécessaire pour l'exercice de la surveillance.

Un nouvel A.R. a été pris le 1/10/2002 concernant le résumé psychiatrique minimum pour les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux.

L'enregistrement du R.P.M. pour les initiatives d'habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques est régulé par l'A.R. du 20/09/1998.

3.3.2 Purpose of database

L'enregistrement du RPM pour but de soutenir la politique de santé à mener, en ce qui concerne :

- la détermination des besoins en équipements psychiatriques;
- la définition des normes qualitatives et quantitatives d'agrément des hôpitaux et des services psychiatriques / les maisons de soins psychiatriques / les initiatives d'habitations protégées;
- l'organisation du financement des hôpitaux et des services psychiatriques / des maisons de soins psychiatriques / des initiatives d'habitations protégées, y compris le contrôle de l'utilisation efficace des allocations de fonds publics;
- l'élaboration d'une politique sur la base de données épidémiologiques

3.3.3 Users of data (organisations)

- SPF Santé publique
- Institutions psychiatriques
- Universités et centres de recherche

3.3.4 Applications

Sont disponibles sur:
https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,653860&_dad=portal&_schema=PORTAL

- Statistiques pluriannuelles RPM 1999 - 2003 pour les HP MSP IHP
- Part de marché des hôpitaux par province: RPM admissions 2003
- Dispersion géographique des admissions par secteur: RPM 2003
- Rapport National RPM 2001 MSP et IHP (comparaison dans les trois régions)
- Rapport 2001 sur l'opérationnalisation des IHP et MSP dans les trois régions
- Rapport National RPM 2000 MSP et IHP
- Rotation des résidents IHP et MSP: RPM 2000
- Rapport National RPM 1999 MSP et IHP
- Description des résidents IHP et MSP: RPM 1999
- Rapport National RPM 1998 HP MSP IHP

3.3.5 New evolutions

Une révision du R.P.M. est en train d'être faite. Une réduction des items à enregistrer et l'introduction de nouveaux items sont prévues afin de faire du RPM un outil plus efficace.

Un feedback individuel devrait être disponible très prochainement pour toutes les institutions.

3.4 CONTENTS

3.4.1 Information – Description documents on the contents

La description du contenu des données est disponible sur :
https: //portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,653858&_dad=portal&_schema=PORTAL

3.4.2 Evolution of contents (new variablesets ?)

Aucune information.

3.4.3 Variables

3.4.3.1 Les données continues

Dans le contexte RPM, continu signifie que ces informations sont demandées, collectées et conservées tout au long du séjour médico-psychiatrique, et non pas simplement à la fin du séjour médico-psychiatrique. L'enregistrement suit le trajet du patient, qui peut séjourner dans différentes unités de vie, peut connaître plusieurs sorties et réadmissions intermédiaires.

Au début de tout traitement/séjour, des informations relatives à l'origine et aux données sociales de chaque patient sont collectées. Dans le même laps de temps, le diagnostic provisoire à l'admission est noté.

Une fois le patient admis dans son unité de vie, le système d'enregistrement demande de spécifier les problèmes apparents du patient ainsi que les objectifs poursuivis par l'équipe thérapeutique.

Lors de tout changement d'unité de vie et/ou d'index de service, on renseigne à nouveau sur les problèmes et les objectifs étant donné que les problèmes peuvent avoir évolués et que l'équipe thérapeutique de la nouvelle unité de vie peut avoir des objectifs différents de ceux formulés par la première équipe.

Lors du changement d'unité de vie, il est demandé à l'équipe thérapeutique d'origine d'évaluer les soins prodigués ainsi que de noter les surveillances exercées. En même temps, il est demandé de noter les évaluations et les traitements effectués, ainsi que le diagnostic posé à la sortie de l'unité de vie ou du changement d'index de service.

Lors de la sortie intermédiaire d'un patient, le système demande le nombre de jours de sortie prévus, la destination du patient ainsi que la raison de la sortie.

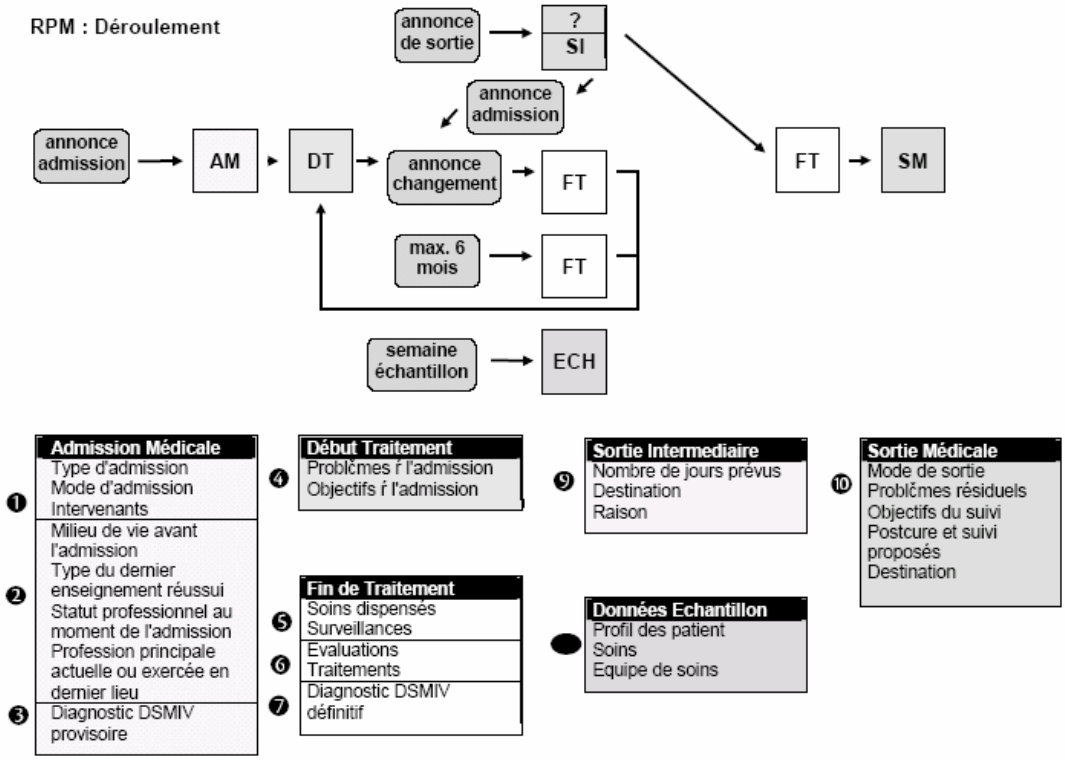
A la fin d'un séjour médico-psychiatrique (sortie médico-psychiatrique), on notera le mode de sortie, les problèmes résiduels à la sortie, le ou les suivi(s) proposé(s), les objectifs thérapeutiques du suivi proposé, tout comme la destination du patient.

En d'autres termes, le système continu d'enregistrement sera en mesure de donner une image séquentielle des processus de soins qui sont suivis par tel ou tel type/groupe de patient.

Le système continu d'enregistrement est complété, deux fois par an, par un série de données discontinues (échantillon).

3.4.3.2 Les données discontinues.

L'objectif des données discontinues (d'échantillon) est de mesurer et de mettre en évidence la diversité des patient et la variabilité des soins, tel qu'on peut la rencontrer durant une semaine dans une unité de vie.



3.4.3.3 Liste de données relatives à la structure

Données générales relatives a l'établissement

- Numéro CTI de l'institution
- Nom du responsable RPM
- Identification d'agrément des partenaires de l'association pour la création et la gestion des initiatives d'habitations protégées
- Le code INS de la commune du siège de la plate-forme de concertation à laquelle appartient l'institution
- Nombre de lits/places agréés de l'index A, A1, A2, K, K1, K2, T, T1, T2, TFB, TFP, VP

Organisation fonctionnelle unités de vie

L'unité de vie est une section déterminée de l'institution, avec une équipe de soins définie.

- Numéro d'identification de l'unité de vie
- Nombre de places en chambre d'une personne, de deux personnes et en chambre commune
- Date d'ouverture de l'unité de vie

- Date de fermeture de l'unité de vie

3.4.3.4 Liste des données Résumé Psychiatrique Minimum continu

Identification patient

- Numéro d'identification du patient
- Nom et prénom
- Date de naissance
- Sexe

Admission médicale

- Numéro d'ordre de traitement/séjour Médical (désigne le « quantième » traitement/séjour médical dont il s'agit dans cette institution depuis le début du RPM).
- Date admission médicale (jjmmaaaa).
- Jour de la semaine de l'admission.
- Index de service de traitement :

A	service neuro-psychiatrique d'observation et de traitement
A1	hospitalisation de jour en service A
A2	hospitalisation de nuit en service A
K	service de neuropsychiatrie infantile
K1	hospitalisation de jour en service K
K2	hospitalisation de nuit en service K
T	service neuro-psychiatrique de traitement et Sp-lits psychogériatrie.
T1	hospitalisation de jour en service T
T2	hospitalisation de nuit en service T
TFB	service pour les soins psychiatriques en milieu familial en hôpital (intra-muros)
TFP	places pour les soins psychiatriques en milieu familial (extra-muros)
VP	psychogériatrie
Q	maison de Soins Psychiatriques (MSP)
R	initiative d'Habitation Protégée (IHP)
A	index de lit qui ne sont plus d'application

- Commune de résidence du patient (code INS)
- Type d'admission

Programmée depuis moins de 24h

Programmée depuis 24h ou plus

- Mode d'admission (non enregistré pour les habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques)

Volontaire

Sous mesure légale :

Mise en observation

Internement

Maintien

Probation

Autre condition juridique

Assistance à personne en danger

Autre non spécifié

- Intervenants. L'intervenant est la personne, institution ou corps professionnel qui a participé au processus de décision conduisant à l'admission. Trois intervenants doivent être désignés : le dernier, l'avant-dernier et le antépénultième intervenant.

Initiative personnelle

Famille/proches

Autres non professionnels

Ambulance

Instance juridique

Ordre public (police,…)

Autres personnes professionnelles sans objectifs thérapeutiques

Consultation privée de médecin généraliste ou spécialiste non psychiatre

Consultation privée psychiatre de la même institution

Consultation privée psychiatre autre institution

Centre de santé mentale

Consultation polyclinique de la même institution

Consultation polyclinique d'une autre institution

Autres personnes professionnelles avec objectifs thérapeutiques

Même institution

Hôpital psychiatrique

Service psychiatrique en hôpital général

Maison de soins psychiatriques

Habitation protégée

Hôpital général

Centre d'accueil alternatif

Maison de repos/MRS/Service V

Autre institution

Aucun intervenant

Inconnu

Données socio-démographiques

- Milieu de vie habituel à l'admission

Isolé

Famille fondée

Famille parentale

Résident ou cohabitant

Autre milieu familial ou de remplacement

Résidence pour personnes âgées

Institution de soins aux handicapés

Centre d'accueil pour les sans-abri

Vie communautaire

Institution relevant de la justice

Autre habitation collective

Hôpital psychiatrique

Service psychiatrique en hôpital général

Maison de soins psychiatriques

Habitation protégée

Placement en milieu familial

Accueil psychiatrique alternatif

Hôpital général

Autre milieu thérapeutique

Autre milieu non spécifié

Sans domicile fixe

Inconnu

- Type du dernier enseignement réussi

Enseignement normal

Enseignement spécial

Autre

Aucun enseignement

Inconnu

- Niveau du dernier enseignement réussi

Maternelle

Primaire

Secondaire inférieur (ancienne structure d'enseignement)

Secondaire supérieur (ancienne structure d'enseignement)

1er degré d'observation (nouvelle structure d'enseignement)

2ème degré d'orientation (nouvelle structure d'enseignement)

3ème degré de détermination (nouvelle structure d'enseignement)

Secondaire complémentaire

Secondaire indéterminé

Supérieur non universitaire

Universitaire

Autre non spécifié

Aucun enseignement suivi

Inconnu

- Statut professionnel à l'admission

Travail à temps plein

Travail à temps partiel

Travail intermittent

Activité professionnelle suspendue pour maladie ou accident

Activité professionnelle suspendue pour congé pour raisons familiales ou personnelles

Au foyer

Ecolier/étudiant

Invalide

Handicapé

Chômeur indemnisé

Chômeur non indemnisé

Bénéficiaire d'une allocation

Pensionné

Rentier

Autre non spécifié

Sans

Inconnu

- Profession principale actuelle ou dernière

Ouvrier

Employé

Cadre moyen

Direction

Agriculteur

Profession libéralke

Autre profession d'indépendant

Aide ou membre de famille aidant

Autre non spécifié

Aucun/sans

Inconnue

Diagnostic provisoire à l'admission médicale

Codage en DSM IV

- Axe 1 : syndromes cliniques (codage en DSM IV)
  - 1er diagnostic
  - Diagnostiques secondaires
- Axe 2 : Troubles de la Personnalité / Retard mental(codage en DSM IV)
  - 1er diagnostic
  - Diagnostiques secondaires
- Axe 3 : Affections et troubles Physiques (DSM IV ou ICD-9-CM si non codé en DSM IV)
  - 1er diagnostic
  - Diagnostiques secondaires

- Axe du diagnostique principal

Axe 1 syndrome clinique

Axe 2 Troubles de la personnalité

Axe 3 Affections et troubles physiques

- Axe4 : Problèmes psychosociaux et d'environnement(DSM IV)
  - Diagnostic
  - Aucun problème identifié Oui / Non
  - Au sein du groupe de soutien primaire (famille) Oui / Non
  - Lié à l'environnement social Oui / Non
  - Problèmes éducationnels Oui / Non
  - Problèmes liés au travail Oui / Non
  - Problèmes de logement Oui / Non
  - Problèmes financiers Oui / Non
  - Problèmes liés à l'accès aux soins de santé (Cet item n'est pas d'application pour les Maisons de Soin Psychiatrique et les Initiatives d'Habitation Protégées) Oui / Non
  - Problèmes avec la justice/police ou délit Oui / Non
  - Autres problèmes psychosociaux liés à l'environnement Oui / Non
- Axe5: Evaluation globale du fonctionnement selon l'échelle GAF

Score de 0 à 100

Traitement médical

- Numéro ID patient
- Numéro d'ordre de traitement/séjour médical
- Type de mouvement

10 Admission médicale

21 Changement interne d'index de service de traitement dans la même unité de vie

22 Changement interne d'unité de vie dans le même index de service de traitement

23 Changement interne d'index de service de traitement et d'unité de vie

30 Sortie intermédiaire

41 Réadmission intermédiaire au même index de service de traitement et dans la même unité de vie

42 Réadmission intermédiaire au même index de service de traitement mais dans une autre unité de vie

43 Réadmission intermédiaire dans un autre index de service de traitement et dans la même unité de vie

44 Réadmission intermédiaire dans un autre index de service de traitement et dans une autre unité de vie

50 Fin d'un traitement/séjour (de moins de 183 jours) au même index de service de traitement et dans la même unité de vie

51 Fin d'un traitement/séjour de 183 jours au même index de service de traitement et dans la même unité de vie

60 Sortie médicale

70 Début de traitement/séjour pour patients séjournant dans l'institution au moment où débute l'enregistrement du RPM dans l'institution.

- Numéro d'ordre du mouvement au cours du traitement/séjour médical
- Date de début de traitement (jjmmaaaa)
- Index de service de traitement

A service neuro-psychiatrique d'observation et de traitement

A1 hospitalisation de jour en service A

A2 hospitalisation de nuit en service A

K service de neuropsychiatrie infantile

K1 hospitalisation de jour en service K

K2 hospitalisation de nuit en service K

T service neuro-psychiatrique de traitement et Sp-lits psychogériatrie.

T1 hospitalisation de jour en service T

T2 hospitalisation de nuit en service T

TFB Service pour les soins psychiatriques en milieu familial en hôpital (intra-muros)

TFP Places pour les soins psychiatriques en milieu familial (extra-muros)

VP psychogériatrie

Q Maison de Soins Psychiatriques (MSP)

R Initiative d'Habitation Protégée (IHP)

- Numéro ID de l'unité de vie (001 à 998)
- Date de fin de traitement (jjmmaaaa)
- Nombre de journées d'hospitalisation facturées pour le mouvement

Debut de traitement

Problèmes au début de la période de traitement/séjour

Signes & symptômes psychiques

Pour les variables suivantes, la cotation est la suivante :

2 Contribution directe du problème dans l'admission ou la poursuite de l'admission

1 Problème présent mais secondaire

0 Problème absent

- Idées suicidaires
- Menaces d'auto-agression
- Auto-agressivité
- Hostilité, tension, négativisme
- Agressivité envers les objets
- Agressivité envers les personnes
- Humeur dépressive, sentiment d'infériorité
- Ralentissement, diminution des affects
- Affects inappropriés
- Agitation, vociférération
- Anxiété, angoisse, phobies
- Obsessions, compulsions
- Retrait social
- Euphorie
- Hallucinations
- Délires
- Méfiance, sentiment de persécution
- Idées de grandeur (mégalomanie)
- Dépendance excessive à autrui
- Problèmes liés à l'alcool
- Problèmes liés aux médicaments
- Problèmes liés aux drogues I.V.
- Problèmes liés aux autres drogues
- Attitude anti-sociale
- Préoccupations somatiques
- Désorientation
- Problèmes liés à la mémoire
- Problèmes liés au langage

- Autre problème psychique
- Description de « autre problème psychique »

Problèmes relationnels

Pour les variables suivantes, la cotation est la suivante :

2 Contribution directe du problème dans l'admission ou la poursuite de l'admission

1 Problème présent mais secondaire

0 Problème absent

- Avec les enfants
- Avec le partenaire
- Avec les figures parentales
- Avec d'autres membres de la famille
- Autre problème relationnel
- Description de « autre problème relationnel »

Problèmes liés au fonctionnement social

Pour les variables suivantes, la cotation est la suivante :

2 Contribution directe du problème dans l'admission ou la poursuite de l'admission

1 Problème présent mais secondaire

0 Problème absent

- Etudes
- Travail
- Ménage
- Loisirs
- Autre problème lié au fonctionnement social
- Description de « autre problème lié au fonctionnement social »

Problèmes liés au développement

Pour les variables suivantes, la cotation est la suivante :

2 Contribution directe du problème dans l'admission ou la poursuite de l'admission

1 Problème présent mais secondaire

0 Problème absent

- Intellectuel
- Moteur
- Langage
- Maturation des affects
- Autre problème lié au développement

- Description

Problèmes liés aux fonctions physiques

Pour les variables suivantes, la cotation est la suivante :

2 Contribution directe du problème dans l'admission ou la poursuite de l'admission

1 Problème présent mais secondaire

0 Problème absent

- Fatigue
- Problèmes liés au sommeil
- Problèmes liés à l'alimentation
- Dégradation de l'état général
- Problèmes sexuels
- Enurésie / encoprésie
- Crise épileptique, convulsions
- Problèmes liés à l'élocution
- Autre problème lié aux fonctions physiques
- Description

Objectifs thérapeutiques visés (les objectifs doivent concerner les problèmes qui ont contribué de manière directe à l'admission)

- Symptômes psychiques et fonctions physiques

1 Pas d'objectif

2 Stabilisation

3 Réduction

4 Disparition

- Adaptation psychosociale (problèmes relationnels, de fonctionnement social et de développement)

1 Pas d'objectif

2 Stabilisation

3 Réduction

4 Disparition

- Mise au point

1 Non pertinente

2 Du traitement

3 Du diagnostic et du traitement

4 du diagnostic

Fin de traitement

Récapitulatif des soins dispensés durant la période écoulée

Scores utilisés :

1 : 0 % Le type de soins ne s'est pas présenté ou n'a pas été dispensé au cours de la période de traitement/séjour écoulée.

2 : + 0 % Le type de soins concerné ne s'est guère présenté ou n'a été que rarement dispensé au cours de la période de traitement/séjour écoulée.

3 : ± 25 % Le type de soins concerné s'est présenté ou a été dispensé au cours de la période de traitement/séjour écoulée, et ce pour un pourcentage représentant environ un quart des journées de la période de traitement/séjour.

4 : ± 50 %: Le type de soins concerné s'est présenté ou a été dispensé au cours de la période de traitement/séjour écoulée pendant la moitié environ des journées de la période de traitement/séjour.

5 : ± 75 %: Le type de soins concerné s'est présenté ou a été dispensé au cours de la période de traitement/séjour écoulée pendant trois quarts au moins des journées de la période de traitement/séjour.

6 : ± 100 %: Le type de soins concerné s'est présenté ou a été dispensé au cours de la période de traitement/séjour pendant la quasi-totalité de la période de traitement/séjour.

Soins de base

- Hygiène stimuler
- Hygiène agir
- (In)continence fécale stimuler
- (In)continence fécale agir
- Mobilité stimuler
- Mobilité agir
- Lever / coucher stimuler
- Lever / coucher agir
- Alimentation stimuler
- Alimentation agir
- Habillage et déshabillage stimuler
- Habillage et déshabillage agir

Administration d'un traitement

- I.V., perfusion
- Injection intramusculaire, sous-cutanée ou intradermique.
- Per os
- Soins en cas de thérapie par choc
- Autre soin spécifique
- Description de « autre soin spécifique »

Récapitulatif des surveillances exercées pendant la période écoulée

Scores utilisés :

1 : 0 % Le type de surveillance ne s'est pas présenté ou n'a pas été dispensé au cours de la période de traitement/séjour écoulée.

2 : + 0 % Le type de surveillance concerné ne s'est guère présenté ou n'a été que rarement dispensé au cours de la période de traitement/séjour écoulée.

3 : ± 25 % Le type de surveillance concerné s'est présenté ou a été dispensé au cours de la période de traitement/séjour écoulée, et ce pour un pourcentage représentant environ un quart des journées de la période de traitement/séjour.

4 : ± 50 %: Le type de surveillance concerné s'est présenté ou a été dispensé au cours de la période de traitement/séjour écoulée pendant la moitié environ des journées de la période de traitement/séjour.

5 : ± 75 %: Le type de surveillance concerné s'est présenté ou a été dispensé au cours de la période de traitement/séjour écoulée pendant trois quarts au moins des journées de la période de traitement/séjour.

6 : ± 100 %: Le type de soins concerné s'est présenté ou a été dispensé au cours de la période de traitement/séjour pendant la quasi-totalité de la période de traitement/séjour.

- Du risque vital et/ou de suicide
- De paramètres vitaux (T.A., T , …)
- D'imprégnation (alcool, drogue, médication,...)
- D'un monitoring ou d'une vidéo surveillance
- Des moyens de contention
- De la chambre d'isolement
- De la mesure de contrainte
- De sortie contrôlée
- De sortie interdite
- Autre mesure de surveillance spécifique

Récapitulatif des évaluations effectuées

Scores utilisés :

1 : jamais

2 : ponctuel

3 : mensuel

4 : hebdomadaire

5 : quotidien

- Examen physique
- Examen mental
- Evaluation sociale
- Testing psychologique
- Evaluation infirmière
- Testing logopédique
- Bilan neurophysiologique
- Bilan biologique
- Réunion de l'équipe thérapeutique
- Coordination avec le réseau
- Concertation médico-légale
- Protocole spécifique
- Autre évaluation spécifique

Récapitulatif des traitements psychotropes et médicamenteux

Scores utilisés :

1 : 0 % Le patient n'était pas traité par ce type de traitement durant la période de

traitement/séjour.

2 : + 0 % Le patient était rarement traité par ce type de traitement durant la période de

traitement/séjour.

3 : ± 25 % Le patient était traité par ce type de traitement durant la période de traitement/séjour durant environ un quart des journées de la période de traitement/séjour.

4 : ± 50 %: Le patient était traité par ce type de traitement durant la période de traitement/séjour durant environ la moitié des journées de la période de traitement/séjour.

5 : ± 75 %: Le patient était traité par ce type de traitement durant la période de traitement/séjour durant environ trois quart des journées de la période de traitement/séjour.

6 : ± 100 %: Le patient était traité par ce type de traitement durant environ la totalité de la période de traitement/séjour.

- Anxiolytiques
- Antidépresseurs
- Neuroleptiques
- Neuroleptiques retard
- Somnifères
- Thymostabilisateurs
- Nootropes
- Médicaments à impact somatique (non-psychotrope)
- Traitement psychophysiologique ou autre psychotrope

Récapitulatif des traitements relationnels

Scores utilisés :

1 : jamais

2 : ponctuel

3 : mensuel

4 : hebdomadaire

5 : quotidien

- Entretien de soutien
- Thérapie de famille, de couple
- Psychothérapie individuelle
- Psychothérapie de groupe
- Kinésithérapie, Thérapie psychomotrice
- Logopédie
- Ergothérapie de type économiquement productive
- Ergothérapie de type économiquement non productive
- AVJ entraînement fonctions de base
- Accompagnement des activités de loisirs & socioculturelles
- Entraînement cognitif, intellectuel
- Intervention psychopédagogique
- Accompagnement social
- Autre traitement relationnel
- Description de « autre traitement relationnel »

Diagnostic DSM IV définitif à la fin de la période de traitement/ séjour

- Axe 1 : syndromes cliniques (codage en DSM IV)
  - 1er diagnostic
  - Diagnostiques secondaires
- Axe 2 : Troubles de la Personnalité / Retard mental(codage en DSM IV)
  - 1er diagnostic
  - Diagnostiques secondaires
- Axe 3 : Affections et troubles Physiques (DSM IV ou ICD-9-CM si non codé en DSM IV)
  - 1er diagnostic
  - Diagnostiques secondaires
- Axe du diagnostique principal

Axe 1 syndrome clinique

Axe 2 Troubles de la personnalité

Axe 3 Affections et troubles physiques

- Axe4 : Problèmes psychosociaux et d'environnement(DSM IV)
  - Diagnostic
  - Aucun problème identifié Oui / Non
  - Au sein du groupe de soutien primaire (famille) Oui / Non
  - Lié à l'environnement social Oui / Non
  - Problèmes éducationnels Oui / Non
  - Problèmes liés au travail Oui / Non
  - Problèmes de logement Oui / Non
  - Problèmes financiers Oui / Non
  - Problèmes liés à l'accès aux soins de santé (Cet item n'est pas d'application pour les Maisons de Soin Psychiatrique et les Initiatives d'Habitation Protégées) Oui / Non
  - Problèmes avec la justice/police ou délit Oui / Non
  - Autres problèmes psychosociaux liés à l'environnement Oui / Non
- Axe5: Evaluation globale du fonctionnement selon l'échelle GAF

Score de 0 à 100

Sortie intermédiaire

- Numéro ID patient
- Numéro d'ordre de traitement/séjour médical
- Numéro d'ordre du mouvement dans un même séjour médico-psychiatrique
- Date de sortie intermédiaire (jjmmaaaa)
- Index de service de traitement :

A service neuro-psychiatrique d'observation et de traitement

A1 hospitalisation de jour en service A

A2 hospitalisation de nuit en service A

K service de neuropsychiatrie infantile

K1 hospitalisation de jour en service K

K2 hospitalisation de nuit en service K

T service neuro-psychiatrique de traitement et Sp-lits psychogériatrie.

T1 hospitalisation de jour en service T

T2 hospitalisation de nuit en service T

TFB Service pour les soins psychiatriques en milieu familial en hôpital (intra-muros)

TFP Places pour les soins psychiatriques en milieu familial (extra-muros)

VP psychogériatrie

Q Maison de Soins Psychiatriques (MSP)

R Initiative d'Habitation Protégée (IHP)

- Numéro ID de l'unité de vie
- Nombre de jours prévus (maximum 30 jours, sinon il s'agit d'une sortie définitive)
- Destination

1 : milieu familal

2 : milieu thérapeutique autre institution

3 : même hôpital général

96 : autre non spécifié

99 : inconnu

- Raison

1 : personnelle (congé)

2 : examen/traitement

3 : juridique

96 : autre non spécifié

99 : inconnu

- Date de réadmission intermédiaire (retour après sortie intermédiaire) (jjmmaaaa)

Sortie médicale

- Numéro ID patient
- Numéro d'ordre de traitement/séjour Médical
- Numéro d'ordre du mouvement dans le séjour médical
- Date de sortie médicale (jjmmaaaa)
- Index de service de traitement

A service neuro-psychiatrique d'observation et de traitement

A1 hospitalisation de jour en service A

A2 hospitalisation de nuit en service A

K service de neuropsychiatrie infantile

K1 hospitalisation de jour en service K

K2 hospitalisation de nuit en service K

T service neuro-psychiatrique de traitement et Sp-lits psychogériatrie.

T1 hospitalisation de jour en service T

T2 hospitalisation de nuit en service T

TFB Service pour les soins psychiatriques en milieu familial en hôpital (intra-muros)

TFP Places pour les soins psychiatriques en milieu familial (extra-muros)

VP psychogériatrie

Q Maison de Soins Psychiatriques (MSP)

R Initiative d'Habitation Protégée (IHP)

- Numéro ID de l'unité de vie
- Mode de sortie

SORTIE NÉGOCIÉE

10 De commun accord

MESURES LÉGALES

11 Transfert et mise en observation dans une autre institution

12 Maintien autre institution

13 Postcure

14 Soins en milieu familial

15 Mesures légales: Autre

SORTIE EXIGÉE

16 Exigée par l'intéressé ou par une autre personne sans l'accord de l'équipe.

17 Exigée par l'équipe sans accord de la personne concernée ou le patient est dansl'incapacité de donner son accord (par exemple il est dans le coma).

SORTIE NON-NÉGOCIÉE

21 Fugue

22 Pas de retour

23 Evasion (dans le cas d'une obligation légale de rester dans le service)

DÉCÈS SANS AUTOPSIE

31 Naturel prévisible

32 Naturel imprévisible

33 Accident

34 Suicide

35 Homicide

DÉCÈS AVEC AUTOPSIE

41 Naturel prévisible

42 Naturel imprévisible

43 Accident

44 Suicide

45 Homicide

99 Inconnu ou circonstances indéterminées (du décès)

Problèmes résiduels à la sortie médicale

Signes & symptômes Psychiques

Scores utilisés :

2 : présent et contribution directe au choix du suivi proposé

1 : présent mais secondaire dans le choix du suivi proposé

0 : absent

La distinction entre les scores 1 ou 2 est optionnelle

- Idées suicidaires
- Menaces d'auto-agression
- Auto-agressivité
- Hostilité, tension, négativisme
- Agressivité envers les objets
- Agressivité envers les personnes
- Humeur dépressive, sentiment d'infériorité
- Ralentissement, diminution des affects
- Affects inappropriés
- Agitation, vociférération
- Anxiété, angoisse, phobies
- Obsessions, compulsions
- Retrait social
- Euphorie
- Hallucinations
- Délires
- Méfiance, sentiment de persécution
- Idées de grandeur (mégalomanie)
- Dépendance excessive à autrui
- Problèmes liés à l'alcool
- Problèmes liés aux médicaments
- Problèmes liés aux drogues I.V.
- Problèmes liés aux autres drogues
- Attitude anti-sociale
- Préoccupations somatiques
- Désorientation
- Problèmes liés à la mémoire
- Problèmes liés au langage
- Autre problème psychique
- Description de « autre problème psychique »

Relations

Scores utilisés :

2 : présent et indication majeure de suivi

1 : présent mais problèmes résiduels et secondaires

0 : absent

La distinction entre les scores 1 ou 2 est optionnelle

- Avec les enfants
- Avec le partenaire
- Avec les figures parentales
- Avec d'autres membres de la famille
- Autre problème relationnel
- Description de « autre problème relationnel »

Problèmes liés au fonctionnement social

Scores utilisés :

2 : présent et indication majeure de suivi

1 : présent mais problèmes résiduels et secondaires

0 : absent

- Etudes
- Travail
- Ménage
- Loisirs
- Autre problème lié au fonctionnement social
- Description de « autre problème lié au fonctionnement social »

Problèmes liés au développement

Scores utilisés :

2 : présent et indication majeure de suivi

1 : présent mais problèmes résiduels et secondaires

0 : absent

- Intellectuel
- Moteur
- Langage
- Maturation des affects
- Autre problème lié au développement
- Description de « autre problème lié au développement »

Problèmes liés aux fonctions physiques

Scores utilisés :

2 : présent et indication majeure de suivi

1 : présent mais problèmes résiduels et secondaires

0 : absent

- Fatigue
- Problèmes liés au sommeil
- Problèmes liés à l'alimentation
- Dégradation de l'état général
- Problèmes sexuels
- Enurésie / encoprésie
- Crise épileptique, convulsions
- Problèmes liés à l'élocution
- Autre problème lié aux fonctions physiques
- Description de « autre problème lié aux fonctions physiques »

Objectifs thérapeutiques visés pour le suivi proposé

- Symptômes psychiques et fonctions physiques

1 Pas d'objectif

2 Stabilisation

3 Réduction

4 Disparition

- Adaptation psychosociale (problèmes relationnels, de fonctionnement social et de développement)

1 Pas d'objectif

2 Stabilisation

3 Réduction

4 Disparition

- Mise au point

1 Non pertinente

2 Du traitement

3 Du diagnostic et du traitement

4 du diagnostic

Suivi proposé

Scores utilisés :

10 Intervention non professionnelle dans l'entourage

21 Médecin généraliste & spécialiste non-psychiatrique privé

22 Consultation privée psychiatre de la même institution ou même hôpital général

23 Consultation privée psychiatre non attaché à l'institution

24 Centre de Santé Mentale

25 Consultation polyclinique même institution ou même hôpital général

26 Consultation polyclinique autre institution

30 Aides professionnelles à domicile

40 Aides professionnels ambulatoires

41 C.P.A.S. et autres centres d'aide sociale

50 Aides professionnels semi-résidentielles

60 Aides professionnels résidentielle

98 Pas de proposition de suivi sur ce point

- Soins de base
- Administration d'un traitement
- Surveillance
- Evaluation
- Traitement somatique
- Traitement psychotrope
- Traitement relationnel
- Accompagnement social
- Autre suivi à préciser
- Description de « autre suivi à préciser »
- Destination

ISOLE

10 Isolé

MILIEU FAMILIAL OU DE REMPLACEMENT

21 Famille fondée

22 Famille parentale

23 Résident ou cohabitant

24 Autre milieu familial ou de remplacement

HABITATION COLLECTIVE

31 Résidence pour personnes âgées

32 Institution de soins aux handicapés

33 Centre d'accueil pour les sans-abri

34 Vie communautaire

35 Institution relevant de la Justice

36 Autre habitation collective

MILIEU THÉRAPEUTIQUE

41 Hôpital psychiatrique

42 Service psychiatrique en hôpital général

43 Maison de Soins Psychiatriques

44 Initiative d'Habitations Protégées

45 Placement en milieu familial

46 Accueil psychiatrique alternatif

47 Hôpital général

48 Autre milieu thérapeutique

AUTRES

96 Autre milieu non-spécifié

98 Sans domicile fixe

99 Inconnue

3.4.3.5 Liste des données du Résume Psychiatrique Minimum discontinu

Donneés discontinues patient

DONNÉES GÉNÉRALES

- Numéro ID patient
- Jour d'enregistrement (jjmmaa)

Pour le fonctionnement du patient et les activités de soins, il s'agit en général du dernier jour de la semaine d'enregistrement.

- Index de service de traitement

A service neuro-psychiatrique d'observation et de traitement

A1 hospitalisation de jour en service A

A2 hospitalisation de nuit en service A

K service de neuropsychiatrie infantile

K1 hospitalisation de jour en service K

K2 hospitalisation de nuit en service K

T service neuro-psychiatrique de traitement et Sp-lits psychogériatrie.

T1 hospitalisation de jour en service T

T2 hospitalisation de nuit en service T

TFB Service pour les soins psychiatriques en milieu familial en hôpital (intra-muros)

TFP Places pour les soins psychiatriques en milieu familial (extra-muros)

VP psychogériatrie

- Numéro ID de l'unité de vie
- Numéro du groupe de traitement 1 (2 chiffres, propres à l'institution)
- Numéro du groupe de traitement 2 (2 chiffres, propres à l'institution)
- Présence du patient au premier jour de la semaine d'enregistrement

0 Absent le jour de l'enregistrement

1 Patient présent uniquement la nuit

2 Patient présent une partie de la journée, et pas la nuit

3 Présent toute la journée, mais absent la nuit

4 Présent une partie de la journée et de la nuit

- Présence du patient au deuxième jour de la semaine d'enregistrement
- Présence du patient au troisième jour de la semaine d'enregistrement
- Présence du patient au quatrième jour de la semaine d'enregistrement
- Présence du patient au cinquième jour de la semaine d'enregistrement
- Présence du patient au sixième jour de la semaine d'enregistrement

FONCTIONNEMENT DU PATIENT

Fonctionnement de Base

- L'alimentation (période d'observation : 1 jour)

1. indépendant

2. autonome, à condition d'aide préalable ou d'incitation

3. aide pour un ou plusieurs éléments mais pas constamment

4. dépendant mais le patient collabore

5. totalement dépendant

- Se laver (période d'observation : 1 jour)

1. indépendant de sa propre initiative

2. autonome, à condition d'aide préalable ou d'incitation

3. indépendant au-dessus de la ceinture, aide nécessaire en dessous

4. doit être lavé au-dessus et en dessous de la ceinture mais il collabore

5. totalement dépendant

- Mobilité (période d'observation : 1 jour)

1. indépendant sur de longues distances

2. à l'aide de matériel sur de longues distances

3. sur de courtes distances

4. se déplace avec l'aide des autres

5. totalement dépendant

- Transfert aux toilettes (période d'observation : 1 jour)

1. indépendant

2. à condition d'aide matérielle

3. à condition de surveillance ou d'incitation

4. à condition de recevoir l'aide d'autrui

5. totalement dépendant

- Incontinence (période d'observation : 2 semaines dont le jour d'enregistrement)

1. continent pour urines et selles, jour et nuit

2. accident occasionnel (1 fois par semaine) ou nécessité de rappel pour que le patient s'exécute

3. incontinent durant la nuit pour les urines ou selles plus d'une fois par semaine

4. incontinent pour urines ou selles, jour et nuit

- Reconnaissance des personnes (période d'observation : 2 semaines dont le jour d'enregistrement)

1. reconnaît et désigne par leur nom les personnes familières de même que les personnes moins familières.

2. reconnaît seulement les membres de sa famille ou les personnes proches et les appelle par leur nom.

3. donne des signes de reconnaissance des personnes familières, mais ne retrouve pas leur nom.

4. confond les personnes et les noms.

5. ne reconnaît personne.

- Orientation dans le temps (période d'observation : 2 semaines dont le jour d'enregistrement)

1. orientation correcte

2. à condition de bénéficier d'indications

3. utilisation inexacte des notions de temps

4. vit la plupart du temps dans le passé

Fonctionnement Social

Période d'observation : 1 mois dont le jour d'enregistrement

- Transports en commun

1. indépendant

2. indépendant pour des trajets connus

3. à condition d'être accompagné avant ou après le trajet

4. à condition d'être accompagné pendant le trajet ou de voyager en groupe

5. ne voyage pas

9. pas de données ou pas de données suffisantes à ce moment

- Faire des courses

1. indépendant

2. indépendant pour des produits courants dans un ou plusieurs magasins

3. à condition d'être surveillé

4. à condition de présence permanente, ou seulement 1 produit dans 1 magasin

5. le patient ne fait pas de courses

9. pas de données ou pas de données suffisantes à ce moment

- Gérer l'argent

0. non appliqué : le patient a moins de 16 ans

1. gestion échelonnée sur un ou plusieurs mois

2. gestion échelonnée sur une ou plusieurs semaines

3. gestion échelonnée sur un ou plusieurs jours

4. ne gère pas d'argent OU ne gère pas ses finances d'une façon responsable

9. pas de données ou pas de données suffisantes à ce moment

- Indépendance administrative

0. non appliqué : le patient a moins de 18 ans

1. indépendant

2. à condition de surveillance, éventuellement par une instruction détaillée

3. aide effective

4. n'effectue aucune action administrative même si c'est nécessaire ou il s'oppose

9. pas de données ou pas de données suffisantes à ce moment

Gestion du Comportement

Période d'observation : 2 semaines dont le jour d'enregistrement

- Degré d'initiative

1. prend l'initiative sans difficultés et effectue les activités à un rythme adapté

2. commence difficilement ou exécute lentement des activités

3. commence difficilement les tâches de routine ou les exécute très lentement

4. manque d'initiative : inertie totale

9. pas de données ou pas de données suffisantes à ce moment

- Loisirs

1. un éventail d'occupations bien structurées

2. quelques occupations régulières

3. une occupation ou des occupations irrégulières et de manière variable

4. importants problèmes de structuration

5. guère ou aucune structure

9. pas de données ou pas de données suffisantes à ce moment.

- Comportement socialement acceptable

1. dans et en dehors d'un milieu protégé

2. dans et en dehors d'un milieu protégé, à condition de surveillance

3. seulement dans un milieu protégé

4. comportement socialement inacceptable

9. pas de données ou pas de données suffisantes à ce moment

- Communication avec autrui

1. communication variée et réaliste

2. communication imprécise

3. communication sur un seul sujet

4. communication verbalement très limitée

5. communication non-verbale

- Réactions d'autrui à la présentation

1. aucune restriction : présentation acceptable

2. restriction limitée : des remarques

3. restriction manifeste : critiques régulières et mesures limitées

4. restriction sévère : présentation inacceptable et plusieurs mesures

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

- Contribution à l'ambiance et au maintien du cadre de vie

1. aucune restriction : contribution acceptable

2. restriction limitée : contribution variable

3. restriction manifeste : se retire manifestement, les autres se chargent de certaines tâches

4. restriction sévère : démissionne (presque) complètement et presque toutes ses tâches sont effectuées par d'autres.

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

- Respect d'autrui

1. aucune restriction : tient suffisamment compte des intérêts des autres

2. restriction limitée : en tient compte d'une manière variable

3. restriction manifeste : tient peu compte des autres ou existence de conflits manifestes

4. sérieuse restriction : ne tient (presque) pas compte des autres

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

- Lien effectif avec des amis

1. aucune restriction : contacts réguliers avec un certain nombre d'amis et de relations

2. restriction limitée : un nombre limité d'amis et relations

3. restriction manifeste : presque pas d'amis

4. sérieuse restriction : pas d'amis et (presque) pas de relations

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

Comportement Relationnel

Période d'observation : 2 semaines dont le jour d'enregistrement

- Comportement relationnel avec cohabitants

1. aucune restriction: bons contacts

2. restriction limitée: relation quelque peu perturbée

3. restriction manifeste: conflits manifestes

4. sérieuse restriction: relation très mauvaise ou rompue

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

- Comportement relationnel avec amis (non-cohabitants)

0. non appliqué: pas d'amis

1. aucune restriction : bons contacts

2. restriction limitée : relation quelque peu perturbée

3. restriction manifeste : conflits manifestes

4. sérieuse restriction : relation très mauvaise ou rompue

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

- Comportement relationnel avec frères et sœurs

0. non appliqué : pas ou plus de frères ou soeurs

1. aucune restriction : relations qualitativement bonnes

2. restriction limitée : relation quelque peu perturbée

3. restriction manifeste : conflits manifestes

4. sérieuse restriction : relation très mauvaise ou rompue

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

- Comportement relationnel avec les figures parentales

0. non appliqué : les figures parentales sont mortes ou le patient a plus de 65 ans

1. aucune restriction : bonnes relations

2. restriction limitée : relation quelque peu perturbée

3. restriction manifeste : conflits manifestes

4. sérieuse restriction : relation très mauvaise ou rompue

9. pas de données ou pas de données suffisantes au moment de l'enregistrement

LES SOINS (enregistrés par semaine)

- Urgence psychiatrique

0. Non appliquée pour la semaine d'enregistrement

1. Appliquée

- Anamnèse

0. non appliquée pendant la semaine d'enregistrement

1. anamnèse limitée : 1 heure ou moins

2. anamnèse étendue : plus d'une heure

- Observation structurée

0. pas d'observation systématique pendant la semaine d'enregistrement

1. observation systématique occasionnelle

2. observation systématique périodique

- Activités diagnostiques

0. Non appliquée pour la semaine d'enregistrement

1. Appliquée

- Régime diététique

0. Non appliquée pour la semaine d'enregistrement

1. Appliquée

- Activités de travail

0. non appliqué: pas d'activités de travail durant la semaine d'enregistrement

1. moins de 3 heures d'activités de travail durant la semaine d'enregistrement

2. 3-15 heures

3. 15 heures ou plus

- Entraînement des aptitudes socio-économiques

0. Non appliquée pour la semaine d'enregistrement

1. Appliquée

- Accompagnement thérapeutiquedes activités ménagères

0. Pas d'accompagnement des activités ménagères pendant la semaine d'enregistrement

1. Moins d'une heure d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement

2. 1à 3 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement

3. 4 à 8 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement

4. 9 à 15 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement

5. Plus de 15 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement

- Accompagnement des activités socio-culturelles, sociales et de loisirs

0. Pas d'accompagnement thérapeutique d'activités socioculturelles, sociales et d'aménagement des loisirs pendant la semaine d'enregistrement

1. Moins de 3 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement

2. 3 à 7 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement

3. 8 à 15 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement

4. Plus de 15 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement

- Accompagnement des problèmes sociaux ou juridiques

0. non appliqué pendant la semaine d'enregistrement

1. une ou plusieurs sessions occasionnelles d'accompagnement

2. une ou plusieurs sessions d'accompagnement systématique

- Accompagnement à la relation patient – milieu

0. non appliqué pendant la semaine d'enregistrement

1. une ou plusieurs sessions occasionnelles d'accompagnement

2. une ou plusieurs sessions d'accompagnement systématique

- Psychothérapie

0. non appliqué pendant la semaine d'enregistrement

1. psychothérapie de moins d'une heure durant la semaine d'enregistrement

2. 1- 2 heures de psychothérapie au cours de la semaine d'enregistrement

3. 3 - 13 heures de psychothérapie au cours de la semaine d'enregistrement

4. 14 heures ou plus de psychothérapie au cours de la semaine d'enregistrement

- Administration de médication psycho-pharmacologique

nombre d'administrations pendant la semaine d'enregistrement

0 = pas d'administration pendant la semaine d'enregistrement

1 - 999 = nombre d'administrations

- Administration de médication somatique

nombre d'administrations pendant la semaine d'enregistrement

0 = pas d'administration pendant la semaine d'enregistrement

1 - 999 = nombre d'administrations

- Administration de médication IM/SC/ID

nombre d'administrations pendant la semaine d'enregistrement

0 = pas d'administration pendant la semaine d'enregistrement

1 - 999 = nombre d'administrations

- Enregistrement des paramètres biologiques

0. pas de mesure pendant la semaine d'enregistrement

1. une annotation du paramètre le plus fréquent annoté

2. deux annotations

3. 3-5 annotations

4. 6-9 annotations

5. 10-17 annotations

6. 18 annotations ou plus

- Prélèvements de sang

0. Non appliqué pour la semaine d'enregistrement

1. Appliqué

- Soins à une plaie

0. pas de soins à une plaie pendant la semaine d'enregistrement

1. 1-5 soins à une plaie

2. 6-16 soins à une plaie

3. 17 soins à une plaie ou plus

- Liberté de déplacement

1. demeure dans une unité de vie ouverte : peut quitter l'institution de commun accord

2. demeure dans une unité de vie fermée : peut quitter l'institution après permission

3. en dehors de l'institution à condition d'être accompagné par un tiers

4. en dehors de l'unité de vie à condition d'être accompagné d'un membre de l'équipe de soins

- Accompagnement physique vers et à partir d'un autre service ou institution

0. Pas d'accompagnement physique pendant la semaine d'enregistrement

1. Accompagnement physique isolé pendant la semaine d'enregistrement

2. Plusieurs accompagnements physiques pendant la semaine d'enregistrement

3. Des accompagnements physiques journalières pendant la semaine d'enregistrement

4. Un accompagnement physique pour chaque déplacement du patient vers un autre service ou institution ou dans le sens pendant la semaine d'enregistrement

- Moyens de contention

0. pas de moyens de protection pendant la semaine d'enregistrement

1. moins de 7 heures pendant la semaine d'enregistrement

2. 7 heures ou plus d'utilisation de mesures de protection pendant la semaine d'enregistrement

- Isolement au cabanon

0. Non appliqué pour la semaine d'enregistrement

1. Appliqué

- Mesure d'isolement (autre que cabanon)

0. Non appliqué pour la semaine d'enregistrement

1. Appliqué

- Activités régulières individuelles

0. pas d'activités régulières pendant la semaine d'enregistrement

1. au moins une activité régulière pendant la semaine d'enregistrement

- Activités régulières en groupe

0. pas d'activités régulières en groupe pendant la semaine d'enregistrement

1. moins de 3 heures d'activités régulières en groupe pendant la semaine d'enregistrement

2. 3 - 12 heures pendant la semaine d'enregistrement

3. 13 - 18 heures pendant la semaine d'enregistrement

4. 19 - 35 heures pendant la semaine d'enregistrement

5. plus de 35 heures pendant la semaine d'enregistrement

- Activités d'accompagnement non structurées et non planifiées

0. pas d'activités non planifiées pendant la semaine d'enregistrement

1. moins de 3 heures d'activités non planifiées durant la semaine

2. 3 à 12 heures d'activités non planifiées durant la semaine

3. 13 - 18 heures d'activités non planifiées durant la semaine

4. 19 - 35 heures d'activités non planifiées durant la semaine

5. 36 à 49 heures d'activités non planifiées durant la semaine

6. 50 à 90 heures d'activités non planifiées durant la semaine

7. plus de 90 heures d'activités non planifiées durant la semaine

ECHANTILLON DONNEES EQUIPE DE SOINS (par semaine d'enregistrement)

- Jour d'enregistrement (jjmmaa)
- Numéro ID de l'unité de vie
- Nombre d' E.T.P. infirmiers psychiatriques (2 chiffres et 2 décimales)
- Nombre d'heures des infirmiers psychiatriques (4 chiffres sans décimales)
- Nombre d' E.T.P. infirmiers sociaux
- Nombre d'heures des infirmiers sociaux
- Nombre d' E.T.P. infirmiers généraux et autres infirmiers
- Nombre d'heures des infirmiers généraux et autres infirmiers

- Nombre d' E.T.P. du personnel auxiliaire
- Nombre d'heures du personnel auxiliaire
- Nombre d' E.T.P. stagiaires de personnel infirmier ou soignant
- Nombre d'heures des stagiaires de personnel infirmier ou soignant
- Nombre d' E.T.P. du corps médical
- Nombre d'heures du corps médical
- Nombre d' E.T.P. de personnel psychologique et pédagogique
- Nombre d'heures du personnel psychologique et pédagogique
- Nombre d' E.T.P. du personnel de l'assistance sociale
- Nombre d'heures du personnel de l'assistance sociale
- Nombre d' E.T.P. du personnel resocialisant
- Nombre d'heures du personnel resocialisant
- Nombre d' E.T.P. autres membres de l'équipe de soins
- Nombre d'heures des autres membres de l'équipe de soins
- Nombre d' E.T.P. stagiaires à l'exception du personnel infirmier ou soignant
- Nombre d'heures des stagiaires à l'exception du personnel infirmier ou soignant

LISTE DE DONNÉES DE JOURNÉES D'ENTRETIEN RÉALISÉES

PAR INDEX DE SERVICE (enregistrement par trimestre)

- Trimestre de l'année
- L'index du service

A service neuro-psychiatrique d'observation et de traitement

A1 hospitalisation de jour en service A

A2 hospitalisation de nuit en service A

K service de neuropsychiatrie infantile

K1 hospitalisation de jour en service K

K2 hospitalisation de nuit en service K

T service neuro-psychiatrique de traitement et Sp-lits psychogériatrie.

T1 hospitalisation de jour en service T

T2 hospitalisation de nuit en service T

TFB Service pour les soins psychiatriques en milieu familial en hôpital (intra-muros)

TFP Places pour les soins psychiatriques en milieu familial (extra-muros)

VP psychogériatrie

Q Maisons de Soins Psychiatriques

R Initiatives d'Habitations protégées

- Nombre moyen de lits/places d'hospitalisation complète (maximum 6 chiffres + 2 décimales)
- Nombre moyen de lits/places d'hospitalisation partielle
- Mois 1 (premier mois du trimestre auquel se rapportent les journées dentretien enregistrées)

01 Janvier

04 Avril

07 Juillet

10 Octobre

- Nombre de journées d'entretien complètes réalisées au cours du mois 1 (journées facturées à 100% à l'INAMI) Maximum 8 chiffres et 2 décimales
- Nombre de journées d'entretien partielles réalisées au cours du mois 1 (journées facturées à moins de 100% à l'INAMI) Maximum 8 chiffres et 2 décimales
- Nombre pondéré de journées d'entretien partielles au cours du mois 1 = Somme de toutes les journées d'entretien partielles réalisées, multipliée par le pourcentage du prix total auquel elles ont été facturées (donnée facultative)
- Mois 2

02 Février

05 Mai

08 Août

11 Novembre

- Nombre de journées d'entretien complètes réalisées au cours du mois 2
- Nombre de journées d'entretien partielles réalisées au cours du mois 2
- Nombre pondéré de journées d'entretien partielles au cours du mois 2
- Mois 3

03 Mars

06 Juin

09 Septembre

12 Décembre

- Nombre de journées d'entretien complètes réalisées au cours du mois 3
- Nombre de journées d'entretien partielles réalisées au cours du mois 3
- Nombre pondéré de journées d'entretien partielles au cours du mois 3

3.5 TIME CHARACTERISTICS

3.5.1 Periodicity of updates

Chaque année

3.5.2 Longitudinality

L'enregistrement RPM porte sur la totalité du séjour médico-psychiatrique (changement d'unités de vie, sorties et réadmissions intermédiaires comprises) du patient dans une institution psychiatrique. Le séjour psychiatrique forme ainsi une unité d'enregistrement.

Par contre, le numéro de patient change selon le séjour médico-psychiatrique et l'institution considérée. Une étude longitudinale sur le patient est donc difficile.

3.5.3 Period covered by the data

1996-2003

3.5.4 Date (of versions/updates)

Dernière versoin disponible: 2003

3.6 DATA PROCESS

3.6.1 Information – description documents on the data-process

Les instructions d'exportation vers le ministère, ainsi que la nature de certains contrôle sont disponibles sur le manuel d'utilisation du R.P.M. :

https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET_PG/HOMEPAGE_MENU/GEZONDHEIDZORG1_MENU/ZORGINSTELLINGEN1_MENU/REGISTRATIESYSTEMEN1_MENU/MPGMINIMALEPSYCHIATRISCHEGEGEVENS1_MENU/DIRECTIVES1_HIDE/DIRECTIVES1_DOCS/MANUELRPM%203EDITION_FR_0.PDF

3.6.2 Data sources (organisations/databases)

- Hôpitaux psychiatriques
- Services psychiatriques des hôpitaux généraux
- Initiatives d'habitations protégées

- Maisons de soins psychiatriques

3.7 DATA PROCESS PLAN

3.7.1 ETL

Un programme informatique pour l'exportation du R.P.M. est fourni aux hôpitaux par le SPF Santé Publique. Le programme « Clipper » existant devrait être changé très prochainement par une application java (objectif : exportation des données par internet). L'entièreté du processus ETL est en cours de restructuration.

3.7.2 Analysis

Analyses croisées, cartes de contrôle pour mesurer les évolutions statistiques dans le temps, analyse des tendances du RPM avec la méthode « ratio to moving ».

3.8 DATA QUALITY PLAN

Avant exportation, les envois sont refusés et renvoyés pour correction s'ils contiennent plus d'1% d'items vides, tous types de fiches confondues.

Les envois sont refusés et renvoyés pour correction s'ils contiennent plus de 2% d'items remplis avec un code "inconnu", tous types de fiches confondues.

Les envois sont refusés et renvoyés pour correction s'ils contiennent plus de x % d'items ayant des codes erronés, fautifs, tous types de fiches confondues.

Il n'y a pas d'audit externe réalisé car le MPG ne sert à aucune forme de financement.

Dans le passé les rapports nationaux constituaient une forme de contrôle de qualité des données. Dans le futur les institutions recevront un feed-back individuel qui leur permettra de contrôler la qualité des données envoyées.

3.9 DATA ACCESS PROCEDURE

Pas de détails connus.

4 MUG - SMUR

4.1 DESCRIPTION

Gegevens m.b.t. de interventies uitgevoerd door de Mobile Urgentiegroepen (MUG) verbonden aan Belgische ziekenhuizen. De registratie gebeurt aan de hand van een door de FOD Volksgezondheid (FOD VG) aan de ziekenhuizen ter beschikking gestelde Access™-applicatie met een exportfunctie voor semestriële verzending van gegevens.

4.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		FOD VG
Naam van het register		MUG-SMUR
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption
	Subdomein(en)	Utilization, D&T specifications
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Klinisch Administratief
	Hoofddiscriminant(en)	MUG-interventies
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	alle MUG-interventies
	Zorglijn(en)	intramuraal extramuraal
Tijdsaspecten	**Start**	01-10-2003
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu semesterieel
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	ICD-9-CM, E-codes
	Specificaties	Algemene, niet-psychiatrische ziekenhuizen

4.2 MANAGING ORGANISATION

- Name: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen (DG1)
- NUTS level: BE

4.2.1 Responsible persons:

- Name: Chris Decoster
  - Role: Directeur-generaal DG1 (eindverantwoordelijke).
  - Telephone: 02 524 85 00
  - E-mail: chris.decoster@health.fgov.be
  - Secretariaat: 02 524 85 01

- Name: Ingrid Mertens
  - Role: Hoofd datamanagement FOD Volksgezondheid
  - Telephone: 02 524 86 40
  - E-mail: ingrid.mertens@health.fgov.be
  - Secretariaat: Albert Pirongs – albert.pirongs@health.fgov.be - 02 524 86 41
- Name: Rony Van Kerckem
  - Role: receptie exportdata van de MUG-diensten
  - Telephone: 02 524 86 55
  - E-mail: ronny.vankerchem@health.fgov.be
- Name: Katrien Broekaert
  - Role : applicatiesupport & beheer referentielijsten
  - Telephone: 02 524 86 51
  - E-mail: katrien.broekaert@health.fgov.be

4.2.2 Financing:

- Source: FOD Volksgezondheid.
- Budget: geen details beschikbaar.
- Number of people involved: geen details beschikbaar.

4.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

4.3.1 Reasons for data

De registratie werd opgezet om de federale overheid in staat te stellen de programmatie en financiering van MUG-diensten uit te bouwen. Omtrent deze laatste aspecten bestaat een rijke legislatie, maar tot op heden is nog geen KB uitgebracht dat de inhoudelijke aspecten van de registratie en de export van gegevens naar de FOD VG regelt.

Wettelijk kader

- 29 JANUARI 2003 – Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.
- 18 JULI 2002 – Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 april 1965 houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende aanwijzing van de gemeenten als centra voor het eenvormig oproepstelsel.
- 15 JULI 2002 – Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 april 1995 waarbij sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987,

toepasselijk worden verklaard op de functie " mobiele urgentiegroep ".

- 25 APRIL 2002 – Koninklijk besluit betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (art. 55, § 1).
- 14 JANUARI 2002 – Wet houdende maatregelen inzake gezondheidszorg.
- 23 OKTOBER 2001 – Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 april 1965 houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende aanwijzing van de gemeenten als centra voor het eenvormig oproepstelsel.
- 10 AUGUSTUS 1998 – Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 april 1965 houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende medische hulpverlening en houdende aanwijzing van de gemeenten als centra van het eenvormig oproepstelsel.
- 10 AUGUSTUS 1998 – Koninklijk besluit tot oprichting van de Commissies voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening.
- 11 APRIL 1995 – Koninklijk besluit tot vaststelling van de programmatiecriteria die van toepassing zijn op de functie "mobiele urgentiegroep".

4.3.2 Purpose of database

De MUG-registratie heeft de volgende doelstellingen:

- activiteitenregistratie per interventie voor alle MUG-diensten ;
- de inplanting van erkende MUG-diensten evalueren ;
- de efficiëntie van niet-erkende MUG's bestuderen.

4.3.3 Users of data (organisations)

De databank wordt voorlopig exclusief gebruikt door de FOD Volksgezondheid. Modaliteiten van gegevenstoegang voor externe onderzoeksgroepen zijn nog niet bekend.

4.3.4 Applications

Het registratieprogramma dat de F.O.D. Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu ter beschikking stelt aan de MUG-diensten is geschreven in Access™ 2000. Het gebruik van dit programma is aangeraden, echter niet verplicht. Maar in ieder geval moeten de gegevens, die aan de F.O.D. worden geleverd, dezelfde voorgeschreven layout hebben.

Het registratieprogramma bestaat uit een aantal modules die elk een specifieke functionaliteit hebben. Wat de kernmodule 'registratie fiches' betreft, volgt het programma een structurele opbouw in drie onderdelen :

- administratieve gegevens ;
- klinische balans ;
- behandelingsgegevens.

Deze module is in feite de neerslag van de papieren fiche.

De databank die door het registratieprogramma wordt gecreëerd, blijft lokaal ter beschikking van de MUG-diensten. Alles wat gecodeerd wordt, wordt opgenomen in deze databank. Deze databank is beveiligd aan de hand van een paswoord en gegevens kunnen niet gewijzigd worden. Op het moment van export naar de F.O.D., worden sommige gegevens meegestuurd en andere niet. In sommige gevallen worden gegevens meegestuurd naar de F.O.D., maar worden ze niet als dusdanig opgeslagen in de FOD databanken. Ze worden onderworpen aan een transformatie of routine die op clientniveau te veel resources zou vragen.

4.3.5 New evolutions

- Regelmatige updates en patches voor het bestaande registratieprogramma worden via internet ter beschikking gesteld op URL:
- https: //portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,710650&_dad=portal&_schema=PORTAL
- Verder wordt momenteel gewerkt aan een complete herziening van de MUG-registratie. Sommige variabelen zullen verdwijnen en nieuwe zullen gecreëerd worden. Het MUG-registratieprogramma zal ook vervangen worden.

4.4 CONTENTS

4.4.1 Information – Description documents on the contents

Handleidingen en lay-out bestanden worden eveneens via internet ter beschikking gesteld op URL:
https: //portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,710640&_dad=portal&_schema=PORTAL

4.4.2 Exhaustivity

De registratie omvat elke MUG-interventie en is dus in dit opzicht volledig.

4.4.3 Variables

Onze opsomming betreft enkel de variabelenset opgenomen in het exportbestand dat semestrieel naar de F.O.D. wordt verstuurd. Meer details zijn terug te vinden in de handleiding.

4.4.3.1 Administratief luik

Variabele	Label	Type	Size	Mogelijke waarden
CODE08		Text	2	Altijd 8
MUGnummer	MUG N	Text	6	Uniek identificatienummer van de MUG-dienst
CICnr	Campus	Text	4	Campusnummer van de campus welke deel uitmaakt van de MUG-functie die op het moment van de interventie operationeel is - gegenereerd door referentietabel
SMUR	MUG fiche No	Long integer	6	Er moet een uniek MUG-fichenummer van 6 cijfers geregistreerd worden in formaat 999999 (6 posities) Het MUG-fichenummer wordt gebruikt om de koppeling te maken met de spoedgevallenregistratie. Één patiënt betekent één fiche en betekent dus één MUG-fichenummer.
HEURE	Alarmtijd 100	Integer	4	Hierin dient het exacte tijdstip waarop de oproeper de 100-centrale heeft gebeld, vermeld te worden. In de eerste 2 posities komt het uur te staan, in de laatste 2 posities komen de minuten te staan (0000-2359). Men dient te registreren volgens een 24h-systeem, dus niet met AM en PM. Men vermijdt een foutboodschap indien men de tijdstippen voor 10h aanduidt met een nul ervoor, bijvoorbeeld : 04: 45.
TRANSP	Transport op vraag van	Text	2	1 = patiënt of familie; 2 = 100 Zone; 3 = Arts Regulator; 4 = Huisarts; 5 = Mug-arts; 6 = Overleden na CPR; 7 = Overleden zonder CPR; 8 = Vervoer overbodig; 9 = Valse oproep; 10 = Reeds weggevoerd; 11 = Geweigerd; 12 = Oproep geannuleerd; 13 = Onbekend; 14 = Andere; 15 = Onbekend; 16 = Geen patiënt; 0 = Niet geregistreerd
DESTIN	Na spoed	Integer	1	In dit veld wordt aangegeven waarheen de patiënt wordt gebracht bij het verlaten van de spoedgevallendienst. 0 = Onbekend; 1 = Ziekenhuis; 2 = Transfer ander ziekenhuis; 3 = Overleden; 4 = Terug naar huis; 5 = Niet geregistreerd. Er moet een getal van één cijfer geregistreerd worden
NAGR	Transport naar	Text	4	In dit veld wordt het ziekenhuis aangegeven waarheen de patiënt vervoerd is, al dan niet met begeleiding van de MUG – gegenereerd door referentietabel
ACCOMPSMUR	MUG-begeleiding	Yes/No	1	Dit veld moet worden aangevinkt indien de MUG de patiënt heeft begeleid in het transport.
LIEUVIM	Startplaats MUG	Text	1	1 = Ziekenhuis; 3 = Missie; 4 = Standby; 5 = Tweede vertrek; _ = Onbekend; 0 = Niet geregistreerd
IDVIM	MIW nummer	Text	10	Identificatiecode MUG-voertuig
StartingPlace	Basis	Text	50	In dit veld wordt het 'type' startplaats aangegeven – gegenereerd door referentietabel: 1) ziekenhuis : de MIW is vanuit zijn reguliere standplaats vertrokken; 2) missie : de MIW is op de terugweg van een

				afgeronde missie en wordt vooraleer hij terug op zijn standplaats is, opgeroepen voor een volgende missie; 3) stand-by : dit type vertrek heeft betrekking op de missies van het soort 'sportmanifestatie', m.a.w. de MIW staat vertrekkingsklaar met de medische equipe aan boord op een locatie verschillend van zijn normale standplaats; 4) tweede vertrek: een MIW en zijn medische equipe zijn bezig met een interventie en een andere MIW wordt opgeroepen om betrokken te worden bij hetzelfde incident.
StartPOSTCODE	Postcode	Text	4	postcode van de startplaats van de MIW – gegenereerd door referentietabel
StartStraat	Straat	Text	50	straatnaam van de startplaats van de MIW – gegenereerd door referentietabel
StartStraatHUISNR	Nummer	Text	10	huisnummer van de startplaats
START_NISCode		Text	5	NIS-code van de startplaats van de MIW – gegenereerd door referentietabel
START_Volgnr		Text	4	postcode én straat van de startplaats van de MIW worden vertaald naar het INTERV_Volgnummer, gegenereerd door referentietabel
APPELANT	Oproep 100 door:	Text	2	1 = Arts; 2 = M.U.G; 3 = Ambulance; 4 = Ziekenhuis; 5 = RVT; 6 = Politie; 7 = Brandweer; 8 = Particulier; 9 = Andere; 10 = Onbekend; 0 = Niet geregistreerd
INTERVCOPOST	Interventieadres postcode	Text	4	postcode van het interventieadres – gegenereerd door referentietabel
INTERVRUE	Interventieadres straat	Text	50	straatnaam van het interventieadres – gegenereerd door referentietabel
INTERVNO	Interventieadres nummer	Text	10	huisnummer van het interventieadres
INTERV_NISCode		Text	5	NIS-code van de plaats van interventie – gegenereerd door referentietabel
INTERV_Volgnr		Text	4	postcode én straat van de interventie worden vertaald naar het INTERV_Volgnummer, gegenereerd door referentietabel
MUGdate	Alarmtijd 100 – Datum	Date/Time	6	datum waarop de MUG-dienst door de 100-centrale verwittigd werd – dd/mm/yy
MUGFullDate	Datum Interventie	Date/Time	10	dd/mm/yy hh = nn : datum en tijdstip waarop de MUG interveniëert (afgeleid uit de tijd van oproep MUG)
DELVI1	Oproep MUG	Integer	4	0000-2359 (uumm) Er moet een getal van 4 cijfers geregistreerd worden
DELVI2	Vertrek MUG	Integer	4	0000-2359 (uumm) Er moet een getal van 4 cijfers geregistreerd worden
DELVI3	Aankomst ter plaatse	Integer	4	0000-2359 (uumm) Er moet een getal van 4 cijfers geregistreerd worden

DELVI4	Vertrek ter plaatse	Integer	4	0000-2359 (uumm) Er moet een getal van 4 cijfers geregistreerd worden
DELVI5	Aankomst ziekenhuis	Integer	4	0000-2359 (uumm) Er moet een getal van 4 cijfers geregistreerd worden
MEDECIN	Arts	Text	1	1 = Ter Plaatse; 2 = Niet ter plaatse; 3 = Vertrokken; 4 = Onbekend; 0 = Niet geregistreerd
LIEU	Interventie – plaats	Text	1	1 = Prive; 2 = Openbaar; 3 = Verkeer; 4 = School; 5 = Arbeidsplaats; 6 = Sport; 7 = Andere; 8 = Secundair transport; 9 = Onbekend; 0 = Niet geregistreerd
MEDSMUR	MUG-arts	Text	8	identificatienummer MUG-arts
SPESMUR	Specialisatie	Text	3	specialisatie van de MUG-arts – gegenereerd door referentietabel
ANNSMUR	Jaar/jaren	Text	1	anciënniteit van de MUG-arts – gegenereerd door referentietabel
MEDREC	Ziekenhuisarts	Text	8	identificatienummer van de betrokken ziekenhuisarts
SPEREC	Specialisatie	Text	3	specialisatie van de ziekenhuisarts – gegenereerd door referentietabel
ANNREC	Jaar/jaren	Text	1	anciënniteit van de ziekenhuisarts – gegenereerd door referentietabel
ACCOMP1	Begeleider	Text	8	identificatienummer MUG-begeleider
SPEACCOMP1		Text	3	specialisatie MUG-begeleider- gegenereerd door referentietabel
ANNACCOMP1		Text	2	anciënniteit MUG-begeleider- gegenereerd door referentietabel
ACCOMP2	Andere	Text	8	In dit veld wordt de betrokken tweede begeleider ingevuld.
SPEACCOMP2		Text	3	specialisatie tweede begeleider – gegenereerd door referentietabel
ANNACCOMP2		Text	2	anciënniteit tweede begeleider- gegenereerd door referentietabel
AGE		Text	3	Deze waarde wordt berekend op basis van de geboortedatum van de patiënt
SEXE	Geslacht	Text	1	M = Man; F = Vrouw; _ = Onbekend
TYPEACC	Ongeval (verkeer)	Text	1	1 = Geen ongeval; 2 = Voetganger; 3 = Tweewieler; 4 = Auto/Vrachtwagen; 5 = Onbekend; 6 = Openbaar vervoer 0 = Niet geregistreerd
PROTECT	Ongeval (verkeer)	Text	1	1 = Helm; 2 = Geëjecteerd; 3 = Geklemd; 4 = Onbekend; 0 = Niet geregistreerd

4.4.3.2 Klinisch luik

Variabele	Label	Type	Size	Mogelijke waarden
	Vitale tekens:			
RESP_AN	Abnorm. Adh.	Yes/No	1	
CYANOSE	Cyanose	Yes/No	1	
INCONSCIEN	Onbewust	Yes/No	1	
AGITE	Geagiteerd	Yes/No	1	
CONVULSION	Convulsies	Yes/No	1	
DEFICIT	Motor. Deficiet	Yes/No	1	
PUPILLE	Pupillen	Integer	1	1 = Normaal; 2 = Myosis; 3 = Mydriase; 4 = Anisocorie; 0 = Niet geregistreerd.
OUVYEUX	Openen ogen	Integer	1	1 = Geen; 2 = Bij pijn; 3 = Bij Stemgeluid; 4 = Spontaan; 0 = Niet geregistreerd
REPVERB	Verbale respons	Integer	1	1 = Geen; 2 = Onbegrijpelijk; 3 = Onaangepast; 4 = Verward; 5 = Gericht; 0 = Niet geregistreerd
REPMOTR	Motorische respons	Integer	1	1 = Geen; 2 = Extensie; 3 = Flexie; 4 = Vermijding; 5 = Gericht; 6 = Gehoorzaamt; 0 = Niet geregistreerd
FREQRESP	Respiratoir ritme	Integer	1	0 = 0; 1 = <10; 2 = >35; 3 = 25-35; 4 = 10-24; 5 = Niet geregistreerd.
RYTHCARD	Hartritme/min	Integer	3	Er moet een getal van 3 cijfers geregistreerd worden
TAS	Bloeddruk (BD)	Integer	3	Er moet een getal van 3 cijfers geregistreerd worden
TAD	Bloeddruk (BD)	Integer	3	Er moet een getal van 3 cijfers geregistreerd worden
HEMOR	Bloeding	Integer	1	1 = Geen; 2 = Uitwendig; 3 = Inwendig; 4 = Uitw.+Inw; 5 = Onbekend; 0 = Niet geregistreerd
	Trauma:			
FRACTE	Hoofd – breuk	Yes/No	1	
FRACCO	Wervelkolom – breuk	Yes/No	1	
FRACTH	Thorax – breuk	Yes/No	1	
FRACAB	Abdom. – breuk	Yes/No	1	
FRACPE	Bekken – breuk	Yes/No	1	
FRACMI	Ond. Led. – breuk	Yes/No	1	
FRACMS	Bov. Led. – breuk	Yes/No	1	
CONTTE	Hoofd – contusie	Yes/No	1	
CONTCO	Wervelkolom – contusie	Yes/No	1	
CONTTH	Thorax – contusie	Yes/No	1	
CONTAB	Abdom. – contusie	Yes/No	1	
CONTPE	Bekken – contusie	Yes/No	1	
CONTMI	Ond. Led. – contusie	Yes/No	1	
CONTMS	Bov. Led. – contusie	Yes/No	1	
PLAITE	Hoofd – wonde	Yes/No	1	

PLAICO	Wervelkolom – wonde	Yes/No	1	
PLAITH	Thorax – wonde	Yes/No	1	
PLAIAB	Abdom. – wonde	Yes/No	1	
PLAIPE	Bekken – wonde	Yes/No	1	
PLAIMI	Ond. Led. – wonde	Yes/No	1	
PLAIMS	Bov. Led. – wonde	Yes/No	1	
BRULTE	Hoofd – brandwonde	Yes/No	1	
BRULCO	Wervelkolom – brandwonde	Yes/No	1	
BRULTH	Thorax – brandwonde	Yes/No	1	
BRULAB	Abdom. – brandwonde	Yes/No	1	
BRULPE	Bekken – brandwonde	Yes/No	1	
BRULMI	Ond. Led. – brandwonde	Yes/No	1	
BRULMS	Bov. Led. – brandwonde	Yes/No	1	
	Ritmestoornissen:			
PACEMAKER	Pace-maker	Yes/No	1	
BRADYC	Bradycardie < 50/min	Yes/No	1	
TACHYC	Tachycardie > 140/min	Yes/No	1	
BLOCAV	AV – Blok II – III	Yes/No	1	
ASYSTO	Asystolie	Yes/No	1	
FIBVENT	Ventrikel fibrillatie	Yes/No	1	
TACVENT	Ventrikel tachycardie	Yes/No	1	
DISSOCEM	EM dissociatie	Yes/No	1	
AUTRE	Andere	Yes/No	1	
AUCTRAIT	Geen behandeling	Yes/No	1	
	Globaal bilan			
DECES	Levend-overleden	Integer	1	0 = levend; 1 = overleden ter plaatse; 2 = overleden in ziekenwagen; 3 = overleden op spoedgevallendienst; 4 = niet geregistreerd
ICD9CAU1	Oorzaak – Hoofd	Text	5	dit veld bevat de ICD-9-CM-code voor de hoofdoorzaak van het trauma – gegenereerd door referentietabel
ICD9CAU2	Oorzaak	Text	5	bijkomende preciseringscode van de oorzaak – gegenereerd door referentietabel
ICD9DIA1	Diagnose – Hoofd	Text	5	dit veld bevat de ICD-9-CM-code van de hoofddiagnose – gegenereerd door referentietabel
ICD9DIA2	Diagnose	Text	5	bijkomende preciseringen over de toestand van de patiënt o.v.v. ICD-9-CM codes – gegenereerd door
ICD9DIA3	Diagnose	Text	5	

ICD9DIA4	Diagnose	Text	5	referentie-tabel
EXAMPHYS	Fysisch onderzoek	Text	255	deze variabele is aanwezig in het exportbestand maar vooralsnog worden geen gegevens weggeschreven in deze kolom. De FOD ontvangt deze gegevens dus niet.
DIAGNOSTIC	Diagnose	Text	255	in dit veld wordt de diagnose vermeld die gesteld wordt op het moment dat de patiënt voor het eerst gezien wordt door de MUG-dienst.
	Externe oorzaak:			
ACCIDCIRCU	Verkeersongeval	Yes/No	1	
CHUTE	Val	Yes/No	1	
INTOXMED	Geneesmid. Intoxicatie	Yes/No	1	
INTOXCO	CO intoxicatie	Yes/No	1	
INTOXETHYL	Ethanol intoxicatie	Yes/No	1	
INTOXAUTRE	Andere intoxicatie	Yes/No	1	
PLAIEPEN	Penetrerende wonde	Yes/No	1	
SUICIDE	Zelfmoord	Yes/No	1	
AUTREXT1	Verdrinking	Yes/No	1	
AUTREXT2	Verhanging	Yes/No	1	
AUTREXT3	Electrocutie	Yes/No	1	
AUTREXT4	Vuurwapens	Yes/No	1	
AUTREXT5	Brand	Yes/No	1	
AUTREXT6	Andere	Yes/No	1	

4.4.3.3 Behandelingsgegevens

Variabele	Label	Type	Size	Mogelijke waarden
	Immobilisatie:			
CONTENTION1	Halskraag	Yes/No	1	
CONTENTION2	Spalk ond.led.	Yes/No	1	
CONTENTION3	Spalk bov.led.	Yes/No	1	
CONTENTION4	Lepelberrie	Yes/No	1	
CONTENTION5	Vacuümmatras	Yes/No	1	
CONTENTION6	M.A.S.T.	Yes/No	1	M.A.S.T. = anti-shock broek
	Behandeling:			
DRAINGASTR	Maagsonde	Yes/No	1	
AEROSOL	Aërosol	Yes/No	1	
VENTILASS	Geassist. Bead.	Yes/No	1	
PACING	Pacing	Yes/No	1	
GUEDEL	Mayo	Yes/No	1	

INTUB	Intubatie	Yes/No	1	
FIO2	FIO2	Integer	1	1 = 0,21; 2 = 0,40; 3 = 1,00; 0 = niet geregistreerd
VOIEENT	Perfusie	Integer	1	1 = Geen; 2 = Perifeer; 3 = Centraal; 4 = Intra - Ossaal; 0 = niet geregistreerd
	Monitoring:			
SCOPE	SCOOP	Yes/No	1	
ECG	ECG	Yes/No	1	
TA	B.D.	Yes/No	1	
SAO2	Sa O2	Yes/No	1	
ETCO2	ET CO2	Yes/No	1	
DEXTRO	Glycemie	Yes/No	1	
DURMASCAR	Hartmassage	Integer	5	aantal minuten gedurende dewelke de patiënt aan een hartmassage onderworpen is geweest
NCHOCELEC	Defibrillatie	Integer	5	aantal defibrillaties waaraan de patiënt onderworpen is geweest
GLUCOSE5	Gluc. 5%	Yes/No	1	
SALIN	NaCl 0,9%	Yes/No	1	
COLLOIDE	Colloïd	Yes/No	1	
AUTPERF	Andere	Yes/No	1	

4.4.4 Evolution of contents

Regelmatige updates en patches voor het registratieprogramma worden via internet ter beschikking gesteld op URL:
https: //portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,710650&_dad=portal&_schema=PORTAL

4.5 TIME CHARACTERISTICS

4.5.1 Periodicity of updates

Exportgegevens worden semestrieel doorgestuurd naar de FOD VG, binnen de drie maanden volgend op het einde van het registratiesemester

4.5.2 Longitudinality

Longitudinaliteit bestaat op niveau van de MUG-groep: per groep kan de evolutie van de uitgevoerde interventies gevolgd worden over de opeenvolgende registratiesemesters.

4.5.3 Period covered by the data

De registratie loopt sinds 1 oktober 2003.

4.6 DATA PROCESS

4.6.1 Information – description documents on the data process

Er bestaat tot op heden geen globaal beschrijvend document over de data processing m.b.t. de MUG-gegevens. Basiselementen ervan worden wel aangehaald in de registratiehandleiding.

4.6.2 Data sources (organisations/databases)

Belgische ziekenhuizen met MUG-dienstverlening.

4.6.3 Data process plan

Er bestaat tot op heden geen globaal beschrijvend data process plan. De primaire gegevensverwerking gaat als volgt: momenteel worden door de F.O.D. hetzij mdb-files ontvangen, hetzij txt files die eerst worden omgezet in mdb-files. Vervolgens wordt het exportbestand opgesplitst in 5 txt-files. Die worden vervolgens gecontroleerd. Afhankelijk van de ernstigheidsgraad van de controle wordt gevraagd aan het ziekenhuis de gegevens te corrigeren. Als de kwaliteit aanvaardbaar is, worden globalisatierapporten opgemaakt, dewelke frequentie-tabellen zijn en die het ziekenhuis toelaten hun gegevens nogmaals te verifiëren. Na goedkeuring van dit rapport worden de gegevens definitief in de analyse-omgeving opgenomen. Verdere details omtrent het data process plan zijn niet beschikbaar.

4.7 DATA QUALITY PLAN

Een gestructureerd en gedocumenteerd ‘data quality plan’ is niet beschikbaar.

4.7.1 Quality assessment

Bij gebrek aan beschikbaarheid van de databasegegevens voor extern onderzoek is en globaal quality assessment niet mogelijk.

4.8 DATA ACCESS PROCEDURE

Toegankelijkheidsmodaliteiten voor externe studiegroepen onbekend.

5 FINHOSTA

5.1 DESCRIPTION

Collecte obligatoire de données destinées au calcul du Budget des Moyens Financiers des Hôpitaux. Elle permet de répartir entre les hôpitaux un budget de 6,3 milliards d'EURO et d'établir une base de données statistique à l'intention des décideurs et des chercheurs. La base de données comprend des données comptables, statistiques (admissions, sorties, décès, …) et des données détaillées sur le personnel des hôpitaux.

5.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		FOD VG
Naam van het register		FINHOSTA
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Production Health Care Outcome
	Subdomein(en)	Productivity Human resources
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Ziekenhuisboekhouding Jaarrekening Personeelsgegevens
	Hoofddiscriminant(en)	Zorginstellingen
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	alle ziekenhuizen
	Zorglijn(en)	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	1988
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	Boekhoudcodes, balans- & jaarrekening
	Specificaties	alle ziekenhuizen afgeleide toepassing = boordtabellen ziekenhuizen (BTZ)

5.2 MANAGING ORGANISATION

- Name: SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.
- Address: DG I Organisation des Etablissements de Soins, Eurostation Bloc II - first floor, Place Victor Horta 40 box 10, B-1060 Brussels
- NUTS level: BE

5.2.1 Responsible persons:

Name: Etienne Hennuy

- Role : Adjoint Conseiller Général & Projets Informatiques
- Telephone: 02 524 87 06
- Fax: 02 524 87 79
- E-mail: Etienne.Hennuy@health.fgov.be

5.2.2 Financing:

Source: SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Budget: pas de details disponibles

Number of people involved : cellule de statistiques financières composée idéalement de 8 personnes: 4 économistes et 4 comptables.

5.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

5.3.1 Reasons for data

Conformément à l'arrêté royal du 14 décembre 1987, les institutions de soins ont l'obligation de transmettre annuellement leurs données comptables au SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Ces données sont utilisées pour le calcul du Budget des Moyens Financiers des Hôpitaux

5.3.2 Purpose of database

- Calcul du Budget des Moyens Financiers des Hôpitaux
- Analyse économique et financière : ratios de rentabilité, de liquidité, de solvabilité, de gestion, données de personnel (coût moyen par ETP, …)
- Comparaisons entre hôpitaux à des fins d'analyse

5.3.3 Users of data (organisations)

- SPF Santé Publique: Cellule Inspection pour le calcul du Budget des Moyens Financiers des hôpitaux et les révisions annuelles du budget, Cellule Statistiques Financières, Autres services.
- Autres SPF et organismes fédéraux (INAMI, BNB, …)
- Organismes publics régionaux et communautaires
- Hôpitaux
- Universités et centres de recherches

5.3.4 Applications

Une brochure reprenant les statistiques financières et comptables des hôpitaux, de 1997 à 2001, et évolutions de 1991 à 2001, disponible sur

https: //portal.health.fgov.be/portal/page? pageid=56,797482& dad=portal& schema=PORTAL

Les données relatives aux exercices 2002 et 2003 ont été présentées sous la forme de tableaux de bord des hôpitaux au début de l'année 2005. Ces tableaux de bord seront publiés à l'avenir tous les ans avec u n délai de un an.

Pour chaque ratio financier défini, un positionnement des hôpitaux a été effectué selon plusieurs découpes en fonction de l'appartenance à un groupe d'hôpitaux.

Les ratios et présentations vectorielles, bilans, comptes de résultats et résultats par centres de frais définitifs sont accessibles à tous ; les données propres à un hôpital nécessitent un mot de passe personnalisé et permettent à l'hôpital de se positionner par rapport aux autres institutions hospitalières.

Les tableaux de bord sont disponibles sur:
http: //www.health.fgov.be/TBH/FR/Home.jsp (FR)

http: //www.health.fgov.be/TBH/NL/Home.jsp (NL)

5.3.5 New evolutions

Les données concernant le Budget des Moyens Financiers des Hôpitaux et les différentes composantes de celui-ci devraient être disponibles sous peu.

Projet de développement d'un site internet regroupant tous les indicateurs pertinents du secteur.

5.4 CONTENTS

5.4.1 Information – Description documents on the contents

Brochure d'utilisation sur :
https: //portal.health.fgov.be/portal/page? pageid=56,797482& dad=portal& schema=PORTAL

5.4.2 Evolution of contents (new variablesets ?)

Introduction en 2004 d'un nouveau fichier sur les surfaces réelles.

5.4.3 Variables

5.4.3.1 Résumé

COMPTABILITE
Comptabilité générale: montants par codes comptes

1. Comptabilité analytique: montants par codes comptes, uniquement classes 6 à 7 du Plan Comptable, soit charges et produits, et uniquement pour les frais directs et par centres de frais : amortissements, charges financières, frais généraux, entretien, chauffage, administration, buanderie et lingerie, alimentation, internat, frais médicaux

STATISTIQUES

1. Clés de répartition appliquées par centre de frais
2. Relevé mensuel des lits, journées, admissions , sorties et décès par organisme assureur et par centre de frais

3. Données de financement : données nécessaires au calcul des sous parties B2, B4 et B5 du budget des moyens financiers (BMF) des hôpitaux ; les données relatives au personnel concernent uniquement le personnel normal, à l'exclusion du personnel intérimaire, FBI, « convention 1er emploi », « Maribel social » et personnel étudiant
4. Données de financement (surfaces budgétaires) : surfaces réélles des centres de frais, du quartier opératoire, surfaces calculées de l'administration et surface totale de l'hôpital après répartition à charge du BMF
5. Relevé trimestriel des forfaits
6. Nombre annuel de lits, journées, admissions, sorties, décès, par organisme assureur et centre de frais, nombre de patients présents au 01/01 et au 31/12

AUTRES INFORMATIONS

1. Justification des loyers
2. Charges d'emprunts
3. Charges de crédit à court terme, par organisme financier
4. Amortissements par centres de frais

INFORMATIONS SUR LE PERSONNEL

1. Charges du personnel par centres de frais
2. Catégorie de personnel
3. Type de personnel
4. Grades/ fonctions
5. Sexe
6. prestations irrégulières du personnel, par centre de frais
7. Effectif du personnel

INFORMATIONS SUR LE PERSONNEL : BILAN SOCIAL - ETAT DES PERSONNES OCCUPEES

1. Travailleurs inscrits au registre du personnel
2. Intérimaires et personnes mises à la disposition de l'hôpital
3. Mouvements du personnel au cours de l'exercice
4. Etat concernant l'usage, au cours de l'exercice, des mesures en faveur de l'emploi.
5. Renseignements sur les formations pour les travailleurs au cours de l'exercice

ANNEXES AU BILAN

1. Etat des frais d'établissement et des immobilisations incorporelles et financières
2. Etat des immobilisations corporelles
3. Dettes garanties
4. Dettes fiscales, salariales et sociales
5. Bilan
6. Compte de résultats après répartition
7. Résultats par centres de frais définitifs

5.4.3.2 Comptabilité

Tableau 1: comptabilité générale

Montants par codes comptes

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	8 N	4-11	CODE COMPTE (selon format du Plan Comptable Minimum normalisé des hôpitaux)
3	5 A	12-16	FILLER
4	15 N	17-31	MONTANT (solde)

Tableau 2 : comptabilité analytique

Montants par codes comptes (uniquement classes 6 à 7 du Plan Comptable, soit charges et produits, et uniquement pour les frais directs) et par centres de frais.

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	8 N	4-11	CODE COMPTE (classes 6 à 7 du Plan Comptable Minimum normalisé des hôpitaux)
3	1 N	12	SUFFIXE
4	1 A	13	FILLER
5	3 N	14-16	CENTRE DE FRAIS/CODE SERVICE
6	15 N	17-31	MONTANT

Suffixes : Amortissements, charges financières, frais généraux, entretien, chauffage, administration, buanderie et lingerie, alimentation, internat, frais médicaux

5.4.3.3 statistiques

Tableau 3: clés de répartition appliquées par centre de frais

Clés utilisées pour la répartition des frais

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	10 A	4-13	CODE LIGNE (clé de repartition)
3	3 N	14-16	CENTRE DE FRAIS/CODE SERVICE
4	15 N	17-31	VALEUR *

Description des clés de répartition :

HOSP *	Nombre de Journées d'hospitalisation
INSCR*	Nombre d'Admissions
M2.12	M^2 Superficie réelle
M2.000	M^2 Drap de lit Amortissements 000
M2.001	M^2 Drap de lit Amortissements 001
M2.002	M^2 Drap de lit Amortissements 002
M2.003	M^2 Drap de lit Amortissements 003
M2.004	M^2 Drap de lit Amortissements 004 – 009

M2.010	M^2 Drap de lit Charges financières 010
M2.011	M^2 Drap de lit Charges financières 011
M2.012	M^2 Drap de lit Charges financières 012
M2.013	M^2 Drap de lit Charges financières à Court Terme
M2.014	M^2 Drap de lit Autres
M2.020	M^2 Drap de lit Frais généraux 020
M2.021	M^2 Drap de lit Frais généraux 021
M2.024	M^2 Drap de lit Frais généraux 024 – 029
M2.030	M^2 Drap de lit Entretien 030
M2.031	M^2 Drap de lit Entretien 033 – 039
M2.040	M^2 Drap de lit Chauffage 040
M2.041	M^2 Drap de lit Chauffage 041 – 049
M.050	Nombre d'ETP Administratifs
M.052	Nombre d'ETP autres frais administratifs 052 – 059
M.060	Nombre de Kilogrammes de linge
M.061	Nombre de Kilogrammes autres frais de Buanderie-lingerie 061 – 069
M.070	Nombre de Journées repas
M.072	Nombre de Journées repas autres frais d'Alimentation 072 – 079
M.080	Nombre d'ETP Internat
M.091	Nombre d'ETP Soignant nursing
M.092	Clé Hygiène hospitalière
M.093	Clé Transport interne patients
M.100	Nombre d'ETP Religieux
M.101 *	Nombre d'ETP Total
M.120 *	Nombre de décès
M.130	Clé Réadaptation Fonctionnelle
M.139	Clé Thérapie de relaxation
M.140	Clé Secrétaires Médicales & Archives
M.170	Clé Anesthésie
M.160	Clé Stérilisation
M.180	Clé Bloc Opératoire
M.181	Clé Salle de plâtre
M.190	Clé Banque de sang

Tableau 4 : relevé mensuel des lits, journées, admissions , sorties et décès par organisme assureur et par centre de frais

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	3 N	4-6	CODE LIGNE (variable et mois)
3	4 A	7-10	FILLER
4	3 N	11-13	ORGANISME ASSUREUR
5	3 N	14-16	CENTRE DE FRAIS/CODE SERVICE
6	2 N	17-18	DERNIER MOIS DU TRIMESTRE
7	13 N	19-31	VALEUR

Codes lignes :

N02	Nombre ***moyen*** de lits agréés par trimestre
101 à 112 (suivant le mois)	Nombre de lits agréés
201 à 212 (suivant le mois)	Nombre de journées
301 à 312 (suivant le mois)	Nombre d'admissions
401 à 412 (suivant le mois)	Nombre de sorties ***y compris*** les décès
501 à 512 (suivant le mois)	Nombre de décès

Organismes assureurs :

100	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
200	Union Nationale des Mutualités Neutres
300	Union Nationale des Mutualités Socialistes
400	Union Nationale des Mutualités Libérales
500	Union Nationale des Mutualités Libres
600	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité
900	Société Nationale des Chemins de fer Belge
910	Institut National des Invalides de Guerre
920	Caisse d'Entraide et de Prévoyance des Marins naviguant sous Pavillon Belge
930	Office de Sécurité Sociale d'Outre Mer
940	C.P.A.S
950	Assurances Accidents de travail
960	Non-Assurés Sociaux
970	Fonds des Maladies Professionnelles
980	Fonds Spécial d'Assistance
990	Autres

Tableau 5 : données de financement

Données nécessaires au calcul des sous parties B2, B4 et B5 du budget des moyens financiers (BMF) des hôpitaux

Les données relatives au personnel concernent uniquement le personnel normal, à l'exclusion du personnel intérimaire, FBI, « convention 1er emploi », « Maribel social » et personnel étudiant

Code	Variable
	B2
B230024102	Nombre moyen d'ETP Direction nursing
B230024103	Nombre moyen d'ETP Cadre intermédiaire
B230024104	Nombre moyen d'ETP Infirmière en chef
B230024105	Nombre moyen d'ETP Infirmière en chef adjointe 1,61
B2300241052	Nombre moyen d'ETP Infirmière en chef adjointe 1,77
B230024116	Nombre moyen d'ETP Infirmière graduée 1,55
B2300241162	Nombre moyen d'ETP Infirmière graduée 1,61
B2300241163	Nombre moyen d'ETP Infirmière graduée 1,77
B230024117	Nombre moyen d'ETP Infirmière brevetée 1,43
B2300241172	Nombre moyen d'ETP Infirmière brevetée 1,55
B230024196	Nombre moyen d'ETP Assistante en soins hospitaliers 1,40
B2300241962	Nombre moyen d'ETP Assistante en soins hospitaliers 1,57
B230025226	Nombre moyen d'ETP Puéricultrice
B230025290	Nombre moyen d'ETP Aide sanitaire
B230036404	Nombre moyen d'ETP paramédical A1
B2300364922	Nombre moyen d'ETP paramédical A2
B230011616A	Nombre moyen d'ETP psychologue en service A ou/et K ou/et T
B230024176A	Nombre moyen d'ETP éducateur en service A ou/et K ou/et T
B230036486A	Nombre moyen d'ETP assistant social en service A ou/et K ou/et T
B230025296	Nombre moyen d'ETP Personnel soignant non qualifié
B240024102	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 Direction nursing
B240024103	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 Cadre intermédiaire
B240024104	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 Infirmière en chef
B240024105	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 Infirmière en chef adjointe 1,61
B2400241052	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 Infirmière en chef adjointe 1,77
B240024116	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 Infirmière graduée 1,55
B2400241162	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 Infirmière graduée 1,61
B2400241163	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 Infirmière graduée 1,77
B240024117	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 Infirmière brevetée 1,43
B2400241172	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 Infirmière brevetée 1,55
B240024196	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 Assistante en soins hospitaliers 1,40
B2400241962	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 Assistante en soins hospitaliers 1,57
B240025226	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 Puéricultrice
B240025290	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 Aide sanitaire
B240036404	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 paramédical A1
B2400364922	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 paramédical A2
B240024102	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 psychologue en service A ou/et K ou/et T
B240011616A	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 éducateur en service A ou/et K ou/et T
B240024176A	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 assistant social en service A ou/et K ou/et

	T
B240036486A	Ancienneté pécuniaire moyenne au 31/12 Personnel soignant non qualifié
B2650SEXI	Montant des prestations irrégulières Soins intensifs
B2650SEXU	Montant des prestations irrégulières Urgences
B2650SEXZ	Montant des prestations irrégulières Autres services
B2700SEXI	Montant des rémunérations brutes Soins intensifs
B2700SEXU	Montant des rémunérations brutes Urgences
B2700SEXZ	Montant des rémunérations brutes Autres services
	personnel de soins
B2900PEXXC	Personnel "normal " présent dans les services C, D, E et I
B2900PEXA	Personnel "normal " présent dans les autres services
B2900PEXXU	Personnel "normal " présent dans les urgences
B2900PEXT	Personnel "normal " présent total
B2900PEQ	Personnel "normal " présent qualifié
B23000	Nombre d'accouchements
	B4
B4100	Nombre de patients "colloqués"
B44200	Nombre de cycles FIV
	B5
B5200PHXA	Chiffre d'affaires Spécialités pharmaceutiques catégories A
B5200PHXB	Chiffre d'affaires Spécialités pharmaceutiques catégories B
B5200PHXC	Chiffre d'affaires Spécialités pharmaceutiques catégories C
B5200PHXCS	Chiffre d'affaires Spécialités pharmaceutiques catégories CS
B5300	Forfait de 0,62 Euros par jour
B54000DXPXC	Dépenses Produits courants
B54000DXPXS	Dépenses Produits stériles
B54000DXPM	Dépenses pour prescriptions magistrales
B54000DXPS	Dépenses materiel de synthèse
B54000DXSU	Dépenses produits de suture
	Appareillages lourds
ACCL01 à ACCL10	Nombre d'accélérateurs linéaires
ACCLC1 à ACCLC10	Date d'acquisition
RMNI1001 à RMNI1010	Nombre de RMN< 1 Tesla
RMNI1C01 à RMNI1C10	Date d'acquisition
RMNS1001 à RMNS1010	Nombre de RMN >=1 Tesla
RMNS1C01 à RMNS1C10	Date d'acquisition
PET001 à PET 010	Nombre de tomographes (RMN)
PETC01 à PET C10	Date d'acquisition

Tableau 6 : Données de financement (surfaces budgétaires)

Surfaces réélles des centres de frais, du quartier opératoire, surfaces calculées de l'administration et surface totale de l'hôpital après répartition à charge du BMF

Tableau 7 : relevé trimestriel des forfaits

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	1N	4-4	TYPE DE DONNEES
3	7 N	5-11	CODE LIGNE (type de forfait et mois)
4	5 A	12-16	FILLER
5	15 N	17-31	MONTANT ou VALEUR

Type de données:

1	Nombre pour le total des 7 O.A.
2	Montant pour les 7 O.A.
3	Nombre TOTAL (7 O.A. + assurances, …)
4	Montant TOTAL (7 O.A. + assurances, …)

Code ligne:

Hôpital de jour	
1010000 (mois 1), 2010000 (mois 2), 3010000 (mois 3)	Mini forfait
1020000 (mois 1), 2020000 (mois 2), 3020000 (mois 3)	Maxi forfait
1030000 (mois 1), 2030000 (mois 2), 3030000 (mois 3)	Super forfait
1040000 (mois 1), 2040000 (mois 2), 3040000 (mois 3)	Forfait A
1050000 (mois 1), 2050000 (mois 2), 3050000 (mois 3)	Forfait B
1060000 (mois 1), 2060000 (mois 2), 3060000 (mois 3)	Forfait C
1070000 (mois 1), 2070000 (mois 2), 3070000 (mois 3)	Forfait D

Forfaits de dialyse rénale	
1761272 (mois 1), 2761272 (mois 2), 3761272 (mois 3)	Forfait de dialyse rénale "ambulant"
1761283 (mois 1), 2761283 (mois 2), 3761283 (mois 3),	Forfait de dialyse rénale "hospitalier"
1761493 (mois 1), 2761493 (mois 2), 3761493 (mois 3),	Hémodialyse à domicile
1761456 (mois 1), 2761456 (mois 2), 3761456 (mois 3),	Hémodialyse à domicile avec infirmier
1761515 (mois 1), 2761515 (mois 2), 3761515 (mois 3),	Dialyse dans un centre collectif d'autodialyse
1761552 (mois 1), 2761552 (mois 2), 3761552 (mois 3,	Dialyse péritonéale à domicile
1761530 (mois 1), 2761530 (mois 2), 3761530 (mois 3),	Dialyse péritonéale avec CCPD
1761471 (mois 1), 2761471 (mois 2), 3761471 (mois31),	Dialyse péritonéale avec infirmier
1761574 (mois 1), 2761574 (mois 2), 3761574 (mois 3),	Dialyse péritonéale fractionnée à domicile
1761655 (mois 1), 2761655 (mois 2), 3761655 (mois 3),	Dialyse péritonéale fractionnée avec CCPD
1761670 (mois 1), 2761670 (mois 2), 3761670 (mois 3),	Dialyse péritonéale fractionnée avec infirmier
1761596 (mois 1), 2761596 (mois 2), 3761596 (mois 3),	Frais de déplacement dialyse

Tableau 8 : Nombre annuel de lits, journées, admissions, sorties, décès, par organisme assureur et centre de frais, nombre de patients présents au 01/01 et au 31/12

Mêmes données que le tableau 4 mais sur l'année précédente

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	3 N	4-6	CODE LIGNE
3	4 A	7-10	FILLER
4	3 N	11-13	ORGANISME ASSUREUR
5	3 N	14-16	CENTRE DE FRAIS/CODE SERVICE
6	2 N	17-18	FILLER
7	13 N	19-31	VALEUR

Codes ligne:

N02	Nombre ***moyen*** de lits agréés	A	
101 à 112	Nombre de lits agréés	M	
201 à 212	Nombre de journées	M	OA
300	Nombre de patients présents au 01 janvier*	A	OA
301 à 312	Nombre d'admissions	M	OA
400	Nombre de patients présents au 31 décembre*	A	OA
401 à 412	Nombre de sortie ***y compris*** les décès	M	OA
501 à 512	Nombre de décès	M	OA

*données reprises pour répertorier les longs séjours

5.4.3.4 Autres informations

Informations ayant trait aux annexes comptables, qui justifient la balance annuelle

Tableau 9 : justification des loyers

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	2 N	4-5	CODE LIGNE
3	8 A	6-13	FILLER
4	3 N	14-16	CENTRE DE FRAIS
5	15 N	17-31	MONTANT

Codes ligne :

01	Loyer relatif aux immeubles
02	Loyer relatif au matériel médical
03	Loyer relatif au matériel non médical et mobilier
04	Loyer relatif au matériel roulant
05	Loyer relatif au matériel et mobilier informatique

Tableau 10 : charges d'emprunts

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE

1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	4 N	4-7	CODE LIGNE
3	6 A	8-13	FILLER
4	3 N	14-16	ORGANISME DE FINANCEMENT
5	15 N	17-31	MONTANT ou VALEUR

Codes ligne:

xx01	N de l'emprunt **xx**
xx02	Capital emprunté
xx03	Date de l'emprunt
xx04	Date de mise en service
xx05	Durée en années
xx06	Intérêts
xx07	Remboursement de l'exercice

Tableau 11 : charges de crédit à court terme, par organisme financier

1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	4 N	4-7	CODE LIGNE
3	6 A	8-13	FILLER
4	3 N	14-16	CODE ORGANISME DE FINANCEMENT
5	15 N	17-31	MONTANT ou VALEUR

Codes ligne:

	Type d'enregistrement xx
xx01	Montant de l'ouverture de crédit
xx02	Solde débiteur au 31/12
xx03	Solde créditeur au 31/12
xx04	Taux d'intérêts moyen
xx05	Charges réelles d'intérêt
0106	Prix de journée + rattrapage
0107	Honoraires médicaux
0108	Honoraires paramédicaux
0109	Spécialités pharmaceutiques
0110	Autres recettes
0111	Total tiers-payant
0112	Relevé du chiffre d'affaires
0113	Délai moyen de facturation en jours

Les variables 0106 à 0113 sont récoltées afin de pouvoir calculer des ratios financiers

Tableau 12 : amortissements par centres de frais

Ce tableau sert entre autres à la révision de la partie A1 du Budget des Moyens Financiers.

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT

2	2 N	4-5	CODE TYPE
3	1 A	6	FILLER
4	3 N	7-9	CODE LIGNE
5	4 A	10-13	FILLER
6	3 N	14-16	CENTRE DE FRAIS / CODE SERVICE
7	15 N	17-31	MONTANT ou VALEUR

Codes type

01	Biens immeubles
02	Matériel d'équipement médical
03	Matériel d'équipement non-médical et mobilier
04	Gros travaux d'entretien
05	Immobilisations incorporelles
06	Agencement des immeubles
07	Frais de pré-exploitation
08	Intérêts intercalaires
09	Matériel et mobilier informatique
10	Frais de première installation
11	Matériel roulant

Codes ligne: types d'investissement

5.4.3.5 Informations sur le personnel

Tableau 13 : charges du personnel par centres de frais

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	1 A	4	FILLER
3	1 N	5	TYPE DE DONNEES
4	1 N	6	CATEGORIE DE PERSONNEL
5	1 N	7	TYPE DE PERSONNEL
6	5 N	8-12	GRADE - FONCTION
7	1 N	13	SEXE
8	3 N	14-16	CENTRE DE FRAIS
9	15 N	17-31	MONTANT ou VALEUR *

* Zone 9 : 15 positions numériques, y compris deux décimales ainsi que le séparateur (point) décimal

Les frais relatifs au personnel intérimaire ne sont pas repris dans ce tableau

Type de données

0	Nombre total de personnes physiques
1	Somme de l'ancienneté pécuniaire du personnel au 31/12
2	Nombre d'ETP payés
3	Brut annuel

4	Cotisations patronales
5	Charges diverses
6	Avantages extralégaux
8	Pensions de retraite et de survie
9	Provisions salariales (notamment pour pécule de vacances)

Catégorie de personnel

0	Médical
1	Salarié
2	Administratif
3	Soignant
4	Paramédical
5	Autre

Type de personnel :

0	Normal
1	Stagiaire ONEM ou Convention de Premier Emploi
2	Contractuel subsidié
3	Assistant logistique
4	Maribel social
5	Personnel mis à la disposition de l'hôpital
6	Personnel intérimaire
7	Sans objet
8	Sans objet

Grades/ fonctions :

La codification et la classification adoptée ici n'est représentative, ni de l'organisation interne des établissements, ni de l'application de la Loi sur les hôpitaux. Il s'agit plutôt d'une découpe propre au SPF Santé Publique à des fins de statistiques internes. Une table de conversion entre la classification utilisée ici et celle de la Loi sur les hôpitaux est disponible dans le manuel.

La fonction effective prime sur le grade ou le statut

1	***Personnel de service***
10	**Personnel de direction**
10800	Direction
10801	Adjoint à la direction
10810	Médecin-chef
10830	Directeur administratif
11	**Cadre scientifique**
11416	Biochimiste
11426	Physicien
11476	Pharmacien-biochimiste
11486	Pharmacien
11496	Ingénieur civil (dans les services médico-techniques)

11616	Psychologue
11626	Sociologue
11906	Autres
12	**Personnel de maîtrise et gens de métier**
12326	Personnel de nettoyage, de cuisine, de buanderie-lingerie et chef d'équipe
12336	Ingénieur civil (dans les services d'entretien)
12337	Ouvrier d'entretien (Bâtiments, etc.) et chef d'équipe[6]
12376	Ingénieur technicien ou industriel
12377	Technicien (notamment entretien du matériel médical)
12396	Brancardier
12399	Etudiant
13	**Personnel administratif**
13502	Directeur de département (chef du personnel, etc.)
13504	Chef administratif
13516	Secrétaire de direction
13517	Secrétaire d'administration
13518	Assistant administratif
13526	Secrétaire médicale
13536	Comptable
13546	Analyste
13547	Programmeur
13548	Opérateur
13556	Econome
13566	Accueil – Téléphoniste
13596	Commis
13599	Etudiant
13626	Assistant social et assistant psychologue (y compris chef)
13636	Instituteur
13637	Educateur
13646	Aumônier, conseiller laïc, etc.
2	***Personnel de soins***
24	**Personnel infirmier**
24102	Chef du département infirmier
24103	Infirmier chef de service (Cadre intermédiaire)
24104	Infirmière en chef
24105	Infirmière en chef adjointe
24116	Infirmière graduée hospitalière
24117	Infirmière brevetée hospitalière
24126	Infirmière graduée psychiatrique
24127	Infirmière brevetée psychiatrique
24136	Infirmière graduée pédiatrique

24146	Infirmière graduée sociale
24156	Infirmière graduée en soins d'urgence et soins intensifs
24163	Accoucheuse chef de service
24164	Accoucheuse en chef
24165	Accoucheuse en chef adjoint
24166	Accoucheuse
24176	Educateur
24186	Instituteur
24196	Assistante en soins hospitaliers (hospitalière)
24197	Assistante en soins hospitaliers (psychiatrique)
24199	Etudiant
25	**Personnel soignant**
25216	Personnel soignant
25226	Puéricultrice
25256	Secrétaire hospitalière (de l'unité de soins)
25296	Diplôme, brevet ou certificat acquis à l'étranger mais sans équivalence en Belgique
25299	Etudiant
25300	Assistant logistique
3	***Personnel paramédical***
36	**Personnel paramédical**
36414	Technicien (Technologue) de labo chef
36415	Technicien (Technologue) de labo chef adjoint
36416	Technicien (Technologue) de labo
36424	Technicien en imagerie médicale chef
36425	Technicien en imagerie médicale chef adjoint
36426	Technicien en imagerie médicale
36444	Diététicienne chef
36445	Diététicienne chef adjoint
36446	Diététicienne
36454	Kinésithérapeute chef ou ergothérapeute
36455	Kinésithérapeute chef adjoint ou ergothérapeute
36456	Kinésithérapeute ou ergothérapeute
36464	Logopède chef
36465	Logopède chef adjoint
36466	Logopède
36476	Ambulancier
36486	Assistant social
36496	Autre personnel paramédical non diplômé
36499	Etudiant
4	***Personnel médical***
47	**Médecins**

47000	Médecin chef de clinique
47001	Médecin chef de clinique adjoint
47003	Médecin directeur de département
47016	Médecin
47026	Médecin résident
47036	Médecin consultant
47046	Médecin candidat spécialiste
47056	Médecin candidat généraliste
47099	Etudiant en médecine

Sexe : 1 = masculin ; 2 = féminin

Il existe une relation entre la CATEGORIE DE PERSONNEL et le CODE GRADE/FONCTION qui s'établit comme suit :

CATEGORIE		GRADE FONCTION	
0	Médecin	47000 à 47099	Médecins
1	Salarié	12326 à 12399	Personnel de maîtrise et gens de métier
2	Administratif	10800 à 10830	Personnel de direction
		13502 à 13646	Personnel administratif
3	Soignant	24102 à 24199	Personnel infirmier
		25216 à 25300	Personnel soignant
4	Paramédical	36414 à 36499	Personnel paramédical
5	Autre	11416 à 11906	Cadre scientifique

Tableau 14 : prestations irrégulières du personnel, par centre de frais :

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	1 A	4	FILLER
3	1 N	5	TYPE DE DONNEES
4	1 N	6	CATEGORIE DE PERSONNEL
5	1 N	7	TYPE DE PERSONNEL
6	5 N	8-12	GRADE – FONCTION
7	1 N	13	SEXE
8	3 N	14-16	CENTRE DE FRAIS
9	15 N	17-31	MONTANT ou VALEUR

Type de donnée :

1	Charges des prestations irrégulières annuelles
2	Nombre d'heures de prestations irrégulières au forfait de 11 %
3	Nombre d'heures de prestations irrégulières à + 2,01 EUR (nuits si application du forfait)
4	Nombre d'heures de prestations irrégulières à + 1,12 EUR (WE et jours fériés si application du forfait)
5	Nombre d'heures de prestations irrégulières à 26 %

6	Nombre d'heures de prestations irrégulières à 35 %
7	Nombre d'heures de prestations irrégulières à 50 %
8	Nombre d'heures de prestations irrégulières à 56 %

Les TYPES DE DONNEES « 2 » à « 4 » concernent les hôpitaux publics et les hôpitaux ayant opté pour l'application du forfait dans le cadre de la valorisation des heures irrégulières prestées. Les heures de nuit réellement prestées sont valorisées avec un supplément de 2,01 EUR., alors que les heures prestées les samedis, dimanches et jours fériés donnent droit à un supplément de 1,12 EUR.

Les TYPES DE DONNEES « 5 » à « 8 » s'appliquent aux hôpitaux privés n'ayant pas opté pour l'application du forfait. Par heure prestée, la valorisation des prestations irrégulières s'établit comme suit :

- Samedi
  - Jour + 26 %
  - Nuit + 35 %
- Dimanche et jours fériés
  - Jour + 56 %
  - Nuit + 50 %
- Nuit ordinaire + 35 %
- Service coupé
  - Jour + nuit + 50 %

Tableau 15 : effectif du personnel :

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	1 A	4	FILLER
3	1 N	5	TYPE DE DONNEES
4	1 N	6	CATEGORIE DE PERSONNEL
5	1 N	7	TYPE DE PERSONNEL
6	5 N	8-12	GRADE – FONCTION
7	1 N	13	SEXE
8	3 N	14-16	CENTRE DE FRAIS REDUIT
9	15 N	17-31	VALEUR

Type de données:

1	Nombre de personnes physiques occupées à temps plein
2	Nombre de personnes physiques occupées à temps partiel < 50 %
3	Nombre de personnes physiques occupées à temps partiel >= 50 % et < 75%
4	Nombre de personnes physiques occupées à temps partiel >= 75 % et < 100%

La liste des centres de frais réduits est disponible dans le manuel

5.4.3.6 Informations sur le personnel : bilan social

ETAT DES PERSONNES OCCUPEES

Tableau 16.1 : Travailleurs inscrits au registre du personnel

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	2 N	4-5	RUBRIQUE DE PERSONNEL
3	3 N	6-8	CODE LIGNE
4	8 A	9-16	FILLER
5	15 N	17-31	MONTANT ou VALEUR

Rubrique de personnel:

11	Temps plein
12	Temps partiel
13	Total (ou Total en ETP uniquement pour le CODE LIGNE « 100 »)

Code ligne :

	1. Au cours de l'exercice
100	Nombre moyen de travailleurs
101	Nombre effectif d'heures prestées
102	Frais de personnel
103	Avantages accordés en sus du salaire
	2. A la clôture de l'exercice
105	Nombre de travailleurs inscrits au registre du personnel
	a) Par type de contrat
110	Contrat à durée indéterminée
111	Contrat à durée déterminée
112	Contrat pour l'exécution d'un travail nettement défini
113	Contrat de remplacement
	b) Par sexe
120	Hommes
121	Femmes
	c) Par catégorie professionnelle
130	Personnel de direction
134	Employés
132	Ouvriers
133	Autres

Tableau 16.2 : Intérimaires et personnes mises à la disposition de l'hôpital

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	2 N	4-5	RUBRIQUE DE PERSONNEL
3	3 N	6-8	CODE LIGNE
4	8 A	9-16	FILLER
5	15 N	17-31	MONTANT ou VALEUR

Rubrique de personnel:

21	Intérimaires

22	Personnes mises à la disposition de l'hôpital

Code ligne :

	Au cours de l'exercice
150	Nombre moyen des personnes occupées
151	Nombre effectif d'heures prestées
152	Frais pour l'hôpital

MOUVEMENTS DU PERSONNEL AU COURS DE L'EXERCICE

Tableau 16.3 : Mouvements du personnel au cours de l'exercice

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	2 N	4-5	RUBRIQUE DE PERSONNEL
3	3 N	6-8	CODE LIGNE
4	8 A	9-16	FILLER
5	15 N	17-31	MONTANT ou VALEUR

Rubrique de personnel:

31	Temps plein
32	Temps partiel
33	Total en ETP

Code ligne:

	ENTREES
205	Nombre de travailleurs ayant été inscrits au registre du personnel au cours de l'exercice considéré
	SELON LE TYPE DE CONTRAT DE TRAVAIL
210	Contrat à durée indéterminée
211	Contrat à durée déterminée
212	Contrat pour l'exécution d'un travail nettement défini
213	Contrat de remplacement
	SELON LE NIVEAU D'ETUDES
	Hommes
220	Primaire
221	Secondaire
222	Supérieur non universitaire
223	Universitaire
	Femmes
230	Primaire
231	Secondaire
232	Supérieur non universitaire
233	Universitaire

	SORTIES
305	Nombre de travailleurs dont la date de sortie a été inscrite dans le registre du personnel au cours de l'exercice considéré
	SELON LE TYPE DE CONTRAT DE TRAVAIL
310	Contrat à durée indéterminée
311	Contrat à durée déterminée
312	Contrat pour l'exécution d'un travail nettement défini
313	Contrat de remplacement
	SELON LE NIVEAU D'ETUDES
	Hommes
320	Primaire
321	Secondaire
322	Supérieur non universitaire
323	Universitaire
	Femmes
330	Primaire
331	Secondaire
332	Supérieur non universitaire
333	Universitaire
	SELON LE MOTIF DE FIN DE CONTRAT
340	Pension
341	Pré-pension
342	Licenciement
343	Autre motif
350	Nombre de personnes continuant, au moins à mi-temps, à prester des services au profit de l'hôpital comme indépendants

MESURES EN FAVEUR DE L'EMPLOI

Tableau 16.4 : Etat concernant l'usage, au cours de l'exercice, des mesures en faveur de l'emploi.

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	2 N	4-5	RUBRIQUE DE PERSONNEL
3	3 N	6-8	CODE LIGNE
4	8 A	9-16	FILLER
5	15 N	17-31	MONTANT ou VALEUR

Rubrique de personnel:

41	Nombre de travailleurs concernés
42	ETP concernés
43	Avantage financier (en Euros)

Code ligne:

	Mesures en faveur de l'emploi
	Mesures comportant un avantage financier
414	Plan avantage à l'embauche (pour la promotion du recrutement de demandeurs d'emploi appartenant à des groupes à risque)
411	Prépension conventionnelle à mi-temps
412	Interruption complète de la carrière professionnelle
413	Réduction des prestations de travail (interruption de carrière à temps partiel)
415	Maribel social
416	Réduction structurelle des cotisations de sécurité sociale
417	Programmes de transition professionnelle
418	Emplois services
503	**Convention emploi-formation**
504	Contrat d'apprentissage
419	Convention de premier emploi
	Autres mesures
502	Stage des jeunes
505	Contrats de travail successifs conclus pour une durée déterminée
506	Prépension conventionnelle
507	Réduction des cotisations personnelles de sécurité sociale des travailleurs à bas salaires
	Nombre de travailleurs concernés par une ou plusieurs mesures en faveur de l'emploi
550	Total pour l'exercice
560	Total pour l'exercice précédent

FORMATIONS

Tableau 16.5 : renseignements sur les formations pour les travailleurs au cours de l'exercice

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	5 N	4-8	CODE LIGNE
3	8 A	9-16	FILLER
4	15 N	17-31	MONTANT ou VALEUR

Code ligne:

5801	Nombre de travailleurs masculins concernés
5802	Nombre d'heures de formations suivies par les personnels masculins
5803	Coût pour l'hôpital (en Euros) pour le personnel masculin
5804	Nombre de travailleurs masculins qui ont exercé des activités de formation, accompagnement, tutorat
5805	Nombre d'heures consacrées par des travailleurs masculins à des activités de formation, accompagnement, tutorat
5806	Nombre de travailleurs masculins qui ont bénéficié des activités de formation, accompagnement, tutorat
5811	Nombre de travailleurs féminins concernés
5812	Nombre d'heures de formations suivies par les personnels féminins
5813	Coût pour l'hôpital (en Euros) pour le personnel féminin
5814	Nombre de travailleurs féminins qui ont exercé des activités de formation, accompagnement, tutorat
5815	Nombre d'heures consacrées par des travailleurs féminins à des activités de formation, accompagnement, tutorat
5816	Nombre de travailleurs féminins qui ont bénéficié des activités de formation, accompagnement, tutorat

5.4.3.7 Annexes au bilan

Tableau 17 : Etat des frais d'établissement et des immobilisations incorporelles et financières

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	2 N	4-5	CODE TYPE
3	2 N	6-7	CODE LIGNE
4	9 A	8-16	FILLER
5	15 N	17-31	MONTANT

Code type:

01	Frais d'établissement
02	Immobilisations incorporelles
03	Immobilisations financières

Codes ligne: valeurs d'acquisitions, plus-values, amortisements et reductions de valeur, montants non affectés

Tableau 18 : Etat des immobilisations corporelles

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	2 N	4-5	CODE TYPE
3	2 N	6-7	CODE LIGNE
4	9 A	8-16	FILLER
5	15 N	17-31	MONTANT

Code type:

01	Terrains et constructions
02	Matériel d'équipement médical
03	Matériel d'équipement non-médical et mobilier
04	Location-financement et droits similaires
05	Autres immobilisations corporelles
06	Immobilisations en cours et acomptes

Codes ligne: valeurs d'acquisitions, plus-values, amortissements et réductions de valeur, montants non affectés

Tableau 19 : dettes garanties

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	2 N	4-5	CODE TYPE
3	2 N	6-7	CODE LIGNE
4	9 A	8-16	FILLER
5	15 N	17-31	MONTANT

Code type:

11	Etablissements de crédits, Dettes de location, Financements assimilés
12	Autres Emprunts
20	Autres Dettes

Code ligne:

01	Dettes garanties par les pouvoirs publics belges
02	Idem, mais garanties par des sûretés réelles constituées sur les actifs de l'entreprise
03	Idem, mais garanties par des tiers

Tableau 20 : dettes fiscales, salariales et sociales

ZONE	LONGUEUR	POSITION	RUBRIQUE
1	3 N	1-3	NUMERO D'AGREMENT
2	3 N	4-6	CODE LIGNE
3	10 A	7-16	FILLER
4	15 N	17-31	MONTANT

Code ligne:

	Impôts
110	Dettes fiscales échues
120	Dettes fiscales non échues
	Rémunérations et charges sociales
210	Dettes échues envers l'ONSS
220	Dettes non échues envers l'ONSS
	Autres
310	Autres dettes salariales et sociales

Tableau 21 : bilan

Ce tableau est la copie conforme du document transmis sur support papier, approuvé par les instances de tutelle et ayant fait l'objet d'un rapport du réviseur d'entreprise.

Tableau 22 : Compte de résultats après répartition

Tableau 23 : résultats par centres de frais définitifs

5.5 TIME CHARACTERISTICS

5.5.1 Periodicity of updates

Données transmises mensuellement: nombre de journées d'hospitalisation, nombre d'admissions, nombre de lits agréés.

Données transmises trimestriellement : nombre de sorties, nombre et montants des forfaits.

Données transmises annuellement : comptes annuels, comptes détaillés, données de personnel.

5.5.2 Longitudinality

Des modifications des fichiers sont faites chaque année dans le but d'améliorer la qualité des données, mais les données comptables sont tout à fait comparables d'année en année.

5.5.3 Period covered by the data

Les données pour les années 1991 à 1996, sont issues de l'ancienne base de données de statistiques hospitalières, approvisionnée par bandes magnétiques transmises par les hôpitaux et transposées dans le format utilisé actuellement.

1997 a vu apparaître l'application FINHOSTA, qui s'est traduite par un grand changement dans le mode de recueil des données, et donc dans les manipulations de fichiers au sein des hôpitaux. Cette première année a donc subi les aléas d'une nouvelle application et de son apprentissage. Les données apparaissant pour cette année sont donc à apprécier avec la plus grande prudence, et sont intégrées essentiellement pour assurer la continuité des informations.

A partir de 1998, les données deviennent plus fiables.

Au fur et à mesure que l'utilisation de FINHOSTA est devenue routinière, la qualité des données s'est améliorée.

5.5.4 Date (of versions/updates)

Pas de détails connus

5.6 DATA PROCESS

5.6.1 Information – description documents on the data-process

Brochure d'utilisation avec exposé des contrôles réalisés sur les données disponible sur :
https: //portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,797482&_dad=portal&_schema=PORTAL

5.6.2 Data sources (organisations/databases)

Hôpitaux

5.6.3 Data process plan

Pas de details connus.

5.7 DATA QUALITY PLAN

L'application FINHOSTA a été dote d'une série de contrôles obligatoires effectués au niveau de l'hôpital avant de pouvoir produire le fichier à transmettre au Ministère. Certains contrôles sont bloquants et empêchent la< production du fichier de transmission.

5.7.1 Quality assessment

Pas de details connus

5.8 DATA ACCESS PROCEDURE

La procédure d'accès n'est pas définie officiellement. Les données agrégées sont accessibles par tout le monde. Jusqu'à présent, les données par hôpitaux ont été transmises aux demandeurs après accord écrit de ces hôpitaux.

6 STATISTIQUES HOSPITALIÈRES - ZIEKENHUISSTATISTIEKEN

6.1 DESCRIPTION

Base de données issue d'un questionnaire annuel, ayant pour but d'offrir une description analytique des aspects importants du paysage hospitalier belge. Elle concerne les hôpitaux belges, aigus, spécialisés et psychiatriques Les différents domaines couverts sont l'organisation hospitalière, les activités sociales, l'informatique et télématique médicale, l'assurance qualité, l'information spécifique sur les programmes de soins, les services médicaux et médico-techniques, fonctions et département, l'équipement.

6.1.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		FOD VG
Naam van het register		Jaarlijkse ziekenhuisstatistieken
Classificatie	**Hoofddomein**	**Health Care Outcome** **Health Care Production**
	Subdomein(en)	**Productivity** **Human resources**
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	**Infrastructuur & uitrusting** **Organisatie & informatica** **Personeelsgegevens**
	Hoofddiscriminant(en)	**Zorginstellingen**
Bereik	**NUTS**	**BE**
	Doelpopulatie	**Alle ziekenhuizen**
	Zorglijn(en)	**Alle zorglijnen**
Tijdsaspecten	**Start**	**2000**
	Continuïteit **Periodiciteit**	**continu** **jaarlijks**
	Stop	**-**
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	**Enquêteformulier**
	Specificaties	**Alle ziekenhuizen** **Niet gecontroleerde, op enquête gebaseerde gegevens**

6.2 MANAGING ORGANISATION

Name: SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Address: DG I Organisation des Etablissements de Soins, Eurostation Bloc II - first floor, Place Victor Horta 40 bte 10 - B-1060 Brussels

NUTS level: BE

6.2.1 Responsible persons:

Name: Dominique Dicker

Telephone 02 524.85.61

E-mail dominique.dicker@health.fgov.be

6.2.2 Financing:

Source: SPF Santé Publique.

Budget: détails non connus.

Number of people involved: détails non connus.

6.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

6.3.1 Reasons for data

Enquête obligatoire selon l'A.R. du 12 février 1999 modifiant arrêté royal du 14 décembre 1987 fixant les modalités et le délai de communication par le gestionnaire ...(publication : 05-08-1999)
Modalités des statistiques :

- 2 avril 1999 - Arrêté ministeriel explicitant le contenu des données statistiques et fixant les modalités de récolte et de transmission au Ministère de la Santé publique (publication : 13-10-1999)
- 24 juillet 2000 - Arrêté ministériel modifiant arrêté ministériel du 2 avril 1999 explicitant le contenu des données statistiques et fixant les modalités de récolte et de transmission au Ministère de la Santé publique (publication : 07-09-2000)

6.3.2 Purpose of database

Offrir une description analytique des aspects importants du paysage hospitalier belge

6.3.3 Users of data (organisations)

DG 1 Organisation des Etablissements de Soins

Gestionnaires des hôpitaux.

6.3.4 Applications

Feed-back (données agrégées) accessible sur internet pour les années 2000 et 2001

6.3.5 New evolutions

Les données de personnel devraient être reprises dans la base de données FINHOSTA

6.4 CONTENTS

6.4.1 Information – Description documents on the contents

Questionnaire disponible sur
https: //portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512872&_dad=portal&_schema=PORTAL

6.4.2 Evolution of contents

Légeres modifications chaque année (ajout de questions, suppression de certains details).

6.4.3 Variables

1. INFORMATIONS A CARACTÈRE GÉNÉRAL

1.1.CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE L'ÉTABLISSEMENT

I.1.1. Identification

I.1.2. Personnes de contact pour tout l'hôpital

I.1.3. Statut du propriétaire et de l'exploitant

Statut de droit public

Communautés/Régions

Université à caractère public

Province

Intercommunale

C.P.A.S

Association - C.P.A.S

Statut de droit privé

Université libre

A.S.B.L.

Association d'utilité publique

S.A.

S.P.R.L.

S.C.

Association ou société de droit privé

Personne physique

I.1.4. Relations extra hospitalières

Appartenance à un groupement. Nom du groupement et date d'appartenance

Affiliations à des organisations hospitalières. Nom des organisations.

I.1.5. Nombre de lits dans l'institution

Nombre de lits selon l'âge des bâtiments dans lesquels ils se trouvent

avant 1965

1965 -1974

1975 -1984

1985 -1994 depuis 1995TOTAL

I.1.6. Liste des services médicaux, médico-techniques, fonctions, programmes, unités de soins

Dénomination complète de tous les services médicaux, médico-techniques, fonctions, programmes, unités de soins par rapport à chaque site avec le nombre de lits/places correspondant et le numéro de l'unité utilisé lors de l'enregistrement du RIM /RPM

I.1.7. Sous-traitance/personnel externe

Activités totalement ou partiellement cédées à des tiers

entretien ménager (nettoyage)

entretien technique

buanderie

cuisine

jardin et/ou abords

stérilisation

administration du personnel

traitement de l'information et des données administratives

surveillance et sécurité

autres

Activités pour lesquelles il est fait appel au personnel d'une régie ou d'association de tutelle

Traitement de l'information

Services administratifs (y compris l'administration du personnel)

Entretien de l'hôpital

Services médicaux/médico-techniques

Autres secteurs

I.1.8. Relation gestionnaires-médecins

Prise encharge de l'assurance responsabilité civile pour les médecins salariés - Nombre de médecins salariés couverts

Prise en charge de l'assurance responsabilité civile pour les médecins indépendants - Nombre de médecins indépendants couverts

I.2. RESSOURCES HUMAINES

I.2.1. Organisation

I.2.1.1. Organisation médicale

Fréquence des réunions des médecins chefs de service

Rédaction d'un rapport annuel du département médical (et/ou des services)

I.2.1.2. Organisation infirmière

Composition du cadre intermédiaire en ETP.

Existence d'une philosophie et d'objectifs formalisés des soins infirmiers

Participation au programme de « leadership clinique »

Fréquence des réunions régulières des infirmiers chefs de service

Rédaction d'un rapport annuel du département infirmier

I.2.1.3. Autre

Personnel administratif appartenant à l'institution, en ETP

Personnel technique appartenant à l'institution, en ETP

I.2.2. Stages

Nombre de stagiaires par type d'enseignement

Dénomination des universités ou des écoles des stagiaires

I.2.3. Effectif médical et infirmier (nombre de personnes)

	Nombre total au 01/01	Nombre de personnes entrées dans l'institution au cours de l'année	Nombre de personnes parties de l'institution au cours de l'année	Nombre total au 31/12
Médecins salariés				
Médecins indépendants				
Infirmiers A1 salariés				
Infirmiers A1 indépendants				
Infirmiers A2				

I.2.4. Effectif médical et infirmier selon le type d'activité

	Personnel au 31/12 ayant une tâche administrative		Personnel au 31/12 travaillant en hospitalisation		Personnel au 31/12 travaillant en hospitalisation de jour		Personnel au 31/12 travaillant dans les services médico-techniques		Personnel au 31/12 travaillant en consultation	
	En nombre	En ETP	En nombre	En ETP	En nombre	En ETP	En nombre	En ETP	En nombre	En ETP
Médecins salariés										
Médecins indépendants										
Infirmiers A1 salariés										
Infirmiers A1 indépendants										
Infirmiers A2										

I.3. L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE

I.3.1. Comité de direction

Composition du comité de direction

Date de constitution du comité

Nombre de réunions par an

I.3.2. Conseils hospitaliers

Conseil médical

Composition du comité de direction + date de constitution + nombre de réunions par an

Conseil infirmier ou conseil infirmier-paramédical

Composition du comité de direction+ date de constitution +nombre de réunions par an

I.3.3. Comités/ commissions hospitaliers

Comité médico-pharmaceutique, comité du matériel médical ou comité des médicaments et du matériel médical

Composition du comité + date de constitution +nombre de réunions par an

Comité d'hygiène hospitalière

Composition du comité + date de constitution +nombre de réunions par an

Comité de transfusion

Composition du comité + date de constitution +nombre de réunions par an

Existence d'un manuel de transfusion

Commission d'évaluation de la qualité des soins

Composition du comité + date de constitution +nombre de réunions par an

Comité local d'éthique

Nombre de requêtes présentées au comité en ce qui concerne sa fonction d'avis sur tout protocole d'expérimentation sur l'homme

Parmi celles ci, avis négatifs

Nombre de requêtes présentées au comité en ce qui concerne sa fonction d'accompagnement et de conseil concernant les aspects éthiques de la pratique des soins hospitaliers

Comité de prévention et de protection au travail

Composition du comité + date de constitution +nombre de réunions par an

Comité permanent de concertation entre le gestionnaire et les médecins hospitaliers

Composition du comité + date de constitution +nombre de réunions par an

I.3.4. Economie globale

I.3.4.1. Consommations annuelles

Consommation annuelle électrique (en milliers de kWh)

Consommation annuelle d'eau (de tout type) (en milliers de m)

Consommation annuelle de gaz (en milliers de m)

Consommation annuelle de fuel (en milliers de litres)

Nettoyage annuel de linge (en milliers de kg)

I.3.4.2. Les déchets

Comment sont éliminés les déchets suivants :

Type de déchet	Poids annuel	Société de ramassage
Total des déchets de classe A+B1+B2 (en tonnes)		
Déchets de classe A (en tonnes)		
Total des déchets de classe A+B1 (en tonnes)		
Total des déchets de classe B (en tonnes)		
Dont déchets de classe B1 : déchets de soins courants (en tonnes)		
Dont déchets de classeB2 (en tonnes)		
Déchets à risque radioactifs (en kilo)		
Déchets de mercure (en kilo)		

Existence d'un incinérateur

Capacité (tonnes / jour)

I.4. ACTIVITÉS SOCIALES

I.4.1. Service social

I.4.1.1. Généralités

Service social destiné aux patients+ nom et formation du responsable

I.4.1.2. Ressources humaines (E.T.P.)

Assistants sociaux

Infirmiers sociaux

Volontaires / bénévoles (Nombre)

I.4.1.3. Activité annuelle

Nombre d'interventions par an des travailleurs sociaux concernant les problèmes suivants :

	Problèmes financiers et procédures administratives	Contacts avec les organismes assureurs et assimilés	Problèmes juridiques	Gestion de la sortie	Autres
En hospitalisation classique					
En hospitalisation, uniquement au service d'urgence					
En hospitalisation de jour					
Polyclinique-Consultations					
Total					

Nombre de retours à domicile ayant nécessité une assistance de soins ou logistique effectués par les travailleurs sociaux

Nombre de placements transitoires effectués par les travailleurs sociaux (convalescence, revalidation, transfert vers un autre hôpital, …).

Nombre de placements en maison de repos effectués par les travailleurs sociaux.

Nombre de placements en maison de repos et de soins effectués par les travailleurs sociaux.

Nombre d'autres placements de longue durée effectués par les travailleurs sociaux (maison de soins psychiatrique, centre d'hébergement, …).

I.4.1.4. Organisation et qualité

Dossier social incorporé au dossier du patient

Existence d'un rapport d'activité des fonctions sociales

Existence d'un référent hospitalier

Existence d'un rapport annuel de l'activité du référent hospitalier

I.4.2. Activités sociales pour les patients hospitalisés

Accès à une bibliothèque

Suivi scolaire pour enfants hospitalisés
Nombre d'enseignants (E.T.P.)

Service d'aide à domicile dépendant de l'institution

Aide d'interprète
Langues possibles

Fonction de médiation interculturelle

Accès aux Ministres du Culte et aux Conseillers laïcs

I.4.3. Activités sociales pour la famille et les visiteurs

Possibilités d'hébergement pour les familles en dehors de la chambre du patient
Nombre de chambres

Espace de jeu pour les enfants des visiteurs

I.4.4. Activités sociales pour le public

Brochures explicatives pour les visiteurs
Matières abordées

I.4.5. Activités sociales pour le personnel

Crèche et/ou un prégardiennat pour le personnel
Nombre de places

Convention avec une crèche et/ou un prégardiennat ?

I.4.6. Liens avec l'extérieur

Concertation régulière avec
Médecins de première ligne

Infirmiers à domicile

Accords de collaboration avec
Associations ou plate-formes de soins palliatifs

Organisations de soins à domicile

I.5. INFORMATIQUE ET TÉLÉMATIQUE HOSPITALIERE

I.5.1. Interne

Responsable de l'informatique sur le site (nom + formation)

Nombre de personnes affectées à l'informatique intra hospitalière (E.T.P.)

I.5.2. Interne et externe

Les informations suivantes sont-elles disponibles en permanence directement par voie électronique ?

	Dans les unités de soins	A la polyclinique	Vers l'extérieur
Les demandes d'examens de laboratoire			
Les demandes d'examens de radiologie			
Les demandes d'examens cliniques			
Les prescriptions médicamenteuses			
Les commandes de médicaments			
Le dossier infirmier			
Les résultats de biologie clinique			
Les protocoles de médecine nucléaire			
Les protocoles opératoires			
Les protocoles d'anatomopathologie			
Les protocoles de radiologie			
Les images de radiologie			
Les rapports de consultations et passages aux urgences			
Le dossier administratif			
RCM-RIM-RPM			
Les lettres de sorties (précédentes)			
La gestion des rendez-vous/des admissions			

I.5.3. Externe

Fourniture de renseignements médicaux par voie télématique

Association en matière de télématique

I.5.4. Relation avec le généraliste

Formes de communication utilisées avec le généraliste

Délai de la lettre de sortie (en jours)

Réunions de concertation avec les généralistes

Enquête sur la satisfaction des médecins généralistes

Protocole de collaboration avec les médecins généralistes

I.6. LE DOSSIER DU PATIENT

I.6.1. Type de dossier

Dossier patient par spécialité ou dossier unique ou combinaison – intégration ou non du dossier infirmier

I.6.2. Forme du dossier

Papier ou informatisé

I.6.3. Disponibilité des dossiers

Pourcentage de dossiers médicaux incomplets (%)

Nombre de demandes de copies de dossiers du patient par des médecins externe+ objectif

Nombre de dossiers saisis par le Parquet

I.6.4. Discussion des cas

Fréquence des discussions de cas par service.

I.6.5. Archivage

I.6.5.1. Type de classement

Décentralisé/ centralisé

Numéro unique

Classement unique par malade

Garde des archives appelable

I.6.5.2. Les archives

Forme(s) du mode d'archivage

Archivage du RCM?

Temps de conservation des dossiers

Nombre de personnes (E.T.P.) occupées dans le service ?

I.6.6. RCM-RIM-RPM

Quelles mesures sont prises pour assurer la qualité de l'enregistrement

Existence d'un formulaire pré-imprimé

Existence d'une assistance informatique

Encodage effectué par une (des) personne(s) spécialisée(s)

Suivi d'une formation par le personnel

Existence d'un programme de contrôle

Exploitation des données en interne

Diffusion de feed-back en interne

Nombre d'E.T.P. occupés dans le service

II. DONNÉES RELATIVES AUX PROGRAMMES DE SOINS , SERVICES MEDICAUX ET MEDICO-TECHNIQUES, FONCTIONS ET SECTIONS

II.1. DONNÉES RELATIVES A L'IMAGERIE

Partie I : données relatives à l'imagerie médicale en général

II.1.1.1. Généralités :

Service d'imagerie médicale+ numéro INAMI, nom et la formation du responsable médical sur le site :

Lieu (service d'imagerie, autre service ou extérieur) des Radiodiagnostics,echographies, angiographies, tomographies axial transverse, Tomographies à résonance magnétique nucléaire

II.1.1.2. Associations, collaborations

Accord(s) et type(s) d'accord avec (des)un autre(s) hôpital(aux) pour la réalisation d'examens externes

II.1.1.3. Équipement

Nombre d'appareils dans le service d'imagerie médicale, ventilé par type d'appareil.

Type d'appareil	Particularités
1 appareil de radiodiagnostic général	Appareils de radiographie simple
	Appareils de radiographie – radioscopie combinée
	Dont numérique
	Dont analogique
	Dont plaque phosphore
2 appareils de radiographie mobile	
3 échographes	
	Dont écho-doppler
	Dont échographe en 3D
	Dont échographe en 4D
4 angiographe	Monoplan
	Biplan
5 appareils de mammographie	
6 tomographe axial transverse	CT-scan
	Spiralé
7 tomographe à résonance magnétique nucléaire	< 1 tesla
	1 et < 2 teslas
	2 et < 3 teslas
	3 teslas
8 appareil d'ostéodensitométrie	
9 radiodiagnostic dentaire	avec film en bouche
	tomographie dentaire panoramique
	Téléradiographie dentaire

Date de mise en service du plus vieil appareil

Antenne de radiologie dans le service d'urgence

Salles spécifiques pour les enfants

II.1.1.4. Ressources humaines du service d'imagerie

II.1.1.4.1. Médecins

Radiologues sans autre qualification (E.T.P.)

Radiologues avec qualification (E.T.P.) + qualification

II.1.1.4.2. Autres ressources humaines (E.T.P.)

Infirmiers en imagerie médicale

Autres infirmiers gradués

Autre personnel de santé

Techniciens en imagerie médicale

Personnel administratif

Autres

II.1.1.5. Activité annuelle du service d'imagerie

Nombre d'examens réalisés en hospitalisation et ambulatoire
Angiographie

Tomographie axial transverse

Mammographie

Tomographe à résonance magnétique nucléaire

II.1.1.6. Organisation et qualité

II.1.1.6.1. Garde

Radiologue ou candidats spécialistes en radiologie ou infirmier/technicien en imagerie médicale de garde sur place 24H/24

II.1.1.6.2. Qualité

Indication médicale mentionnée sur chaque demande d'imagerie médicale

Mesures prises pour la radioprotection

Organisme de contrôle de la radioprotection

Fréquence des contrôles de radioprotection

Personnel chargé de la radioprotection

Enregistrement de données pour la qualité

Rapport annuel

Evaluation de la qualité

Participation à un collège de médecins

Protocoles de diagnostic et de traitement/ base d'élaboration

II.1.1.6.3. Archives

Moyens et temps de stockage

II.1.1.7. Formation

Nombre de candidats spécialistes en formation

<u>Partie II : données relatives au programme de dépistage par mammographie du cancer du sein</u>

II.1.2.1. Généralités

Existence d'une unité de mammographie, nom et formation du responsable

Centre pour la deuxième lecture

II.1.2.2. Activité annuelle dans l'unité

Nombre d'examens mammographiques

Nombre de femmes ayant bénéficié d'un examen mammographique

Nombre de femmes âgées entre 50 et 69 ans ayant participé au programme de dépistage pour le cancer du sein

Parmi celles-ci, proportion de femmes envoyées par un médecin (%)

Proportion de femmes se présentant spontanément à l'examen (%)

Nombre de femmes refusées ou exclues dans le cadre du programme pour :
Non communication d'un médecin référent

Mammographie réalisée moins de deux ans auparavant

Antécédents de néoplasie du sein

Autres

II.1.2.3. Activité annuelle dans le centre

Nombre de deuxièmes lectures

Nombre de femmes à inclure dans le cadre du programme

II.1.2.4. Ressources humaines (nombre)

Nombre de médecins

II.1.2.5. Organisation et qualité dans le centre

Temps de conservation d es données

Pourcentage de dossiers incomplets / diagnostics concordants

Existence d'un rapport annuel ?

II.2. DONNÉES RELATIVES À LA MEDECINE NUCLEAIRE IN VIVO

II.2.1. Données relatives à la médecine nucléaire in vivo en général

II.2.1.1. Généralités

Service de médecine nucléaire/nom et formation du responsable

Entité autonome ou répartition dans services

Présence dun cyclotron médical

II.2.1.2. Équipement : type d'appareillage

	Fixe	Capable de ne faire que du balayage	Capable de faire du balayage et de la tomographie
Nombre de gamma caméra à 1 tête			
Nombre de gamma caméra à 2 têtes			
Nombre de gamma caméra à 3 têtes			
Nombre de gamma caméra à plus de 3 têtes			

Nombre d'ostéodensimètres

II.2.1.3. Ressources humaines affectées au service de médecine nucléaire (E.T.P)

Médecin avec un diplôme de médecine nucléaire

Autres médecins

Infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Physicien

Ingénieur

Personnel administratif

Autres

Nombre d'examens annuels

II.2.1.5. Organisation et qualité

Contrôle systématique de la qualité des produits radioactifs injectés

Contrôle externe des appareils :

Délai moyen d'attente pour un rendez-vous (en jours) pour un examen pet scan

Personnel chargé de la radioprotection du patient+ formation

Enregistrement de données pour le suivi de la qualité

Rapport annuel

Evaluation de la qualité

Participation à un collège de médecins

Protocoles de diagnostic et de traitement/ base d'élaboration

II.2.2. Données relatives au pet scan

Existence d'un pet scan

Type et marque

Isotopes utilisés pour les examens pet

Nombre total d'examens réalisés au cours de l'année/ types d'examens

Contrôle systématique de la qualité et du dosage des produits radioactifs injectés

Contrôle externe de l'appareil

Caméra(s) conventionnelle(s) équipée(s) pour le pet

II.3. DONNÉES RELATIVES AU LABORATOIRE

II.3.1. Généralités :

Laboratoire + nom et formation du responsable

Analyses (sur site/ hors site)+ nombre d'analyses (urgentes ambulatoires et total)

Chimie

Chimie : hormonologie

Chimie : toxicologie

Chimie : monitoring thérapeutique

Microbiologie et microscopie

Sérologie infectieuse

Hématologie

Coagulation et hémostase

Immuno hématologie et sérologie non infectieuse

Médecine nucléaire in vitro

II.3.2. Équipement (autres)

Examens par RIA (radio-immuno assay) / services

II.3.3. Ressources humaines affectées au laboratoire (E.T.P.)

Médecin spécialiste en biologie clinique avec/sans reconnaissance en RIA

Médecin spécialiste en médecine nucléaire

Médecin (autre que spécialiste en biologie clinique) avec/sans reconnaissance en RIA Pharmacien-biologiste avec/sans reconnaissance en RIA

Licencié en sciences chimiques

Techniciende laboratoire

Infirmier

Personnel administratif

Autres

II.3.4. Organisation et qualité

II.3.5. Formation (nbre de candidats spécialistes)

II.4. DONNÉES RELATIVES À L'ANATOMOPATHOLOGIE

II.4.1. Généralités

Existence d'un service d'anatomopathologie+ nom et formation du responsable

Laboratoire d'histopathologie

Laboratoire de cytologie

Salle d'autopsie

II.4.2. Équipement

Microscope électronique

II.4.3. Ressources humaines affectées aux activités d'anatomopathologie et d'autopsie (E.T.P.)

Médecins spécialisés pour ce type d'activités

Autres médecins

Techniciens de laboratoires

Personnel administratif

Autres

II.4.4. Activité annuelle concernant anatomopathologie et autopsies : nombre d'examens

Cytologie

Histopathologie

Microscopie électronique

Nombre total de patients décédés

Moins de 48 h après l'admission

48 h ou plus après l'admission

Nombre total d'autopsies réalisées sur le site

Parmi celles-ci, nombre d'autopsies sur des patients décédés en dehors du site

II.4.5. Organisation et qualité

II.4.6. Formation

II.5. DONNÉES RELATIVES AUX SOINS D'URGENCES

II.5.1. Généralités

Service de premières urgences

Garde médicale permanente

Nombre de médecins de garde sur place

Destination de la garde médicale

Fonction «soins urgents spécialisés» agréée

Nom et formation du responsable

Le service est-il agréé 100 ?

Fonction « service mobile d'urgence » (SMUR) + nom et formation du responsable

II.5.2. Équipement

II.5.2.1. Transport

Hélisurface

Si non, y a-t-il un terrain sur lequel un hélicoptère peut atterrir ?

Véhicule d'intervention médicalisé équipé de matériel de réanimation assurant le SMUR ?

Nombre de véhicules d'intervention propriétés de l'hôpital

Equipe médicale assurant le SMUR ?

Ambulance pour les transports ?

Ambulance adaptée aux enfants ?

II.5.2.2. Equipement dans le service

Box d'isolement pour patients agités ?

Locaux spécifiques pour la pédiatrie dans le service ?

Salle d'opération dans le service ?

Equipement mobile pour les réanimations internes urgentes

Nombre de lits d'hospitalisation provisoire dans le service

II.5.3. Ressources humaines

II.5.3.1. Composition de l'équipe médicale d'urgence (ETP)

Spécialistes porteurs du titre professionnel en médecine d'urgence

Autres spécialistes
Brevet BMA (= brevet de médecine aiguë)

Candidats spécialistes

Généralistes
Brevet BMA

II.5.3.2. Composition de l'équipe soignante (E.T.P.)

Infirmiers gradués en soins intensifs et d'urgences

Infirmiers gradués pouvant justifier d'une expérience minimum de 5 ans dans cette fonction

Infirmier en pédiatrie

Autres infirmiers gradués

Accoucheuses

Infirmiers brevetés/diplômés

Autre personnel de santé

Personnel administratif (ETP)

Combien de brancardiers (E.T.P.)

II.5.4. Activité annuelle

II.5.4.1. Nombre de patients

Dans une ambulance privée

Par leurs propres moyens (taxi, voiture,…)

Par le SMUR

Par le 100

II.5.4.2. Provenance

Du domicile/ d'un lieu privé/de l'école

D'un autre hôpital

D'une MR/MRS/MSP

D'un lieu public

II.5.4.3. Nombre de patients accueillis aux urgences et ensuite hospitalisés

II.5.4.4 Nombre de patients transférés vers un autre hôpital pour des raisons médicales/ par manque de place

II.5.5. Organisation et qualité

Les enfants sont-ils vus systématiquement par un pédiatre en cas de problème médical ?

II.5.6. Formation

II.6. DONNÉES RELATIVES AU BLOC OPERATOIRE

II.6.1. Généralités

Nombre de blocs opératoires+ nom et formation du responsable

II.6.2. Équipement

Nombre total de salles d'opération

Salle d'opération équipée spécifiquement pour la chirurgie cardiaque avec circulation extra corporelle

Climatisation et recyclage d'air

Salle de réveil dans le bloc opératoire + capacité (nombre de lits)

II.6.3. Ressources humaines du (ou des) bloc(s) opératoire(s)(E.T.P.)

Anesthésistes

Infirmiers gradués de salle d'opération

Infirmiers ayant une qualification particulière et/ou une expérience en chirurgie cardiaque

Autres infirmiers gradués

Accoucheuses

Infirmiers brevetés/diplômés

Autre personnel de santé

Personnel biotechnicien spécialisé

Personnel d'entretien (nettoyage)

Personnel administratif

Autre personnel de salle d'opération

II.6.4. Activité annuelle

Nombre d'opérations au code K 40 (ou N 75)
Parmi celles ci, nombre d'opérations supérieures à K120 (ou N200)

Nombre d'opérations entre 21 h et 8 h et le week-end

Nombre d'opérations sous anesthésie générale

Nombre d'opérations sous anesthésie locale

Nombre d'opérations sous anesthésie loco-régionale

Nombre d'opérations sous anesthésie péridurale

II.6.5. Organisation et qualité

II.6.4. Formation

II.7. DONNÉES RELATIVES À LA PHARMACIE

II.7.1. Généralités

Pharmacie ou dépot

Ou à défaut, un dépôt ?

Autres institutions/sites en médicaments fournis

Fourniture à des MRS/MRPA

II.7.2. Équipement

Préparation des antiseptiques /des cytostatiques (totale ou partielle)/ des solutions stériles sous flux laminaire (alimentation parentérale)

II.7.3. Ressources humaines (E.T.P.)

Pharmaciens avec spécialisation, assimilés ou 500 h d'expérience

Assistants pharmaciens

Personnel administratif

Autres (magasiniers…)

II.7.4. Activité annuelle : nombre de

Essais cliniques de médicaments commencés

Modifications ou adaptations du formulaire thérapeutique

Pourcentage de prescriptions contenant au moins un médicament hors formulaire thérapeutique (%)

Réactions adverses aux médicaments collectées et analysées

Erreurs de médication enregistrées

Pourcentage de prescription en DCI (%)

II.7.5. Organisation et qualité

II.7.6. Formation

II.8. DONNÉES RELATIVES À LA STÉRILISATION

II.8.1. Généralité

Service de stérilisation + nom du responsable

II.8.2. Équipement centralisé ou non centralisé : nombre et capacité des

Autoclave à vapeur

Autoclave à oxyde d'éthylène

Formol

Stérilisation à basse température

II.8.3. Ressources humaines dans le service (E.T.P.)

Infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Autres

II.8.4. Organisation et qualité

II.9. DONNÉES RELATIVES À LA BANQUE DE SANG ET À LA TRANSFUSION

II.9.1. Généralités

Banque de sang + nom et formation du responsable

Dépôt de sang centralisé ou plusieurs dépôts

II.9.2. Activité annuelle

Unités transfusées

Patients ayant bénéficié d'une transfusion

Autotransfusion

II.9.3. Organisation et qualité

II.10. DONNÉES RELATIVES À LA BANQUE DE TISSUS (ET DE CELLULES)

II.10.1. Généralités

Banques de tissus (et ou de cellules) + nom et formation du responsable

Implantation de tissus et/ou de cellules ?

II.10.2. Activité annuelle

Tissus de l'appareil locomoteur

Têtes fémorales

Chondrocytes

Tissus tympano-ossiculaires

Valves cardiaques
Cellules cardiaques

Vaisseaux sanguins

Tissus cutanés (nbre de cm)
Keratinocytes

Tissus ophtalmiques

Membranes amniotiques et chorioniques

Cellules pancréatiques

Cellules hépatiques

Sang de cordon

Cellules souches hématopoïétiques

Autres cellules souches

Cellules nerveuses

Cellules myoblastiques

Cellules mésenchymateuses

Autres

II.10.3. Organisation et qualité

II.11. DONNÉES RELATIVES À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ

II.11.1 Accouchements

II.11.1.1. Quartier accouchement

II.11.1.1.1. Généralités :

Quartier d'accouchement+ nom et fonction du responsable

II.11.1.1.2. Equipement

Nombre de salles d'accouchement (ou d'accouchement et de travail)

Nombre de salles de travail

Salle d'opération dans le quartier d'accouchement

II.11.1.1.3. Ressources humaines :

Accoucheuses

Infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Puéricultrices

Autre personnel de santé

II.11.1.1.4. Activité annuelle

Nombre d'accouchements : par voie basse non assistés/ par voie basse assistés/ césariennes

Dont accouchements de nouveau-nés uniques

Dont accouchements de jumeaux

Dont accouchements de nouveau-nés supérieurs à 2

II.11.1.2. Maternité + unité N (Fonction N*)*

II.11.1.2.1. Equipement

Location de l'unité N*

Location de la photothérapie :

II.11.1.2.2. Ressources humaines

Infirmiers gradués en pédiatrie avec expérience en néonatalogie

Autres infirmiers gradués en pédiatrie

Accoucheuses avec expérience en néonatalogie

Autres accoucheuses

Autres infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Puéricultrices

Autre personnel de santé

II.11.1.2.3. Activité annuelle

Mères séjournant en service M ou MIC

	Nombre d'accouchements	Nombre de décès maternels	Nombre de transferts intra utérins, en provenance d'un autre hôpital et ayant aboutit à un accouchement dans l'institution	Nombre de transferts intra-utérins envoyés vers un autre hôpital
Total des grossesses				
Grossesses à risque				

Décès maternels évalués par l'équipe traitante

Nombre d'autopsies de mères décédées

Nouveaux-nés séjournant en N* ou M ou MIC

Pour les grossesses non transférées/ transférées

Classe de poids à la naissance	Mort-nés	Naissances vivantes	Nouveau-nés admis en N	Nouveau-nés admis ou transférés en NIC	Nouveau-nés décédés À la maternité ou en N* 7 jours (mort-nés exclus)
< 500g					
500-999g					
1000-1499g					
1500-2499g					
2500-3999g					
≥ 4000g					
Total					

Nombre de nouveau-nés allaités au sein à leur sortie du service

Nombre décès à la maternité ou dans l'unité N* évalués par l'équipe traitante

Nombre d'autopsies d'enfants morts à la maternité ou dans l'unité N* (y compris les enfants mort-nés)

II.11.1.2.4. Organisation et qualité

II.11.1.2.5. Conventions / Associations

Avec les services NIC

Avec les fonctions P

II.11.1.2.6. Formation

II.11.2 Service NIC

II.11.2.1. Généralités

Nom et formation du responsable

II.11.2.2. Ressources humaines

Pédiatres avec expérience en néonatalogie

Autres pédiatres

Autres médecins

Infirmiers gradués en pédiatrie avec expérience en néonatalogie

Autres infirmiers gradués en pédiatrie

Accoucheuses avec expérience en néonatalogie

Autres accoucheuses

Autres infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Puéricultrices

Autre personnel de santé

II.11.2.3. Organisation et qualité

II.11.2.4. Activité annuelle

Classe de poids de naissance	Nouveau-nés admis en NIC	Parmi ceux-ci nouveau-nés décédés en NIC			
		Total	7 jours	> 7 jours et 28 jours	>28 jours et avant leur sortie du service
< 500g					
500-999g					
1000-1499g					
1500-2499g					
2500-3999g					
4000g					
Total					

Nombre de nouveau-nés placés sous ventilation artificielle pendant plus de 24 h

Nombre de nouveau-nés nourris au lait maternel à la sortie du service NIC

Combien de décès de nouveau-nés hospitalisés en NIC ont été évalués par l'équipe traitante

Nombre d'autopsies de nouveau-nés hospitalisés en NIC

II.11.2.5. Conventions / Associations

II.11.2 Fonction P*

II.11.3.1. Généralités (nom et fonction du responsable)

II.11.3.2. Convention/Agrément

II.11.3.3. Organisation fonctionnelle interne/externe et qualité

II.12. DONNÉES RELATIVES À LA MÉDECINE DE LA REPRODUCTION

II.12.1. Généralités

Programme de soins agréé A / B + nom et formation des responsables

Laboratoire de PMA + nom et formation du responsable

II.12.2. Equipement (activités)

Indications et les diagnostics en matière de stérilité

Information du patient sur les techniques de procréation médicalement assistée (PMA)

Examens techniques, bactériologiques, hormonaux et biologiques requis en vue d'une PMA

Traitement contrôle « super ovulation » y compris monitorage endocrinien et échographique

Prélèvement des gamètes

Congélation et conservation des gamètes

Congélation et conservation des embryons

(Ré-)implantation d'embryons

Suivi psychologique, social et moral des patients

II.12.3. Ressources humaines

Médecins spécialistes en gynécologie, ayant une compétence attestée et actualisée en matière de stérilité et d'utilisation des techniques cliniques relatives à la PMA

Médecins ayant une expertise particulière en andrologie

Médecins ayant une expertise spécifique en endocrinologie reproductive

Médecins ou universitaires ayant une compétence attestée sur les aspects biologiques de la PMA

Parmi ceux-ci, combien sont attachés exclusivement à l'hôpital (nombre)

Autres médecins

Autre personnel de santé

Personnel administratif

II.12.4. Activité annuelle

Nombre de cycles débutés pour fertilisation in vitro (FIV) et/ou ICSI

Nombre de prélèvements d'ovocytes pour FIV et/ou ICSI

Nombre de patients traités par FIV et/ou ICSI

Nombre de grossesses consécutives à un traitement FIV ou ICSI

Nombre de naissances vivantes issues de grossesses consécutives aux techniques de procréation médicalement assistée (FIV-ICSI)

Pour le programme B :

Nombre de patients référés provenant d'un programme de soins A

Nombre de transferts d'embryons après fertilisation in vitro (FIV)

Nombre de transferts d'embryons après ICSI

Nombre de cycles au cours desquels des embryons ont été congelés

Nombre de transferts d'embryons frais

Nombre de transferts d'embryons congelés

II.12.5. Qualité

II.12.6. Association/ Convention

II.13. DONNÉES RELATIVES À L'ENFANT

II.13.1. Généralités

Service de pédiatrie + nom et formation du responsable

II.13.2. Prise en charge spécifique des enfants

Nombre de lits du service de pédiatrie

Nombre de lits parents - enfant

Local spécifique pour la préparation des biberons

Consultation pédiatrique

Mode de prélèvement sanguin adapté aux enfants

Equipement radiologique spécifique aux enfants ?

Hôpital de jour distinct pour les enfants - nombre de places

Soins intensifs pour les enfants - nombre de lits

Ambulance adaptée aux enfants

Espace de jeu dans le service de pédiatrie

Enseignement organisé pour les enfants ?

Espace réservé à l'école dans le service de pédiatrie ?

II.13.3. Ressources humaines

II.13.3.1. Médecins

Nombre de pédiatres (E.T.P.)

Pédiatre de garde

Pédiatre lié à l'hôpital qui travaille dans un institut médico-pédagogique

Pédiatre lié à l'hôpital qui travaille à l'Office de la naissance et de l'enfance

II.13.3.2. Composition de l'équipe soignante pédiatrique (E.T.P.) :

Infirmiers gradués en pédiatrie

Autres infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Puéricultrices

Autre personnel de santé

Personnel auxiliaire pour l'organisation des activités ludiques

Personnel auxiliaire pour le soutien psycho-social

II.13.4. Activité

Nombre d'unités de pédiatrie – mode de répartition des enfants

II.13.5. Organisation et qualité

II.13.6. Formation

II.14. DONNÉES RELATIVES À LA MORT SUBITE DU NOURRISSON

II.14.1. Généralités

Nombre total d'enfants de moins de 18 mois accueillis après décès pour raison inopinée et médicalement inexpliquée

Nombre d'enfants transférés vers un autre hôpital pour pratiquer une autopsie

Moyen de transfert

Psychologue et/ou d'un assistant social spécialisé

I.14.2. Section de diagnostic du risque de mort subite

Nom et formation du responsable

II.14.3. Equipement

Nombre de lits exclusivement destiné au diagnostic de la mort subite

Nombre de polysomnographes d'au moins 6 dérivations

Nombres de moniteurs pour la surveillance cardio-respiratoire des enfants

Nombre de moniteurs pour la surveillance cardio-respiratoire des enfants à domicile

II.14.4. Ressources humaines

Pédiatre

Anatomopathologiste

Autres Médecins

Infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Accoucheuses

Psychologues ayant une expérience particulière

Infirmier ou assistant social ayant une expérience particulière

Autre personnel de santé

Secrétaire médicale pour le travail administratif

II.14.5. Activité annuelle

Nombre d'examens polysomnographiques :
pour les enfants sans facteur de risque établi préalablement

pour les enfants avec facteur de risque établi préalablement

Nombre d'indications de suivi par monitoring cardio-respiratoire à domicile

Parmi ceux-ci, nombre de décès

Nombre d'autopsies par suspicion de mort subite

Nombre total d'enfants de moins de 18 mois autopsiés pour mort subite

Nombre d'enfants pour lesquels la demande d'autopsies a été refusée par la famille

II.14.6. Qualité

II.15. DONNÉES RELATIVES AUX SOINS INTENSIFS

II.15.1. Généralités :

Fonction soins intensifs + nom et formation du responsable

II.15.2. Equipement

II.15.2.1. Nombre de

	En C	En D	En C+D	En E	Dans la fonction soins intensifs
Lits de soins intensifs					
Dont lits spécifiques aux enfants					
Sont-ils situés dans une entité spécifique ?					

Chambres d'isolement (avec sas) dans l'unité de soins intensifs

Chambres individuelles

Lits équipés d'un matériel de monitorage

Appareils permettant d'assurer la ventilation artificielle (total)

Par voie invasive

Par voie non invasive

II.15.2.2. Disposition en permanence de :

une salle d'opération polyvalente pour les interventions urgentes

un service technique biomédical

un appareil de radiographie mobile

un appareil de dialyse mobile

un équipement de réanimation mobile

II.15.3. Activité annuelle

Nombre de jours de ventilation invasive

Nombre de jours de ventilation non invasive

Nombre de jours d'hémodialyse (ou d'hémofiltration) continue

Nombre de jours de monitoring hémodynamique invasif

Nombre de jours de contre pulsion aortique

Nombre de jours d'oxygénation extra corporelle

Nombre de jours d'assistance gauche

Nombre de patients qui, suite à une insuffisance rénale, ont bénéficié d'une hémodialyse ou d'une hémofiltration au cours de leur séjour aux soins intensifs

Nombre de patients décédés aux soins intensifs

II.15.4. Ressources humaines aux soins intensifs (ETP)

Médecins porteurs du titre professionnel particulier en soins intensifs

Autres médecins

Infirmiers gradués en soins intensifs et d'urgences

Infirmiers gradués pouvant justifier d'une expérience minimum de 5 ans dans cette fonction

Infirmiers en pédiatrie

Autres infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Kinésithérapeutes

Autre personnel de santé

Aide administrative

II.15.5. Organisation et qualité

II.15.6. Formation

II.16. DONNÉES RELATIVES AUX UNITÉS ASEPTIQUES ET ISOLEMENT

II.16.1. Généralité :

Unité aseptique + nom et formation du responsable

II.16.2. Equipement dans l'unité aseptique

Nombre de lits

Isolement spécifique pour les enfants

II.16.3. Ressources humaines

Médecins

Infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Autre personnel de santé

II.16.4. Activité annuelle dans l'unité aseptique

Nombre de malades traités

II.16.5 Qualité

II.17. DONNÉES RELATIVES À LA TRANSPLANTATION D'ORGANES

II.17.1. Activité annuelle : nombre de

	Prélèvement d'organes	Nouveaux patients transplantés/ greffés	Nombre total de patients transplantés/greffés	Total de transplantations/greffes	Délai moyen d'attente (nombre de jours)
Rein					
Foie					
Cœur					
Cœur poumon					
1 poumon					
2 poumons					
Pancréas					
Intestin					
Moelle osseuse					
Cellules souches					

II.17.2 Equipement

Nombre de salles d'opération offrant l'infrastructure nécessaire afin de permettre d'effectuer simultanément un prélèvement et une transplantation d'organes

Réserve permanente de concentré érythrocytaire

Banque de sang qui puisse fournir ces produits à tout moment

II.17.3. Ressources humaines (E.T.P.) : nombre de

Médecins spécialistes en chirurgie

Anesthésiste

Coordinateurs de transplantations

II.17.4. Organisation et qualité

II.18. DONNÉES RELATIVES À LA NÉPHROLOGIE

II.18.1. Généralités

Activités concernant l'insuffisance rénale chronique + nom et formation responsable

II.18.2. Equipement

Service d'hémodialyse chronique

Service de dialyse à domicile

Service d'autodialyse collective

Activité de dialyse péritonéale ambulatoire

Infrastructure pour la dialyse pédiatrique

Local équipé de 1 ou plusieurs postes de dialyse réservés à des patients HBV positifs

Nombre de lithotripteurs

II.18.3. Activité annuelle

Nombre total de patients dialysés dans le service pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique, quel que soit le type de dialyse

Parmi ceux ci, nombre total de nouveaux patients

Nombre de patients suivis dans le service ayant été transplantés

Nombre de patients inscrits sur une liste d'attente de transplantation au 31/12

Nombre total de patients traités dans l'hôpital porteurs d'un greffon fonctionnel au 31/12

Nombre total de patients décédés, porteurs d'un greffon fonctionnel

Activité et nombre d'appareils par type de dialyse

	Dialyse aiguë	Hémodialyse chronique	Dialyse à Domicile	Autodialyse Collective	Dialyse péritonéale ambulatoire
Nombre d'appareils disponibles					
Nombre de dialyses					(en semaines patients)
Nombre de nouveaux patients					
Nombre total de patients					

II.18.4. Ressources humaines (E.T.P.)

II.18.4.1.Staff médical

Nombre de médecins-internistes avec une compétence particulière en néphrologie

Chirurgiens pratiquent la transplantation rénale

Nom et la formation du coordinateur des transplantations rénales

II.18.4.2. Composition de l'équipe soignante

Infirmiers en hémodialyse

Infirmiers en dialyse péritonéale

Infirmiers en hémodialyse et dialyse péritonéale

Autres Infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Infirmiers sociaux

Autre personnel de santé

II.18.5. Organisation et qualité

II.18.6. Formation

II.19. DONNÉES RELATIVES AUX INTERVENTIONS CARDIAQUES

II.19.1. Généralités

Agrément pour un programme A

un programme P

un programme B1

un programme B

un programme E

un programme T

un programme C

II.19.2. Cardiologie

II.19.2.1. Ressources humaines (E.T.P.)

Total de cardiologues / internistes

Parmi ceux-ci nombre de cardiologues ayant une expérience actualisée en matière de

diagnostic cardiaque par cathétérisme

cardiologie interventionnelle

électrophysiologie

cardiopathie congénitale

Nombre de médecins avec expérience dans l'implantation de stimulateurs cardiaques

Autres médecins

Personnel de santé

II.19.2.2. Equipement

Nombre de salles de cathétérisme équipées en monoplan

Nombre de salles de cathétérisme équipées en biplan

Infrastructure pour la réadaptation aiguë et subaiguë

II.19.2.3. Activité annuelle : nombre d'adultes ayant subi une des interventions suivantes

Thrombolyses

Cathétérismes diagnostics du cœur gauche à l'exception des cathétérismes interventionnels

Dont coronarographies

Cathétérismes du cœur droit à titre diagnostic

Dont associés avec un cathétérisme du cœur gauche

Cathétérismes interventionnels pour dilatation des coronaires

Parmi les patients dilatés placement d'un stent

Cathétérismes interventionnels pour trouble du rythme

Cathétérismes interventionnels (à l'exception des dilatations et des troubles du rythme)

Examens électrophysiologiques sans ablation

Examens électrophysiologiques avec ablation

Nouveaux stimulateurs placés
Dont stimulateurs provisoires

II.19.2.4. Activité annuelle chez les enfants (< 16 ans)

Nombre de cathétérismes cardiaques diagnostics (excepté cathétérismes interventionnels)

Nombre de cathétérismes interventionnels

II.19.2.5. Organisation et qualité

II.19.2.6. Formation

II.19.3 Chirurgie cardiaque

II.19.3.1. Généralités(nom et formation du responsable)

II.19.3.2. Equipement

Nombre de lits d'hospitalisation y compris les lits de surveillance semi-intensive monitorisés

Nombre de lits de soins intensifs

Nombre de salles d'opération équipées spécifiquement pour la chirurgie cardiaque avec circulation extra corporelle

II.19.3.3. Composition de l'équipe (E.T.P.)

II.19.3.3.1. En salle d'opération exclusivement pour la chirurgie cardiaque

Chirurgiens disposant d'une compétence particulière en chirurgie cardiaque

Parmi ceux-ci, nombre de chirurgiens, attachés à plein temps et à titre exclusif à l'hôpital , ayant
une expérience en matière de techniques de transplantation

une expérience entretenue en matière de techniques spécifiques chez les enfants

Anesthésistes avec une compétence en chirurgie cardiaque

Cardiologues ayant acquis une qualification particulière dans le domaine de la transplantation cardiaque

Autres médecins

Infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Perfusionnistes

Autre personnel de santé

II.19.3.3.2. Dans l'unité de soins intensifs s'occupant exclusivement des patients cardiaques

Médecins

Infirmiers gradués en soins intensifs et d'urgences

Infirmiers gradués pouvant justifier d'une expérience minimum de 5 ans dans cette fonction

Autres infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Kinésithérapeutes attachés au service

Autre personnel de santé

II.19.3.3.3. En hospitalisation exclusivement pour la chirurgie cardiaque

Médecins

Infirmiers gradués

Infirmiers sociaux

Infirmiers brevetés/diplômés

Kinésithérapeutes attachés au service

Autre personnel de santé

Y a-t-il une collaboration avec une psychologue ?

II.19.3.4. Activité annuelle

Nombre d'interventions sous circulation extra corporelle

Nombre de transplantations cardiaques

Nombre de malformations cardiaques congénitales opérées

Nombre d'interventions chez les enfants de moins de 16 ans

II.19.3.5. Organisation et qualité

II.19.3.6. Formation

II.19.4 Organisation multidisciplinaire

Fréquence des réunions entre cardiologues et chirurgiens cardiaques

II.20. DONNÉES RELATIVES À L'ONCOLOGIE

II.20.1. Généralités

II.20.1.1.Infrastructure

Liste des unités d'hospitalisation des patients cancéreux :

Section d'hospitalisation d'oncologie médicale

Hospitalisation de jour pour patients oncologiques?

II.20.1.2. Activité annuelle

Nombre de nouveaux patients traités

Nombre total de forfaits en hospitalisation de jour facturés à des patients cancéreux

II.20.1.3. Ressources humaines

Nombre de médecins impliqués dans le traitement des patients cancéreux

Type de spécialité	Nombre total	Dont nombre de médecins avec un titre professionnel en oncologie	Dont nombre de médecins consultants
Médecin interniste			
Médecin spécialiste en radiothérapie			
Médecin spécialiste en chirurgie			
Médecin spécialiste en médecine interne ayant une qualification en hématologie clinique			
Médecin spécialiste en gastro-entérologie			
Médecin spécialiste en pneumologie			
Médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique			
Médecin spécialiste en urologie			
Médecin spécialiste en anatomopathologie			
Médecin spécialiste en biologie clinique			
Médecin spécialiste en radiologie			
Médecin spécialiste en médecine nucléaire			
Autre médecin spécialiste			

II.20.1.4 Organisation et qualité

II.20.2. Section d'hospitalisation d'oncologie médicale

II.20.2.1. Equipement

Nombre de lits

Facilités pour l'administration des cytostatiques

II.20.2.2. Activité annuelle

Nombre de nouveaux patients traités

II.20.2.3. Ressources humaines (E.T.P.)

Médecins oncologues dans l'hôpital

Infirmiers en oncologie

Infirmiers en soins palliatifs

Autres infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Autre personnel de santé

Autres

II.20.2.4. Organisation et qualité

II.20.3. Traitement par radiothérapie

II.20.3.1. Equipement

Nombre d'appareils dans le service

Simulateurs

Dont CT simulateur

Dont nombre équipé d'un CTscan

Accélérateur linéaire de 8 Mev maximum

Accélérateur linéaire de plus de 8 Mev

Appareil de cobalt (avec radiothérapie isocentrique)

Appareil pour la thérapie de surface et de contact

Appareil de radiothérapie stéréotaxique avec dosimétrie

De planification

Dont 2D

Dont 3D

Dont susceptible d'importer des images CT

Dont susceptible d'importer des images RMN

Dont susceptible d'importer des images pet scan

Dont susceptible d'importer des images d'angiographie

II.20.3.2. Ressources humaines (E.T.P.)

Nombre total de médecins spécialistes en radiothérapie

Parmi ceux-ci, nombre de radiothérapeutes à temps plein (nombre)

Composition de l'équipe soignante du service de radiothérapie

Infirmiers en radiothérapie

Autres infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Autre personnel de santé

Autre personnel

Physiciens

Ingénieurs

Techniciens A1 ou A2

II.20.3.3. Curiethérapie

Local spécifique

Nombre d'appareils avec afterloading dans l'unité de curiethérapie

II.20.3.4. Activité annuelle

Accélérateurs linéaires

Appareils au Cobalt

Thérapies de Contact

Curiethérapies – sources scellées

Curiethérapies – autres sources

Traitements par isotopes

Nombre d'irradiations totales du corps pour hémopathie

II.20.3.5. Organisation et qualité

II.20.3.6. Formation

II.21. DONNÉES RELATIVES AUX SOINS PALLIATIFS

II.21.1. Fonction «soins palliatifs»

II.21.1.2. Ressources humaines (E.T.P.)

Médecins

Infirmiers en soins palliatifs

Autres Infirmiers gradués

Psychologues

Collaboration avec

Assistants sociaux

Infirmiers sociaux

ergothérapeutes

logopédistes

kinésithérapeutes

diététistes

Consultants philosophiques (laïques, religieux)

Médecins généralistes

volontaires

Autres

Infirmier référent par service

II.21.1.3. Activité annuelle

Nombre de patients pris en charge dans le cadre de la fonction décédés à l'hôpital

transférés à la maison ou dans une MRS avec un traitement palliatif ?

transférés à la maison ou dans une MRS sans traitement palliatif ?

transférés vers une unité de soins palliatifs ?

II.21.1.4. Organisation et qualité

I.21.2. Associations

Liste et dates des conventions

II.21.3. Unité de soins

II.21.3.1. Généralités

Unité de soins palliatifs + nom et formation du responsable

II.21.3.2. Equipement

Nombre de lits dans l'unité

II.21.3.3. Ressources humaines (E.T.P.)

Médecins

Infirmiers en soins palliatifs

Autres infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Autre personnel de santé

Assistants sociaux

Volontaires / bénévoles (nombre)

II.21.3.4. Activité annuelle dans l'unité

Nombre de patients pris en charge
Parmi ceux-ci, décès

II.21.3.5. Organisation et qualité

II.21.3.6. Formation

II.22. DONNÉES RELATIVES À LA NEUROCHIRURGIE

II.22.1. Généralités

Programme de neurochirurgie + nom et formation du responsable

II.22.2. Equipement

Nombre de lits affectés au traitement de patients neurochirurgicaux

Equipement pour les interventions de neurochirurgie stéréotaxique
Opérations assistées par informatique

Opérations assistées par neuronavigateur

Equipement pour la neuroradiologie interventionnelle

Equipement pour la radiothérapie des lésions cérébrales

Salle d'opération équipée spécialement pour les interventions neurochirurgicales

Laboratoire d'anatomie pathologique disposant d'un anatomopathologiste avec une compétence en neuropathologie

Equipements d'électrodiagnostic permettant d'obtenir :
Des électroencéphalogrammes (E.E.G.)

Des électromyographes (E.M.G.)

Des potentiels évoqués

Infrastructure pour la rééducation

II.22.3. Ressources humaines dans le service (E.T.P.)

Médecins
Nombre de neurochirurgiens

Parmi ceux-ci, combien sont à temps plein (nombre)

Autres médecins

Composition de l'équipe soignante

Infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Autre personnel de santé

II.22.4. Activité annuelle

Nombre de patients traités
Parmi ceux-ci, nombre de nouveaux patients traités

Nombre d'opérations dont le K est supérieur ou égal à 700

II.22.5. Organisation et qualité

II.22.6. Formation

II.23. DONNÉES RELATIVES À LA PSYCHIATRIE

II.23.1. Urgences psychiatriques

II.23.1.1. Equipement

Locaux spécifiques réservés aux urgences psychiatriques

Chambre d'isolement pour patients agités

Local pour les entretiens psychiatriques

Nombre de lits d'hospitalisation provisoire réservés pour les cas psychiatriques

II.23.1.2. Ressources humaines pour assurer les urgences psychiatriques (E.T.P.)

Psychiatre présent en permanence pendant la journée

Psychiatre de garde appelable 24 h / 24 ?

Infirmiers gradués en santé mentale

Infirmiers brevetés orientation santé mentale et psychiatrie

Psychologues

Autres

Interprète

II.23.1.3. Activité annuelle pour les urgences

Total des urgences psychiatriques
Parmi celles-ci nombre d'urgences psychiatriques :

Hospitalisées dans l'hôpital

Dont hospitalisées pour tentatives de suicide

Dont hospitalisées pour overdose

Transférées vers un autre hôpital

Dont transférées pour tentative de suicide

Dont transférées pour overdose

Durée moyenne (en jours) entre la demande d'hospitalisation et l'hospitalisation psychiatrique urgente

II.23.1.4. Collaboration / Association

II.23.2. Hospitalisations psychiatriques

II.23.2.1. Généralités

Service de psychiatrie + nom et formation du responsable

II.23.2.2. Equipement

Nombre de lits psychiatriques

Nombre de chambres d'isolement

II.23.2.3. Ressources humaines (E.T.P.)

Nombre total de psychiatres

Nombre de psychiatres dans le service de psychiatrie

Composition de l'équipe soignante dans le service de psychiatrie

Infirmiers gradués

Infirmiers gradués en santé mentale

Infirmiers brevetés-orientation santé mentale et psychiatrie

Autres infirmiers brevetés/diplômés

Psychologues

Kinésithérapeutes

Ergothérapeutes

Travailleurs sociaux (infirmiers et/ou assistant sociaux)

Autre personnel de santé

II.23.2.4. Activité annuelle (adultes et enfants)

Nombre de séjours/an + nombre de journées facturées par mode d'admission

Volontaire

Mise en observation

D'internement

De maintien

De probation

Autre condition juridique

Assistance à personne en danger

Autre

Nombre d'hospitalisations de patients psychiatriques dans le service de psychiatrie

Nombre d'hospitalisations de patients psychiatriques en dehors du service de psychiatrie

Nombre de nouveaux patients psychiatriques

Nombre de patients ayant séjourné en chambre d'isolement

Nombre de jours d'occupation de la chambre d'isolement

Nombre total d'épisodes d'isolement de moins d'un jour (24h)

Nombre total d'épisodes d'isolement de plus d'un jour

Nombre de patients ayant reçu un électrochoc

Nombre d'épisodes d'électrochocs administrés

Durée moyenne (en jours) entre la demande d'hospitalisation et l'hospitalisation psychiatrique non urgente

II.23.2.5. Organisation et qualité

II.23.2.6. Association/ collaboration

II.23.2.7. Formation

II.23.3. Psychiatrie de liaison

II.23.3.1. Ressources humaines (E.T.P.)

Nombre de psychiatres affectés à la psychiatrie de liaison

II.23.3.2. Activité annuelle

Nombre d'avis de liaison effectués (premier avis et ultérieurs confondus)

II.23.3.3. Collaboration

II.23.4. Enfants avec troubles psychiatriques

Lieu d'admission : pédiatrie ou psychiatrie indice A ou psychiatrie indice K ou autre

Nombre d'hospitalisations d'enfants admis pour des troubles psychiatriques en dehors du service de psychiatrie

Nombre d'hospitalisations d'enfants admis pour des troubles psychiatriques dans le service de psychiatrie

Nombre de nouveaux patients psychiatriques

Nombre de patients ayant séjourné en chambre d'isolement

Nombre de jours d'occupation de la chambre d'isolement

Nombre total d'épisodes d'isolement de moins d'un jour (24h)

Nombre total d'épisodes d'isolement de plus d'un jour

Nombre de patients ayant reçu un électrochoc

Nombre d'épisodes d'électrochocs administrés

Durée moyenne (en jours) entre la demande d'hospitalisation et l'hospitalisation psychiatrique

II.23.5. Hospitalisation de jour/de nuit

II.23.5.1. Hospitalisation de jour

Existence d'un hôpital de jour psychiatrique spécifique

Nombre de places disponibles

Composition du personnel de l'hôpital de jour (en ETP) :

Psychiatres

Infirmiers gradués en santé mentale

Autres infirmiers gradués

Infirmiers brevetés-orientation santé mentale et psychiatrique

Autres infirmiers brevetés/diplômés

Kinésithérapeutes

Ergothérapeutes

Psychologues

Autre personnel de santé

II.23.5.2. Hospitalisation de nuit

Existence d'une section « hôpital psychiatrique de nuit » spécifique

Nombre de lits disponibles

Composition du personnel de l'hôpital de nuit (en ETP) :

Psychiatres

Infirmiers gradués en santé mentale

Autres infirmiers gradués

Infirmiers brevetés-orientation santé mentale et psychiatrique

Autres infirmiers brevetés/diplômés

Kinésithérapeutes

Ergothérapeutes

Psychologues

Autre personnel de santé

II.23.6. Unité de crise psychiatrique

Nombre de places disponibles

Composition du personnel de l'unité de crise psychiatrique (en ETP) :

Psychiatres

Infirmiers gradués en santé mentale

Autres infirmiers gradués

Infirmiers brevetés-orientation santé mentale et psychiatrique

Autres infirmiers brevetés/diplômés

Kinésithérapeutes

Ergothérapeutes

Psychologues

Autre personnel de santé

II.24. DONNÉES RELATIVES AU PATIENT GÉRIATRIQUE

II.24.1. Généralités

Service de gériatrie + nom et formation du responsable

Traitement des patients psycho-gériatriques

II.24.2. Ressources humaines (E.T.P.)

Nombre de gériatres

Nombre de médecins (non gériatres) dans le service

Personnel de santé dans le service de gériatrie

Infirmiers gradués en gériatrie

Autres infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Kinésithérapeutes

Ergothérapeutes

Logopèdes

Psychologues

Travailleurs sociaux

Autre personnel de santé

II.24.3. Organisation et qualité

Consultation de gériatrie à la polyclinique

II.24.4. Hôpital de jour

Hôpital de jour gériatrique spécifique

Nombre de places disponibles

Le personnel de santé de l'hôpital de jour est composé de (E.T.P.)

Infirmiers gradués en gériatrie

Autres infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Kinésithérapeutes

Ergothérapeutes

Psychologues

Autre personnel de santé

II.24.4. Association/ Collaboration

II.24.5. Formation

II.25. DONNÉES RELATIVES AUX SERVICES Sp

II.25.1. Généralités

Services spécialisés pour le traitement et la réadaptation + noms et formations des responsables par type de service (S1, S2, S3, …)

II.25.2. Equipement (par type de service)

Nombre de lits

Locaux spécifiques pour la rééducation dans le service Sp

ergothérapie

kinésithérapie

logopédie

hydrothérapie

psychomotricité

autre

II.25.3. Ressources humaines dans le service Sp (E.T.P.) (par type de service)

Nombre de médecins

Kinésithérapeutes

Infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Logopèdes

Ergothérapeutes

Psychologues

Assistants sociaux

Infirmiers sociaux

Diététiciens

Autre personnel de santé

II.25.4. Organisation et qualité

II.25.5. Association/ Collaboration

II.26. DONNÉES RELATIVES À LA REEDUCATION FONCTIONNELLE

II.26.1. Equipement

Locaux équipés pour

L'hydrothérapie

La rééducation à la vie de tous les jours

La rééducation à la vie professionnelle

La thérapie occupationnelle

L'ergothérapie

La physiothérapie

La kinésithérapie

La logopédie

La mécanothérapie

L'orthopédie

La psychomotricité

II.26.2. Ressources humaines (pour tout type de rééducation)(E.T.P.)

Médecins

Infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Kinésithérapeutes

Logopèdes

Ergothérapeutes

Psychologues

Autre personnel de santé

II.26.3. Activité annuelle

Nombre de patients hospitalisés (dont hospitalisés en Sp)/ambulant bénéficiant d'une rééducation

Locomotrice

Cardio-vasculaire

Pneumologique

ORL

Neurologique

Urologique

Colo-proctologique

Psychiatrique

Gériatrique

Autre

II.26.4. Organisation et qualité

II.27. DONNÉES RELATIVES AUX GRANDS BRÛLÉS

II.27.1. Généralités

Unité des grands brûlés

Si pas d'unité, nombre de grands brûlés accueillis

Nombre de transferts

II.27.2. Equipement

Nombre de lits dans l'unité

Infrastructure pour la réadaptation aiguë et subaiguë des grands brûlés, dans l'hôpital

Salle d'opération dans l'unité

Installation de balnéothérapie dans l'unité

II.27.3. Ressources humaines de l'unité (E.T.P.)

Médecins

Infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Psychologues

Autre personnel de santé

II.27.4. Activité annuelle (enfanst/adultes)

Nombre de patients dont l'hospitalisation est justifiée par une brûlure spécifiée dans l'AR du 19 septembre 1999

Dont brûlures chez les personnes atteintes d'une affection médicale prononcée qui peut sérieusement gêner le traitement des brûlures ou influer sur la rééducation fonctionnelle ou la mortalité

Dont brûlures chez les personnes nécessitant une guidance sociale ou psychologique spéciale, y compris les enfants négligés ou maltraités

Dont brûlures associées à des traumatismes significatifs ou qui présentent des complications locales importantes

Dont syndrome de Lyell (nécrolyse épidermique toxique, syndrome de la staphylococcal scaldedskin)

II.27.5. Organisation et qualité

II.28. DONNÉES RELATIVES AUX PSYCHOLOGUES

Nombre de psychologues de l'hôpital (E.T.P.)

Bénéficiaires de l'assistance psychologique

les patients psychiatriques

les autres patients

la famille et/ou l'entourage du patient

le personnel

III. DONNÉES RELATIVES AU SECTEUR AMBULATOIRE

III.1. DONNÉES RELATIVES À LA POLYCLINIQUE

III.1.1. Généralité

Polyclinique ou consultations

Locaux dispersés ou regroupés

Dans ou hors de l'hôpital/site

III.1.2. Disciplines

Chirurgie

chirurgie générale

chirurgie digestive / abdominale / gastro-entérologie

orthopédie – traumatologie

urologie

chirurgie vasculaire

chirurgie thoracique

chirurgie cardiaque

transplantation rénale

glandes endocrines

neurochirurgie

chirurgie plastique

chirurgie maxillo-faciale

chirurgie pédiatrique

Médecine interne

médecine interne générale

gastro-entérologie

cardiologie

hypertension

pneumologie

allergologie respiratoire

endocrinologie

diabétologie

obésité

diététique

néphrologie

neurologie

rhumatologie

hématologie

oncologie

gériatrie

maladies infectieuses

maladies tropicales

immunodéficience – immunologie

Pédiatrie

pédiatrie générale

pneumologie - allergie

psychopathologie

urologie

hématologie pédiatrique

oncologie pédiatrique

immunologie pédiatrique

neurologie pédiatrique

néonatalogie

Gynéco- obstétrique

gynéco- obstétrique

accouchement

planning familial

sénologie

ménopause

conseil génétique

andrologie- fertilité

gymnastique pré- et postnatale

consultations d'accoucheuses

Psychiatrie

psychiatrie générale

pédopsychiatrie

psychiatrie de l'adolescent

assuétudes

Médecine physique

médecine physique générale

médecine sportive

Kinésithérapie

kinésithérapie générale

kinésithérapie cardio-vasculaire

kinésithérapie spécialisée

Autres spécialités

clinique de la douleur

anesthésiologie

radiothérapie

O.R.L.

stomatologie

dentisterie/orthodontie

ophtalmologie

dermatologie - vénérologie

psychologie

logopédie

podologie

diététique

Autres

III.1.3. Activité annuelle

Nombre de patients inscrits à la polyclinique

Nombre total de consultations

III.2. DONNÉES RELATIVES À L'HOSPITALISATION DE JOUR (à l'exception de la chirurgie, la gériatrie et la psychiatrie)

III.2.1. Généralité

Nombre de places en hospitalisation de jour en
Oncologie

Diagnostic médical

Pédiatrie

Mixte

Autre

III.2.2. Ressources humaines spécifiques à l'hospitalisation de jour (E.T.P.), par type d'hospitalisation de jour

Infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Autre personnel de santé

III.2.3. Activité annuelle : nombre d'hospitalisation de jour selon le type de forfait

maxi forfait

mini forfait

forfait A

forfait B

forfait C

forfait D

autre forfait

III.2.4. Organisation et qualité

III.3. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

III.3.1. Équipement spécifique

Nombre de places

Salles d'opération exclusivement réservées à la chirurgie ambulatoire

III.3.2. Ressources humaines (E.T.P.)

Infirmiers gradués

Infirmiers brevetés/diplômés

Autre personnel de santé

III.3.3. Activité annuelle spécifique : nombre d'interventions chirurgicales ambulatoires (> K40)

Total

Dont interventions dans le bloc opératoire général

Dont interventions dans les salles réservées à la chirurgie ambulatoire exclusivement

III.3.4. Organisation et qualité

IV. DONNÉES RELATIVES À L'ORGANISATION ET LA GESTION DE LA QUALITÉ

IV.1. L'ASSURANCE DE QUALITÉ

IV.1.1. Comité

IV.1.1.1. Comité d'hygiène hospitalière

IV.1.1.1.1. Ressources humaines (E.T.P.)

Nombre d'infirmier(s) en hygiène hospitalière

Nombre de médecin(s) hygiéniste

IV.1.1.1.2. Qualité

IV.1.1.2. Comité de prévention et de protection au travail

IV.1.1.2.1. Ressources humaines

Nombre d'ETP attribués à la fonction de contrôle de prévention et de protection au travail

IV.1.1.2.2. Qualité

IV.1.2. Directives/enregistrements

IV.1.2.1. Directives en matière de

entretien ménager et de désinfection de surface

procédés de lavage et de distribution du linge

hygiène dans la préparation et la distribution de l'alimentation

hygiène dans la préparation et la distribution des biberons à la biberonnerie

collecte et évacuation des déchets hospitaliers

lutte contre la vermine

IV.1.2.2. Règlement d'ordre intérieur pour

le quartier opératoire

le quartier accouchement

le laboratoire

le local d'autopsie

IV.1.2.3. Contrôle : fréquence des contrôles biologiques dans les endroits suivants

Buanderie

Biberonnerie

Hydrothérapie

IV.1.2.4. Isolement des patients contagieux

Politique en terme d'isolement des malades contagieux/ manuel de référence

IV.1.2.5. Enregistrement : Relevé des infections nosocomiales suivantes

Urinaire

Plaie

Respiratoire

Sanguine

Participation à la surveillance des infections hospitalières organisée par l'Institut Scientifique de la Santé Publique Louis Pasteur

Nombre de cas déclarés de maladies transmissibles à déclaration obligatoire

IV.1.2.6. Enregistrement et évaluation systématique

Des complications chirurgicales

Des escarres et/ou des risques d'escarres

Des erreurs et des accidents

Des réactions aux transfusions

Des réactions aux médicaments

Des accidents thromboemboliques

Des agressions

Des réadmissions

Autre

IV.1.2.7. Relevé mensuel des germes multirésistants

IV.1.2.8. Politique de prescription des antibiotiques

IV.1.2.9. Politique alimentaire

Evaluation du risque nutritionnel de tous les patients au moins une fois au cours de l'hospitalisation

Nombre de patients en situation de risque nutritionnel

IV.2. GESTION GÉNÉRALE DE LA QUALITÉ

IV.2.1. La qualité dans les unités de soins

IV.2.2. La qualité des soins au niveau de l'hôpital/site

IV.2.2.1 Ressources humaines affectées à la qualité

IV. 2.2.2. Service qualité

IV.2.2.3. Coordinateur qualité

IV.2.2.4. Indicateurs de qualité

IV.2.2.5. Rapport annuel sur la gestion de la qualité des soins

IV.2.2.6. Priorités pour l'année prochaine

IV.2.2.7. Commission d'évaluation de la qualité des soins

IV.2.2.8. Participation à des projets concernant l'évaluation interne de la qualité

IV.3. LA GESTION DU RISQUE (ou risk management)

IV.4. RELATION AVEC LE PATIENT/PUBLIC

IV.5. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

6.5 TIME CHARACTERISTICS

6.5.1 Periodicity of updates

Questionnaire rempli chaque année (1/05) pour les données de l'année précédente.

6.5.2 Longitudinality

Le questionnaire a été refait en 1999. Les données peuvent donc être suivies à partie de cette date.

6.5.3 Period covered by the data

1999-2004.

6.5.4 Date (of versions/updates)

Détails non connus.

6.6 DATA PROCESS

6.6.1 Information – description documents on the data-process

Pas de document reprenant le data process.

6.6.2 Data sources (organisations/databases)

Hôpitaux aigus, specialisés et psychiatriques

6.6.3 Data process plan

Détails non connus.

6.6.4 Data quality plan

Contrôle automatique des données dichotomiques (test de complétude) au sein de l'institution avant l'envoi de la banque de données.

Un contrôle automatique sur les données chiffrées se fait au sein du SPF (outliers + comparaison des données par rapport à l'année passée).

6.6.5 Data access procedure

Pas de procedure d'accès.

7 CENTRAAL INSTELLINGENBESTAND - CIC

7.1 DESCRIPTION

Gecentraliseerde databank (Centrale Instellingen / Institutions Centralisées) van alle verzorgingsinstellingen in België met beschrijvende gegevens van deze instellingen, contactinformatie, gegevens over de erkenningen en gedetailleerde beschrijvingen van de omkadering van de zorgactiviteiten. Zodra operationeel wordt het CIC de authentieke bron voor alle signaletiekgegevens van de verzorgingsinstellingen.

7.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		FOD VG
Naam van het register		Centraal instellingen bestand CIC
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Production
	Subdomein(en)	Resources Technology, Infrastructure Human capital (P&O), Specific healthcare programs
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Diverse erkenningen & zorgactiviteiten Contactinfo & organisatie
	Hoofddiscriminant(en)	Zorginstellingen
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	volledig
	Zorglijn(en)	intramuraal transmuraal dagv transmuraal $Z
Tijdsaspecten	**Start**	2006?
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-

7.2 MANAGING ORGANISATION

- Name: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu.

Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen (DG1)

- Adres: Eurostation Bloc II – 1e verdieping, Victor Hortaplein 40 bus 10, 1060 Brussel.
- NUTS level: BE

7.2.1 Responsible persons:

- Name: Chris Decoster
- Role: Directeur-generaal DG1 (eindverantwoordelijke).
- Telephone: 02 524 85 00
- E-mail: chris.decoster@health.fgov.be
- Secretariaat: 02 524 85 01
- Name: Kurt Nys
- Role: contactpersoon CIC-project
- Telephone: 02 524 70 52
- E-mail: kurt.nys@health.fgov.be
- Name: Anja Baele
- Role: datamanagement
- Telephone: 02 524 86 54
- E-mail: anja.baele@health.fgov.be

7.2.2 Financing:

- Source: FOD Volksgezondheid
- Budget: geen details beschikbaar.
- Number of people involved: geen details beschikbaar.

7.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

7.3.1 Reasons for data

- De Vlaamse, Franse en Duitstalige Gemeenschappen evenals de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie - voor wat de tweetalige instellingen betreft die op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn gevestigd - zijn grondwettelijk bevoegd voor :
  - de erkenning, conform de federale normen ter zake, van algemene en psychiatrische ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen (RVT), psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en initiatieven voor beschutte woningen voor psychiatrische patiënten (IBW) en centra voor dagverzorging (CDV);
  - de toepassing van de basisregels voor de programmatie van ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen (RVT), psychiatrische ziekenhuizen en initiatieven voor beschut wonen voor psychiatrische patiënten.
  - het bepalen van de erkenningvoorwaarden voor rusthuizen voor bejaarden (ROB), coördinatiecentra voor gezondheidszorg en de diensten voor thuiszorg, voor de verenigingen voor integrale

gezondheidszorg, de diensten voor geestelijke gezondheidszorg en die instellingen steunen, stimuleren en subsidiëren;

- Met ingang van 1 januari 1984, werden de bevoegdheden van de Franse Gemeenschap m.b.t. gezondheidsbeleid overgedragen op het Waalse Gewest.

- Het gevolg hiervan is dat gegevens m.b.t. de diverse erkenningen van verzorgingsinstellingen (bedden, diensten, zware apparatuur,..) op verschillende niveaus gegenereerd worden. Art. 5, §2 van de Bijzondere wet tot hervorming der instellingen van 8 AUGUSTUS 1980 stipuleert echter dat de bevoegde federale overheidsdienst door deze beleidsniveaus op de hoogte moet gebracht worden van hun beslissingen inzake erkenning, sluiting en investeringen, in casu m.b.t. de verzorgingsinstellingen.

7.3.2 Purpose of database

7.3.2.1 Centrale basis voor interne en externe referentie

Deze databank wil in de eerste plaats voor coherentie zorgen binnen de FOD op het vlak van de identificatie en de structuur van de verzorgingsinstellingen. Momenteel worden er binnen de FOD meerdere gegevensbanken over de verzorgingsinstellingen beheerd, maar wordt er geen uniforme methode om de instellingen, hun structuur en het kader van hun activiteiten te identificeren.

Het is de bedoeling om de huidige databanken rechtstreeks, automatisch of halfautomatisch te linken aan de centrale CIC-bank, meer bepaald voor de manier waarop de instelling en haar bestanddelen geïdentificeerd worden.

7.3.2.2 Uniformisering van de communicatie met gegevensverschaffers (Gemeenschappen, Gewesten, ...)

7.3.2.3 Uniformisering van de communicatie met buitenlandse gegevensopvragers.

7.3.3 Users of data (organisations)

De databank is nog niet operationeel.

7.3.4 Applications

De verzorgingsinstellingen zullen op termijn zelf hun contactgegevens in het CIC via internet up-to-date kunnen houden.

7.3.5 New evolutions

De databank is nog niet operationeel.

7.4 CONTENTS

7.4.1 Information – Description documents on the contents

Niet beschikbaar.

7.4.2 Exhaustivity

De gezondheidszorg in België omvat 6 categorieën van zorginstellingen, elk met een specifiek zorgaanbod, een eigen infrastructuur en werking en eigen financieringsmechanismen :

- Ziekenhuizen
  - Algemene ZH

Acute zorg
Chronische zorg

  - Psychiatrische ZH
- Rust- en verzorgingstehuizen (RVT)
- Centra voor dagverzorging (CDV)
- Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT)
- Initiatieven Beschut Wonen (IBW)
- Mobiele urgentiegroepen (MUG)

7.4.3 Variables

- Adres- en bereikbaarheidsgegevens van het ZH
- Type ZH
  - Algemeen ZH
  - Algemeen ZH met universitaire bedden
  - Universitair ZH
  - Gespecialiseerd ZH
  - Geriatrisch ZH
  - Psychiatrisch ZH
- Erkenningsnummer
- Civielrechterlijk statuut
- Gegevens m.b.t. fusie(historiek) met andere ZH
  - Publiek
  - Privaat
- Naam algemeen directeur
- Naam hoofdgeneesheer
- Naam hoofd departement nursing
- Aantal erkende bedden (totaal)

- Aantal erkende bedden per hospitalisatiediensten
  - A : neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling
  - A1 : Dagverpleging in A- dienst
  - A2 : Nachtverpleging in A-dienst
  - C : Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling
  - D : Dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling
  - E: Dienst voor kindergeneeskunde
  - G : Exclusief geriatrische dienst
  - H*: Dienst voor gemengde hospitalisatie C + D
  - K : Dienst neuro-psychiatrie voor kinderen
  - K1 : : Dagverpleging in K-dienst
  - K2 : Nachtverpleging in K-dienst
  - L: Dienst voor besmettelijke aandoeningen
  - M: Materniteit
  - MIC : Dienst voor intensieve neonatale zorgen
  - NIC : Dienst voor intensieve neonatale zorgen
  - S1: Gespecialiseerde dienst voor cardiopulmonaire aandoeningen
  - S2: Gespecialiseerde dienst voor locomotorische aandoeningen
  - S3: Gespecialiseerde dienst voor neurologische aandoeningen
  - S4: Gespecialiseerde dienst voor palliatieve zorgen
  - S5: Gespecialiseerde dienst voor chronische ziekten
  - S6 : Gespecialiseerde dienst voor psycho-geriatrie
  - T : Dienst neuro-psychiatrie voor behandeling
  - T1 : Dagverpleging in T-dienst
  - T2 : Nachtverpleging in T-dienst
  - TVp : Dag- & nachtverpleging voor geriatrische patiënten die een neuropsychiatrische behandeling vergen
- Erkende ZH-diensten
  - Ziekenhuisapotheek
  - Afdeling palliatieve zorgen
  - Gespecialiseerde spoedgevallendienst
  - Eerste opvang van spoedgevallen
  - Mobiele urgentiegroep (MUG)
  - Chirurgisch dagziekenhuis

- Intensieve zorgen
- Neonatale zorg (N*)
- Transplantatiecentrum

- Medisch-technische diensten

  - CT scan (aantal)
  - RMN (aantal < of > 1 Tesla)
  - PET scan (aantal)
  - Radiotherapie
  - Nierdialyse

- Erkende zorgprogramma's (oncologie, cardiale pathologie, reproductive geneeskunde)

7.4.4 Evolution of contents

- Toevoeging van nieuwe elementen m.b.t. diverse erkenningen of aanpassingen van bestaande naargelang deze bijkomend door de overheid erkend worden.
- Toevoeging van nieuwe elementen m.b.t. fusies en sluitingen van instellingen.

7.5 TIME CHARACTERISTICS

7.5.1 Periodicity of updates

Hoewel hierover geen details konden verkregen worden, vereist een performant 'kadaster' van zorginstellingen een 'incident driven' updating, die continu en punctueel dient te gebeuren.

7.5.2 Longitudinality

Longitudinaliteit bestaat op niveau van de instellingen.

7.5.3 Period covered by the data

Geen gegevens gevonden

7.6 DATA PROCESS

7.6.1 Information – description documents on the data process

Er bestaat tot op heden geen globaal beschrijvend document over de data processing m.b.t. de CIC-gegevens.

7.6.2 Data sources (organisations/databases)

Gemeenschappen en Gewesten, zorginstellingen.

7.6.3 Data process plan

Er bestaat tot op heden geen globaal beschrijvend data process plan.

7.6.4 Data quality plan

Een gestructureerd en gedocumenteerd 'data quality plan' is niet beschikbaar.

7.6.5 Quality assessment

Bij gebrek aan beschikbaarheid van de databasegegevens is een globaal quality assessment niet mogelijk.

7.6.6 Data access procedure

Toegankelijkheidsmodaliteiten voor externe studiegroepen onbekend.

Database op heden nog niet operationeel.

8 CENTRAAL BEROEPENBESTAND GEZONDHEIDSZORG

8.1 DESCRIPTION

Het gaat hier een in 2003 bij wet opgerichte federale databank waarin identificatiegegevens van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen en gegevens in verband met hun erkenning, samen met bepaalde aspecten van de beroepsactiviteit, centraal worden geregistreerd en bijgehouden (het zogenaamde 'kadaster van gezondheidsberoepen'). Deze databank is op heden nog niet operationeel.

8.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		FOD VG
Naam van het register		Centraal bestand gezondheidsberoepen
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Production
	Subdomein(en)	Resources Human capital
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Beroepspersonalia
	Hoofddiscriminant(en)	Zorgverstrekkers
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	Erkende beoefenaars
	Zorglijn(en)	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	2006?
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu 'real time'
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	Beroepen en qualificacties
	Specificaties	Artsen, Tandartsen, Klinishe biologen Apothekers, Paramedici Nog niet operationeel

8.2 MANAGING ORGANISATION

- Name: Directoraat-Generaal Basisgezondheidszorg (DG2), afdeling Organisatie van de Gezondheidsberoepen, van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu
- Address: Victor Horta plein, 40 bus 10, 1060 Bruxelles
- NUTS level: BE

8.2.1 Responsible persons:

Name: Herman Van Loon (eindverantwoordelijke).

- Role: Directeur-generaal DG2
- E-mail: herman.vanloon@health.fgov.be
- Call center: 02 524 97 97

Financing:

- Source: FOD Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu.
- Budget: onbekend.
- Number of people involved: onbekend.

8.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

8.3.1 Reasons for data

Opvolging en planning van het medische aanbod via contingentering van bepaalde beroepen in de gezondheidszorg (de "numerus clausus").

Legal aspects:

- 29 JANUARI 2003 - Wet houdende oprichting van de federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen.
- 10 NOVEMBER 1967 - Koninklijk besluit nr 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

8.3.2 Purpose of database

- Verzameling van de gegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de opdrachten van de Planningscommissie voor het medische aanbod: opvolgen van de evolutie en geografische spreiding van het aanbod van gezondheidszorgwerkkrachten, van de demografische en sociologische kenmerken van de beroepsbeoefenaars en de contingentering van bepaalde beroepen in de gezondheidszorg (de "numerus clausus").
- Uitvoering van de reglementaire opdrachten van de administraties evenals de uitwisseling van gegevens tussen de overheidsinstellingen voor sociale zekerheid, de openbare administraties en de instellingen van openbaar nut.
- De mogelijkheid creëren om de communicatie met en tussen de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen te verbeteren.

8.3.3 Users of data (organisations)

- Planningscommissie voor het medische aanbod;
- DG2 – dienst erkenningen gezondheidszorgberoepen;
- RIZIV;
- de bevoegde Ordes, de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen en de verzekeringsmaatschappijen;
- bevoegde overheidsinstellingen voor sociale zekerheid en de openbare overheden hebben toegang tot alle identificatiegegevens.

8.3.4 Applications

Op dit ogenblik zijn reeds in productie:

- beheer van erkenningsdossiers;
- jaarstatistieken van beroepen in de gezondheidszorg;
- geautomatiseerde uitwisseling van gegevens met andere bronnen.

De aanvraag van gegevens uit het kadaster kan nog niet via internet. Het dient nog manueel te verlopen via een aanvraagformulier van gegevens.

8.3.5 New evolutions

De wet van 29-01-2003 moet nog geïmplementeerd worden en houdt de uitbouw in van een omvangrijk databestand, waarbij allerlei toepassingen zijn voorzien. Dit vergt een projectbeheer over verschillende jaren. Producten zullen in de toekomst via internet beschikbaar worden gesteld.

8.4 CONTENTS

8.4.1 Information – Description documents on the contents

De te registreren gegevens wordt beschreven door de Wet van 29-01-2003.

8.4.2 Registratie-items

- identificatiegegevens, de woonplaats en het beroepsadres, met inbegrip van het rijksregisternummer;
- beroepstitels en de bijzondere beroepsbekwaamheden of academische titels;
- gegevens in verband met de erkenning(en);
- gegevens van de sociale zekerheid (loontrekkende, zelfstandige in hoofd- of bijberoep of pensioengerechtigd);
- gegevens die vrijwillig door een beoefenaar ter beschikking worden gesteld en die op hem betrekking hebben, zoals o.m. elektronische adressen, een publieke vercijferringsleutel, academische titels, bijzondere activiteiten- of onderzoeksgebieden;
- gegevens over de individuele beroepsactiviteiten geleverd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

8.4.3 Exhaustivity

- Alle erkende gezondheidsberoepen: artsen, tandartsen, apothekers, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en andere paramedici opgenomen in een bij K.B. vastgelegde lijst.
- Van deze beroepen: alle in België als dusdanig erkende beroepsuitoefenaars, actief of gepensioneerd.

8.4.4 Evolution of contents

Toevoeging van nieuwe gezondheidsberoepen naargelang deze bijkomend door de overheid erkend worden.

8.5 TIME CHARACTERISTICS

8.5.1 Periodicity of updates

Niet bepaald.

8.5.2 Longitudinality

De individuele beroepsbeoefenaars kunnen longitudinaal gevolgd worden m.b.t. de registratie-items opgenomen in de databank.

8.5.3 Period covered by the data

De centrale databank is nog niet operationeel. In afwachting hiervan moeten specifieke gegevensopvragingen gebeuren via de bronorganisaties (zie verder).

8.6 DATA PROCESS

8.6.1 Information – description documents on the data-process

Niet beschikbaar.

8.6.2 Data sources (organisations/databases)

1. Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering:

a. de beschikbare identificatiegegevens van elke ingeschreven beoefenaar van een erkend gezondheidsberoep, met inbegrip van het RIZIV-nummer dat hem is toegekend, het beroepsadres;

b. de lijst van de geneesheer-adviseurs.

2. Rijksregister van de natuurlijke personen, via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid:

a. het identificatienummer van het Rijksregister of het identificatienummer van de natuurlijke personen die niet zijn inschreven in het Rijksregister,

b. de naam, de voornamen, het adres, de geboortedatum, de nationaliteit, het geslacht en desgevallend de datum van overlijden;

3. Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, voor de loontrekkenden:

a. het inschrijvingsnummer van de werkgever;

b. het desbetreffende uittreksel uit het repertorium van werkgevers;

c. het arbeidsregime;

4. Rijksinstituut voor Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen, via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid : het feit dat een beoefenaar een zelfstandige in hoofd- of bijberoep is;
5. Rijksdienst voor Pensioenen via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid : het feit dat een pensioengerechtigd is;
6. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, de identificatiegegevens verzameld tijdens de procedure van het toekennen van het visum en tijdens de procedure van erkenning en de gegevens betreffende de erkenning van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen;
7. de Orde, voor wat de beroepsadressen betreft;
8. de beoefenaar van een van de beroepen zelf, de gegevens die volgens hem verbeterd of vervolledigd dienen te worden en de gegevens die hij vrijwillig ter beschikking stelt;
9. jaarlijks de erkende verzorgingsinstellingen, de rusthuizen en de openbare of privé-instellingen die zorgen verstrekken of preventieve activiteiten uitoefenen, de naam en de voornamen mee evenals het beroep van de gezondheidszorgbeoefenaars die er werken als zelfstandige;
10. Rijksdienst voor Sociale Zekerheid van de Provinciale en Plaatselijke Overheidsdiensten, via de kruispuntbank : het feit dat een werknemer zijn activiteit uitoefent als loontrekkende;
11. Dienst voor de Overzeese Sociale Zekerheid, via de kruispuntbank : het feit dat een werknemer zijn activiteit uitoefent in het buitenland, buiten de Europese Unie.

8.6.3 Data process plan

Niet bekend.

8.6.4 Data quality plan

Niet bekend

8.6.5 Specific quality assessment issues

Geen assessment gezien databank nog niet operationeel.

8.6.6 Data access procedure

- elke beoefenaar van een gezondheidszorgberoep, die in de gegevensbank geregistreerd is, heeft toegang tot de gegevens die op hem betrekking hebben; bovendien is hij gerechtigd om die gegevens kosteloos te doen verbeteren;
- de hiertoe bevoegde overheidsinstellingen voor sociale zekerheid en de openbare overheden hebben toegang tot alle identificatiegegevens;
- de bevoegde Ordes, de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen en de verzekeringsmaatschappijen hebben toegang tot de identificatiegegevens zonder echter toegang te hebben tot het identificatienummer van het Rijksregister van de natuurlijke personen. Bovendien hebben de ziekenfondsen en de verzekeringsmaatschappijen toegang tot gegevens betreffende de erkenning van de praktijken.
- het publiek heeft toegang tot de naam en de voornamen, tot de beroepstitel(s) en de bijzondere beroepsbekwaamheden en, behoudens verzet van de beoefenaar, tot zijn belangrijkste beroepsadres; een beoefenaar die het beroep waarvoor hij geregistreerd is niet meer substantieel uitoefent, kan vragen om het publiek geen toegang meer te verlenen tot zijn registratie.
- de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen hebben toegang tot de naam en de voornamen, tot de beroepstitel(s) en de bijzondere beroepsbekwaamheden en tot het beroepsadres evenals tot de vrijwillig ter beschikking gestelde;
- het Directoraat-Generaal gezondheidsberoepen, Medische Bewaking en Welzijn op het Werk van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering hebben toegang tot de gegevens met betrekking tot de erkenning.

Deel 2 : RIZIV – INAMI

9 DOCUMENTEN C

9.1 DESCRIPTION

Het gaat hier om diverse statistische en boekhoudkundige tabellen die de verzekeringsinstellingen periodisch aan de directie voor actuariële, economische en sociale studiën van het RIZIV moeten bezorgen. In deze documenten C zijn de gegevens (uitgaven, gevallen en dagen) geaggregeerd per boekhoudkundig codenummer. Zij vormen het oudste registratiecircuit, kort na de oprichtingswet van het RIZIV in 1964 opgestart.

9.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		RIZIV
Naam van het register		Doc C
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption
	Subdomein(en)	Expenditure
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	uitgaven verplichte ziekteverzekering
	Hoofddiscriminant(en)	boekhoudcodes RIZIV
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	alle verplicht verzekerden
	Zorglijn(en)	alle zorglijnen
Tijdsaspecten	**Start**	1964
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu cumulatief trimesterieel & jaarlijks
	Stop	2006 → Doc N^{bis}

9.2 MANAGING ORGANISATION

- Name: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) - Directie voor actuariële, economische en sociale studiën.
- Address: Tervurenlaan 211, 1050 Brussel
- NUTS level: 1

9.2.1 Responsible persons:

- Name: Georges Vereecke
  - Functie: geneesheer-inspecteur-generaal DGV
  - Telefoon: 02 739.73.50
  - E-mail: georges.vereecke@riziv.fgov.be
- Doc C contact: Michel Breda
  - Functie: actuariaatsinspecteur
  - Telefoon: 02 739.77.37
  - E-mail: michel.breda@riziv.fgov.be

9.2.2 Financing:

- Source: de belangrijkste inkomsten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen komen vanuit het globaal beheer van de sociale zekerheid. De fondsen van het globaal beheer bestaan uit de opbrengst van de sociale zekerheidsbijdragen van de werkgevers en werknemers en de rijkstegemoetkomingen. Daarnaast heeft de verplichte verzekering nog tal van andere inkomsten waarvan het RIZIV sommige geheel of gedeeltelijk beheert. Inkomsten die door het RIZIV zelf worden geïnd zijn:
  - bijdragen gepensioneerden : de inhouding van 3,55 % op pensioenen en aanvullende voordelen die ter vervollediging van een pensioen worden toegekend;
  - bijzondere inkomsten : een bijdrage op de premies van een aantal verzekeringscontracten (automobiel-, brand-, hospitalisatieverzekeringen, …).
- Budget: globale RIZIV-inkomsten 2005: ± 20.10^6 €
- Number of people involved: ± 60

9.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

9.3.1 Reasons for data

Legal aspects:

- 9 AUGUSTUS 1963. - Wet tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.
- 14 JULI 1994 - gecoördineerde Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (ZIV-Wet), Titel IX - Financiering, Hoofdstuk II – Administratieve bepalingen, art 206, §1, §3-§5.
- 3 JULI 1996. – K.B. tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, Titel VI, Hoofdstuk VI, Statistische Tabellen (Art. 346-353)
- 27 AUGUSTUS 1998. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de modaliteiten voor de overdracht door de verzekeringsinstellingen aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van de boekhoudkundige gegevens waarbij de uitgaven van de verzekering en het aantal terugbetaalde verstrekkingen of afleveringen worden uitgesplitst per maand of per trimester van verstrekking of van aflevering.

9.3.2 Purpose of database

Hoofdzakelijk de opvolging van de uitgaven, zowel op macro- als op micro-niveau:

- Verantwoording van de terugbetalingen die werden uitgevoerd door de verzekeringsinstellingen
- Informatie over de tendensen in de gezondheidszorg en over de realisatie van de begroting
- Informatie die wordt overgemaakt aan de diverse overeenkomsten- en akkoordencommissies.
- Opmaak van de rekeningen van de gezondheidszorgen.
- Toepassing van het K.B. van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan. (het zgn. 'knipperlichtenbesluit').
- Opmaak van de begrotingen van de gezondheidszorgen.
- Financiële weerslagen.
- Regionale analyses.
- Werkelijk betaalde remgelden.
- Geboekte uitgaven versus verrichte verstrekkingen.
- Diverse actuariële studies en analyses.

9.3.3 Users of data (organisations)

- Diverse beheersorganen v.h. RIZIV;
- Diverse overeenkomsten- en akkoordencommissies in toepassing van artikel 38, van de ZIV-wet;
- Commissie voor begrotingscontrole;
- Voogdijoverheid;
- Werkgroep "Eenvormige toepassing van de wetgeving in heel het land", in toepassing van artikel 16, § 2 van de ZIV-wet.

9.3.4 Applications

Behalve het feit dat de gegevensinzameling van de Doc C geschiedt op basis van boekhoudcodes, is er nog een probleem dat de gegevens geregistreerd worden op boekingsdatum en niet op prestatiedatum, waardoor opvolging van evoluties in medische praktijken enigszins vertraagd wordt. Om aan dit euvel te verhelpen werden dan ook in 1998 de Doc C – 'prm' ingevoerd, waarin de maand van verstrekking opgenomen werd.

9.3.5 New evolutions

Met ingang van 01/01/2006 wordt de inzameling van de Documenten C gestaakt en vervangen door een nieuwe, uitgebreide registratie van Doc N^{Bis} (zie verder).

9.4 CONTENTS

9.4.1 Information – Description documents on the contents

De layout van de Doc C is gebaseerd op de omzendbrieven, rubrieken 62 en 63[1], van het RIZIV aan de VI's m.b.t. de boekhoudkundige en statistische instructies conform de hogervermelde gecoördineerde Wet van 14-07-1994.

9.4.2 Types documenten C:

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de 5 types documenten C:

Nr	Omschrijving	Acroniem	Inhoud	Periodiciteit	Verzendingstermijn
1	Cumulatieve maandelijkse boekhoudkundige documenten C.	Doc C	gegevens (uitgaven, gevallen en dagen) per regeling, per sociale stand en per boekhoudcode-nummer	maandelijks	binnen 3 maanden na het einde van de maand waarop ze betrekking hebben
2a	Cumulatieve maandelijkse statistische documenten C "maand van verstrekking" maandelijks	Doc C 'prm'	gegevens meegedeeld in de klassieke documenten C in functie van de maand van verstrekking (periode van 36 maanden). (gegevens over sociale stand NIET beschikbaar)	maandelijks	binnen 3 maanden na het einde van de maand waarop ze betrekking hebben
2b	Cumulatieve maandelijkse statistische documenten C "maand van verstrekking" jaarlijks	Doc C 'prm'	gegevens meegedeeld in de klassieke documenten C in functie van de maand van verstrekking (gegevens over sociale stand WEL beschikbaar)	jaarlijks	binnen 4 maanden na het einde van de boekhoudkundige periode waarop ze betrekking hebben

[1] De omzendbrieven van het RIZIV worden gerubriceerd volgens een intern analytisch klassement (te bekomen op http: //www.riziv.be/presentation/nl/publications/prices/index.htm).

3	semestriële statistische documenten C per arrondissement.	Doc C 'arr'	gegevens meegedeeld in de klassieke documenten C in functie van arrondisement van de woonplaats van de patiënt	semesterieel	binnen 4 maanden na het einde van de boekhoudkundige periode waarop ze betrekking hebben
4	Jaarlijkse statistische documenten C "werkelijk betaalde remgelden"	Doc C 'rem'	gegevens meegedeeld in de klassieke documenten C per arrondissement in functie van de werkelijk betaalde remgelden i.p.v. de geboekte uitgaven	jaarlijks	binnen 4 maanden na het einde van de boekhoudkundige periode waarop ze betrekking hebben
5	Trimestriële statistische documenten C met detail ziekenfondsen	Doc C 'vi'	gegevens meegedeeld in de klassieke documenten C per arrondissement in functie van de boekingsVI	trimesterieel	binnen 3 maanden na het einde van het trimester waarop ze betrekking hebben

9.4.3 Exhaustivity

Met uitzondering van de Doc C 'werkelijk betaalde remgelden' behelsen de documenten C enkel uitgaven in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De vergoedingen in het kader van de vrije, aanvullende ziekteverzekering, evenals de internationale conventies worden niet geregistreerd.

9.4.4 Evolution of contents

De layouts wordt regelmatig aangepast in functie van de evolutie van de RIZIV-omzendbrieven (de zgn. bijwerkingen). Met ingang van 01/01/2006 wordt een majeure hervorming doorgevoerd met volledige integratie van de doc C & N (zie volgende sectie).

9.5 TIME CHARACTERISTICS

9.5.1 Periodicity of updates

Zie tabel hoger.

9.5.2 Longitudinality

Longitudale studies (uitgavenevoluties) zijn enkel mogelijk op het niveau van de boekhoudkundige codenummers.

9.5.3 Period covered by the data

- Klassieke Doc C: gestart sinds 1964 en tot op heden;

- Doc C 'arr' & 'rem': van 1994 tot op heden.
- Doc C 'prm': van 1998 tot op heden;

9.6 DATA PROCESS

9.6.1 Information – description documents on the data-process

Er bestaat geen globaal geïntegreerde documentatie over de data stream.

9.6.2 Data sources (organisations/databases)

National Sickness Fund Federations.

9.6.3 Data process plan

Voor de documenten C komen er elke maand per VI diverse cassettes en één diskette toe in het actuariaat:

- De diskette (= documenten C maand van verstrekking) wordt onmiddellijk verwerkt (via Access) en daarna als db2-tabel opgeladen op de mainframe (door ICT)
- De cassettes worden gecopieerd, gelezen en opgeladen als db2-tabellen op de mainframe door het ICT. Daarop wordt er onmiddellijk exploitatie gedaan.

9.6.4 Data quality plan

- Er worden een reeks elementaire controles gedaan (bv vergelijken van totalen, ...)
- Daarna wordt op basis van de db2-tabellen een controlerapport opgemaakt in het actuaraat (via Access en Excel) en elke maand overgemaakt aan de VI. De bedoeling van die rapporten is eventuele fouten te corrigeren naar de toekomst toe (niet naar het verleden, want er komen elke maand nieuwe en cumulatieve data binnen; tenzij de fout te erg is, dan wordt er wel herbegonnen). Op die manier probeert men voor het jaar zo goed mogelijke data te bekomen.
- De jaar- en kwartaalgegevens worden in een tweede fase onderworpen aan een striktere controle en correctieprocedure door het actuariaat, zonder een directe inbreng van de VI (volledig via Access en Excel) Deze gecorrigeerde jaargegevens dienen dan voor de afsluiting van de rekeningen.
- In die fase (kwartaal en jaar) worden ook de zogenaamde "onverdeelde" uitgaven in detail verdeeld tussen de diverse sociale standen (en regelingen). Ook dit is o.a. nodig in het kader van de afsluiting van de jaarrekeningen.

9.6.5 Specific quality assessment issues

- Gezien de primordiale rol van de Doc C voor de financiering en de begroting van de verplichte ziekteverzekering kunnen de Doc C als voldoende betrouwbaar bestempeld worden.
- Niettemin ontbreekt het aan een exhaustieve procesbeschrijving van de (pre)kontroles-validaties.

9.6.6 Data access & procedure

Gezien boekhoudkundige codenummers meestal meerdere (pseudo)nomenclatuurcodenummers groeperen, zijn deze gegevens slechts geschikt voor macro-economische studies i.v.m. uitgaven verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en de budgettering ervan.

10 DOCUMENTEN N

10.1 DESCRIPTION

Het gaat hier eveneens om statistische en boekhoudkundige tabellen die de verzekeringsinstellingen periodisch aan de directie voor actuariële, economische en sociale studiën van het RIZIV moeten bezorgen. In tegenstelling tot de Doc C bevatten de documenten N gegevens (uitgaven, gevallen en dagen) per (pseudo)nomenclatuurcodenummer, doch ook weer per jaar van prestatieboeking.

10.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		RIZIV
Naam van het register		Doc N
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption
	Subdomein(en)	Expenditure
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	uitgaven verplichte ziekteverzekering
	Hoofddiscriminant(en)	RIZIV-nomenclatuur
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	alle verplicht verzekerden
	Zorglijn(en)	alle zorglijnen
Tijdsaspecten	**Start**	1964
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	2006 → Doc N^{bis}

10.2 MANAGING ORGANISATION

Zie onder 1.1.1 Documenten C.

10.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

10.3.1 Reasons for data

Zie onder 1.1.1 RIZIV - Documenten C.

10.3.2 Purpose of database

Hoofdzakelijk de opvolging van de uitgaven, zowel op macro- als op micro-niveau:

- Evolutie van de uitgaven per nomenclatuurcodenummer.
- Deze nota bevat de evolutie van de geboekte uitgaven per nomenclatuurcodenummer. Voor elke verstrekking worden de uitgaven meegedeeld voor het betrokken dienstjaar en de evolutie die geregistreerd wordt in vergelijking met de uitgaven

van het vorig dienstjaar. Gelijkaardige gegevens worden meegedeeld voor het aantal gevallen.

- Inventaris van de verstrekkingen die in een bepaalde periode een sterke stijging kennen in de uitgaven.
- De analyse geschiedt op de gegevens van het eerste semester, het derde trimester cumulatief en het dienstjaar. De nota bevat een beperkte tekst waarbij de methodiek van de selectie wordt beschreven. Verder bevat de nota een tabel met het resultaat van de selectie. Voor elke geselecteerde verstrekking worden de uitgaven en het aantal gevallen meegedeeld voor de jaren t, t-1, t-2 en t-3 (in het geval van de jaarnota). In de nota wordt ook de omschrijving meegedeeld van alle geselecteerde verstrekkingen.
- Diverse studies en analyses.

De gegevens van de documenten N laten toe om diverse gedetailleerde studies en analyses uit te voeren over de gezondheidszorgen. Op basis van deze gegevens kan meer in detail (met name per verstrekking) nagegaan worden welke de mogelijke verklaringen zijn van globale tendensen die bv. werden waargenomen in de analyse van de gegevens van de documenten C.

10.3.3 Users of data (organisations)

- Diverse overeenkomsten- en akkoordencommissies van het RIZIV
- De Dienst Geneeskundige Verzorging (DGV) levert elk trimester een veelheid aan detailinformatie (ook op het niveau van de nomenclatuurcodenummer) aan de diverse overeenkomsten- en akkoordencommissies overeenkomstig de bepalingen van artikel 38 van de ZIV-wet. Op die manier worden de tendensen in detail besproken in die overeenkomsten- en akkoordencommissies. Via de gegevens van de documenten N worden de overeenkomsten- en akkoordencommissies op de hoogte gebracht van nomenclatuurcodenummers die een sterke stijging kennen in de uitgaven.
- Diverse beheersorganen van het RIZIV
- De gegevens laten eveneens toe om de financiële weerslag van de genomen maatregelen (besparingsmaatregelen en/of nieuwe initiatieven) in de gezondheidszorgen op te volgen.
- Commissie voor begrotingscontrole
- De gegevens van de documenten N vormen soms de basis voor de opmaak van de begrotingen van de gezondheidszorgen en de technische ramingen van de DGV voor bepaalde deelsectoren. Soms bevatten de documenten C onvoldoende detail om een betrouwbare raming te kunnen maken. Op dat moment wordt een beroep gedaan op de gegevens van de documenten N.
- Voogdijoverheid.
- De gegevens van de documenten N worden eveneens aangewend voor de berekening van financiële weerslagen van maatregelen die in voorbereiding zijn (a priori berekeningen). Op basis van de gegevens van de documenten N kan ook

nagegaan worden a posteriori of een bepaalde maatregel wel een effect heeft gehad zoals vooropgesteld (a posteriori berekeningen).

10.3.4 Applications

Op basis van de gegevens van de documenten N wordt een intern bestand gecreëerd waarbij de geboekte uitgaven worden meegedeeld per verzekeringsinstelling, per nomenclatuurcodenummer (en pseudonomenclatuurcodenummers) en per boekhoudcodenummer. De gegevens worden meegedeeld voor de uitgaven, het aantal gevallen en het aantal dagen.

Ook hier dient opgemerkt te worden dat de gegevens geregistreerd worden op boekingsdatum en niet op prestatiedatum, waardoor opvolging van evoluties in medische praktijken enigszins vertraagd wordt.

10.3.5 New evolutions

Met ingang van 01/01/2006 wordt de inzameling van de Documenten C en N gestaakt en vervangen door een nieuwe, uitgebreide registratie van Doc N^{Bis} (zie verder).

10.4 CONTENTS

10.4.1 Information – Description documents on the contents

De layout van de Doc N is gebaseerd op de omzendbrieven, rubrieken 62 en 63, van het RIZIV aan de VI's m.b.t. de boekhoudkundige en statistische instructies conform de hogervermelde gecoördineerde Wet van 14-07-1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

10.4.2 Exhaustivity

De documenten N omvatten enkel uitgaven in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De vergoedingen in het kader van de vrije, aanvullende ziekteverzekering, evenals de internationale conventies worden niet geregistreerd.

10.4.3 Evolution of contents

De layouts wordt regelmatig aangepast in functie van de evolutie van de RIZIV-omzendbrieven (de zgn. bijwerkingen).

10.4.4 Variables

10.4.4.1 Variables - listing & formats

Zone	Description	Type	Length	Format
1	Recordcode = 1	N	1	"1"
3	Verzekeringsinstelling	N	3	Codification

4	Jaar en kwartaal van boeking (cumulatief)	N	5	YYMMKw (1 tot 4)
7	Document N nummer	N	3	Codification
8	Boekhoudcodenummer	N	4	Codification
10	Nomenclatuurcodenummer	N	6	Codification
11	Jaar van prestatie	N	4	YYYY Codification
12	Uitgaven	N	16	2 laatste cijfers = dec.
13	Gevallen	N	11	
14	Dagen	N	10	
15	Gemiddelde kostprijs per geval	S	9	2 laatste cijfers = dec.
16	Gemiddelde kostprijs per dag	N	9	2 laatste cijfers = dec.
17	Maand van boeking (cumulatief)	N	2	01 - 12
18	Munteenheid	N	1	1 = BEF 2 = EURO

10.4.4.2 Variables - specifications & codification

Enkel de zones met specifieke codificatie

RECORDTYPE 1 ZONE 3 - Verzekeringsinstelling

Waarde	Omschrijving
199	Landsbond der christelijke mutualiteiten.
299	Landsbond van de neutrale mutualiteitsverbonden.
399	Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten.
499	Nationale bond der liberale mutualiteitsfederatiën.
599	Landsbond van de verbonden der beroepsziekenfondsen.
699	Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.
999	Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S.

RECORDTYPE 1 ZONE 4 - Jaar en kwartaal van boeking

De boekhoudkundige documenten N zijn maandelijks en cumulatief. Deze zone dient in relatie gebracht te worden met recordtype 1 zone 17 (maand van boeking).

Voorbeeld:

Magnetische drager met betrekking tot recordtype 1		
tot de maand (cumulatief) :	zone 4	zone 17
januari 2003	20031	01
februari 2003	20031	02
maart 2003	20031	03
april 2003	20032	04
mei 2003	20032	05

juni 2003	20032	06
juli 2003	20033	07
augustus 2003	20033	08
september 2003	20033	09
oktober 2003	20034	10
november 2003	20034	11
december 2003	20034	12

RECORDTYPE 1 ZONE 7 - Document N nummer

Deze zone omschrijft het type document N, zoals bepaald in de boekhoudkundige en statistische instructies van het R.I.Z.I.V. (Cf. Omzendbrieven V.I. Analytisch klassement 62/ ,63/). Een aparte code wordt weerhouden voor de regularisaties die niet kunnen uitgesplitst worden per document N (N 099).

RECORDTYPE 1 ZONE 8 - Boekhoudcodenummer

Deze zone bevat de boekhoudcode, zoals omschreven in de boekhoudkundige instructies van het R.I.Z.I.V. (Cf. Omzendbrieven V.I. Analytisch klassement 62/ ,63/), die in relatie staat met de nomenclatuurcode van recordtype 1 zone 10.

RECORDTYPE 1 ZONE 10 - Nomenclatuurcodenummer

Zie het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (+ al de bijwerkingen).

De pseudonomenclatuurcodes zijn vermeld in de boekhoudkundige en statistische instructies van het R.I.Z.I.V. (Cf. Omzendbrieven V.I. Analytisch klassement 62/ ,63/).

- De nomenclatuurcodenummers waarvoor de verzekeringsinstelling geen uitgaven geboekt heeft moeten ook niet meegedeeld worden. Er worden dus alleen maar nomenclatuurcodenummers meegedeeld waarvoor er uitgaven (en/of gevallen en dagen) werden geboekt.
- Voor de regularisaties werd een apart systeem uitgewerkt.

Elk document N bevat een speciale code voor de regularisaties die kunnen uitgesplitst worden per document N. Voor de regularisaties die niet uitgesplitst kunnen worden, werd een document N 099 gecreëerd, met een specifieke pseudonomenclatuurcode. Zie in dit verband recordtype 1 zone 10 vervolg 1.

De regularisaties die kunnen uitgesplitst worden op het niveau van de documenten N, worden uiteraard ook uitgesplitst op het niveau van de documenten C.

De regularisaties die niet kunnen uitgesplitst worden voor de documenten N, waarbij dus gebruik gemaakt wordt van het document N 099, worden dan op het niveau van de documenten C vermeld in het document C 0.

A) Regularisaties die kunnen uitgesplitst worden per document N

N groep	Pseudocode	N groep	Pseudocode	N groep	Pseudocode
000	780006	022	780220	057	780570
001	780010	023	780231	059	780592

002	780021	025	780253	060	780603
004	780043	026	780264	070	780706
005	780054	028	780286	073	780732
006	780065	030	780301	075	780754
008	780080	032	780323	077	780776
010	780102	033	780334	079	780791
011	780113	040	780404	080	780802
012	780124	041	780415	085	780850
013	780135	042	780426	086	780861
014	780146	045	780452	087	780872
015	780150	046	780463	088	780883
016	780161	047	780474	089	780894
017	780172	048	780485	095	780953
018	780183	050	780500	096	780964
019	780194	054	780544	097	780975
020	780205	055	780555	098	780986
021	780216	056	780566	099	780990

B) Regularisaties die niet kunnen uitgesplitst worden per document N : N 099 → 780990

C) Ten onrechte betaalde bedragen van minder dan 9,92 EUR en niet terug-gevorderd : N 098 → 780986

RECORDTYPE 1 ZONE 11 - Jaar van prestatie

Deze zone geeft aan in welk jaar de prestatie werkelijk werd uitgevoerd (Huidig dienstjaar - Vorige dienstjaren).

Regel: als t het boekhoudjaar is :

- dan is t het jaar van prestatie voor de verstrekkingen uitgevoerd gedurende het jaar t, en
- is t-1 het jaar van prestatie voor de verstrekkingen uitgevoerd gedurende de jaren die aan t voorafgaan.

Voorbeeld: gegevens met betrekking tot het jaar 2003:

- 2003 : de prestatie werd uitgevoerd in het dienstjaar 2003.
- 2002 : de prestatie werd uitgevoerd in het dienstjaar 2002 of VROEGER.

RECORDTYPE 1 ZONE 12 - Uitgaven

Deze zone bevat de uitgaven op het niveau van de (pseudo) nomenclatuurcode.

Specificaties met betrekking tot de EURO:

- Indien bedragen in EURO: de twee laatste posities zijn centen

- Indien bedragen in BEF: de twee laatste posities zijn centiemen en steeds = 00.

In het bedrag wordt nooit een komma vermeld.

RECORDTYPE 1 ZONE 15 - Gemiddelde kostprijs per geval &

RECORDTYPE 1 ZONE 16 - Gemiddelde kostprijs per dag

De afrondingen gebeuren als volgt :

- in BEF (geen decimalen): > = 0,5 naar boven; < 0,5 naar beneden
- in EURO (twee decimalen): > = 0,005 naar boven; < 0,005 naar beneden

RECORDTYPE 1 ZONE 17 - Maand van boeking

De boekhoudkundige documenten N zijn maandelijks en cumulatief. Deze zone dient in relatie gebracht te worden met recordtype 1 zone 4 (kwartaal van boeking). Voorbeeld: zie zone 4

RECORDTYPE 1 ZONE 18 - Munteenheid

---

1 = BEF; 2 = EURO

10.4.5 Exhaustivity of database

De documenten N omvatten enkel uitgaven in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De vergoedingen in het kader van de vrije, aanvullende ziekteverzekering, evenals de internationale conventies worden niet geregistreerd.

10.4.6 User experience (problems) :

Met ingang van 01/01/2006 worden inzamelingen van de Doc C & N vervangen door een geïntegereerde inzameling van Doc N^{Bis} (zie verder).

10.5 TIME CHARACTERISTICS

10.5.1 Periodicity of updates

Monthly data transmissions by SFF, cumulative in the course the registration year, within three months following the end of the concerned month.

10.5.2 Longitudinality

Longitudale studies (uitgavenevoluties) zijn enkel mogelijk op het niveau van de RIZIV nomenclatuurcodes.

10.5.3 Period covered by the data

Klassieke Doc N: gestart sinds 1964 en tot op heden.

10.6 DATA PROCESS

10.6.1 Information – description documents on the data-process

Er bestaat geen globaal geïntegreerde documentatie over de data stream.

10.6.2 Data sources (organisations/databases)

National Sickness Fund Federations.

10.6.3 Data process plan

Voor de documenten N verloopt de gegevensinzameling op dezelfde wijze als voor de Doc C.

10.6.4 Data quality plan

Er worden een reeks elementaire controles gedaan (bv vergelijken van totalen, ...)

Daarna wordt op basis van de db2-tabellen een controlerapport opgemaakt in het actuaraat (via Access en Excel) en elke maand overgemaakt aan de VI. De bedoeling van die rapporten is eventuele fouten te corrigeren naar de toekomst toe (niet naar het verleden, want er komen elke maand nieuwe en cumulatieve data binnen; tenzij de fout te erg is, dan wordt er wel herbegonnen). Op die manier probeert men voor het jaar zo goed mogelijke data te bekomen.

De jaar- en kwartaalgegevens worden in een tweede fase onderworpen aan een striktere controle en correctieprocedure door het actuariaat, zonder een directe inbreng van de VI (volledig via Access en Excel) Deze gecorrigeerde jaargegevens dienen dan voor de afsluiting van de rekeningen.

10.6.5 Data access procedure

These databases are essentially meant for internal utilization (accountancy & actuary) in the context of RIZIV's legal framework. However, for scientific studies they can be very useful for (pre)assessment and control purposes.

11 DOCUMENTEN N^BIS

11.1 DESCRIPTION

Vanaf 01 januari 2006 wordt gepland bovenvernoemde gegevensstromen Doc C en Doc N vervangen door de nieuwe boekhoudkundige documenten N (N^{bis}). Hierbij wordt deze aparte registraties gebundeld en terzelfdertijd uitgebreid door opname van de code sociale stand, geboortejaar, geslacht en arrondissement van woonplaats van de patiënt, de verstrekkingsdatum op niveau maand van verstrekking, de werkelijk betaalde remgelden en tot slot een nieuwe variable, de zgn. 'normcode'.

De nodige legislatieve aanpassingen hiertoe moeten echter nog gebeuren (periode okt.-dec. 2005). Onderstaande beschrijving gebeurt dan ook onder voorbehoud.

11.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		RIZIV
Naam van het register		Doc. N^{bis}
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption
	Subdomein(en)	Expenditure
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	uitgaven verplichte ziekteverzekering
	Hoofddiscriminant(en)	RIZIV-nomenclatuur Status sociale zekerheid
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	alle verplicht verzekerden
	Zorglijn(en)	alle zorglijnen
Tijdsaspecten	**Start**	2006
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	RIZIV-nomenclatuur Status sociale zekerheid
	Specificaties	Per boekingsjaar

11.2 MANAGING ORGANISTION

Zie onder 1.1.1 Documenten C.

11.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

11.3.1 Reasons for data

Zie onder 1.1.1 RIZIV Documenten C. De nodige legislatieve aanpassingen hiertoe moeten echter nog gebeuren (periode okt.-dec. 2005). Onderstaande beschrijving gebeurt dan ook onder voorbehoud.

11.3.2 Purpose of database

Zie onder 1.1.1 – Doc C & 1.14. – Doc P

11.3.3 Users of data (organisations)

Zie onder 1.1.1 – Doc C & 1.14. – Doc P

11.3.4 Applications

Exploitatie nog niet gestart.

11.4 CONTENTS

11.4.1 Information – Description documents on the contents

Het ontwerp van omzendbrief VI van het RIZIV moet nog uitgegeven worden.

11.4.2 Exhaustivity

De documenten N omvatten enkel uitgaven in het kader van de verplichte ziekte en invaliditeitsverzekering.

De vergoedingen in het kader van de vrije, aanvullende ziekteverzekering, evenals de internationale conventies worden niet geregistreerd.

11.4.3 Variables

11.4.3.1 Variables listing & formats

Zone	Description	Type	Lengte	Format
1	Recordcode = 1	N	1	"1"
2	Verzekeringsinstelling	N	3	Codification
3	Jaar van boeking	N	4	YYYY
4	Maand van boeking	N	2	MM
5	Maand van verstrekking	N	6	YYYY-MM
6	Sociale stand	N	3	Codification
7	Nomenclatuurcodenummer	N	6	Codification
8	Normcode	N	2	Codification
9	Geboortejaar	N	4	YYYY
10	Geslacht	N	1	Codification
11	Arrondissement	N	2	Codification
12	Uitgaven	N	16	+/sign, last 2 pos dec
13	Gevallen	N	11	+/sign
14	Dagen	N	10	+/sign
15	Remgelden	N	16	+/sign,

				last 2 pos dec
16	Gevallen remgelden	N	11	+/sign
17	Dagen Remgelden	N	10	+/sign

11.4.3.2 Variables specifications & codification

RECORDTYPE 1 Zone 2 - Verzekeringsinstelling

Voor de gegevens op het niveau van de verzekeringsinstelling wordt de volgende codering gebruikt:

Code	Omschrijving
199	Landsbond der christelijke mutualiteiten
299	Landsbond van de neutrale ziekenfondsen
399	Nationaal verbond vansocialistische mutualiteiten
499	Landsbond van liberale mutualiteiten
599	Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen
699	Hulpkas voor ziekte en invaliditeitsverzekering
999	Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS

CONTROLE: Alle waarden verschillend van 199, 299, 399, 499, 599, 699 en 999 zijn verkeerd.

RECORDTYPE 1 Zone 3 - Jaar van boeking

Deze zone geeft aan in welk jaar de prestatie werd geboekt. Deze zone is steeds gelijk aan het jaar waarop het document N^{bis} betrekking heeft.

CONTROLE: In deze zone kanslechts één jaar voorkomen. Iedere VI heeft hier dezelfde waarde. Het jaar bestaat telkens uit exact 4 eenheden.

RECORDTYPE 1 Zone 4 - Maand van boeking

Deze zone geeft aan in welke maand de prestatie werd geboekt. De boekhoudkundige documenten N zijn maandelijks en cumulatief. Deze zone is steeds gelijk aan de maand waarop het document N^{bis} betrekking heeft. Het document N^{bis} bevat geboekte gegevens, gecumuleerd vanaf de maand januari tot en met de betrokken maand.

Maand van boeking	Zone 4	Opmerking
Januari	01	bevat enkel de geboekte gegevens januari
Februari	02	bevat de geboekte gegevens januari en februari
…	…	…
November	11	bevat de geboekte gegevens januari tot en met november
December	12	bevat de geboekte gegevens januari tot en met december

CONTROLE: Iedere maand komen hier andere codes voor. Iedere VI heeft hier dezelfde waarde.

RECORDTYPE 1 Zone 5 - Maand van verstrekking

De maand van verstrekking in het kader van de trimestriële facturatie is steeds de beginmaand van de periode. De maand van verstrekking aangaande het verblijf in een ziekenhuis (maandelijkse facturering) dat zich voordoet over twee maanden is eveneens de beginmaand van de periode.

Structuur : eerst het jaar van verstrekking (4 posities), dan de maand van verstrekking (twee posities)

DE CODERING VOOR DE MAAND VAN VERSTREKKING VERLOOPT ALS VOLGT:

Voorbeelden (algemene codering) :

- verstrekkingen verricht in de maand januari 2006

Deze verstrekkingen kunnen terugbetaald worden tot en met 31 januari 2008 (periode: januari 2006 t.e.m. januari 2008 = 25 maanden).

Eventuele terugbetalingen NA 31 januari 2008 dienen geboekt te worden onder de restterm.

- verstrekkingen verricht in de zuivere maand juni 2006

Deze verstrekkingen kunnen terugbetaald worden tot en met 30 juni 2008 (periode: juni 2006 t.e.m. juni 2008 = 25 maanden)

Eventuele terugbetalingen NA 30 juni 2008 dienen geboekt te worden onder de restterm.

- verstrekkingen verricht in de zuivere maand december 2006

Deze verstrekkingen kunnen terugbetaald worden tot en met 31 december 2008 (periode: december 2006 t.e.m. december 2008 = 25 maanden)

Eventuele terugbetalingen NA 31 december 2008 dienen geboekt te worden onder de restterm.

- boekhoudkundige documenten N voor de maand januari 2008:

Detail van de "maand van verstrekking"

200537 (restterm)

200601 tot en met 200612

200701 tot en met 200712

200801

- boekhoudkundige documenten N voor de maand juni 2008 (cumulatief):

Detail van de "maand van verstrekking"

200537 (restterm)

200606 tot en met 200612 + 200601 tot en met 200605 (cumul)

200701 tot en met 200712

200801 tot en met 200806

- boekhoudkundige documenten N voor de maand december 2006 (cumulatief):

Detail van de "maand van verstrekking"

200537 (restterm)

200612 + 200601 tot en met 200611 (cumul)

200701 tot en met 200712

200801 tot en met 200812

RECORDTYPE 1 Zone 6 - sociale stand

Deze zone identificeert het type van rechthebbenden.

Waarde	Omschrijving	
100	Algemene regeling	ingeschreven rijksregister zonder voorkeurregeling
101	Algemene regeling	ingeschreven rijksregister met voorkeurregeling
110	Algemene regeling	aktieven zonder voorkeurregeling
111	Algemene regeling	aktieven met voorkeurregeling
120	Algemene regeling	niet-aktieven zonder voorkeurregeling
121	Algemene regeling	niet-aktieven met voorkeurregeling
195	Algemene regeling	correctie internationale verdragen begrotingstwaalfden
410	Zelfstandigen	aktieven zonder voorkeurregeling
411	Zelfstandigen	aktieven met voorkeurregeling
420	Zelfstandigen	niet-aktieven zonder voorkeurregeling
421	Zelfstandigen	niet-aktieven met voorkeurregeling
470	Zelfstandigen	kloostergemeenschappen
495	Zelfstandigen	correctie internationale verdragen begrotingstwaalfden
595	Onverdeelde regeling	

CONTROLE: De Sociale standen kunnen enkel gelijk zijn aan één van de 14 codes zoals hierboven weergegeven.

RECORDTYPE 1 Zone 7 - Nomenclatuurcodenummer

Zie het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (+ al de bijwerkingen)

De pseudonomenclatuurcodes zijn vermeld in de boekhoudkundige en statistische instructies van het RIZIV (cfr. Omzendbrieven VI Analytisch klassement 62/ ,63/)

Voor de regularisaties werd een apart systeem uitgewerkt. Iedere beroepsklasse heeft een eigen regularisatiecode. De beroepsklassen zijn veranderlijk in de loop van de tijd.

Een overzicht van de huidige beroepsklassen evenals de regularisatiecodes zijn opgenomen in onderstaande tabel. Regularisaties die niet kunnen uitgesplitst worden per beroep moeten worden geboekt onder de rubriek niet-affecteerbare regularisaties per discipline.

Iedere rectificatie met betrekking tot het lopend boekjaar wordt rechtgezet in de betreffende nomenclatuurcodenummer en komt als dusdanig niet tot uiting op de uitgavendocumenten.

Elke rectificatie betreffende uitgaven opgenomen in vorige dienstjaren wordt vermeld in de daartoe speciaal voorziene regularisatiecodes. Deze regularisatiecodes worden voorzien per beroepsgroep.

REGULARISATIECODES EN GROEPSDEFINITIES

Groep	Omschrijving	regularisatiecodes
Honoraria van geneesheren		
1	a) klinische biologie	785013
2	b) medische beeldvoming	785013
3	c) raadplegingen, bezoeken en adviezen	785013
4	d) speciale verstrekkingen	785013
5	e) heelkunde	785013
6	f) gynaecologie	785013
7	g) toezicht	785013
8	a) honoraria van tandheelkundigen	785024
Farmaceutische verstrekkingen		
1. Farmaceutische specialiteiten		
10	a) specialiteiten afgeleverd aan niet-gehospitaliseerde rechthebbenden in de officina's	785035
11	b) specialiteiten afkomstig van de ziekenhuisofficina en afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden	785035
12	c) specialiteiten afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden	785035
2. Andere		
13	a) magistrale bereidingen voorwaardelijk karakter	785035
14	b) wachthonorarium	785035
15	c) bloed en bloedplasma	785035
16	d) medische hulpmiddelen	785035
17	e) medische voeding	785035
52	f) zuurstof	785035
18	g) diverse farmaceutische verstrekkingen	785035
9	honoraria van verpleegkundigen	785046
19	verzorging door kinesitherapeuten	785050
20	verzorging door bandagisten	785061
21	verzorging door orthopedisten	785061
22	implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	785072
23	verzorging door opticiens	785083
24	verzorging door audiciens	785094

25	verzorging door vroedvrouwen	785105
26	verpleegdagprijs	785116
28	forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	785116
27	militair hospitaal – all-in prijs	785120
Dialyse		
29	a) geneesheren	785131
30	b) forfait nierdialyse	785131
31	c) thuis, in een centrum RVT/ROB/Dagverzorgingscentra	785131
32	a) rust en verzorgingstehuizen	785142
33	b) rustoorden voor bejaarden	785142
34	c) dagverzorgingscentra	785142
Geestelijke gezondheidszorg		
35	a) psychiatrische verzorgingstehuizen	785153
36	b) initiatieven van beschut wonen	785153
37	c) forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	785153
38	revalidatie en herscholing	785164
39	bijzonder fonds	785175
40	logopedie	785186
41	medisch-pediatrische centra	785190
42	andere kosten van verblijf en reiskosten	785201
44	maximumfactuur	785212
45	chronische zieken	785223
49	palliatieve zorgen	785234
46	palliatieve zorgen (patiënt)	785245
47	menselijke weefsels	785013
51	multidisciplinaire eerstelijnszorg	785256
50	bronkuren	785271
48	regularisaties + herfacturatie	785282
	niet-affecteerbare regularisaties per discipline uitgaven rechtstreeks betaald door het RIZIV (geen regularisaties) forfait accreditering genesheren forfait medisch dossier forfait telematica kwaliteitscontrole pasteur forfait georganiseerde wachtdiensten forfait accreditering tandheelkundigen specifieke kosten diensten thuisverpleging loonharmonisering personeel RVT syndicale premie art. 56: thuiszorg	785260

	einde loopbaan expertise en geneesmiddeleninformatiecampagnes art.56: algologie	

RECORDTYPE 1 Zone 8 - Normcode

De normcode geeft meer informatie over de manier van tariferen in een reeksspecifieke situaties (toepassen plafondcodes, operatieve hulp, ….)

A. Operatieve hulp

1 = operatieve hulp bij de eerste heelkundige ingreep of van de interventionele hoofdverstrekking onder medische beeldvormingscontrole.

2 = operatieve hulp bij tweede of volgende heelkundige ingreep

In de zone nomenclatuurcodenummer wordt dan de prestatiecode vermeld waarvoor de operatieve hulp werd aangerekend.

B. Plafondcodes (thuiszorgen verpleegkundigen ; medische beeldvorming)

7 of 8 = de behandelingen (groepen van prestatiecodes) waarvan de gezamenlijke tussenkomst een plafond bereikt, worden aangeduid met norm 7 of 8. De prestatierecords die samen het plafond van tussenkomst bereiken, moeten op de magneetband direct op elkaar volgen en aangeduid zijn met norm 8 voor zover de som van de bedragen van de verzekeringstegemoetkoming kleiner of gelijk blijft aan het plafondbedrag. De verstrekking waarmee het plafondbedrag wordt overschreden en waarvoor het bedrag aan verzekeringstegemoetkoming beperkt wordt tot het verschil tussen het plafondbedrag en de som van de bedragen in de records met norm 8, wordt aangeduid met norm 7. De prestatierecords die eventueel nog kunnen volgen met bedrag V.I. gelijk aan nul, krijgen eveneens norm 7.

C. Alle andere gevallen.: waarde = 0

CONTROLE: enkel de codes 0,1,2,7 of 8 kunnen hier voorkomen.

RECORDTYPE 1 Zone 9 - geboortejaar

Geeft het geboortejaar aan van de verzekerden waarvoor de gegevens geboekt worden.

Deze zone wordt alleen ingevuld voor de semesteriële en jaargegevens. Voor de tussenliggende maanden (januari tem mei, juli tem november) wordt deze zone op nul gezet.

9999 : geboortejaar niet gekend

CONTROLE: kijk na of niemand ouder is dan 130 jaar.

RECORDTYPE 1 Zone 10 - geslacht

Geeft het geslacht aan van de verzekerden waarvoor de gegevens geboekt worden. Deze zone wordt alleen ingevuld voor de semesteriële en jaargegevens.

Voor de tussenliggende maanden (januari tem mei, juli tem november) wordt deze zone op nul gezet. 1 = M; 2 = V; 9 = geslacht ongekend

CONTROLE: kijk na of de codes 1, 2 of 9 voorkomen

RECORDTYPE 1 Zone 11 - Arrondissement

Geeft de woonplaats aan van de verzekerde waarvoor de gegevens geboekt worden. Deze zone wordt alleen ingevuld voor de semestriële en jaargegevens. Voor de tussenliggende maanden (januari tem mei, juli tem november) wordt deze zone op nul gezet. Een overzicht van de huidige arrondissementen en hun code :

CODE	ARRONDISSEMENT	CODE	ARRONDISSEMENT
11	Antwerpen	53	Mons
12	Mechelen	54	Mouscron
13	Turnhout	55	Soignies
21	Brussel	56	Thuin
23	Halle/Vilvoorde	57	Tournai
24	Leuven	61	Huy
25	Nivelles	62	Liège
31	Brugge	63	Verviers
32	Diksmuide	64	Waremme
33	Ieper	71	Hasselt
34	Kortrijk	72	Maaseik
35	Oostende	73	Tongeren
36	Roeselare	81	Arlon
37	Tielt	82	Bastogne
38	Veurne	83	Marche-en-Famenne
41	Aalst	84	Neufchâteau
42	Dendermonde	85	Virton
43	Eeklo	91	Dinant
44	Gent	92	Namur
45	Oudenaarde	93	Philippeville
46	Sint-Niklaas	98	“grensarbeiders”
51	Ath	99	“onverdeeld”
52	Charleroi		

CONTROLE: komen de verschillende arrondissementen voor.

RECORDTYPE 1 Zone 12 - Uitgaven

Het betreft het geheel aan terugbetalingen die werden uitgevoerd door de verzekeringsinstelling in de betrokken periode. De boeking van de terugbetaalde bedragen gebeurt op basis van de ontvangen facturen (papierenfacturen / magnetische dragers / elektronische facturen) die werden gecontroleerd en gevalideerd in de beschouwde periode, conform de boekhoudkundige instructies.

Deze zone wordt ingevuld vertrekkend van rechts; het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links. De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal. Het decimaal teken mag niet vermeld worden.

RECORDTYPE 1 Zone 13 – Gevallen

RECORDTYPE 1 Zone 14 - Dagen

Het betreft het geheel aan gevallen / dagen waarvoor een terugbetaling werd voorzien door de verzekeringsinstelling in de betrokken periode.

Deze zone wordt ingevuld vertrekkend van rechts; het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.

RECORDTYPE 1 Zone 15 - remgelden

Boeking van de werkelijk betaalde remgelden door de patiënt met betrekking tot de terugbetaalde bedragen. Alle remgelden dienen opgenomen te worden, ook deze die niet opgenomen worden in de tellers van de maximumfactuur.

De gevallen en dagen hebben betrekking op de verstrekkingen waarvoor daadwerkelijk een remgeld ten laste werd genomen door de patiënt.

Deze zone wordt ingevuld vertrekkend van rechts; het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links; de twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal. Het decimaal teken mag niet vermeld worden

RECORDTYPE 1 Zone 16 - gevallen remgelden

Boeking van het aantal gevallen m.b.t. de werkelijk betaalde remgelden én met betrekking tot de terugbetaalde bedragen. Alle gevallen dienen opgenomen te worden, ook deze die niet opgenomen worden in de tellers van de maximumfactuur.

De gevallen en dagen hebben betrekking op de verstrekkingen waarvoor daadwerkelijk een remgeld ten laste werd genomen door de patiënt.

Deze zone wordt ingevuld vertrekkend van rechts; het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.

RECORDTYPE 1 Zone 17 - dagen remgelden

Boeking van het aantal dagen m.b.t. de werkelijk betaalde remgelden én met betrekking tot de terugbetaalde bedragen. Alle dagen dienen opgenomen te worden, ook deze die niet opgenomen worden in de tellers van de maximumfactuur.

De gevallen en dagen hebben betrekking op de verstrekkingen waarvoor daadwerkelijk een remgeld ten laste werd genomen door de patiënt.

Deze zone wordt ingevuld vertrekkend van rechts; het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.

11.5 TIME CHARACTERISTICS

11.5.1 Periodicity of updates

Monthly data transmissions by SFF, cumulative over the registration year. Each transmission is due at most on the 28th day of the third month following the end of the concerned month.

11.5.2 Longitudinality

Longitudale studies (uitgavenevoluties) zijn enkel mogelijk op het niveau van de RIZIV momenclatuurcodes. Analyses op subniveau (leeftijd, geslacht, regionaal, socialestatus, …) zijn nu wel mogelijk.

11.5.3 Period covered by the data

Doc N^{bis}: gestart voor gegevensinzameling vanaf 2^{e} semester 2005.

11.6 DATA PROCESS

11.6.1 Information – description documents on the data-process

Er bestaat geen globaal geïntegreerde documentatie over de datastream.

11.6.2 Datasources (organisations/databases)

Nationale verzekeringsinstellingen.

11.6.3 Data process plan

Voor de documenten N^{bis} verloopt de gegevensinzameling op analoge wijze als voor de Doc C : elke maand komt er per VI een DVD toe in het actuariaat.

De DVD's worden gecopieerd, gelezen en opgeladen als db2-tabellen op de mainframe door het ICT. Daarop wordt er onmiddellijk exploitatie gedaan.

11.6.4 Data quality plan

Er worden een reeks elementaire controles gedaan (bv vergelijken van totalen, ...)

Daarna wordt op basis van de db2-tabellen een controlerapport opgemaakt in het actuaraat (via Access en Excel) en elke maand overgemaakt aan de VI. De bedoeling van die rapporten is eventuele fouten te corrigeren naar de toekomst toe (niet naar het verleden, want er komen elke maand nieuwe en cumulatieve data binnen; tenzij de fout te erg is, dan wordt er wel herbegonnen). Op die manier probeert men voor het jaar zo goed mogelijke data te bekomen.

De jaar en kwartaalgegevens worden in een tweede fase onderworpen aan eenstriktere controle en correctieprocedure door het actuariaat, zonder een directe inbreng van de VI (volledig via Access en Excel) Deze gecorrigeerde jaargegevens dienen dan voor de afsluiting van de rekeningen.

11.6.5 Data access procedure

These databases are essentially meant for internal utilization (accountancy & actuary) in the context of RIZIV's legal framework. However, for scientific studies they can be very useful for (pre)assessment and control purposes.

12 RIZIV - DOCUMENTEN P

12.1 DESCRIPTION

Niet-cumulatieve semesteriële statistische tabellen betreffende de geneeskundige verstrekkingen, opgemaakt per zorgverlener, per voorschrijvend geneesheer, per plaats van verstrekking of per verblijfplaats.

12.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		RIZIV
Naam van het register		Doc. P
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption
	Subdomein(en)	Expenditure
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	uitgaven verplichte ziekteverzekering
	Hoofddiscriminant(en)	Zorgverleners RIZIV-nomenclatuur
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	alle verplicht verzekerden
	Zorglijn(en)	alle zorglijnen
Tijdsaspecten	**Start**	1964
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu semesterieel
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	Erkenningsnummers RIZIV-nomenclatuur
	Specificaties	Zorgvoorschrijvers / -verstrekkers Plaats van verstrekking / verblijf

12.2 MANAGING ORGANISTION

Zie onder 1.1.1 Documenten C.

12.2.1 Responsible persons:

- Name: Jean-Paul Dercq
  - Functie: adviseur-generaal Sectie Profielen DGV
  - Telefoon: 02 739.78.50
  - E-mail: jeanpaul.dercq@riziv.fgov.be
- Doc P contact: Raoul Dicop.
  - Functie: administratief medewerker
  - Telefoon: 02 739.78.62

- E-mail: raoul.dicop@inami.fgov.be

12.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

12.3.1 Reasons for data

Zie onder 1.1.1 RIZIV - Documenten C.

12.3.2 Purpose of database

In de documenten P worden voor de terugbetaalde nomenclatuurprestaties vier belangrijke informaties verzameld, hoofdzakelijk bedoeld voor opvolging van de medische consumptie & tarificatie :

- de identificatie van diegene die de prestaties heeft verricht : de zorgverlener;
- de identificatie van diegene die de prestaties heeft voorgeschreven : de voorschrijver;
- de identificatie van de plaats waar de verstrekking werd verricht : de plaats van verstrekking;
- de identificatie van de plaats waar de begunstigde van de verstrekking gehospitaliseerd was : de plaats van ziekenhuisverblijf.

12.3.3 Users of data (organisations)

12.3.3.1 M.b.t. de zorgverlener en voorschrijver

- *Interne partijen*
  - De verschillende profielcommissies (alg. geneeskundigen, geneesheren-specialisten, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen) hebben behoefte aan algemene, beschrijvend- statistische gegevens over allerlei deelgebieden van de geneeskunde, zodat ze aangrijpingspunten kunnen definiëren voor studie in de diepte. Hierbij komen zowel de prestaties als de voorschriften van de zorgverleners aan bod. Bij nader onderzoek van individuele profielen en ter voorbereiding van een hoorzitting van individuele zorgverleners vragen de profielcommissies détailgegevens, mede opdat de zorgverlener in kwestie enige beschrijving zou kunnen geven over zijn praktijkomstandigheden.
  - De accrediteringsstuurgroepen doen beroep op de sectie profielen om een zicht te krijgen op het aantal patiëntenkontakten of prestaties van respectievelijk geneesheren en tandartsen, in het licht van een toegekende accreditering met verklaring op erewoord. Het aantal patiëntenkontakten en in het voorkomende geval de prestaties zijn toegankelijk op de sectie profielen.

- In het kader van een studie vragen andere diensten of werkgroepen van het RIZIV soms gegevens over bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen, over verstrekkers.

- *Externe partijen*

- Beleidsinstanties en organisaties met federale, gewestelijke of provinciale inslag (Federale overheidsdiensten, parastatalen, Gerechtelijke Politie, Orde der Geneesheren) hebben voor diverse doeleinden gegevens nodig over verstrekte zorg en zorgverleners. Wij denken aan de planning van het medisch aanbod van algemeen geneeskundigen en specialisten, maar ook van hospitalen en specifieke hospitaaldiensten, tandartsen, verpleegsters, kinesitherapeuten, enz. Meestal wordt gevraagd naar de meest recente, gekende situatie: in verband met het aantal per ouderdom, per geslacht en per woonplaats van de zorgverleners.

- Omdat budgettaire prerogatieven steeds imperatiever geworden zijn, is de aandacht van onze beleidsmakers ook steeds meer uitgegaan naar de evidence-based medicine, waarin feitelijk gepeild wordt naar de prijs/resultaat-verhouding van ieder medisch optreden. Gegevens over het actueel medisch handelen en de kostprijs daarvan zijn ruim voorhanden op de sectie profielen.

- LOK-voorzitters wensen soms één of meer samenkomsten te wijten aan een vergelijkende studie van de profielen, hetzij van de deelnemers onderling, hetzij van de LOK-groep ten opzichte van de rest van de beroepsgroep, eventueel uitgesplitst per regio of provincie. De sectie profielen kan de nodige gegevens daartoe ter beschikking stellen, met uitzondering van gegevens over het voorschrijfgedrag voor geneesmiddelen en alleszins met in acht name van de wetgeving inzake gegevens betreffende de privé-sfeer.

- Het universitair onderwijs doet af en toe beroep op de sectie profielen voor meestal statistische informatie over het geneeskundig gebeuren in België. Hoewel de gevraagde informatie soms terug te vinden is in reeds bestaande RIZIV-dokumentatie, kan de sectie profielen hier toch nuttige en aanvullende informatie leveren.

- Auteurs van wetenschappelijke studies zijn veelal op zoek naar waardevol en recent cijfermateriaal over de geneeskunde, het geneeskundig handelen en/of zorgverstrekkers, hetzij in algemene zin hetzij voor welbepaalde deelgebieden. De sectie profielen heeft hier haar nut reeds herhaaldelijk bewezen, precies omdat ze beschikt over gegevens zowel van globale als van specifieke aard, tot op het niveau van de nomenclatuurnummers.

- Op simpele aanvraag van de zorgverlener wordt zijn individueel profiel als zorgverlener en/of als voorschrijver overgemaakt.

12.3.3.2 M.b.t. de plaats van verstrekking

Uit de documenten P worden bestanden opgemaakt met de relatie tussen de voorschrijver en het laboratorium of de zorgverlener en het laboratorium. Deze bestanden worden onder meer gebruikt door individuele zorgverleners of voor studies (vb. studie cervix-cytologie door het Wetenschappelijk Instituut Louis Pasteur).

Een afgeleid bestand dat drie boekjaren agregeert en dat per laboratorium en per prestatiemaand de uitgaven en akten geeft die werden gepresteerd in het eerste jaar van betrokken periode, is onontbeerlijk bij de berekening van de recuperatie van de bedragen klinische biologie bij de laboratoria.

Gegevens m.b.t. de plaats van verstrekking voor verstrekkingen die ambulant werden verricht, worden, na meting van de exhaustiviteit van deze informatie per discipline, gebruikt in studies en vragen van buitenuit (vb. Kabinet).

12.3.3.3 M.b.t. de plaats van ziekenhuisverblijf

- *FOD Volksgezondheid*

  De FOD van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu vraagt in het kader van de financiering van de ziekenhuizen informatie op betreffende de documenten P en H (zie verder) per individueel ziekenhuis en per dienst.

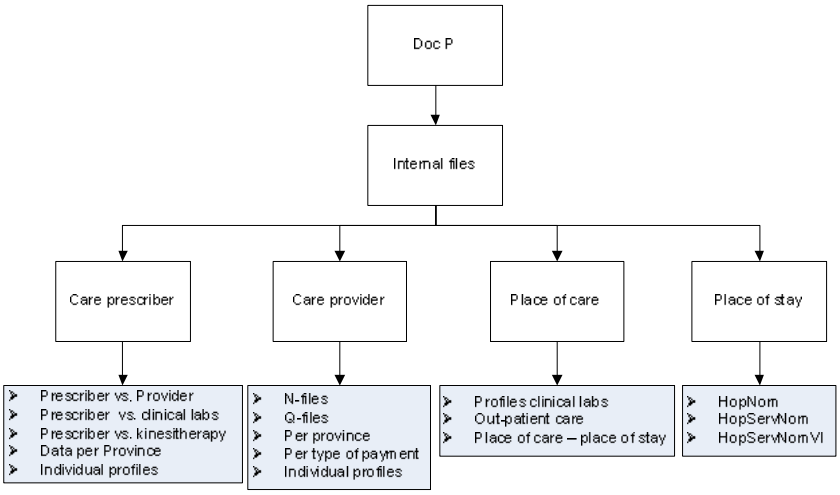
  De bekomen budgetten worden ook per verzekeringsinstelling en per maand geliquideerd op basis van dezelfde informatie.

- *Ziekenhuisbeheerder en medische raad*

  De DGV – sectie profielen berekent op basis van de documenten P en H de individuele forfaitaire honoraria inzake klinische biologie en medische beeldvorming. Alhoewel de berekening van het forfaitair honorarium inzake klinische biologie vanaf 01 november 2002 ingrijpende wijzigingen onderging wordt nog steeds 40 % van het beschikbare budget verdeeld op basis van gegevens rechtstreeks afkomstig van de documenten P.

12.3.4 Applications

Voor elk van de hogervermelde items worden specifiek afgeleide bestanden gecreëerd (zie schema):



12.3.4.1 De zorgverleners

- Op basis van de gegevens van de documenten P worden verschillende bestanden inzake de verrichte verstrekkingen gecreëerd waaruit een waaier van informatie kan worden gehaald.
- De belangrijkste bestanden zijn :
  - Staten N : dit bestand geeft per nomenclatuurcode het aantal zorgverleners, uitgesplitst per bekwaming, met het verrichte bedrag en het verricht aantal akten;
  - Staten Q : dit bestand geeft per bekwaming van de zorgverlener en per nomenclatuurcode het aantal zorgverleners met het verrichte bedrag en het verricht aantal akten;
  - Bestanden per provincie : een bestand geeft per bekwaming en per discipline de uitsplitsing van de uitgaven per provincie, terwijl een ander bestand deze uitsplitsing per nomenclatuurcode geeft;
  - Bestand derdebetalersregeling : per discipline of per nomenclatuurcode wordt de uitsplitsing van de uitgaven volgens de derdebetalersregeling en de directe betaling gegeven;
  - Bestand individuele profielen : per zorgverlener worden de bedragen en akten gegeven, uitgesplitst per discipline of per nomenclatuurcode.

12.3.4.2 De voorschrijvers

Uit de gegevens van de documenten P worden eveneens verschillende bestanden gecreëerd die informatie inzake de voorschrijvers geeft. De belangrijkste bestanden zijn :

- Bestand met de relatie tussen de voorschrijver en de zorgverlener;
- Bestand met de relatie tussen de voorschrijver en de laboratoria;
- Bestand betreffende de voorschrijvers van kinesitherapie;
- Bestand individuele profielen : geeft per voorschrijver de bedragen en prestaties, uitgesplitst per discipline of per nomenclatuurcode;
- Bestand per provincie : geeft per bekwaming en per discipline, de uitsplitsing van de voorgeschreven bedragen per provincie.

12.3.4.3 Informatie inzake de "plaats van verstrekking"

- De belangrijkste gecreëerde bestanden zijn :
  - Bestand van de laboratoria met de uitgaven en aantal akten per nomenclatuur-codenummer;
  - Bestand op drie boekhoudjaren dat per laboratorium, per prestatiemaand de uitgaven en akten geeft die in het eerste jaar werden verricht;
  - Bestand met de plaats van verstrekking voor de verstrekkingen die ambulant werden verricht;
  - Bestand dat voor de zorgverleners, per nomenclatuurcode, de plaats van verstrekking en de verblijfplaats geeft.
- De gegevens van de documenten P bevatten tevens informatie inzake de plaats waar de verstrekking werd verricht. Het kan hier gaan om een laboratorium, een verzorgingsinstelling, een dienst waarin een scanner of een PET-scan of een magnetische resonantietomograaf werd geïnstalleerd, een dienst voor radiotherapie, een nierdialysecentrum, een weefselbank, een rust-en verzorgingstehuis, een rusthuis voor bejaarden, …

12.3.4.4 Informatie betreffende de "plaats van ziekenhuisverblijf"

Deze bestanden worden opgesteld zowel voor elk boekhoudkundig jaar als voor elk jaar van verstrekking. Deze laatste bestanden bevatten de prestaties die verricht zijn in een bepaald jaar en geselecteerd worden uit een boekhoudkundige periode van 18 maanden.

- HopNom: dit bestand geeft per ziekenhuis, discipline, sub-discipline en nomenclatuurcode het verrichte bedrag en het verrichte aantal akten;
- HopServNom: dit bestand geeft per ziekenhuis, dienst , discipline, sub-discipline en nomenclatuurcode het verrichte bedrag en het verrichte aantal akten;

- HopServNomVI: dit bestand geeft per VI, ziekenhuis, dienst, prestatiedatum, discipline, sub-discipline en nomenclatuurcode het verrichte bedrag en het verrichte aantal akten (enkel per jaar van verstrekking).

12.4 CONTENTS

12.4.1 Information – Description documents on the contents

De layout van de Doc P is gebaseerd op de omzendbrieven, rubrieken 66 en 56, van het RIZIV aan de VI's m.b.t. de boekhoudkundige en statistische instructies conform de hogervermelde gecoördineerde Wet van 14-07-1994.

12.4.2 Exhaustivity

De documenten P omvatten enkel uitgaven in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De vergoedingen in het kader van de vrije, aanvullende ziekteverzekering, evenals de internationale conventies worden niet geregistreerd.

12.4.3 Variables

12.4.3.1 Variables - listing & formats

Zone	Desciption	Type	Length	Format
1	Codenummer van de V.I.	N	1	*Codification*
2	Statistische periode (jaar + semester)	N	5	YYYY6 or YYYY7
3	Identificatie van de zorgverlener	N	11	*Codification*
4	Norm zorgverlener	N	1	*Codification*
5	Recordtype	N	1	"1"
6	Nomenclatuurcode / pseudocode / plafondcode	N	6	*Codification*
7	Betalingswijze	N	1	*Codification*
8	Jaar en maand van verstrekking	N	6	YYYYMM
9	Bedrag verzekeringstegemoetkoming	N	14	+/- sign, last 2 pos = dec.
10	Aantal gevallen	N	9	+/- sign
11	Norm voorschrijver	N	1	*Codification*
12	Identificatie van de voorschrijver	N	11	*Codification*
13	Identificatie plaats van verstrekking	N	11	*Codification*
14	Identificatie van de verblijfplaats	N	8	*Codification*
15	Verblijfsdienst of pseudodienstcode	N	2	*Codification*
16	Munteenheid	N	1	1 = BEF; 2 = Euro

12.4.3.2 Variables - specifications & codification

DOCUMENT P – ZONE 1 - Code verzekeringsinstelling

1	Landsbond der Christelijke Mutualiteiten
2	Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen
3	Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
4	Landsbond van Liberale Mutualiteiten
5	Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
6	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
9	Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS.

DOCUMENT P – ZONE 2 - Jaar en semester van boeking

Het gaat om het jaar en het semester gedurende dewelke de verstrekkingen per zorgverlener worden geboekt door de verzekeringsinstellingen: YYYYS.

De eerste 4 posities geven het jaar weer, de 5de positie geeft het semester weer. Teneinde elke mogelijke verwarring uit te schakelen met de vroeger gebruikte syntaxis, zal de volgende codificatie gebruikt worden :

Voorbeeld: voor het 1ste semester 2000 : 20006 ; voor het 2de semester 2000 : 20007

DOCUMENT P – ZONE 3 - Identificatie van de zorgverlener

Het gaat om het identificatienummer van de zorgverlener, die daadwerkelijk de verstrekking heeft verricht. Dit nummer dient vermeld op het getuigschrift voor verstrekte hulp. Wanneer de verstrekking collegiaal werd verricht door verschillende zorgverleners moet het nummer van elke zorgverlener op het getuigschrift vóórkomen, maar slechts één willekeurige zorgverlener wordt aangeduid in deze zone. In de zone 4, zal er worden vermeld dat er "verscheidene zorgverleners" waren.

Dit nummer wordt als volgt samengesteld :

A		B						C			D		
X		X	X	X	X	X		X	X		X	X	X
Beroep		Volgnummer						Check-digit			Bekwamingscode		

A. BEROEP (1e cijfer van het identificatienummer)

1 geneesheren

3 tandheelkundigen

4 vroedvrouwen + verpleegkundigen

5 kinesitherapeuten

6 prothesisten + apothekers-biologen

B. VOLGNUMMER (van het 2^{e} tot en met het 6^{e} cijfer van het identificatienummer)

1. Geneesheren : 2e tot en met 6e cijfer: identificatienummer, toegekend door de provinciale Orde van de geneesheren.
2. Tandheelkundigen : 2e en de 3e cijfer : de laatste twee cijfers van het jaar waarin het diploma is behaald op grond waarvan de tandheelkunde mag worden beoefend; 4e , 5e en 6e cijfer : het volgnummer in bedoeld jaar.
3. Vroedvrouwen en verpleegkundigen :
   - Voor de vroedvrouwen, gemachtigd tot het verlenen van verloskundige verstrekkingen : een volgnummer tussen 00001 en 09999.
   - Voor de verpleegkundigen, ingeschreven op de lijst aangelegd door het beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, een volgnummer tussen 10001 en 99999.
4. Kinesitherapeuten : volgnummer tussen 00001 en 99999.
5. Prothesisten en apothekers-biologen :
   - Voor de orthopedisten : tussen 10001 en 19999;
   - Voor de bandagisten : tussen 20001 en 29999, tussen 40001 en 49999;
   - Voor de verstrekkers van implantaten en prothesen, en van allerhande apparaten : tussen 30001 en 39999;
   - Voor de opticiens : tussen 60001 en 69999;
   - Voor de apothekers-biologen : tussen 80001 en 89999.

C. CHECK-DIGIT (7e en 8e cijfer van het identificatienummer)

Het getal, ingeschreven in de posities 7 en 8 is gelijk aan het verschil tussen

1) 97, en
2) de rest van de deling waarvan het deeltal wordt gevormd door de cijfers van de posities 1 t.e.m. 6 van het inschrijvingsnummer, en de deler gelijk is aan 97 (d.i. het grootste priemgetal, kleiner dan 100).

D. BEKWAMING (9e t.e.m. 11e cijfer van het identificatienummer)

1. Geneesheren *(001-997)*

2. Tandheelkundigen *(001-005)*

3. Vroedvrouwen en verpleegkundigen *(002, 401-478)*

4. Kinesitherapeuten *(501-526)*

5. Apothekers-biologen *(800-993)*

6. Prothesisten

a. Orthopedisten (100-199)

b. Bandagisten (200-299)

c. Verstrekkers van implantaten en prothesen en van allerhande apparaten (300-599)

d. Opticiens (600-699)

SPECIALE GEVALLEN

Verstrekkingen verleend buiten het nationaal grondgebied[2]

De zone 3 moet ingevuld worden met de volgende pseudoidentificatienummers van zorgverleners :

Geneesheren	1.00000.07.999
Tandheelkundigen	3.00000.21.999
Verpleegkundigen	4.00000.28.999
Kinesitherapeuten	5.00000.35.999
Apothekers biologen	6.00000.42.999
Opticiens	6.60000.85.999
Bandagisten	6.20000.24.999
Orthopedisten	6.10000.33.999
Verstrekkers van implantaten, prothesen en van allerhande apparaten	6.30000.15.999

DOCUMENT P – ZONE 4 - Norm van de zorgverlener

Het betreft de code die toelaat na te gaan of de verstrekking werd uitgevoerd door één of meerdere zorgverleners

- Waarde 1 = verstrekking of reeks van verstrekkingen die kan toegeschreven worden aan één enkele zorgverlener die ze heeft verricht;
- Waarde 9 = verstrekking of reeks van verstrekkingen die niet kan toegeschreven worden aan één enkele zorgverlener, want ze werd door verscheidene zorgverleners gezamelijk verricht.

Indien geen zorgverlener wordt meegedeeld in zone 3 dan is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

DOCUMENT P – ZONE 6 - Nomenclatuurcode of pseudocode

In het algemeen zijn die codes opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Het Belgisch staatsblad van 29 september 1984 publiceert de bijlage bij het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de

[2] Opgelet : de uitgaven inzake Internationale verdragen mogen niet in de documenten P worden opgenomen

nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Hierin wordt ondermeer een aparte codering voorzien voor de ambulante rechthebbenden en voor de gehospitaliseerde rechthebbenden.

De documenten N waarvan de nomenclatuurcodes moeten opgenomen worden in de statistische tabellen per zorgverlener (document P) zijn:

DOC N	OMSCHRIJVING
N00	Honorarium voor medische wachtdienst in het ziekenhuis Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden
N01	Raadplegingen, bezoeken en adviezen van geneesheren en psychotherapeutische behandelingen
N02	Technische geneeskundige verstrekkingen Gewone verstrekkingen
N04	Tandverzorging
N05	Kinesitherapie
N06	Door verpleegkundigen, verzorgsters en ziekenoppassters verstrekte verzorging
N08	Klinische biologie (art. 3 van de nomenclatuur)
N10	Verlossingen Operatieve hulp bij verlossingen
N11	Gynaecologie en verloskunde
N12	Reanimatie
N13	Algemene speciale verstrekkingen
N14	Anesthesiologie
N15	Aanwezigheid van de behandelende geneesheer bij anesthesiologie Operatieve hulp Bijk. hon. geaccrediteerde specialist voor bepaalde heelkundige prestaties
N16	Stomatologie
N17	Dringende technische verstrekkingen (art. 26, § 1 *bis* van de nomenclatuur)
N18	Oftalmologie
N19	Dringende technische verstrekkingen (art. 26, § 1 en 1 *ter* van de nomenclatuur)
N20	Algemene heelkunde
N21	Neurochirurgie
N22	Plastische heelkunde
N23	Heelkunde op het abdomen
N25	Heelkunde op de thorax
N26	Heelkunde op de bloedvaten
N28	Otorhinolaryngologie
N30	Urologie
N32	Orthopedie
N33	Transplantaties en weefsels van menselijke oorsprong
N40	Inwendige geneeskunde
N41	Pneumologie
N42	Gastro-enterologie

N45	Radiotherapie en radiumtherapie
N46	Nucleaire geneeskunde in vivo
N47	Nucleaire geneeskunde in vitro
N50	Medische beeldvorming
N51	Percutane interventionele verstrekkingen onder medische beeldvormingscontrole
N54	Kindergeneeskunde
N55	Cardiologie
N56	Neuropsychiatrie
N57	Fysiotherapie
N59	Dermato-venereologie
N60	Klinische biologie (art. 24, § 1 van de nomenclatuur)
N61	Bijkomende honoraria voor niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden
N62	Forfaitaire honoraria inzake klinische biologie (art. 24, § 2 van de nomenclatuur)
N63	Pathologische anatomie (art.32 van de nomenclatuur)
N64	Genetische onderzoeken (art. 33 van de nomenclatuur)
N70	Toestellen
N73	Verzorging door opticiens
N77	Urinaal, kunstaars en tracheacanule
N79	Banden, gordels en borstprothesen
N80	Synthesemateriaal
N81	Nierdialyse
N94	Projecten artikel 56 van de gecoördineerde wet van 14/7/1994

De Technische boekhoudkundige en statistische commissie heeft zgn. pseudocodenummers ingevoerd :

- voor de uitgaven die in de nomenclatuur zijn omschreven maar niet zijn gecodeerd ;
- voor de uitgaven die niet in de nomenclatuur maar in akkoorden of overeenkomsten zijn omschreven.

Pseudonomenclatuurcodes en plafondcodes die moeten worden opgenomen in de documenten P:

1. Reiskosten artsen, verpleegkundigen en vroedvrouwen (prenatale zorg risicozwangerschap);
2. Operatieve hulp en hulp bij bevallingen;
3. Prestaties i.v.m. orgaandonoren en transport van donororganen ;
4. Tegemoetkomingen voor weefsels van menselijke oorsprong;
5. Kinesitherapieverstrekkingen verricht in geconventioneerde revalidatiecentra, verleend bij specifieke rechthebbenden;

6. Forfaitaire honoraria : plafondcodes klin. biologie, forfait klin. biologie per verpleegdag en forfait med. beeldv. per opname;
7. Implantaten;
8. Nierdialyse thuis of in een centrum;
9. Globaal medisch dossier;
10. Project inzake tandheelkunde bij kansarme kinderen;
11. Plafondcodes verpleegkunde, kinesitherapie, fysiotherapie, med. Beeldvorming m.b.t. bloedvatenstelsel en radiotherapie;
12. In vitro fertilisatie.

DOCUMENT P – ZONE 7 - Betalingswijze

Voor alle prestaties, terugbetaald vanaf 1 januari 1990, moet er onderscheid worden gemaakt tussen de verstrekkingen die worden vergoed door middel van het derde betalers systeem en de verstrekkingen die rechtstreeks aan de verzekerde worden vergoed onder om het even welke vorm (contant geld, postassignatie, ..) :

- waarde = 1 voor de prestaties vergoed in het kader van de rechtstreekse betaling aan de verzekerde
- waarde = 3 voor de prestaties vergoed in het kader van de derdebetalersregeling.

DOCUMENT P – ZONE 8 - Jaar en maand van verstrekking

Het gaat om het jaar en de maand waarin de verstrekking is verricht : YYYYMM = jaar (YYYY) en maand (MM)

Bijzonder geval : waarde "13" = voor verstrekkingen die na de verjaringstermijn (24 maanden) zijn vergoed wegens een wettelijke onderbreking van die termijn.

DOCUMENT P – ZONE 9 - Bedrag

Bedrag terugbetaald door de verzekeringsinstelling voor de verrichte verstrekkingen

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal. Het decimaal teken wordt NIET vermeld. Indien zone 16 = 1 (d.w.z. bedrag in BEF) dan zijn de laatste twee posities gelijk aan nul.

DOCUMENT P – ZONE 10 - Aantal gevallen

Aantal keer dat een verstrekking of een forfait uitgevoerd werd. Dit aantal verstrekkingen moet in «+» of in «-» worden meegedeeld.

Als er in de zone 6 (nomenclatuurcode of pseudocode) een forfait werd geboekt, dan moet de zone 10 ingevuld worden met het aantal forfaits (in «+» of in «-»).

Reiskosten :

- Reiskosten van de geneesheren- specialisten (pseudocode 109970) : de zone moet ingevuld worden met het aantal kilometers
- Reiskosten van de vroedvrouwen (pseudocode 422973) : de zone moet ingevuld worden met het aantal kilometers
- Reiskosten inzake nierdialyse (pseudocode 761596) : de zone moet op 0 worden gebracht
- Bijkomende reisvergoeding voor de algemeen geneeskundigen in de plattelandsstreken (pseudonomenclatuurcode 109955) : *aantal gevallen = ⌈(afstand in km x 2) minus 6 km⌉*

DOCUMENT P – ZONE 11 - Norm voorschrijver

Deze zone vermeldt enerzijds of een verstrekking voorgeschreven is door één of meerdere verzorgingsvoorschrijvers en anderzijds of het toegevoegde verstrekkingen betreft of verstrekkingen die voor eigen patiënten werden verricht :

Waarde	Betekenis
0	Geen voorschrijver
1	De verstrekking kan toegeschreven worden aan 1 voorschrijver
3	De verstrekkingen worden verricht voor eigen patiënten
4	Het betreft toegevoegde verstrekkingen
9	De verstrekking is voorgeschreven door meerdere voorschrijvers. Het identificatienummer van één van hen wordt opgenomen in de zone van de voorschrijver (zone 12).

DOCUMENT P – ZONE 12 - Identificatie van de voorschrijver

Het gaat om het identificatienummer van de zorgverlener die de verstrekking heeft voorgeschreven. Deze zone dient verplicht te worden ingevuld voor al de verstrekkingen waarvoor, volgens de regels van de nomenclatuur, een voorschrijver is vereist. De wijze van opstelling van het identificatienummer van de voorschrijver is identiek aan dat van het identificatienummer van de zorgverlener (zie zone 3).

Opmerking : in geval van bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen wordt deze zone op nul gezet.

SPECIALE GEVALLEN

Forfaitaire honoraria : forfaits waarvoor een voorschrijver wordt gevraagd : 591312, 591334, 591356, 591371, 591673, 591695, 591710, 591732, 592270 tot 592410, 592631 tot 592771, 592815 tot 592874, 592911 tot 592970, 593014 tot 593073, 593110 tot 593176, 460670, 460795, 460972, 460994, 461016, 641465, 641480, 641502, 641524 : voorschrijver ingeval van eerste aflevering.

Weefsels van menselijke oorsprong : voorschrijver = diegene die het weefsel inplant.

Verstrekkingen verleend buiten het nationaal grondgebied[3] : de zone 12 moet worden ingevuld met de volgende pseudoidentificatienummers van de voorschrijvers :

- geneesheren : 1.00000.07.999
- tandheelkundigen : 3.00000.21.999
- verpleegkundigen: 4.00000.28.999

DOCUMENT P – ZONE 13 - Plaats van de verstrekking

Identificatie van de plaats waar de verstrekking werd verricht.

SPECIALE GEVALLEN

Identificatienummer van een dienst die overeenkomstig de uitgevaardigde normen werd erkend :

chronische hemodialyse	nummer van het ZH + 561
pediatrische chronische dialyse	nummer van het ZH + 562
dienst voor thuisdialyse	nummer van het ZH + 563
ambulante peritoneale dialyse	nummer van het ZH + 564
collectieve autodialyse	nummer van het ZH + 565 t.e.m. 569
Interventionele cardiologie	nummer van het ZH + 117
Hartcatheterisatie	nummer van het ZH + 119
radiotherapie	nummer van het ZH + 113
medische beeldvorming	nummer van het ZH + 110
PET-scan	nummer van het ZH + 112

In het buitenland verleende verstrekkingen[4]

Laboratoria	8.00000.56.999
Diensten voor medische beeldvorming met transversale axiale tomograaf	7.00000.49.110
Nierdialysecentra	7.00000.49.500
Weefselbanken	7.00000.49.200
Hartcatheterisatiediensten voor interventionele cardiologie	7.00000.49.117
Hartcatheterisatiediensten voor invasief onderzoek	7.00000.49.119
Diensten voor radiotherapie	7.00000.49.113
Revalidatiecentra	7.70000.83.000
	7.80000.74.000
	9.50000.18.000
	9.60000.09.000
Psychiatrische verzorgingstehuizen	7.25000.75.000
Initiatieven voor beschut wonen	7.26000.45.000

[3] Opgelet : de uitgaven inzake Internationale verdragen mogen niet in de documenten P worden opgenomen.
[4] Opgelet : de uitgaven inzake Internationale verdragen mogen niet worden opgenomen in de documenten P

Rustoorden voor bejaarden	7.30000.22.000
Rust en Verzorgingstehuizen	7.50000.04.000
Verpleeginrichtingen	7.00000.49.000

DOCUMENT P – ZONE 14 - Verblijfplaats

Identificatie van de verpleeginrichting of het revalidatiecentrum waar de patiënt is gehospitaliseerd. Indien het gaat om een gehospitaliseerde patiënt die een revalidatiebehandeling ondergaat en indien er gebruik wordt gemaakt van de facturen van het type 5 en 6, dan dient deze zone te worden ingevuld met het identificatienummer van het erkend revalidatiecentrum.

In de andere gevallen dient het identificatienummer te worden opgenomen van de verpleeginrichting waar de patiënt is gehospitaliseerd (eerste drie posities van het identificatienummer = 710 of 720).

SPECIALE GEVALLEN

In het buitenland verleende verstrekkingen : volgende pseudoidentificatienummers dienen te worden opgenomen:

Verpleeginrichting	7.00000.49
Revalidatiecentrum	7.70000.83
	7.80000.74
	9.50000.18
	9.60000.09

DOCUMENT P – ZONE 15 - Verblijfsdienst of pseudocode van de dienst

Het betreft de dienst waar de patiënt verblijft op de datum vermeld in zone 8 of de pseudodienstcode ingeval van verstrekkingen gepresteerd tijdens een zitting die recht geeft op een forfaitaire verpleegdag (gebruik gipskamer, mini-, maxi of superforfait, nierdialyse in ziekenhuis, forfaitaire dagprijs psychiatrie, revalidatie, forfait A, forfait B, forfait C en forfait D) of ingeval van andere ambulante prestaties.

Indien het gaat om prestaties die op voorschrift werden verricht, dan moet in deze zone de dienstcode of pseudodienstcode worden vermeld van de dienst (of pseudodienst) waar de patiënt verbleef op het ogenblik van het voorschrift.

Lijst met de diensten voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten

RIZIVcode	Bedindex VGZ	Type ZH	Omschrijving
19	N*	Alg	Afdeling niet-intensieve neonatale verzorging (oude “n”).
20	B	Alg	Dienst voor behandeling van TBC
21	C	Alg	Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling.
22	D	Alg	Dienst voor diagnose en medische behandeling.
23	E	Alg	Dienst voor kindergeneeskunde.
24	H	Alg	Dienst voor gewone ziekenhuisverpleging.
25	L	Alg	Dienst voor besmettelijke ziekten.
26	M	Alg	Kraamdienst.

27	NIC	Alg	Dienst voor intensieve neonatale verzorging.
29	Br	Alg	Dienst voor de behandeling van zwaar verbranden (vanaf 1/1/ '94).
30	G (R)	Alg	Dienst voor geriatrie en revalidatie.
32	-	Alg	Chirurgisch dagziekenhuis
34	K	Alg/Psy	Dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht).
35	K1	Alg/Psy	Dagverpleging in een K-dienst.
36	K2	Psy	Nachtverpleging in een K-dienst.
37	A	Alg/Psy	Dienst voor neuropsychiatrie (dag en nacht).
38	A1	Alg/Psy	Dagverpleging in een A-dienst.
39	A2	Alg/Psy	Nachtverpleging in een A-dienst.
41	T	Alg/Psy	Psychiatrische dienst (dag en nacht).
42	T1	Alg/Psy	Dagverpleging in een T-dienst.
43	T2	Alg/Psy	Nachtverpleging in een T-dienst.
44	Tf	Psy	Gezinsverpleging Tf in ziekenhuis
45	Tp	Psy	Gezinsverpleging Tp in gezin
46	-	Alg/Psy	24 uur verblijf in dienst A (afgeschaft vanaf 01/09/99)
47	-	Alg	24 uur verblijf in dienst T (afgeschaft vanaf 01/09/99)
49	(i)	Alg	Intensieve verzorgingseenheid
61	Sp (S1)	Alg	Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie voor patiënten met cardio-pulmonaire aandoeningen
62	Sp (S2)	Alg	Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie voor patiënten met locomotorische aandoeningen
63	Sp (S3)	Alg	Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie voor patiënten met neurologische aandoeningen
64	Sp (S4)	Alg	Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie voor patiënten met chronische aandoeningen die palliatieve zorgen vereisen
65	Sp (S5)	Alg	Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie voor patiënten met chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn
66	Sp (S6)	Alg/Psy	Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie voor patiënten met psychogeriatrische aandoeningen
69	Sp (S9)	Alg	Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie voor patiënten met chronische aandoeningen
01	-	Alg/Psy	In het buitenland verleende verstrekkingen, zowel voor ambulante als voor gehospitaliseerde patiënten

Lijst van de pseudodienstcodes voor patiënten die behandeld worden in een afdeling van dagverpleging en voor ambulante patiënten

RIZIV codes	Type van Verpleeg-inrichting	OMSCHRIJVING
71	Alg	Gipskamer
72	Alg	Miniforfait
73	Alg	Maxiforfait

74	Alg	Superforfait (tot 31/03/1998)
75	Alg	Nierdialyse
76	Alg/Psy	Psychiatrische forfaitaire verpleegdag
77	Alg	Revalidatie
80	Alg	Forfait A
81	Alg	Forfait B
82	Alg	Forfait C
83	Alg	Forfait D
99	Alg/Psy	Andere ambulante patiënten of ambulante nierdialyse

In het buitenland verleende verstrekkingen

Voor in het buitenland verleende verstrekkingen dient de zone 15, zowel voor ambulante als voor gehospitaliseerde patiënten, te worden ingevuld met de code **01**.

DOCUMENT P – ZONE 16 - Munteenheid

Het gaat om de munteenheid waarin het bedrag van de zone 9 is vermeld : 1 = BEF; 2 = EURO

12.4.4 Exhaustivity of database

De documenten P omvatten enkel uitgaven in het kader van de verplichte ziekte en invaliditeitsverzekering. De vergoedingen in het kader van de vrije, aanvullende ziekteverzekering, evenals de internationale conventies worden niet geregistreerd.

12.4.5 User experience (problems) :

Geen informatie hieromtrent beschikbaar.

12.5 TIME CHARACTERISTICS

12.5.1 Periodicity of updates

Semestrial data transmissions by SFF, cumulative in the course the registration year, within four months following the end of the concerned semester.

12.5.2 Longitudinality

Longitudale studies (uitgavenevoluties) zijn enkel mogelijk op het niveau van de verstrekker-voorschrijver, vertrekkingsplaats en verblijfplaats.

12.5.3 Period covered by the data

Klassieke Doc P: gestart sinds 1964 en tot op heden.

12.6 DATA PROCESS

12.6.1 Information – description documents on the data-process

Er bestaat geen globaal geïntegreerde documentatie over de datastream.

12.6.2 Datasources (organisations/databases)

Nationale VI's.

12.6.3 Data process plan

Semestrieel komen per VI de bestanden op electronische drager toe in het actuariaat van de DGV van het RIZIV.

De gegevens worden gecopieerd, gelezen en opgeladen als db2-tabellen op de mainframe door het ICT. Daarop wordt er onmiddellijk exploitatie gedaan.

12.6.4 Data quality plan

Er worden een reeks elementaire controles gedaan (bv vergelijken van totalen, ...)

Daarna wordt op basis van de db2-tabellen een controlerapport opgemaakt in het actuaraat (via Access en Excel) en elke maand overgemaakt aan de VI. De bedoeling van die rapporten is eventuele fouten te corrigeren naar de toekomst toe (niet naar het verleden, want er komen elke maand nieuwe en cumulatieve data binnen; tenzij de fout te erg is, dan wordt er wel herbegonnen). Op die manier probeert men voor het jaar zo goed mogelijke data te bekomen.

De jaar en kwartaalgegevens worden in een tweede fase onderworpen aan eenstriktere controle en correctieprocedure door het actuariaat, zonder een directe inbreng van de VI (volledig via Access en Excel) Deze gecorrigeerde jaargegevens dienen dan voor de afsluiting van de rekeningen.

1.1 Data access procedure

These databases are essentially meant for internal utilization (accountancy & actuary) in the context of RIZIV's legal framework. However, for scientific studies they can be very useful for (pre)assessment and control purposes.

Legal aspects :

If data are to be used by non-governmental institutions, their transmission falls under the regulations of the Privacy Protection Law requiring:

- preceding anonymization of health care professionals, unless otherwise formally approved by the Privacy Commission;
- as for identification numbers of health care institutions (places of care and/orstay): these require foregoing (reversible) recoding under the responsability of an appointed medical supervisor.

13 DOCUMENTEN H

13.1 DESCRIPTION

Niet-cumulatieve semestriële statistische tabellen betreffende de vergoede verpleegdagen, opgemaakt per verpleeginrichting en per dienst.

13.1.1 Typology of the database[5]

Gegevenscollector		RIZIV
Naam van het register		Doc. H
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption
	Subdomein(en)	Expenditure
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Uitgaven verplichte ziekteverzekering
	Hoofddiscriminant(en)	Zorginstellingen Verpleegdag(pseudo)codes
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	alle verplicht verzekerden
	Zorglijn(en)	intramuraal transmuraal dagv transmuraal $Z
Tijdsaspecten	**Start**	1994
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu semesterieel
	Stop	-

13.2 MANAGING ORGANISTION

Zie onder 1.1.1 Documenten C.

13.2.1 Responsible persons:

- Name: Georges Vereecke
  - Functie: geneesheer-inspecteur-generaal DGV
  - Telefoon: 02 739.73.50
  - E-mail: georges.vereecke@riziv.fgov.be
- Doc H contact: Laurent Mercier
  - Functie: adjunct adviseur
  - Telefoon: 02 739.78.53

[5] zie aparte lijst met afkortingen.

- E-mail: laurent.mercier@inami.fgov.be

13.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

13.3.1 Reasons for data

Zie onder 1.1.1 RIZIV Documenten C K.B. 03/07/1996 – art. 350 § 1

13.3.1.1 Purpose of database

- De documenten H laten toe, voor elk ziekenhuis het aantal opnames en het aantal verpleegdagen, die werden terugbetaald in het kader van de ZIV-wetgeving, ter beschikking te stellen.
- De forfaitaire honoraria inzake klinische biologie en medische beeldvorming in de ziekenhuizen worden berekend op basis van informatie afkomstig van de documenten P. Aldus wordt voor ieder ziekenhuis een budget berekend. Om dit budget te liquideren per verpleegdag of per opname wordt gebruik gemaakt van het aantal verpleegdagen of opnames bekomen uit de documenten H.
- Aan elk ziekenhuis wordt een aantal verpleegdagen of opnames toegekend in functie van het gerealiseerd aantal verpleegdagen of opnames, rekening houdend met de evolutie van de beddenstructuur per dienst. Dit toegewezen aantal dagen of opnames fungeert dan als deler in berekening van de forfaitaire honoraria om aan elk ziekenhuis een bedrag per dag of per opname toe te kennen.
- Tevens worden de gegevens van de documenten H gebruikt ter validatie van de documenten SHA.

13.3.2 Users of data (organisations)

RIZIV

13.3.3 Applications

13.3.3.1 Interne bestanden

Per verzekeringsinstelling, per prestatiedatum, per ziekenhuis en per dienst worden het aantal opnames, het aantal dagen en de bedragen weergegeven voor de volgende periodes :

- per boekhoudjaar, alle periodes van verstrekking
- per jaar van verstrekking en geboekt gedurende het jaar en het daaropvolgende semester.

13.3.3.2 Informatie

Een nota bevat het aantal verwezenlijkte verpleegdagen in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging alsook hun evolutie vanaf 1994. Hier wordt speciaal aandacht besteed aan de beperkingen van deze gegevens.

Het aantal opnames en het aantal verpleegdagen worden uitgesplitst per type van dienst en per type van ziekenhuis.

13.3.3.3 New evolutions

None

13.4 CONTENTS

13.4.1 Information – Description documents on the contents

De layout van de Doc H is gebaseerd op de omzendbrieven, rubrieken 67 en 48, van het RIZIV aan de VI's m.b.t. de boekhoudkundige en statistische instructies conform de hogervermelde gecoördineerde Wet van 14-07-1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

13.4.2 Exhaustivity

De documenten H omvatten uitgaven van verpleegdagvergoedingen en hun persoonlijk aandeel, voorzien in de verplichte ziekte en invaliditeitsverzekering.

Zijn NIET opgenomen in de documenten H :

1. De facturering van de verpleegdagforfaits voor gebruik gipszaal, nierdialyse, mini & maxiforfaits evenals de forfaits A, B, C en D terugbetaald in het kader van de Conventie met de verpleeginrichtingen (art. 4);
2. De facturering van de verpleegdagen in een Belgische instelling in het kader van de internationale overeenkomsten, zowel voor de algemene regeling als voor de zelfstandigen regeling;
3. De verpleegdagen in militaire ziekenhuizen.

Zijn WEL opgenomen in de documenten H :

1. Verpleegdagen gefactureerd in buitenlandse ziekenhuizen voor zover zij beantwoorden aan de voorwaarden gesteld in art. 294 §1 et §2 van het K.B d.d. 03-07 (cfr. zone 4 page 8);
2. Het aantal verpleegdagen in dienst N* (code dienst 19) moet nog steeds opgegeven worden.
3. Hetzelfde geldt voor de facturering van de verpleegdagen in een dienst zware brandwonden (code dienst 29) vanaf 01/01/1997.

4. De verpleegdagfacturering voor de chirurgische dagverblijven.

13.4.3 Evolution of contents

De layouts wordt aangepast in functie van de RIZIV-omzendbrieven dienaangaande (de zgn. bijwerkingen).

13.4.4 Variables

13.4.4.1 Variables listing & formats

Zone	Description	Length	Type	Format
1	Recordtype	1	N	"1"
2	Identificatie VI	1	N	Codification
3	Boekingsjaar/ semester	5	N	YYYYS
4	Identificatie verpleeginrichting	8	N	Codification
5	Identificatie dienst	2	N	Codification
6	Jaar & maand laatste fakturatiedag	6	N	YYYYMM
7	Pseudocode verpleegdagen	6	N	Codification
8	Aantal	9	N	+/sign
9	Bedrag terugbetaling RIZIV	14	N	last 2 pos. = dec. If EURO
10	Muntenheid	1	N	1 = BEF, 2 = EURO

13.4.4.2 Variables –specications & codification

DOCUMENT H ZONE 2 - Code verzekeringsinstelling

Zie onder Document P – Zone 1

DOCUMENT H ZONE 3 - Jaar en semester van de boeking

Zie onder Document P – Zone 2

DOCUMENT H ZONE 4 - identificatie van het ziekenhuis

Zie onder Document P – Zone 14.

DOCUMENT H ZONE 5 - Verblijfsdienst of pseudocode van de dienst

Zie Document P – Zone 15

DOCUMENT H ZONE 6 - Jaar en maand van de laatst gefactureerde dag

Komt overeen met jaar & maand van de laatste gefactureerde dag in de dienst opgegeven in zone 5 : YYYYMM

Bijzonder geval : voor de verpleegdagen die na de verjaringstermijn worden vergoed wegens een wettelijke onderbreking van deie termijn, moet voor MM de waarde "13 » ingevuld worden (cf. art. 174 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994).

DOCUMENT H ZONE 7 - Pseudocodes voor verpleegdagen

Met deze codes kan de boekhouding gebeuren volgens de rubrieken die door het RIZIV voorzien zijn.

Pseudocodes verpleegdagen (vanaf 1/07/2002)

Verblijf pasgeborene in dienst N* (n)	790020
Acute ziekenhuizen bedrag per opname	768003
Acute ziekenhuizen bedrag per verpleegdag	768025
Chirurgisch dagziekenhuis bedrag per opname	768036 768040
Chirurgisch dagziekenhuis bedrag per verpleegdag	768051 768062
Alg. ZH sp-dienst andere dan palliatieve bedrag per opname	768084
Alg. ZH sp-dienst andere dan palliatieve bedrag per verpleegdag	768106
Psychiatrische ziekehuizen (720,***,**) bedrag per verpleegdag	768121
Alg. ZHservices sp-dienst palliatieve zorgen bedrag per verpleegdag	768143
Brandwondencenrtum bedrag per verpleegdag	768165

Persoonlijk aandeel – algemene ziekenhuizen

a) Hospitalisatie, 1e dag

PUG descendenten	766021
PUG gelijkgestelde werklozen + PTL	766043
PUG met PTL of alimentatie en PUG zonder PTL	766065
PUG zonder PTL	766065
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % descendenten	766080
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % met PTL of alimentatie	766102
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % zonder PTL	766102
PUG + WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 100 %	766124

b) Van de 2e tot en met 90e verpleegdag

PUG descendenten	766220
PUG gelijkgestelde werklozen + PTL	766242
PUG met PTL of alimentatie en PUG zonder PTL	766264
PUG zonder PTL	766264
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % descendenten	766286
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % met PTL of alimentatie	766301
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % zonder PTL	766301
PUG + WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 100 %	766323

c) Vanaf de 91e verpleegdag

PUG descendenten	799820
PUG gelijkgestelde werklozen + PTL	799842
PUG met PTL of alimentatie en PUG zonder PTL	799746

PUG zonder PTL	799761
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % descendenten	799886
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % met PTL of alimentatie	799783
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % zonder PTL	799805
PUG + WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 100 %	799923

Persoonlijk aandeel – psychiatrische ziekenhuizen

a) Hospitalisatie, 1e dag

PUG descendenten	766021
PUG gelijkgestelde werklozen + PTL	766043
PUG met PTL of alimentatie en PUG zonder PTL	766065
PUG zonder PTL	766065
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % descendenten	766080
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % met PTL of alimentatie	766102
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % zonder PTL	766102
PUG + WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 100 %	766124

b) Van de 2e tot en met 90e verpleegdag

PUG descendenten	799422
PUG gelijkgestelde werklozen + PTL	799444
PUG met PTL of alimentatie en PUG zonder PTL	799466
PUG zonder PTL	799481
WIGW+ PNP + Comm. rel. 75 % descendants	799503
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % met PTL of alimentatie	799525
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % zonder PTL	799540
PUG + WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 100 %	799562

c) Van de 91e tot en met 365e verpleegdag

PUG descendenten	799584
PUG gelijkgestelde werklozen + PTL	799606
PUG met PTL of alimentatie en PUG zonder PTL	799621
PUG zonder PTL	799643
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % descendenten	799665
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % met PTL of alimentatie	799680
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % zonder PTL	799702
PUG + WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 100 %	799724

d) Vanaf de 366e tot de laatste dag van het 5e verblijfsjaar

PUG descendenten	799820
PUG gelijkgestelde werklozen + PTL	799842
PUG met PTL of alimentatie en PUG zonder PTL	799746

PUG zonder PTL	799761
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % descendenten	799886
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % met PTL of alimentatie	799783
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % zonder PTL	799805
PUG + WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 100 %	799923

e) Vanaf de 1e dag van het 6e verblijfsjaar

PUG descendenten	766426
PUG gelijkgestelde werklozen of alimentatie + PTL	766441
PUG gelijkgestelde werklozen zonder PTL	766765
PUG met PTL of alimentatie en PUG zonder PTL	766382
PUG zonder PTL	766404
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % descendenten	766485
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % met PTL of alimentatie	766566
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 75 % zonder PTL	766581
PUG + WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 100 % zonder PTL	766522
WIGW + NBP + Kloostergemeenschappen 100 %	766780

Hospitalisatie in geval van gezinsverpleging, enkel in psychiatrisch ziekenhuis

Prijs in geval van gezinsverpleging in ziekenhuis, vanaf 01/07/2002	768121 (niet 793284)
Prijs in geval van gezinsverpleging in een gezin	793306

DOCUMENT H ZONE 8 - Aantal prestaties

Het betreft hier, al naar gelang de pseudocode, om het aantal verpleegdagen, het aantal opnamen of het aantal persoonlijke aandelen, opgegeven in zone 9.

Belangrijke opmerkingen :

- **Betreffende de verpleegdagen** : zie onder 4.2 Exhaustivity.
- **Betreffende de opnamen** : het aantal opnamen in een dienst N* (code dienst 19) moet nog steeds opgegeven worden.

DOCUMENT H ZONE 9 - Bedrag

Verpleegdagprijzen en opnameforfaits worden als postieve bedragen opgegeven ; persoonlijke aandelen als negatieve bedragen. De laatste twee posities bevatten steeds de decimalen (zonder opgave van het decimaalteken).

DOCUMENT H ZONE 10 - Munteenheid

Waarden: 1 = BEF tot boekingsjaar 2001; 2 = EURO vanaf boekingsjaar 2002.

13.4.5 User experience (problems) :

None reported.

13.5 TIME CHARACTERISTICS

13.5.1 Periodicity of updates

De gegevens worden semesterieel, niet-cumulatief door de SFF overgemaakt aan de dienst Profielen, en dit binnen de 4 maand volgend op de registratieperiode.

13.5.2 Longitudinality

De documenten H laten toe, voor elk ziekenhuis, de verpleegdagvergoedingen die werden terugbetaald in het kader van de ZIV-wetgeving, ter beschikking te stellen. Longitudale studies omtrent het aantal opnames en het aantal verpleegdagen zijn enkel mogelijk op het niveau van de ziekenhuizen.

13.5.3 Period covered by the data

Doc H: gestart sinds 1994 en tot op heden.

13.6 DATA PROCESS

13.6.1 Information – description documents on the data-process

Er bestaat geen globaal geïntegreerde documentatie over de datastream.

13.6.2 Datasources (organisations/databases)

Nationale VI's.

13.6.3 Data process plan

Semestrieel komen per VI de bestanden op electronische drager toe in de Sectie profielen van de DGV van het RIZIV.

De gegevens worden gecopieerd, gelezen en opgeladen als db2-tabellen op de mainframe door het ICT. Daarop wordt er onmiddellijk exploitatie gedaan.

13.6.4 Data quality plan

KB 1996-07-03, Art. 349 stelt dat bij het op stellen van de voorziene statistische tabellen door de verzekeringsinstellingen een validiteitscontrole uitgevoerd wordt op de in te brengen gegevens. De lijst van de te controleren elementen wordt opgesteld door het Verzekeringscomité. De uitgaven die het gevolg zijn van verwerpingen ingevolge de validiteitscontrole, komen niet in aanmerking voor boeking op de uitgavenbescheiden

In het raam van de validatie, worden deze statistische gegevens, vergeleken met de boekhoudkundige gegevens en de gegevens die door het Ministerie van Volksgezondheid worden ingezameld.

13.6.5 Data access procedure

These databases are essentially meant for internal utilization (accountancy & actuary) in the context of RIZIV's legal framework. However, for scientific studies they can be very useful for (pre)assessment and control purposes.

Legal aspects : if data are to be used by non-governmental institutions, the identification numbers of health care institutions (places of care and/orstay) require foregoing (reversible) recoding under the responsability of a appointed medical supervisor.

14 DOCUMENTEN PH

14.1 DESCRIPTION

Niet-cumulatieve semestriële statistische tabellen betreffende de in de verpleeginrichtingen afgeleverde farmaceutische producten, opgemaakt per categorie, per product, per inrichting en per dienst.

De documenten PH bevatten informatie over de geneesmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde en ambulante patiënten verzorgd in een ziekenhuis, zowel in een algemeen als in een psychiatrisch ziekenhuis.

14.1.1 Typology of the database [6]

Gegevenscollector		RIZIV
Naam van het register		Doc. PH
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption
	Subdomein(en)	Expenditure
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Uitgaven verplichte ziekteverzekering Persoonlijk aandeel patiënt
	Hoofddiscriminant(en)	Ziekenhuizen Farmaceutica
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	alle verplicht verzekerden
	Zorglijn(en)	intramuraal transmuraal dagv transmuraal $Z
Tijdsaspecten	**Start**	1994
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu semesterieel
	Stop	-

14.2 MANAGING ORGANISTION

Zie onder 1.1.1 Documenten C.

14.2.1 Responsible persons:

- Name: Georges Vereecke
  - Functie: geneesheer-inspecteur-generaal DGV
  - Telefoon: 02 739.73.50
  - E-mail: georges.vereecke@riziv.fgov.be

[6] zie aparte lijst met afkortingen.

- Doc PH contact: Laurent Mercier
  - Functie: adjunct adviseur
  - Telefoon: 02 739.78.53
  - E-mail: laurent.mercier@inami.fgov.be
- Reference lists pharmaceuticals: Yoeriska Antonissen, Beheerseenheid voor farmaceutische specialiteiten.
  - Functie: apotheker
  - Telefoon: 02 739.71.44
  - E-mail: yoeriska.antonissen@riziv.fgov.be

14.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

14.3.1 Reasons for data

- Het K.B. van 3 juli 1996, art. 350 § 3 : zie onder 1.1.1 RIZIV Documenten C .
- Het K.B. van 2 september 1980 stelt de voorwaarden vast waaronder de verplichte ziekte en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de *farmaceutische specialiteiten* en daarmee gelijkgestelde producten.
- Het K.B. van 21 februari 1997 gewijzigd door het K.B. van 18 november 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzake de regelen en de modaliteiten volgens dewelke de kosten van sommige farmaceutische producten op *forfaitaire basis* worden vergoed.
- Het K.B. van 17 maart 1997 stelt de voorwaarden vast waaronder de verplichte ziekte en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de *magistrale bereidingen* en daarmee gelijkgestelde producten.
- Het K.B. van 12 maart 1998 stelt de voorwaarden vast waaronder de verplichte ziekte en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van vol menselijk *bloed* en van sommige labiele bloedproducten.
- Het K.B. van 21 maart 2002 stelt de voorwaarden vast waaronder de verplichte ziekte en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de materialen en verzorgingsproducten voor *mucoviscidose*.
- De Koninklijke besluiten van 24 oktober 2002 stellen de voorwaarden vast waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

tegemoet komt in de kosten van *dieetvoeding* voor medisch gebruik en de vergoedbare *diagnostische middelen* en verzorgingsmiddelen.

- Het K.B. van 7 mei 1991 stelt het *persoonlijk aandeel* van de rechthebbenden vast in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen :
  - art. 2, a) en 2bis voor de aangenomen farmaceutische specialiteiten, bestemd voor de niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden;
  - art. 2, b), voor de aangenomen farmaceutische specialiteiten, bestemd voor in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden;
  - art. 3 en 3bis voor de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten.
- De Koninklijke besluit van 24 oktober 2002 stellen het persoonlijk aandeel vast van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen dieetvoeding voor medisch gebruik en de vergoedbare diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen.

14.3.2 Purpose of database

- Van het ogenblik dat de dienst beschikt over een bestand met 'gezuiverde' gegevens, wordt er informatie per productcode overgemaakt aan de dienst 'beheerseenheid voor de farmaceutische specialiteiten'. speciale aandacht wordt besteed aan de antimicrobiële middelen. De gegevens betreffende de antimicrobiële middelen worden opgevraagd vanaf het ogenblik dat deze ter beschikking zijn bij de SMALS-MvM[7]. Hierop worden dan speciaal ontwikkelde validatieprocedures op toegepast zodat er betrouwbare informatie per ziekenhuis ter beschikking kan worden gesteld.
- Er wordt een nota opgemaakt met de uitgaven die zijn meegedeeld in de documenten PH. De resultaten worden voorafgegaan van een definitie van de gebruikte concepten, een samenvatting van de belangrijkste trends die tijdens de bestudeerde periode zijn waargenomen, alsmede een korte analyse van die trends.

14.3.3 Users of data (organisations)

- RIZIV 'beheerseenheid voor de farmaceutische specialiteiten';
- Commissie voor de Coördinatie van het antibioticabeleid;
- Profielencommissie ziekenhuizen

[7] Société de Mécanographie pour l'Application des Lois Sociales - Maatschappij voor Mecanografie.

- Overeenkomstencommissie voor de psychiatrische ziekenhuizen;
- Tevens worden de gegevens van de documenten PH gebruikt om de validiteit van de documenten SHA na te gaan.

14.3.4 Applications

Door koppeling met externe bestanden kunnen specifieke domeinen zoals de anti-microbiële middelen of de oncologie-produkten bestudeerd worden. Voor de voorstelling van de resultaten zijn de farmaceutische producten gegroepeerd, enerzijds per vergoedingscategorie en anderzijds per ATC-code (Anatomical Therapeutic Chemical opgesteld door het "WHO-Collaborating Centre for Drugstatistics Methodology" te Oslo. Om het verbruik van de verschillende landen met elkaar te kunnen vergelijken dient dit op dezelfde manier gemeten te worden. Daarom werden internationale af spraken gemaakt betreffende het aantal giften (pillen) per dag (DDD = daily defined dose) en de classificatie van antibiotica in groepen.

14.3.4.1 Controle van de documenten SHA

De gegevens van de documenten PH worden door de dienst gezuiverd om de validiteit van de gegevens van de documenten SHA na te gaan; de gegevens uit de documenten PH die ook opgenomen worden in de documenten SHA, worden geselecteerd en gecontroleerd op hun (bestaand product, bestaand ziekenhuis, gehospitaliseerde categorie, …). Per product en categorie worden de cijfers van de documenten PH en SHA met elkaar vergeleken, zo wordt niet alleen de volledigheid maar ook de juistheid van de gegevens uit de documenten SHA nagegaan. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de volledigheid van de gegevens uit de documenten PH voorafgaand gecontroleerd werd door confrontatie met de gegevens uit de statistische documenten N.

14.3.4.2 Antibiotica

De gegevens betreffende de antibiotica worden zo snel mogelijk (na ontvangst van de precontroles) opgevraagd en gevalideerd op basis van waarschijnlijk-heidstesten (DDA[8] per verpleegdag, trimesteriële evoluties, …). Indien nodig worden ze gecorrigeerd. De belangrijkste doeleinden waarvoor of instanties waaraan de dienst informatie levert, zijn de volgende :

14.3.4.3 Campagne naar de ziekenhuizen toe betreffende het antibioticaverbruik

De ziekenhuizen worden in de campagne ingelicht over hun ZIV-uigaven en hun verbruik in DDA en dit voor een dertigtal antibioticaklassen. De cijfers per verpleegdag worden eveneens meegedeeld. In een grafiek worden deze cijfers geconfronteerd met de overeenkomstige waarden voor een groep van analoge ziekenhuizen. Zo krijgt het ziekenhuis een overzicht van zijn verbruik, zijn kost aan het RIZIV en kan het zich situeren ten opzichte van analoge ziekenhuizen. Ter informatie worden ook nog de evoluties (voor 6 opeenvolgende jaren) van de rijksuitgaven grafisch voorgesteld voor de belangrijkste antibioticaklassen.

8 Daily Dosis of Administration

14.3.4.4 Internationale conferenties

De dienst heeft al cijfers over het antibioticagebruik in België geleverd voor de conferenties van Kopenhagen in 1998 en van Antwerpen in 2000, het ESAC-project, eind 2002. Het ESAC-project probeert internationaal het antibiotica-gebruik in kaart te brengen. Aan alle deelnemende landen wordt gevraagd cijfers te leveren over het verbruik van antibiotica volgens hun werkingsgebied en dit voor verschillende jaren. Voor België wordt er beroep gedaan op cijfers gebaseerd op de terugbetalingen door het RIZIV.

3.4.1.1 Commissie voor de Coördinatie van het antibioticabeleid

Voor deze commissie berekent de dienst het verbruik in DDD[9] voor alle systemisch toegediende antimicrobiële geneesmiddelen (groep J01 van de ATC[10] klassering), per provincie en dit over meerdere jaren.

3.4.2 Werkgroep Oncologie

De profielencommissie ziekenhuizen had na analyse van de forfaits uit de documenten FH vastgesteld dat er een groot aantal forfaits gefactureerd werden voor de pseudocode 761353-761390 (medisch-therapeutische reden noodzakelijke intravasculaire infusie of een intracavitaire of intravesciale instillatie, van een medicatie van de klasse A en waarvoor een geneeskundig en verpleegkundig toezicht nodig is) en de pseudocode 761331 (verstrekking, waarvoor een algemene anesthesie, uitgevoerd door een geneesheer specialist in de anesthesiologie, nodig is). Voor het eerste werd een werkgroep 'Oncologie' opgericht waarvoor de dienst de gegevens leverde betreffende de 'oncologische' producten.

3.4.3 Persoonlijk aandeel per verpleegdag in de psychiatrische ziekenhuizen

In de overeenkomstencommissie 'psychiatrische ziekenhuizen – verzekerings-instellingen' wordt het bedrag per verpleegdag, dat door de patiënt ten laste moet worden genomen als persoonlijk aandeel voor de farmaceutische verstrekkingen, vastgelegd. Hiervoor bestudeert zij het geheel van de niet-terugbetaalde bedragen voor de farmaceutische verstrekkingen afgeleverd aan patiënten opgenomen in de psychiatrische ziekenhuizen. Er wordt in de eerste plaats nagegaan of het persoonlijk aandeel per verpleegdag zoals voorzien in de overeenkomst de totale niet-terugbetaalde kosten dekt. De belangrijkste groep, de produkten terugbetaald volgens categorie D, wordt tot op het ATC-2 niveau bekeken om de belangrijkste evoluties na te gaan. De gegevens worden tevens per dienst en per ziekenhuisgroep (grootte in verpleegdagen) onderzocht.

---

9 Defined Daily Dosis

10 internationale Anatomisch-Therapeutisch-Chemische classificatie – zie verder.

3.4.4 Forfaitarisering van de geneesmiddelen voor gehospitaliseerden

Om tot een rationeel gebruik van geneesmiddelen te komen, werd, in navolging van de forfaitaire financiering van profylactische antibiotica, beslist om bepaalde geneesmiddelen in de chirurgische diensten van de ziekenhuizen, eveneens te forfaitariseren. De dienst berekent de te liquideren enveloppes per ziekenhuis evenals het eventuele verlies of winst per ziekenhuis.

14.3.5 New evolutions

None

14.4 CONTENTS

14.4.1 Information – Description documents on the contents

De layout van de Doc H is gebaseerd op de omzendbrieven, rubrieken 67/44, van het RIZIV aan de VI's m.b.t. de boekhoudkundige en statistische instructies.

14.4.2 Exhaustivity

- De farmaceutische producten die zijn afgeleverd tijdens opname en op het Belgisch grondgebied in het raam van de internationale verdragen zowel van de algemene regeling als van de regeling voor de zelfstandigen, zijn niet opgenomen in die statistische gegevens.
- De farmaceutische producten die zijn afgeleverd in het raam van opnameen in het militair ziekenhuis, zijn niet opgenomen in die statistische gegevens.

14.4.3 Variables

14.4.3.1 Variables listing & formats

Zone	Description	Type	Length	Codification
1	Recordtype registratie	N	1	"1"
2	Identificatie VI	N	1	Codification
3	Jaar en semester van boeking	N	5	YYYYS
4	Numerieke identificatie van de verpleeginrichting	N	8	Codification
5	Numerieke identificatie van de dienst van verblijf of pseudocode dienst	N	2	Codification
6	Jaar en trimester van aflevering	N	5	YYYYT
7	Vergoedingscategorie of pseudonomenclatuurcode radio-isotopes of pseudocode profyactische antibiotica bij chirurgie	N	6	Codification
8	CNK code farmaceutisch produkt	N	7	Codification

9	Code relatieve prestatie	N	6	Codification
10	Nettobedrag vergoed door RIZIV	N	14	+/-sign, last 2 pos = dec
11	Aantal eenheden / forfaits	N	9	+/sign
12	Persoonlijke tegemoetkomingen van de rechthebbende	N	14	+/-sign, last 2 pos = dec
13	Munteenheid	N	1	1 = BEF, 2 = EURO

14.4.3.2 Variables –specifications & codification

DOCUMENT PH ZONE 2 - Code verzekeringsinstelling

Zie zone 1 Doc P.

DOCUMENT PH ZONE 3 - Jaar en semester van boeking

Zie zone 2 Doc P.

DOCUMENT PH ZONE 4 - Numerieke identificatie van de verpleeginrichting

Zie zone 14 Doc P.

DOCUMENT PH ZONE 5 - Numerieke identificatie van de dienst

Het gaat om de dienstcode of de pseudodienstcode van de ziekenhuisdienst waar de farmaceutische producten zijn afgeleverd – Zie Document P – zone 15.

DOCUMENT PH ZONE 6 - Jaar en kwartaal van aflevering

Het is het jaar en het kwartaal waarin de farmaceutische producten zijn afgeleverd : YYYYK waar de eerste vier cijfers het jaar en het vijfde cijfer het kwartaal weergeeft.

Bijzonder geval : voor de farmaceutische producten die na de verjaringstermijn worden vergoed, wegens een wettelijke onderbreking van die termijn, dient de code kwartaal = 5 te worden gebruikt (cf. art. 174 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994).

DOCUMENT PH ZONE 7 - Vergoedingscategorie of pseudonomenclatuurcode

Deze code geeft :

- of de terugbetalingscategorie van het betrokken farmaceutisch product;
- of de pseudonomenclatuurcode aangewend bij toediening van antibiotica tijdens een heelkundig verblijf;
- of de pseudonomenclatuurcode van de radio-isotopen, bloed, bloedplasma, moedermelk, mucoviscidose, dieetvoeding, vergoedbare diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen

Als een geneesmiddel in verscheidene vergoedingscategorieën kan voorkomen moet de terugbetalingscategorie, die voor de tarifering in aanmerking is genomen, in die zone worden vermeld.

CODIFICATIE VAN DE VERGOEDINGSCATEGORIEEN		
BESCHRIJVING	PSEUDOCODE	
	NIET GEHOSPITALISEERD	GEHOSPITALISEERD
1. specialiteiten afgeleverd aan rechthebbenden in een ziekenhuis opgenomen :		
categorie A	-	750724
categorie Ag	-	750842
categorie Ar	-	753723
categorie B	-	750746
categorie Bg	-	750864
categorie Br	-	753745
categorie C	-	750761
categorie Cg	-	750886
categorie Cr	-	753760
categorie Cs	-	750783
categorie Csg	-	750901
categorie Csr	-	753782
categorie Cx	-	750805
categorie Cxg	-	750923
categorie Cxr	-	753804
categorie voor alle niet-vergoedbare geneesmiddelen (cat. D)	-	753804
2. specialiteiten, afgeleverd aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden:		
Honoraria en forfaits zuurstof in de ziekenhuisofficina's	755952	-
Categorie A, gasvormige zuurstof	751030	-
Categorie A, vloeibare zuurstof	751052	-
categorie A	750912	-
categorie Ag	750853	-
categorie Ar	753911	-
categorie B	750934	-
categorie Bg	750890	-
categorie Br	753933	-
categorie C	750956	-
categorie Cg	750875	-
categorie Cr	750875	-
CODIFICATIE VAN DE PSEUDOCODES VOOR DE ANTIBIOTICA IN DE HEELKUNDE		

Antibiotica afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden, die tijdens hun verblijf een heelkundige ingreep			
a) toegediend tijdens peri-operatieve periode (dag vóór, dag van en dag na ingreep) :			
de vergoeding is forfaitair (regel) :			
profylaxis-forfait :	Z	-	751004
	A1	-	751026
	A2	-	751041
	A3	-	751063
	A4	-	751085
	A6	-	751100
	A7	-	751122
	B1	-	751225
	B3	-	751144
	B4	-	751166
	C3 (tot 31/12/1998)	-	751181
	D1	-	751203
non-profylaxie :	categorie B (25%)	-	751542
	categorie Bg (25%)	-	751564
	categorie Br (25%)	-	751586
de vergoeding is niet-forfaitair (uitzondering)			
toegediende produkten :	categorie B	-	751645
	categorie Bg	-	751660
	categorie Br	-	751682
b) toegediend buiten peri-operatieve periode			
toegediende produkten :	categorie B	-	751741
	categorie Bg	-	751763
	categorie Br	-	751785
CODIFICATIE VAN BLOED, BLOEDPLASMA, MOEDERMELK EN RADIO-ISOTOPEN			
I. Bloed en bloedplasma : vol bloed en labiele bloedprodukten :			
Menselijk vol bloed : per eenheid		752113	752124
Erytrocytenconcentraat			
a) eenheid "volwassene" : per eenheid		752135	752146
b) eenheid “zuigeling” : per eenheid		752150	752161
CMV negatief erytrocytenconcentraat : per eenheid		752216	752220
Leucocytenconcentraat : per eenheid		752393	752404
Vers ingevroren menselijk plasma bestemd om te worden gebruikt voor geprogrameeerde autologe transfusies : per eenheid		752415	752426
Vers ingevroren menselijk plasma virus geïnactiveerd per eenheid		752430	752441

Gedeleucocyteerd erytrocytenconcentraat		
a) Eenheid "volwassene" : per eenheid (filter inbegrepen)	752452	752463
b) Eenheid "zuigeling" : per eenheid (filter inbegrepen)	752474	752485
Gedeleucocyteerd bloedplaatjesconcentraat per geheel veelvoud van de eenheid die minstens $0,5x10^{11}$ bloedplaatjes bevat en waarvan het aantal leucocyten niet hoger ligt dan $1x10^{6}$ in het eindproduct, filter inbegrepen	752496	752500
Gedeleucocyteerd één donor bloedplaatjesconcentraat dat minstens $4x10^{11}$ bloedvaatjes bevat voor ucocytering en maximum $1x10^{6}$ leucocyten na deleucocytering, filter inbegrepen	752511	752522
Erytrocytenconcentraat autoloog : per toegediende eenheid	752533	752544
II. Moedermelk (in milliliter)	695052	695063
III. Radio-isotopen		
A : therapeutisch aangewende geneeskundige radio-actieve isotopen :		
1) Ingekapselde bronnen :		
Fosfor 32 (P^{32})	698014	698025
Goud 198, korrels (Au^{198})	698036	698040
Iridium 192, korrels (Ir^{192})	698051	698062
Tantalium 182, korrels (Ta^{182})	698073	698084
Yttrium 90, korrels, bolletjes en naalden (Y^{90})	698095	698106
Tantalium ^{182}, Iridium ^{192} en Goud 198-draad	698110	698121
2) Radio-elementen en gemerkte moleculen :		
Oplossing van Na-Iodide I^{125}	698132	698143
Oplossing van Na-Iodide I^{131}	698154	698165
Capsules Na-Iodide I^{131}	698176	698180
Oplossing van colloïdaal goud Au^{198}	698191	698202
Oplossing van colloïdaal goud Au^{198} kleine deeltjes	698213	698224
Oplossing van fosforzuur P^{32}	698235	698246
Oplossing van Na-fosfaat P^{32}	698250	698261
suspensie van chroomfosfaat P^{32}	698272	698283
Colloïdaal complex van chroomfosfaat P^{32} kleine micellen	698294	698305
Colloïdaal complex van chroomfosfaat P^{32} grote micellen	698316	698320
Colloïdaal complex P^{32} + Cr^{51}	698331	698342
Met I^{131} gemerkte Lipiodol F.	698353	698364
Met I^{131} gemerkte Lipiodol U.F.	698375	698386
Yttrium 90 insuspensie	698390	698401

Zirconiumfosfaat P ^{32} insuspensie	698412	698423
serum Albumine I ^{131}	698434	698445
strontium ^{85} of $^{85+89}$, in oplossing of poeder	698456	698460
B : Radio-isotopen toegediend om een diagnose te stellen :		
NaI ^{131} en NaI ^{125}	699016	699020
Anorganische moleculen klaar voor gebruik	699031	699042
Als zodanig aangewende kortlevende organische-of anorganische generatoreluaten	699053	699064
Gefigureerde bloedelementen of plasmaproteïnen van de patiënt	699075	699086
Gebruiksklare organische moleculen	699090	699101
Organische-of anorganische moleculen gemerkt met kortlevende isotopen geproduceerd door generator	699112	699123
I ^{123} aangewend in gevallen waar een exploratie van deschildklier in een vorige vacatie onvoldoende inlichtingen bezorgde zodat een aanvullend onderzoek met I ^{123} aangewezen is	699134	699145
I ^{123} aangewend voor de exploratie naar galwegen-atresie in de pediatrie	699156	699160
I ^{123} aangewend voor de *exploratie van de transplantnier*	699171	699182
In ^{111}, Ga ^{67} en Tl ^{201}	699193	699204
I ^{123} aangewend voor de exploratie bij patiënten met een klinisch onzeker parkinsonsyndroom	699230	699241
C : Radio-isotopen met laag atoomgewicht	699215	699226
D : Andere radio-isotopen		
Samarium ^{153} in oplossing	698471	698482
Iodium ^{125}	698515	698526
Palladium ^{103}	698493	698504
CODIFICATIE VAN MUCOVISCIDOSIS, DIEETVOEDING EN DIAGNOSTISCHE MIDDELEN		
I. Mucoviscidosis :		
Voorgevulde infusiehulpmiddelen afgeleverd aan ambulanten in ziekenhuisofficina's	755193	-
Lege infusiehulpmiddelen afgeleverd aan ambulanten in ziekenhuisofficina's	755215	-
Verhuur infusiepompen aan ambulanten in ziekenhuisofficina's	755230	-
Voorgevulde reservoirs voor infusiepompen afgeleverd aan ambulanten in ziekenhuisofficina's	755252	
Lege reservoirs voor infusiepompen afgeleverd aan ambulanten in ziekenhuisofficina's	755274	
Forfait voor de medische hulpmiddelen waarmee de rechthebbende het infusiehulpmiddel of de reservoir voor de infusiepomp zelf thuis vult – ambulanten in	755296	

ziekenhuisofficina's		
Forfait voor de medische hulpmiddelen voor toediening en verzorging – ambulanten in ziekenhuisofficina's	755311	
Vullingshonoraria ambulanten in ziekenhuisofficina's	755333	
Honoraria en forfaits mucoviscidose in de ziekenhuisofficina's	755392	
IIa. Dieetvoeding voor medisch verbruik afkomstig van de ziekenhuisofficina en afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden :		
Categorie A		755521
Categorie B		755543
Categorie C		755565
Categorie Cs		755580
Categorie Cx		755602
IIb Dieetvoeding voor medisch verbruik afkomstig van de ziekenhuisofficina en afgeleverd aan niet gehospitaliseerde rechthebbenden :		
Categorie A	755613	
Categorie B	755634	
Categorie C	755650	
Categorie Cs	755672	
Categorie Cx	755694	
IIIa. Diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen afkomstig van de ziekenhuisofficina's en afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden :		
categorie A		755720
categorie B		755742
categorie C		755764
categorie Cs		755786
categorie Cx		755801
IIIb. Diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen afkomstig van de ziekenhuisofficina's en afgeleverd aan niet gehospitaliseerde rechthebbenden :		
categorie A	755812	
categorie B	755834	
categorie C	755856	
categorie Cs	755871	
categorie Cx	755893	

DOCUMENT PH ZONE 8 - Codenummer van het farmaceutisch product

Deze zone omvat de CNK code van het farmaceutisch product. Deze zone moet steeds worden ingevuld, behalve indien het gaat om magistrale bereidingen afgeleverd aan ambulante patiënten, voor profylaxisforfaits, bloed, bloedplasma, moedermelk, radioisotopen en voor materialen en verzorgingsproducten voor mucoviscidose. In dit geval dient de zone op nul te worden gezet.

A. Vergoedbare geneesmiddelen van de categorieen A, B, C, Cs, Cx.

Ø7X.XXX.X (het laatste cijfer is de check-digit).

Zie bijlage I bij het K.B. van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten.

Dezelfde codenummers worden gebruikt voor de geneesmiddelen, afgeleverd aan in een ziekenhuis opgenomen patiënten (eenheden die voorafgegaan worden door een dubbele asterisk (**)) en voor de geneesmiddelen, afgeleverd aan patiënten voor wie een forfait voor gedeeltelijke opneming mag worden aangerekend of aan ambulante patiënten (eenheden, voorafgegaan door één asterisk (*)).

B. Niet-vergoedbare geneesmiddelen van categorie D.

XXX.XXX.X (het laatste cijfer is de check-digit).

Zie codering van de A.P.B.

Alle niet-vergoedbare geneesmiddelen waarvoor geen codenummer bestaat in de publikatie van de A.P.B., worden vermeld onder het product pseudocode 779.999.2

C. Niet vergoedbare ingevoerde buitenlandse geneesmiddelen.

De niet vergoedbare ingevoerde buitenlandse geneesmiddelen, voor zover ze niet vermeld zijn in hoofdstuk IV bis van de bijlage I bij het K.B. van 2 september 1980 en voor zover ze niet vermeld zijn in de codering van de A.P.B., zijn vermeld onder het product pseudocode 779.998.4.

D. In geval van magistrale bereidingen, profylaxis-forfait, bloed, bloedplasma, moedermelk, radio-isotopen of mucoviscidose: indien in zone 7 een pseudocode met betrekking tot één deze groepen wordt vermeld, dan dient in deze zone de waarde nul ingevuld te worden.

DOCUMENT PH ZONE 9 - Nummer van de betrekkelijke verstrekking

Indien in zone 7 een code "profylaxisforfait" wordt vermeld, dan dient hier de nomenclatuurcode van de heelkundige verstrekking vermeld te worden die aanleiding geeft tot het aanrekenen van voornoemd forfait. De betreffende nomenclatuurcodenummers zijn vermeld in bijlage van het K.B. van 21 februari 1997 gewijzigd door het K.B. van 18 november 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Indien meerdere verstrekkingen op één dag werden verricht dan kan slechts één profylaxisforfait gefactureerd worden.

DOCUMENT PH ZONE 10 - Nettobedrag vergoed door het R.I.Z.I.V.

Dat bedrag is nul voor de farmaceutische producten van categorie D of voor de niet vergoedbare magistrale bereidingen, alsook voor de niet vergoede farmaceutische producten van hoofdstuk IV. De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal. Het decimaal teken wordt NIET vermeld.

DOCUMENT PH ZONE 11 - Aantal eenheden of aantal forfaits

Aantal eenheden van de in de zone 8 gecodeerde farmaceutische producten of van de in de zone 7 gecodeerde radioisotopen of van de in de zone 7 gecodeerde forfaits. Deze zone moet steeds worden ingevuld behalve in het geval van de magistrale bereidingen.

DOCUMENT PH ZONE 12 - Persoonlijk aandeel van de rechthebbende

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal. Het decimaal teken wordt NIET vermeld.

A. IN EEN ZIEKENHUIS OPGENOMEN PATIENTEN.

A.1. Vergoedbare geneesmiddelen.

- Het gaat om een theoretisch bedrag dat niet wordt gefactureerd aan de patiënt. Dat bedrag is het verschil tussen de "vergoedingsbasis" (waarvan sprake in art. 95, §1 van het K.B. van 21 december 2002) en het in zone 10 opgegeven bedrag dat door de verzekering vergoed wordt. Het gaat dus niet om het forfait van 0,62 EUR per verpleegdag waarin is voorzien in artikel 2, b), van het voornoemd K.B. van 07/05/1991.

Opmerking: het verschil tussen de verkoopsprijs aan publiek en de vergoedingsbasis (in geval van de referentieterugbetaling) valt niet ten laste van de rechthebbende.

- Voor de antibiotica perioperatief toegediend aan gehospitaliseerde patiënten, bedraagt het theoretisch persoonlijk aandeel 0,37 EUR. per verpakking voor de toegediende producten van de vergoedingscategorie B (zie art. 15 § 1 van het K.B. van 2 september 1980).

A.2. Niet vergoedbare geneesmiddelen.

- In het geval van een AZ (710.XXX.XX) gaat het om een reëel aandeel; dat bedrag komt volledig ten laste van de patiënt.
- In het geval van een psychiatrisch ziekenhuis (720.XXX.XX) gaat het om een theoretisch aandeel, omdat de niet vergoedbare geneesmiddelen volledig gedekt zijn door het forfait van 0,70 EUR (vanaf 1 april 1999) per verpleegdag.
- In beide gevallen gaat het om de totale prijs.

B. NIET IN EEN ZIEKENHUIS OPGENOMEN PATIENTEN.

Of het nu is voor patiënten in het kader van het dagziekenhuis (chirurgisch of volgens artikel 4 van de Overeenkomst met de verpleeginrichtingen) dan wel voor ambulante patiënten, het gaat om een reëel aandeel.

1. Vergoedbare geneesmiddelen : zie art. 2, a), en 2bis van het voornoemd K.B. van 7/5/1991.

2. Niet vergoedbare geneesmiddelen : het gaat om de totale prijs.

3. Vergoedbare magistrale bereidingen : zie art. 3 en 3bis van het voornoemd K.B. van 7/5/1991.

4. Niet vergoedbare magistrale bereidingen : het gaat om de totale prijs.

1.2 User experience (problems) :

None reported.

14.5 TIME CHARACTERISTICS

14.5.1 Periodicity of updates

Semestrial data transmissions by SFF, within four months following the end of the concerned semester.

14.5.2 Longitudinality

De documenten H laten toe, voor elk ziekenhuis het aantal opnames en het aantal verpleegdagen, die werden terugbetaald in het kader van de ZIVwetgeving, ter beschikking te stellen. Longitudale studies (uitgavenevoluties) zijn hierbij enkel mogelijk op het niveau van de ziekenhuizen.

14.5.3 Period covered by the data

Doc H: gestart sinds 1994 en tot op heden.

14.6 DATA PROCESS

14.6.1 Information – description documents on the dataprocess

Er bestaat geen globaal geïntegreerde documentatie over de datastream.

14.6.2 Datasources (organisations/databases)

National Sickness Fund Federations.

14.6.3 Data process plan

Semestrieel komen per VI de bestanden op electronische drager toe in de Sectie profielen van de DGV van het RIZIV.

De gegevens worden gecopieerd, gelezen en opgeladen als db2-tabellen op de mainframe door het ICT. Daarop wordt er onmiddellijk exploitatie gedaan.

14.6.4 Data quality plan

- KB 1996-07-03 (Art. 349): bij het op stellen van de in de artikelen 347, 348, (350, 351 en 351bis) voorziene statistische tabellen wordt door de verzekeringsinstellingen een validiteitscontrole uitgevoerd op de in te brengen gegevens. De lijst van de te controleren elementen wordt opgesteld door het Verzekeringscomité. De uitgaven die het gevolg zijn van verwerpingen ingevolge de validiteitscontrole, komen niet in aanmerking voor boeking op de in artikel 337 bedoelde uitgavenbescheiden
- In het raam van de validatie, worden deze statistische gegevens, vergeleken met de boekhoudkundige gegevens van de doc C.

14.6.5 Data access procedure

- These databases are essentially meant for internal utilization (accountancy & actuary) in the context of RIZIV's legal framework. However, for scientific studies they can be very useful for (pre)assessment and control purposes.
- Legal aspects : if data are to be used by non governmental institutions, the identification numbers of health care institutions (places of care and/orstay) require foregoing (reversible) recoding under the responsability of a appointed medical supervisor.

15 DOCUMENTEN FH

15.1 DESCRIPTION

Niet-cumulatieve semestriële statistische tabellen per verpleeginrichting betreffende de forfaitaire verpleegdagen vergoed krachtens een overeenkomst met de verpleeginrichtingen. Daarin wordt ook de basisverstrekking vermeld die aanleiding heeft gegeven tot de voornoemde forfaits.

15.1.1 Typology of the database [11]

Gegevenscollector		RIZIV
Naam van het register		Doc. FH
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption
	Subdomein(en)	Expenditure
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Uitgaven verplichte ziekteverzekering
	Hoofddiscriminant(en)	Ziekenhuizen Forfaitcodes
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	alle verplicht verzekerden
	Zorglijn(en)	intramuraal transmuraal dagv extramuraal
Tijdsaspecten	**Start**	1994
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu semesterieel
	Stop	-

15.2 MANAGING ORGANISTION

Zie onder 1.1.1 Documenten C.

15.2.1 Responsible persons:

- Name: Georges Vereecke
  - Functie: geneesheer-inspecteur-generaal DGV
  - Telefoon: 02 739.73.50
  - E-mail: georges.vereecke@riziv.fgov.be
- Doc FH contact: Patrick Bruynseels, sectie Profielen
  - Functie: actuariaatsinspecteur

[11] zie aparte lijst met afkortingen.

- Telefoon: 02 739.78.66
- E-mail: patrick.bruynseels@inami.fgov.be

15.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

15.3.1 Reasons for data

- K.B. 03/07/1996 – art. 350 § 2 : zie onder 1.1.1 RIZIV Documenten C .

15.3.2 Purpose of database

De documenten FH bevatten, voor elk individueel ziekenhuis de forfaitaire verpleegdagen die vergoed werden krachtens een overeenkomst met deze verpleeginrichtingen. Voor elk boekjaar is het mogelijk om per individueel ziekenhuis de uitgaven en de frequentie te leveren voor de volgende parameters :

- overzicht per type forfait, mini, maxi, super, A, B, C en D met onderscheid van de pseudocodes;

2. overzicht van de 21 meest frequente uitgevoerde prestaties in daghospitalisatie (Cf. campagnes);
3. per type forfait een gedetailleerd overzicht van de prestaties die aanleiding gegeven hebben tot het forfait.

De aantallen en de uitgaven voor de verschillende forfaits en de meest frequent uitgevoerde prestaties in daghospitalisatie voor twee opeenvolgende boekjaren worden in tabel gezet alsmede hun evolutie.

15.3.3 Users of data (organisations)

- RIZIV, Sectie Profielen van de DGV;
- Overeenkomstencommissie voor de VI's-algemene ziekenhuizen;
- Overeenkomstencommissie voor de VI's-psychiatrische inrichtingen;
- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid;
- Profielencommissie ziekenhuizen;
- Werkgroep daghospitalisatie;
- Centrum voor Gezondheidseconomie;
- Ziekenhuizen;
- Werkgroep 'Eenvormige toepassing van de wetgeving in gans het land'.

15.3.4 Applications

De documenten FH bevatten vooreerst informatie over de prestaties die aanleiding gegeven hebben tot het factureren van een mini, maxi, super, A, B, C of D forfait in daghospitalisatie. De documenten FH vooral gebruikt bij studies in verband met daghospitalisatie.

De documenten FH bevatten echter ook nog informatie over het gebruik van de gipskamer en de forfaits voor nierdialyse in de algemene ziekenhuizen enerzijds en de forfaits voor nakuur (revalidatie) en de forfaitaire verpleegdagen in psychiatrische instellingen, anderzijds.

De voorwaarden voor de terugbetaling van deze forfaitaire verpleegdagen worden vastgelegd in een overeenkomst tussen de psychiatrische instellingen en de verzekeringsinstellingen enerzijds alsook tussen de algemene ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen, anderzijds.

15.3.4.1 Federale Overheidsdienst Volksgezondheid

Bij de FOD van Volksgezondheid worden de ziekenhuizen financieel beloond of bestraft naar gelang het gebruik van hun bedden. De gemiddelde ligduur per pathologie en het gebruik van de daghospitalisatie zijn de bepalende factoren voor de financiële beloning of bestraffing (PAL-NAL systeem).

Een deel van de beloning of bestraffing wordt bepaald op basis van prestaties uitgevoerd in daghospitalisatie. De FOD haalt deze gegevens voor elk ziekenhuis uit de registraties van de Minimale Klinische Gegevens. Wanneer het ziekenhuis deze cijfers betwist vraagt de FOD de RIZIV-cijfers op. De dienst gaat dan na, via haar documenten FH, welke prestaties effectief gefactureerd werden in daghospitalisatie.

15.3.4.2 Profielencommissie ziekenhuizen : campagnes betreffende daghospitalisatie

De profielencommissie ziekenhuizen heeft op basis van een algemene nota betreffende de gegevens FH, de daghospitalisatie verder onderzocht en op basis hiervan enkele acties te ondernomen. Zo heeft ze ondermeer een dossier overgemaakt om de code ‘transtympanaal draineren’ toe te voegen aan de nominatieve lijst en een dossier om de voorwaarden waarbij de code ‘algemene anesthesie’ mag gebruikt worden, beter te omschrijven. Naar aanleiding van hoge aantal forfaits tengevolge van het ‘parenteraal toedienen van een medicatie van categorie A’, werd er tevens een werkgroep ‘oncologie’ opgericht.

De belangrijkste actie was echter het voeren van een campagne in verband met daghospitalisatie: hierbij werd voor een twintigtal frequent uitgevoerde prestaties in daghospitalisatie naar de verhouding gekeken van het aantal keer dat de prestatie uitgevoerd werd in daghospitalisatie en het aantal keer in klassieke hospitalisatie. De ziekenhuizen kregen cijfermateriaal over hun eigen instelling en over de rijksgemiddelden.

15.3.4.3 Werkgroep daghospitalisatie

Er bestaat een (gelimiteerde) lijst van prestaties die, uitgevoerd in daghospitalisatie, recht geven op het aanrekenen van een mini, maxi, super, A, B, C of D forfait. Deze lijst bevindt zich in de zogenaamde ‘overeenkomst tussen verplegingsinrichtingen en verzekeringsinstellingen’. Op regelmatige tijdstippen wordt de lijst met prestaties, de bestaande vergoedingen of de bestaande voorwaarden voor vergoeding opnieuw bestudeerd in een speciaal

daartoe opgerichte werkgroep, nl. de werkgroep 'Daghospitalisatie'. Hiervoor vraagt deze werkgroep informatie aan de dienst Profielen.

De dienst levert aan de 'Werkgroep Daghospitalisatie' informatie over het gebruik van de mini, maxi, super, A, B, C en D-forfaits en berekent de impact van wijzigingen in de gelimiteerde lijst en/of aanpassing van de forfaitaire bedragen.

Het gebruik van de forfaits wordt in kaart gebracht door de aantallen voor de verschillende forfaits, pseudonomenclatuurcodes en de meest frequent uitgevoerde prestaties in daghospitalisatie, in overzichtelijke tabellen en grafieken voor te stellen. Hierbij wordt ondermeer rekening gehouden met de grootte van het ziekenhuis (op basis van de verpleegdagen) en het al of niet een erkenning hebben voor het factureren van A, B, C en D-forfaits.

15.3.4.4 Centrum voor Gezondheidseconomie

In het kader van een studie over de 'kosten en activiteitenparameters voor de ziekenhuisfinanciering' vroeg de Vrije Universiteit Brussel gegevens over de heelkundige daghospitalisatie. Zij vroeg het aantal dagverblijven per dagforfait voor het geheel van de prestaties en de heelkundige bloederige ingrepen uitgevoerd in daghospitalisatie en per nomenclatuurcode het aantal verstrekkingen uitgevoerd in daghospitalisatie, in klassieke hospitalisatie en ambulant buiten de daghospitalisatie. Dit vroeg zij vanaf de jaren 1990, per regio, per provincie en per groep van ziekenhuizen (grootte in aantal bedden, universitair of niet, privé of openbaar).

15.3.4.5 Individuele aanvragen

Regelmatig vragen ziekenhuizen hun profiel op in verband met daghospitalisatie. Meestal gebeurt dit in het kader van het PAL-NAL systeem[12]. Ze willen weten of het aantal prestaties dat de FOD Volksgezondheid in aanmerking genomen heeft voor de berekening van hun PAL of NAL overeenkomt met het overeenkomstig aantal gekend bij het RIZIV. De dienst heeft hiervoor een toepassing ontwikkeld die voor elk ziekenhuis en elk beschikbaar boekjaar de volgende gegevens afdrukt :

- overzicht per type forfait, mini, maxi, super, A, B, C en D met onderscheid van de pseudocodes;
- overzicht van de 21 meest frequente uitgevoerde prestaties in daghospitalisatie;
- per type forfait een gedetailleerd overzicht van de prestaties die aanleiding gegeven hebben tot het forfait.

15.3.4.6 Federale Overheidsdienst Volksgezondheid

Voor de liquidatie van de verschillende budgetten van de financiële middelen in twaalfden, heeft de FOD Volksgezondheid de verdeling van terugbetaalde

[12] Zie Koninklijk besluit d.d. 4 JUNI 2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

bedragen nodig per ziekenhuis en per verzekeringsinstelling. De verdeling van de budgetten 'brandwonden', 'Sp-palliatief', 'Sp-anderen', 'Acute ziekenhuizen' en 'Psychiatrische ziekenhuizen' wordt uit de documenten P gehaald; deze van de 'Chirurgische Daghospitalisatie' wordt uit de documenten FH gehaald (en toegevoegd aan het budget voor de acute ziekenhuizen).

15.3.4.7 Werkgroep 'Eenvormige toepassing van de wetgeving in gans het land'

In deze werkgroep worden er voor verschillende disciplines van de geneeskundige verzorging en per regio cijfers verzameld over de ZIV-uitgaven. Aanvankelijk werd er voor de documenten FH een overzicht gegeven van de terugbetalingen voor de verschillende forfaits opgenomen in deze documenten.

Sinds de 'Campagne Daghospitalisatie', gevoerd door de Profielencommissie ziekenhuizen, worden echter analoge cijfers voor de 21 meest frequent uitgevoerde prestaties in daghospitalisatie opgenomen. De aandacht gaat hierbij vooral uit naar een benchmarking van de verschillende regio's voor het uitvoeren (in %) van eenzelfde behandeling (bvb. curetage, circumcisie, amygdalectomie, arthroscopie, broncoscopie,…) in ééndaghospitalisatie of in meerdere dagen hospitalisatie, alsook de chronische evolutie hiervan.

15.4 CONTENTS

15.4.1 Information – Description documents on the contents

De layout van de Doc FH is gebaseerd op de omzendbrieven, rubrieken 67/46, van het RIZIV aan de VI's m.b.t. de boekhoudkundige en statistische instructies.

15.4.2 Exhaustivity

- Enkel vergoede verblijven
- Enkel nettobedrag van de vergoedingen.

15.4.3 Variables

15.4.3.1 Variables listing & formats

Zone	Description	Type	Lengte	Format
1	Recordtype	N	1	"1"
2	Verzekeringsinstelling	N	1	Codification
3	Jaar & semester van boekhouding	N	5	
4	*Plaats van verstrekking*	N	8	Codification
5	Jaar en maand waarin de verpleegdag is gerealiseerd	N	6	
6	*Pseudocode forfait of verpleegdag*	N	6	Codification
7	Pseudodienstcode	N	2	Codification
8	Code betrekkelijke verstrekking	N	6	Codification
9	Aantal forfaits	N	9	+/- sign
10	Bedrag verzekeringstegemoetkoming	N	14	+/- sign last 2 pos. = dec

11	Munteenheid	N	1	1 = BEF, 2 = EURO

15.4.3.2 Variables specifications & codification

DOCUMENT FH - ZONE 2 – Code van de verzekeringsinstelling

Zie zone 1 Doc P.

DOCUMENT FH - ZONE 3 - Jaar en semester van boeking

Deze code geeft het jaar en het semester weer waarin de uitgaven door de verzekeringsinstelling zijn geboekt. Zie zone 2 Doc P.

DOCUMENT FH - ZONE 4 - Plaats van verstrekking

Het gaat om het RIZIV-identificatienummer van de verpleeginrichting waar de prestatie, die aan de basis ligt van de forfaitaire verpleegdag of de opname in het chirurgisch dagziekenhuis, uitgevoerd werd. Zie zone 14 Doc P.

Ingeval van forfaitaire verpleegdagen in een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis van verblijf moet hier het identificatienummer van het ziekenhuis van prestatie worden vermeld.

DOCUMENT FH - ZONE 5 - Jaar en maand waarin de verpleegdag of opname is gerealiseerd

Het gaat om het jaar en de maand tijdens de welke de forfaitaire verpleegdag of de opname in het chirurgisch dagziekenhuis gerealiseerd werd : YYYYMM = jaar (YYYY) en maand (MM). Voor de regularisaties die buiten de verjaringstermijn (24 maanden) vallen dient men de waarde "13" te gebruiken voor de code maand (MM).

DOCUMENT FH - ZONE 6 - Forfaitcode

Aan de hand van deze code kan een onderscheid worden gemaakt wat betreft het aangerekende type verpleegdag.

Lijst van de pseudocodes van het bestand van de forfaitaire verpleegdagen (Bestand FH)

OMSCHRIJVING		PSEUDONOMENCLATUURCODE	
a)	algemene ziekenhuizen		
Gebruik van de gipskamer		761036	761040
Andere gevallen van vast bedrag voor verpleegdag			
	1) Voor de mini-verpleegdagen - Miniforfait	761213	-------
	2) Voor de maxi-verpleegdagen - Maxiforfait	761235	761246
	3) Voor de super-verpleegdagen - Superforfait	761250	761261[13]
Experiment dagziekenhuisfunctie			
	1) Forfait A	761132	761143( )
	2) Forfait B	761154	761165(1)
	3) Forfait C	761176	761180(2)

[13] geschrapt met ingang van 01/04/1998.

	4) Forfait D	761191	761202
b)	Opname in een dienst van een psychiatrische inrichting, hetzij dringend, hetzij voor de toediening van antidepressiva door perfusie (50 % van de verpleegdagprijs)	761073	-------
c)	Forfaitaire verpleegdag nierdialyse	761272	761283
d)	Nabehandeling revalidatie in het geval van rechthebbenden die ten minste 3 maanden in een psych. inricht. hebben verbleven		
	Individuele therapie	762156	--------
	Groepstherapie	762171	--------
e)	Pseudocodes 'chirurgisch dagziekenhuis'		
	bedrag per opname	768036	768040
	bedrag per dag	768051	768062

DOCUMENT FH - ZONE 7 – Pseudocode van de dienst

Het betreft de pseudocode van de dienst waar de patiënt verblijft op de datum vermeld in zone 5 of de pseudodienstcode ingeval van gebruik gipskamer, mini- of maxiforfait, nierdialyse in ziekenhuis (ambulante code), forfaitaire dagprijs psychiatrie, revalidatie (intern en extern) forfait A, forfait B, forfait C, forfait D of andere ambulante prestaties. Ingeval van forfaitaire verpleegdagen of chirurgisch dagziekenhuis voor elders verblijvenden (gehospitaliseerde code), moet de dienst van verblijf worden vermeld. Zie Document P – zone 15.

DOCUMENT FH - ZONE 8 - Betrekkelijke verstrekking

Wanneer ofwel een mini-, of een maxiforfait ofwel een forfait A, B, C of D wordt gecodeerd in zone 6 van deze record, moet in deze zone het nomenclatuurcodenummer (of pseudonomenclatuurcodenummer) worden vermeld van de prestatie of van de toestand die aanleiding heeft gegeven tot het aanrekenen van voornoemd forfait.

In geval een forfaitair bedrag voor de gipskamer wordt aangerekend, moet de betreffende verstrekking van art. 14 k) § 2 (van het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen) als betrekkelijke verstrekking worden vermeld.

In geval van chirurgisch dagziekenhuis moet de chirurgische ingreep worden vermeld die gekoppeld is aan deze facturatie in de record van het bedrag per opname (0768036-0768040) en mag worden vermeld in de record van het bedrag per dag (0768051-0768062)

De nomenclatuurcodenummers (dagziekenhuis) die hier in voorkomend geval moeten worden vermeld komen uit de nominatieve lijst van verstrekkingen die is opgenomen in de bijlage bij de Nationale overeenkomst tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen of uit bijlage 3, punt 6 van het KB van 25 april 2002.

Lijst van die eventueel in deze zone moeten worden ingebracht met betrekking tot het mini- of maxiforfait :

761095-761106	MAXI	bij de toediening van chemotherapeutische medicatie die beantwoordt aan de cumultatieve normen opgenomen in de nationale overeenkomst verzekeringsinstellingen-verpleeginrichtingen
761316	MINI	elke toestand waarin dringende verzorging, welke een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt, vereist is;
761434	MINI	elke toestand die een intraveneuze infusie vereist.
761331-761342	MAXI	een verstrekking waarvoor een algemene anesthesie vereist is die verricht wordt door een geneesheer- specialist in anesthesiologie.
		Opmerking : indien deze verstrekking voorkomt op de nominatieve lijst van de maxi-forfaits, dan mag deze pseudocode niet gebruikt worden. De verstrekking uit de nominatieve lijst dient dan in deze zone vermeld.
761353-761364	MAXI	bij de toediening van een chemotherapeutische medicatie van de vergoedingscategorie A, waarvoor een geneeskundig en verpleegkundig toezicht nodig is, ingeval van een om therapeutische reden noodzakelijk intravasculaire infusie of een intracavitaire of intravesicale instillatie.
761390-761401	MAXI	een intraveneuze infusie in het raam van een ambulante chemotherapeutische behandeling.
		Opmerking : het codenummer 761390-401 moet worden gebruikt in de plaats van het codenummer 761353-364 als het gaat om een chemotherapeutische behandeling voor zelfstandigen waarbij de geneesmiddelen mogen worden vergoed, bij toepassing van het K.B. van 04/12/1990. De geneesmiddelen die worden toegediend tijdens deze chemotherapeutische behandeling moeten gezamenlijk met de maxiforfait worden gefactureerd.

Opmerking : Het codenummer 761390-761401 moet worden gebruikt in de plaats van het codenummer 761353-761364 als het gaat om een chemotherapeutische behandeling voor zelfstandigen waarbij de geneesmiddelen mogen worden vergoed, bij toepassing van het K.B. van 04/12/1990. De geneesmiddelen die worden toegediend tijdens deze chemotherapeutische behandeling moeten gezamenlijk met de maxiforfait worden gefactureerd.

DOCUMENT FH - ZONE 9 - Aantal forfaits

Het gaat hier om het aantal forfaits, het aantal dagen of het aantal opnames afhankelijk van de pseudocode die vermeld wordt in zone 6.

DOCUMENT FH - ZONE 10 - Bedrag verzekeringstegemoetkoming

Het gaat om het door de Z.I.V. vergoede nettobedrag van de (forfaitaire) verpleegdag of de opname vermeld in zone 6. De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal. Het decimaal teken wordt NIET vermeld. Indien zone 11 = 1 (d.w.z. bedrag in BEF) dan zijn de laatste twee posities gelijk aan nul.

15.4.4 User experience (problems) :

None reported.

15.5 TIME CHARACTERISTICS

15.5.1 Periodicity of updates

Semestrial data transmissions by SFF, within four months following the end of the concerned semester.

15.5.2 Longitudinality

Longitudale studies (uitgavenevoluties) zijn hierbij enkel mogelijk op het niveau van de ziekenhuizen.

15.5.3 Period covered by the data

Doc FH: gestart sinds 1994 en tot op heden.

15.6 DATA PROCESS

15.6.1 Information – description documents on the dataprocess

Er bestaat geen globaal geïntegreerde documentatie over de datastream.

15.6.2 Datasources (organisations/databases)

National Sickness Fund Federations.

15.6.3 Data process plan

Semestrieel komen per VI de bestanden op electronische drager toe in de Sectie profielen van de DGV van het RIZIV.

De gegevens worden gecopieerd, gelezen en opgeladen als db2-tabellen op de mainframe door het ICT. Daarop wordt er onmiddellijk exploitatie gedaan.

1.3 Data quality plan

KB 1996-07-03 (Art. 349): bij het op stellen van de in de artikelen 347, 348, (350, 351 en 351bis) voorziene statistische tabellen wordt door de verzekeringsinstellingen een validiteitscontrole uitgevoerd op de in te brengen gegevens. De lijst van de te controleren elementen wordt opgesteld door het Verzekeringscomité. De uitgaven die het gevolg zijn van verwerpingen ingevolge de validiteitscontrole, komen niet in aanmerking voor boeking op de in artikel 337 bedoelde uitgavenbescheiden

In het raam van de validatie, worden deze statistische gegevens, vergeleken met de boekhoudkundige gegevens van de doc C.

1.4 Data access procedure

These databases are essentially meant for internal utilization (accountancy & actuary) in the context of RIZIV's legal framework. However, for scientific studies they can be very useful for (pre)assessment and control purposes.

Legal aspects : if data are to be used by non-governmental institutions, the identification numbers of health care institutions (places of care and/orstay) require foregoing (reversible) recoding under the responsability of a appointed medical supervisor.

16 DOCUMENTEN FM

16.1 DESCRIPTION

Niet-cumulatieve semestriële statistische tabellen betreffende de per dag, per maand, per aanvraag of per zitting betaalde forfaitaire vergoedingen, opgemaakt per revalidatiecentrum, per rust- en verzorgingstehuis, per rustoord voor bejaarden, per psychiatrisch verzorgingstehuis en per initiatief voor beschut wonen.

16.1.1 Typology of the database [14]

Gegevenscollector		RIZIV
Naam van het register		Doc. FM
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption
	Subdomein(en)	Expenditure
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Uitgaven verplichte ziekteverzekering
	Hoofddiscriminant(en)	Revalidatiecentra, ROB, RVT, PVT & IBW Forfaitaire vergoedingen
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	alle verplicht verzekerden
	Zorglijn(en)	intramuraal transmuraal RevC
Tijdsaspecten	**Start**	1994
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu semesterieel
	Stop	01-07-2002

16.2 MANAGING ORGANISTION

Zie onder 1.1.1 Documenten C.

16.2.1 Responsible persons:

- Name: Georges Vereecke
  - Functie: geneesheer-inspecteur-generaal DGV
  - Telefoon: 02 739.73.50
  - E-mail: georges.vereecke@riziv.fgov.be
- Doc FM contact: Patrick Bruynseels, sectie Profielen
  - Functie: actuariaatsinspecteur

[14] zie aparte lijst met afkortingen.

- Telefoon: 02 739.78.66
- E-mail: patrick.bruynseels@inami.fgov.be

16.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

16.3.1 Reasons for data

K.B. 03/07/1996 – art. 350 § 4 : zie onder 1.1.1 RIZIV Documenten C .

16.3.2 Purpose of database

De documenten FM laten toe, voor de revalidatiecentra, rust en verzorgingstehuizen, rustoorden voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen, de forfaitaire vergoedingen die per dag, per maand, per aanvraag of per zitting werden betaald, ter beschikking te stellen.

16.3.2.1 Intern bestand

Momenteel wordt er slechts op vraag van andere diensten informatie geproduceerd met betrekking tot de documenten FM.

16.3.2.2 Informaties

Informatie betreffende de forfaitaire vergoedingen die per dag, per maand, per aanvraag of per zitting worden betaald in revalidatiecentra, rust- en verzorgingstehuizen, rustoorden voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen. Per groep van forfaits en per type van instelling worden de totalen voor de aantallen en de uitgaven in tabel gezet alsmede hun evolutie over enkele boekjaren.

Vervolgens worden de uitgaven en de frequentie van het gebruik van de verschillende forfaits in tabel gebracht en dit per groep van forfaits. Ook de evolutie van de uitgaven per forfait kan hierin worden teruggevonden.

De cijfers van de profielen worden eveneens vergeleken met deze van de boekhoudkundige documenten N.

De forfaitaire vergoedingen in de revalidatiecentra vormen de grootste groep, die bovendien zeer gedifferentieerd is. Het gaat om zeer specifiek omschreven behandelingen. De voorwaarden voor deze forfaitaire vergoedingen worden dan ook meestal vastgelegd in overeenkomsten met het Instituut.

16.3.3 Users of data (organisations)

16.3.3.1 Sectie Profielen DGV – RIZIV;

16.3.3.2 Werkgroep revalidatie

Op het kabinet van sociale zaken werd er een werkgroep ‘revalidatie’ opgericht die momenteel onderzoekt hoe de discipline ‘fysische geneeskunde en revalidatie’ beter gestructureerd kan worden. Deze discipline vormt dikwijls het sluitstuk van zorgprogramma’s die in andere diensten opgestart worden; de nadruk ligt er op motorische revalidatie. Deze motorische revalidatie speelt zich

zowel af in de ziekenhuizen (ambulant en gehospitaliseerd), als in despecifiek hiervoor voorziene revalidatiecentra. Voor deze werkgroep leverde de dienst informatie betreffende de prestaties en verstrekkers van kinesitherapie, fysiotherapie en reumatologie (documenten P) alsook informatie over de forfaitaire vergoedingen in de locomotorische revalidatiecentra.

16.3.4 Applications (organisations)

Vergelijking verpleegdagen ROB

Bij de rustoorden voor bejaarden werd er een verschil van ongeveer 1 miljoen verpleegdagen vastgesteld tussen de gegevens afkomstig van vragenlijsten die de Dienst ontving van de betrokken instellingen en de globale boekhoudkundige gegevens van de documenten N. Omdat dit verschil meer in detail te onderzoeken werden de gegevens van de vragenlijsten vergeleken met de gegevens uit de documenten FM. Deze bevatten immers per instelling en per maand van prestatie de aantallen en de uitgaven voor de forfaitaire verpleegdagen betreffende de rustoorden voor bejaarden.

De instellingen met de grootste verschillen tussen de vragenlijsten en de documenten FM werden geselecteerd en zouden verder onderzocht worden.

Bij deze vergelijking kwam ook naar voor dat de VI's op verschillende manieren de betrokken uitgaven boekten.

16.4 CONTENTS

16.4.1 Information – Description documents on the contents

De layout van de Doc FM is gebaseerd op de omzendbrieven, rubrieken 67/46, van het RIZIV aan de VI's m.b.t. de boekhoudkundige en statistische instructies.

16.4.2 Exhaustivity

- Enkel vergoede verblijven
- Enkel nettobedrag van de vergoedingen.

16.4.3 Variables

16.4.3.1 Variables lis.ing & formats

Zone	Description	Type	Lengte	Format
1	Recordtype	N	1	"1"
2	Verzekeringsinstelling	N	1	Codification
3	Boekhoud semester	N	5	YYYYS (6 or 7)
4	Plaats van verstrekking	N	8	Codification
5	Jaar en maand waarin de verpleegdag is gerealiseerd	N	6	YYYYMM
6	De pseudocode van het forfait nomenclatuur	N	6	Codification
7	Pseudocode van de dienst	N	2	Codification
8	Code betrekkelijke verstrekking	N	6	Altijd "0"
9	Aantal forfaits	N	9	+/- sign

10	Bedrag verzekeringstegemoetkoming	N	14	+/- sign last 2 pos. = dec.
11	Munteenheid	N	1	1 = BEF, 2 = EURO

16.4.3.2 Variables specifications & codification

Zie punt 4.3.2. – Documenten FH. Voor zones 1-5; 8-11;

DOCUMENT FM - ZONE 4 – Identificatie van de instelling

De identificatie van het PVT of het IBW of het ROB of het RVT of de revalidatieinrichting :

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Type verpleeginrichting VOLGNUMMER Check-digit

A B C

A. TYPE VERPLEEGINRICHTING :

725	Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT - MSP)
726	Initiatieven beschut wonen (IBW – IHP)
Rustoorden voor bejaarden (ROB - MRPA)	
73x	erkende inrichtingen afhankelijk van de Communauté Française
74x	erkende inrichtingen afhankelijk van Brussel Hoofdstad of van de Duitstalige Gemeenschap
76x	erkende inrichtingen afhankelijk van de Vlaamse Gemeenschap
735	niet erkende inrichtingen afhankelijk van de Communauté Française
745	niet erkende inrichtingen afhankelijk van Brussel Hoofdstad of van de Duitstalige Gemeenschap
765	niet erkende inrichtingen afhankelijk van de Vlaamse Gemeenschap
Rust- en verzorgingstehuizen (RVT - MRS)	
750	afhankelijk van de Vlaamse Gemeenschap
751	afhankelijk van de Communauté Française
752	afhankelijk van Brussel-Hoofdstad
753	afhankelijk van de Duitstalige Gemeenschap
Centra voor dagverzorging (CDV – CSJ)	
755	afhankelijk van de Vlaamse Gemeenschap
756	afhankelijk van de Communauté Française
757	afhankelijk van Brussel-Hoofdstad
770	professionele reëducatie
771	motorische reëducatie
772	psycho-sociale reëducatie
773	alcoholici en toxicomanen
774	psychotici, vroegtijdige stoornissen ouder-kind interactie
775	mishandelde kinderen

776	epileptici, Mucoviscidose, Medico-psycho-sociale reëducatie
779	slechthorenden
781	zuurstoftherapie aan huis, chronische respiratoire aandoeningen
783	cardio-respiratoir toezicht bij zuigelingen met risico op 'sudden infant death'
784	'Cerebral palsi'& neurologische stoornissen kinderen/adolescenten
785	Chronische mechanische ademhalingsbijstand aan huis
786	Zelfregeling voor diabetici, perfusie insulinotherapie, zelfregulatie diabetes bij kinderen & adolescenten
789	Zeldzame, monogenetische erfelijke aandoeningen Mucoviscidose, neuromusculaire aandoeningen, refractaire epilepsi
Functionele reëducatie	
950	Algemene centra
953	ORL
965	Psychiatrie
968	Multidisciplinaire begeleiding palliatieve zorgen
969	Visueel gehandicapten

B. VOLGNUMMER (4e tot 6e cijfer van het identificatienummer)
van 001 tot 999

C. CHECK-DIGIT (7e en 8e cijfer van het identificatienummer)
Is gelijk aan het verschil tussen:

1) 97, en

2) het restgetal van de deling door 97 van het getal gevormd door de eerste zes cijfers van het identificatienummer.

DOCUMENT FM - ZONE 6 – Pseudonomenclatuurcode

Het gaat hier om pseudonomenclatuurnummers opgenomen in de N-groepen N87 & N88 (zie bespreking van de referentielijst RIZIV nomenclatuur).

DOCUMENT FM - ZONE 7 - Code pseudodienstcode

Waarden : 77 = Revalidatiecentrum; 99 = Andere ambulante patiënten.

16.4.4 User experience (problems) :

None reported.

16.5 TIME CHARACTERISTICS

16.5.1 Periodicity of updates

Semestrial data transmissions by SFF, within four months following the end of the concerned semester.

16.5.2 Longitudinality

Longitudale studies (uitgavenevoluties) zijn hierbij enkel mogelijk op het niveau van de verpleeginrichtingen.

16.5.3 Period covered by the data

Doc FM: gestart sinds 1994.

Opvraging gestaakt sinds 01/07/2002.

16.6 DATA PROCESS

16.6.1 Information – description documents on the dataprocess

Er bestaat geen globaal geïntegreerde documentatie over de datastream.

16.6.2 Datasources (organisations/databases)

National Sickness Fund Federations.

16.6.3 Data process plan

Semestrieel komen per VI de bestanden op electronische drager toe in de Sectie profielen van de DGV van het RIZIV.

De gegevens worden gecopieerd, gelezen en opgeladen als db2-tabellen op de mainframe door het ICT. Daarop wordt er onmiddellijk exploitatie gedaan.

16.6.4 Data quality plan

KB 1996-07-03 (Art. 349): bij het op stellen van de in de artikelen 347, 348, (350, 351 en 351bis) voorziene statistische tabellen wordt door de verzekeringsinstellingen een validiteitscontrole uitgevoerd op de in te brengen gegevens. De lijst van de te controleren elementen wordt opgesteld door het Verzekeringscomité. De uitgaven die het gevolg zijn van verwerpingen ingevolge de validiteitscontrole, komen niet in aanmerking voor boeking op de in artikel 337 bedoelde uitgavenbescheiden

In het raam van de validatie, worden deze statistische gegevens, vergeleken met de boekhoudkundige gegevens van de doc C.

16.6.5 Data access procedure

These databases are essentially meant for internal utilization (accountancy & actuary) in the context of RIZIV's legal framework. However, for scientific studies they can be very useful for (pre)assessment and control purposes.

Legal aspects : if data are to be used by non-governmental institutions, the identification numbers of health care institutions (places of care and/orstay) require foregoing (reversible) recoding under the responsability of a appointed medical supervisor.

17 STATISTIEKEN ROB-RVT-CDV

17.1 DESCRIPTION

Niet-cumulatieve trimesteriële statistische tabellen betreffende:

- het aantal gefactureerde ligdagen en
- het aantal gepresteerde personeelsuren of -dagen per personeelslid,

per rust- en verzorgingstehuis (RVT), per rustoord voor bejaarden (ROB) en per centrum voor dagverzorging (CDV).

17.1.1 Typology of the database [15]

Gegevenscollector		RIZIV
Naam van het register		ROB-RVT-CDV
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Production Health Care Consumption
	Subdomein(en)	Utilization Human resources
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Aantal vergoede verblijfsdagen Personeelspecificaties
	Hoofddiscriminant(en)	ROB, RVT, CDV verpleegdagen Personeel
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	alle verplicht verzekerden
	Zorglijn(en)	intramuraal transmuraal CDV
Tijdsaspecten	**Start**	2004
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu trimesterieel
	Stop	-

17.2 MANAGING ORGANISTION

- Name: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) - Beheerseenheid voor de betrekkingen met de verzorgingsinrichtingen.
- Address: Tervurenlaan 211, 1050 Brussel
- NUTS level: 1

[15] zie aparte lijst met afkortingen.

17.2.1 Responsible persons:

- Name: Georges Vereecke
  - Functie: geneesheer-inspecteur-generaal DGV
  - Telefoon: 02 739.73.50
  - E-mail: georges.vereecke@riziv.fgov.be
- Contact Statistieken ROB-RVT-CDV: Steven Sonck
  - Functie: verantwoordelijke gegevensinzameling en -validatie
  - Telefoon: 02 739.78.98
  - E-mail: steven.sonck@riziv.fgov.be

17.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

17.3.1 Reasons for data

6 november 2003 - Ministerieel besluit over de financiering ROB-RVT vanaf 1 januari 2004 (gecoördineerde tekst van 23 maart 2005) ;

9 juli 2003 - Koninklijk besluit over het quotum aan dagen in de financiering ROB-RVT vanaf 1 januari 2004 (gecoördineerde tekst van 8/7/2004) ;

4 april 2003 - Koninklijk besluit over de "Kappa"-controles in de ROB's en RVT's (gecoördineerde versie van 1 augustus 2004);

1 oktober 2002 - Koninklijk besluit betreffende de harmonisering van de barema's en de baremaverhoging in bepaalde gezondheidsinrichtingen (gecoördineerde versie van 5/11/2004);

23 september 2002 - Koninklijk besluit betreffende de maatregelen inzake vrijstelling van arbeidsprestaties en eindloopbaan (gecoördineerde tekst van 06/09/2005);

22 juni 2000 - Ministerieel besluit over de financiering CDV (gecoördineerde tekst van 1/7/2003) ;

14 juli 1994 – Gecoördineerde Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, Titel IX - Financiering, Hoofdstuk II – Administratieve bepalingen, art 206, §1, §3-§5.

17.3.2 Purpose of database

Berekening door de Dienst Verzorgingsinstellingen tegemoetkoming per instelling voor volgende domeinen:

- Instellingsforfait ROB-RVT en CDV
- Financiering maatregelen "eindeloopbaan"
- Financiering maatregelen loonharmonisering voor bovennormpersoneel (zgn. "derde luik").

17.3.3 Users of data (organisations)

Intern bestand: Dienst Verzorgingsinstellingen van het RIZIV

Extern: geen.

17.3.4 Applications (organisations)

Geen vooralsnog ('on demand').

17.4 CONTENTS

17.4.1 Information – Description documents on the contents

Zie Richtlijnen bij het invullen via internet van de gegevens eindeloopbaan en de rustoordfinanciering op http: //riziv.fgov.be/care/nl/residential-care/pdf/mode-emploi-nl.pdf.

17.4.2 Exhaustivity

- Enkel vergoede verblijven
- Enkel nettobedrag van de vergoedingen.

17.4.3 Variables

17.4.3.1 Content listing

1 gegevens met betrekking tot de inrichting:
a) het RSZ of RSZ-PPO-nummer;
b) het statuut;
c) de gemiddelde wekelijkse arbeidsduur voor voltijdse prestaties;
d) aantal gefactureerde dagen per afhankelijkheidscategorie voor de rechthebbenden per ziekenfonds;
e) aantal gefactureerde dagen per afhankelijkheidscategorie voor de patiënten die niet zijn opgenomen in punt d);
2 gegevens voor alle verpleegkundigen, personeel voor reactivering en verzorgenden, per persoon:
a) naam en voornaam;
b) inschrijvingsnummer in het rijksregister;
c) aantal gepresteerde en/of gelijkgestelde dagen;
d) aantal niet gelijkgesteld dagen;
e) aantal gepresteerde en/of geassimileerde uren;
f) aantal gepresteerde uren;
g) de beroepskwalificatie;
h) statuut : loontrekkende of statutair, interim, zelfstandige, loontrekkend of statutair verantwoordelijke, zelfstandig beheerder, en de informaties met betrekking tot de bepalingen van artikel 8, § 2, d)

i)	indien het gaat om een nieuw personeelslid of indien een einde werd gesteld aan de tewerkstelling, de begin- en/of einddatum;
j)	de baremieke anciënniteit;
3	de gegevens met betrekking tot de palliatieve functie.

17.4.3.2 Specifications & codification

De invoer van de opgevraagde gegevens gebeurt via een internet applicatie, met logon en individueel paswoord voor elke instelling.

17.5 TIME CHARACTERISTICS

17.5.1 Periodicity of updates

De opgevraagde gegevens worden door de ROB-RVT-CDV trimesterieel ingevoerd via een Internet applicatie met een door een wachtwoord beschermde login. Dit moet gebeuren binnen de 60 dagen volgende op het einde van het registratietrimester.

17.5.2 Longitudinality

Longitudale studies zijn enkel mogelijk op het niveau van de verpleeginrichtingen en betreffen enkel het zorgvolume in termen van gepresteerde dagen en de personeelsbezetting.

17.5.3 Period covered by the data

Registratie beginnend op 01/01/2004.

17.6 DATA PROCESS

17.6.1 Information – description documents on the dataprocess

Er bestaat geen globaal geïntegreerde documentatie over de datastream.

17.6.2 Datasources

De data worden rechtsreeks overgemaakt door de betreffende verzorgings-instellingen zelf (ROB-RVT-CDV).

17.6.3 Data process plan

Geen informatie terug te vinden.

17.6.4 Data quality plan

Geen informatie terug te vinden.

17.6.5 Data access procedure

These databases are essentially meant for internal utilization (accountancy) in the context of RIZIV's legal framework. However, for scientific studies they could be useful for (pre)assessment or control purposes.

Legal aspects : if data are to be used by non-governmental institutions, the identification numbers of health care institutions require foregoing recoding under the responsability of a appointed medical supervisor.

Data concerning employee's registry are not to be communicated to external parties, unless pseudonomisation and formal approval by the SCSS.

18 DOCUMENTEN AZV-SHA

18.1 DESCRIPTION

Jaarlijkse statistische tabellen betreffende de uitgaven voor de ter verpleging opgenomen rechthebbenden, opgemaakt per verblijf in een ziekenhuis op basis van de over zes kwartalen geboekte uitgaven.

18.1.1 Typology of the database [16]

Gegevenscollector		RIZIV
Naam van het register		MFG-RFM AZV-SHA
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption
	Subdomein(en)	Expenditure
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Uitgaven verplichte ziekteverzekering
	Hoofddiscriminant(en)	Ziekenhuisverblijven
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	alle verplicht verzekerden
	Zorglijn(en)	intramuraal
Tijdsaspecten	**Start**	1995
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	RIZIV-nomenclatuur RIZIV-farmaceutica
	Specificaties	Prestaties & leveringen per codenummer Geaggregeerde gegevens klinische biologie Versie 1996 ingezameld door FOD VGZ

2 Managing organistion

Zie onder 1.1.1 Documenten C.

18.1.2 Responsible persons:

- Name: Georges Vereecke
  - Functie: geneesheer-inspecteur-generaal DGV
  - Telefoon: 02 739.73.50
  - E-mail: georges.vereecke@riziv.fgov.be
- Doc SHA contact: Laurent Mercier, sectie Profielen

[16] zie aparte lijst met afkortingen.

- Functie: adjunct adviseur
- Telefoon: 02 739.78.53
- E-mail: laurent.mercier@inami.fgov.be

18.2 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

18.2.1 Reasons for data

Het KB van 03-07-1996, Artikel 351 definieert de inhoud en de modaliteiten volgens dewelke de AZV-edities worden opgestuurd;

Het KB van 11-10-1997 brengt technische wijzigingen aan in de productie van de AZV-edities;

Het KB van 19-02-2001 wijzigt artikel 351 en bepaalt dat de AZV-edities jaarlijks moeten worden opgestuurd.

18.2.2 Purpose of database

De oorsprong van de AZV-gegevens ligt in de zoektocht naar een indicator voor de zwaarte van de behoeften inzake klinische biologie in het ziekenhuis op basis van de behandelde pathologie. De AZV-informatie is evenwel beperkt doordat ze enkel gericht is op de klassieke ziekenhuisverblijven waarvoor een verpleegdagprijs is toegekend. De informatie betreffende de prestaties uitgevoerd voor en na de hospitalisatie zijn niet beschikbaar. De informatie uit dit deel is evenwel pertinent voor de raming van de met die verblijven verbonden uitgaven.

Elk gegevenstype in de AZV vormt aldus een databron voor studies met het oog op de objectivering van de behoeften en de toekenning van de adequate financiële middelen aan die geobjectiveerde behoeften, maar ook voor de uitoefening van een controle op de financiering van de ziekenhuizen.

Het is ook mogelijk een extrapolatie te maken van een of meerdere diagnoses op basis van de in de loop van het verblijf verrichte medische handelingen, die gekend zijn door de aangerekende nomenclatuurcodes, zonder dat het evenwel nodig is de precieze diagnose uit de MKG te kennen (de zgn. pseudoDRG's).

De beschrijvende statistieken die voortkomen uit de AZV-gegevens kunnen ook worden gebruikt in het raam van multicentrische studies, zoals die welke plaatsvinden onder impuls van de OESO. De OESO heeft verschillende thema's gekozen o.m. in verband met de veroudering van de bevolking. In de loop van de 3 jaar van het experiment, is de focus evenwel uitgebreid naar andere catgorieën op grond van, hetzij hun uitspringende uitgavenevoluties, hetzij het voorkomen van aberrante leeftijdsdistributies voor bepaalde pathologieën, etc...

Het belangrijkste nut van de AZV bestaat erin dat de hierin vervatte facturatiegegevens kunnen gekoppeld worden met de klinische gegevens (MKG) van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid (zie Sectie TCT – MFG-MKG).

18.2.3 Users of data (organisations)

- Sectie Profielen van de DGV : exploitatie van de SHA-AZV, berekening van de forfaits klinische biologie;
- Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV;
- De actuele gecontroleerde en gestabiliseerde statistische tabellen AZV-gegevens worden ter beschikking gesteld van de Technische cel, die bij het RIZIV en de FOD Volksgezondheid is opgericht krachtens artikel 155 van de Wet van 29-04-1966 met het oog op het samenbrengen van de MKG en de AZV gegevens, en bijgevolg de vergelijking mogelijk te maken van de door de ziekenhuizen gegenereerde uitgaven voor de behandeling van pathologieën die bij vergelijkbare groepen van zieken voorkomen (APRDRG: All Patient Refined Diagnosis related Group).
- Externe onderzoeksequipes.

18.2.4 Applications

18.2.4.1 Interne bestanden

Op basis van de gegevens van de documenten SHA wordt jaarlijks een database opgesteld met een samenvatting van de terugbetaalde prestaties, verpleegdagen en farmaceutische producten voor elk individueel ziekenhuisverblijf. Uit deze databases kunnen om het even welke datasets geselecteerd worden voor de gevraagde studies over de gehospitaliseerde patiënten. We vermelden enkele indicatoren afgeleid uit de de jaarlijkse AZV-edities en het gebruik ervan :

- *Indicator ziekenhuisopname:*
  - Heropnames in een ziekenhuis en zijn heropnamepercentage in dat ziekenhuis;
  - Heropname van een patiënt in meerdere ziekenhuizen;
  - Interval tussen de heropnames en verband met het ziekenhuisbeleid om verblijven die langer duren dan het verantwoorde aantal dagen te vermijden;
  - Forfaitarisering van de analyses inzake klinische biologie, de onderzoeken inzake medische beeldvorming en de farmaceutische producten per opname, met het hoogste forfait voor de eerste ziekenhuisopname en degressieve forfaits voor de heropnamen;
  - Trouw van de patiënten aan een ziekenhuis
- *Opnamen – heropnamen – transferts m.b.t. ziekenhuisdiensten:*

Dienst van opname en overgang naar een andere dienst in de loop van het verblijf en correcte toekenning van de opnameforfaits in de revalidatiediensten in de AZ (herhaalde betalingen voor een pseudoopname met de hieraan verbonden forfaits moeten worden vermeden als het gaat om een gewone overgang naar een andere dienst om de behandeling verder te zetten). Die parameter kan in sommige gevallen nuttig zijn om een systematische procedure van segmentering van het verblijf op te sporen.

- *Consumptie van bloedproducten:*

  De AZV-gegevens bevatten heel wat informatie die niet onmiddelijk in de MKG-gegevens beschikbaar is. Wat bijvoorbeeld het gebruik van bloed betreft, loont het de moeite de correlatie na te gaan tussen de code van bepaalde geprogrammeerde heelkundige ingrepen zoals de volledige heupprothese en het aantal gebruikte bloedeenheden, per ziekenhuis, per leeftijdsgroep, per geslacht en de evolutie van de consumptie in de tijd.

- *Evaluatie van de medische activiteit en/of het team*

  De AZV-gegevens bevatten niet alleen de prestaties van de ziekenhuis-geneesheren, maar ook die van de kinesitherapeuten en de andere zorgverleners, zodat een evaluatie van de kostprijs van het ganse verzorgings-team mogelijk wordt.

  Bovendien heeft een studie over de peri-operatieve prestaties, gebaseerd op de AZV-gegevens, een niet efficiënt gebruik kunnen aantonen van bepaalde diagnostische prestaties die systematisch worden uitgevoerd zoals radiografieën van de buik zonder gevolgen, radiografieën van de thorax, 'obsolete' phonocardiogrammen, etc ...

- *Meting van het gebruik van de technische middelen*

  De aanwezigheid van de codes implantaten en prothesen in de AZV-gegevens maakt het mogelijk de domeinen van medische activiteit aan te duiden waarin de post "implantaten" een stijgende tendens vertoont. Er zouden studies kunnen worden uitgevoerd om te kijken of het aantal vergoede implantaten overeenstemt met het aantal verwachte implantaten voor de behandeling van een specifiek type aandoening.

- *Gegevens inzake klinische biologie*

  Hoewel de gegevens inzake klinische biologie in de AZV in 10 categorieën zijn samengevoegd, kunnen ze, als ze in verband worden gebracht met andere gegevens zoals de farmaceutische producten en de technische prestaties, een informatiebron naar over- of onderconsumptie van bepaalde categoriën onderzoeken toe, bijv. de kwaliteit van de therapeutische monitoring.

- *Op basis van geïsoleerde of gekoppelde AZV-gegevens kunnen statistieken worden opgesteld per doelgroep :*
  - Leeftijdsgroep en/of geslacht;
  - Type van klinische dienst (bijvoorbeeld palliatieve zorg, intensieve verzorging van neonatologie, pediatrische zorgen, …);
  - Type van de ingreep (appendicectomie, laparoscopische cholecystectomie, prostatectomie, bevalling);
  - Specifieke geneesmiddelen (oncologische geneesmiddelen);

- Benchmarking tussen ziekenhuizen of type ziekenhuizen (universitair versus niet-universitair; grote versus kleine).

18.2.5 Evolutions

De layout van de AZV heeft, sinds het echt operationeel worden ervan in 1995 (editie 4), een aantal wijzigingen en uitbreidingen ondergaan, waarvan wij hier de meest relevante opsommen:

- Editie 5 (1997) :
  - introductie nieuw recordtype 4: bloed, plasma, moedemelk, therap. isotopen;
  - in recordtype 6: toevoeging van het type terugbetaling farmaca;
  - in recordtype 7: uitbreiding tot radiotherapie, isotopenscan, APO,…;
  - introductie nieuw recordtype 8: implantaten;
  - in recordtype 9: differentiatie prestaties klin. biologie in sub-groepen :
    - 01 Chemie
    - 02 Hormonologie
    - 03 Toxicologie
    - 04 Therapeutische monitoring
    - 05 Microbiologie
    - 06 Infectieuze serologie
    - 07 Hematologie
    - 08 Coagulatie en hemostase
    - 09 Immuno-hematologie en niet-infectieuse serologie;
  - (her)opnamedatum & ontslagdatum in datumformaat: JJJJ MM.
- Vanaf editie 6 (1998) :
  - in recordtype 5: invoering van een code 51A die vanaf 1.1.1999 de codenummers voor de percutane interventionele verstrekkingen omvat die tot 31.12.1998 waren opgenomen onder code 50B;
  - in recordtype 7: toevoeging vanaf 01-01-1999 van een nieuwe groep N51 die de codenummers voor de percutane interventionele verstrekkingen groepeert die tot 31.12.1998 waren opgenomen onder de groep N50.
- Vanaf editie 7 (1999) :
  - recordtype 9: invoering van een nieuwe subgroep klinische biologie: subgroep 10 "Pseudocodes".

- Vanaf editie 8 (2000) :
  - geen majeure wijzigingen, buiten de klassieke uitbreidingen tot de nieuwe nomenclatuurnummers ingevoerd in 2000 en in het eerste semester 2001.
- Vanaf editie 9 (2001) :
  - in recordtype 1: invoer van de zone "geslacht".
  - in recordtypes 3-4 & 6-9: invoer van een zone "monetaire eenheid" (BEF of EURO);
  - in recordtype 7 : toevoeging van de forfaitaire honoraria inzake klinische biologie;
  - schrapping van recordtype 5 (geglobaliseerde gegevens betreffende de medische beeldvorming).
- Vanaf editie 10 (2002) :
  - In recordtype 3: de zone «aantal dagen per dienst» werd vervangen door een zone die het aantal akten per dienst weergeeft;
  - In recordtype 6: de zone "bedrag farmaceutische specialiteiten" werd opgesplitst in "vergoed bedrag" en "persoonlijk aandeel rechthebbende "; op die manier werd een zone toegevoegd.
- Vanaf editie 11 (2003) :
  - geen majeure wijzigingen, buiten de klassieke uitbreidingen tot de nieuwe nomenclatuurnummers ingevoerd in 2003 en in het eerste semester 2004.
- Vanaf editie 12 (2004) : enkele belangrijke wijzigingen en toevoegingen :
  - in recordtype 3 : toevoeging van een zone 'betrekkelijke verstrekking'; deze zone bevat de prestatie die aanleiding gegeven heeft tot de betaling van een forfaitaire verpleegdag of een bedrag per dag en per opname in het chirurgisch dagziekenhuis;
  - in recordtype 7: toevoeging van een zone "identificatienummer van de zorgverlener";
  - in recordtype 7: toevoeging van een zone " plaats van prestatie » van zes posities;
  - wijziging van alle zones "datum van prestatie" van zes tot acht posities (YYYYMMDD);
  - afschaffing van de zone "munteenheid".

18.3 CONTENTS

18.3.1 Information – Description documents on the contents

De layout van de Doc AZV is gebaseerd op de omzendbrieven, rubrieken 67 en 42, van het RIZIV aan de VI's m.b.t. de boekhoudkundige en statistische instructies conform de hogervermelde gecoördineerde Wet van 14-07-1994.

18.3.2 Exhaustivity

- De documenten AZV omvatten enkel uitgaven in het kader van de *verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering* en dit voor *klassieke ziekenhuisverblijven*. Deze uitgaven zijn gedetailleerd op het niveau van de *individuele prestatiecode*, met uitzondering van de *klinische biologie*, waarvan de gegevens, wegens hun omvangrijkheid, in *9 (tot 1998) resp. 10 (vanaf 1999) aggregatiegroepen* gebundeld zijn.
- De *forfaits klinische biologie* (per verpleegdag en per opname) worden slechts geregistreerd vanaf editie 9 (2001).
- De AZV-registratie slaat enkel op *algemene ziekenhuizen*, niet op verblijven in *zuivere psychiatrische ziekenhuizen*.
- De vergoedingen in het kader van de *vrije, aanvullende ziekteverzekering* worden niet geregistreerd. Deze in het kader van de *internationale conventies* daarentegen wel.
- De AZV bevat geen gegevens over verblijven die resorteren onder de *Wet op de Arbeidsongvallen*, de *OCMW-patiënten* en *zuiver private verzekeringsregimes* (o.m. voor buitenlanders en zuiver esthetische chirurgie).

18.3.3 Variables

18.3.3.1 Variables – categories

Om een verband te leggen tussen alle gegevens van éénzelfde verblijf, worden zes éénduidige gegevens gebruikt, met name de INDEX, die bij elk type van informatie die in de AZV wordt opgenomen, zal worden herhaald.

- *Categorieën van informatie*
  - Kenmerken patiëntverblijf
  - Vergoede verpleegdagen
  - Informatie over het bloed, plasma, moedermelk en radioisotopen
  - Farmaceutische producten
  - Medische & paramedische verstrekkingen volgens nomenclatuurcodes
  - Implantaten en prothesen
  - Klinische biologie: geglobaliseerde informatie in 10 categorieën

18.3.3.2 Variables - listing & formats (editie 12)

Zone	Lengte	Type	Omschrijving	Format
			Indexgedeelte	
1	1	N	Identificatie V.I.	1 tot 6 & 9
2	6	N	Identificatie algemeen ziekenhuis	710.xxx
3	11	AN	Gecodeerd nummer verblijfspatiënt	
4	3	N	Volgnummer van opname of heropname	
5	2	N	AZV versie	
6	6	N	Datum van ontslag uit het ziekenhuis	YYYYMM
7	1	N	Filler	
			RECORDTYPE 1: verblijf	
1 tot 7	30	AN	Index.	
8	1	N	Recordtype type 1	
9	3	N	Dienst van opname	*Codificatie*
10	3	N	Code gerechtigde 1	*Codificatie*
11	3	N	Code gerechtigde 2	*Codificatie*
12	1	N	Leeftijdscategorie van de patiënt	*Codificatie*
13	3	N	Tijdsinterval in dagen	
14	6	N	Jaar en maand van opname of heropname	YYYYMM
15	1	N	Geslacht van de patiënt	*Codificatie*
			RECORDTYPE 3 : verpleegdagen	
1 tot 7	30	AN	Index.	
8	1	N	Recordtype 3	
9	6	N	Identificatie plaats van verstrekking	*Codificatie*
10	8	N	Datum van de prestatie	YYYYMMDD
11	6	N	Pseudocode verpleegdagen	*Codificatie*
12	3	N	Aantal akten per dienst	
13	8	S	Bedrag in EUROCENT	last 2 pos. = dec.
14	3	N	Dienst	*Codificatie*
15	6	N	Betrekkelijke verstrekking	*Codificatie*
			RECORDTYPE 4 : bloed, bloedplasma, moedermelk en radio-isotopen	
1 tot 7	30	AN	Index.	
8	1	N	Recordtype 4	
9	6	N	Identificatie plaats van verstrekking	*Codificatie*
10	8	N	Datum van de prestatie	YYYYMMDD
11	6	N	Pseudonomenclatuurcode	*Codificatie*
12	5	N	Aantal gefactureerde eenheden	
13	8	S	Bedrag in EUROCENT ten laste van de ZIV	last 2 pos. = dec.

RECORDTYPE 6 : gedetailleerde gegevens betreffende farmaceutische producten				
1 tot 7	30	AN	Index.	
8	1	N	Recordtype 6	
9	6	N	Identificatie plaats van verstrekking	*Codificatie*
10	8	N	Datum van de prestatie	YYYYMMDD
11	7	N	Code farmaceutische specialiteiten of Nomenclatuurcode van de relatieve verstrekking	*Codificatie*
12	6	N	Pseudocode van de vergoedingscategorie	*Codificatie*
13	5	N	Aantal geleverde eenheden	
14	8	S	Vergoed bedrag in EUROCENT	last 2 pos. = dec.
15	8	S	Persoonlijk aandeel in EUROCENT	last 2 pos. = dec.
RECORDTYPE 7 : gedetailleerde medische verstrekkingen (uitgezonderd deze van het recordtype 9)				
1 tot 7	30	AN	Index.	
8	1	N	Recordtype 7	
9	6	N	Identificatie plaats van verstrekking	*Codificatie*
10	8	N	Datum van de prestatie	YYYYMMDD
11	11	N	Identificatie van de zorgverlener	*Codificatie*
12	6	N	Nomenclatuurcode	*Codificatie*
13	4	N	Aantal verstrekkingen	
14	8	S	Bedrag in EUROCENT ten laste van de ZIV	last 2 pos. = dec.
RECORDTYPE 8 : de implantaten				
1 tot 7	30	AN	Index.	
8	1	N	Recordtype 8	
9	6	N	Identificatie plaats van verstrekking	*Codificatie*
10	8	N	Datum van de prestatie	YYYYMMDD
11	11	N	Identificatie van de zorgverlener	*Codificatie*
12	6	N	Nomenclatuurcode	*Codificatie*
13	3	N	Aantal verstrekkingen	
14	8	S	Bedrag in EUROCENT ten laste van de ZIV	last 2 pos. = dec.
RECORDTYPE 9 : geglobaliseerde gegevens voor klinische biologie en nucleaire geneeskunde in vitro (zonder de forfaits voor klinische biologie)				
1 tot 7	30	AN	Index.	
8	1	N	Recordtype 9	
9	6	N	Identificatie plaats van verstrekking	*Codificatie*
10	8	N	Datum van de prestatie	YYYYMMDD
11	2	N	Subgroep voor klinische biologie	*Codificatie*
12	4	N	Aantal verstrekkingen	
13	8	S	Bedrag in EUROCENT ten laste van de ZIV	last 2 pos. = dec.

18.3.3.3 Variables – specifications & codification (editie 12)

Document AZV – RT 1 Zone 12 : Leeftijdscategorieën

Leeftijd = jaar van ontslag min geboortejaar van de patiënt. Indien de patiënt nog niet ontslagen werd de laatste dag van de boekhoudkundige periode, moet men het laatste jaar van de boekhoudkundige periode als jaar van ontslag nemen.

CODE	BETEKENIS
1	< 1 jaar
2	1 t.e.m. 5 jaar
3	6 t.e.m. 15 jaar
4	16 t.e.m. 35 jaar
5	36 t.e.m. 55 jaar
6	56 t.e.m. 69 jaar
7	70 t.e.m. 79 jaar
8	80 jaar

Document AZV – RT 1 Zone 9 & RT 3 zone 14 : Code ziekenhuisdienst

Numerieke Code	Code Volksgezondheid	Omschrijving
200	B	Dienst voor behandeling van TBC
210	C	Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling
220	D	Dienst voor diagnose en medische behandeling
230	E	Dienst voor kindergeneeskunde
240	H	Dienst voor gewone ziekenhuisverpleging
250	L	Dienst voor besmettelijke ziekten
260	M	Kraamdienst
270	NIC	Dienst voor intensieve neonatale verzorging
290	Br	Dienst voor de behandeling van zwaar verbranden (vanaf 01/01/1994)
300	G	Dienst voor geriatrie en revalidatie
		Gespecialiseerde dienst voor behandeling en functionele revalidatie voor patiënten met :
610	Sp	→ cardio-pulmonaire aandoeningen
620	Sp	→locomotorische aandoeningen
630	Sp	→ neurologische aandoeningen
690	Sp	→ chronische aandoeningen

640	Sp	→ chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn
650	Sp	… chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn
660	Sp	→ psycho-geriatrische aandoeningen
340	K	Dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht)
350	K1	Dagverpleging in een K-dienst
370	A	Dienst voor neuropsychiatrie (dag en nacht)
380	A1	Dagverpleging in een A-dienst
390	A2	Nachtverpleging in een A-dienst
410	T	Psychiatrische dienst (dag en nacht)
420	T1	Dagverpleging in een T-dienst
430	T2	Nachtverpleging in een T-dienst
460	-	24 uur verblijf in dienst A
470	-	24 uur verblijf in dienst T
490	(I)	Intensieve verzorgingseenheid
190	N*	Afdeling niet-intensieve neonatale verzorging (oude "n")

Document AZV – RT 3 Zone 11 : Pseudocode verpleegdagen

	De volgende pseudocodes zijn van toepassing voor de dagen verricht tot 01/07/2002 :	Pseudocode
1.	Acute ziekenhuizen	
-	Heelkundige aandoeningen – Observatie en behandeling : Niet-universitaire inrichtingen	760001
-	Heelkundige aandoeningen – Observatie en behandeling : Universitaire inrichtingen	760126
-	Heelkundige aandoeningen – Observatie en behandeling : Gemengde inrichtingen	760060
-	Verlossingen : Niet-universitaire inrichtingen	760082
-	Verlossingen : Universitaire inrichtingen	760200
-	Verlossingen : Gemengde inrichtingen	760141
2.	Brandwondencentra	760620
3.	Diensten Sp andere palliatieve :	
	Gespecialiseerde diensten door de behandeling en de revalidatie van patiënten getroffen door :	
	→ cardio-pulmonaires aandoeningen	760546
	→ locomotorische aandoeningen	760583
	→ neurologische aandoeningen	760561
	→ chronische aandoeningen	760605
4.	Verblijf van een pasgeborene in dienst N* (n)	790020

5.	Forfait nierdialyse	761283
De volgende pseudocodes zijn van toepassing voor de dagen en de opnames gerealiseerd vanaf 01/07/2002 :		
1.	Acute ziekenhuizen	
-	Bedrag per opname	768003
-	Bedrag per dag	768025
2.	Diensten Sp andere dan palliatieve :	
-	Bedrag per opname	768084
-	Bedrag per dat	768106
3.	Brandwondencentra	768165
4.	Verblijf van een pasgeborene in dienst N* (n)	790020
5.	Diensten Sp palliatief – bedrag per dag	768143
6.	Daghospitalisatie (tranfers)	
Pseudocode verpleegdagen (daghospitalisatie):		
Pseudocodes forfaitaire verpleegdagen		
a)	- Gebruik van de gipskamer	761040
b)	- Andere gevallen van vast bedrag voor verpleegdag	
	1) Voor de mini-verpleegdagen - Miniforfait	---------
	2) Voor de maxi-verpleegdagen - Maxiforfait	761246
	- Experiment dagziekenhuisfunctie	
	1) Forfait A	761143
	2) Forfait B	761165
	3) Forfait C	761180
	4) Forfait D	761202
c)	Forfaitaire verpleegdag nierdialyse	761283
Pseudocodes chirurgisch dagziekenhuis		
	bedrag per opname	768040
	bedrag per dag	768062

Document AZV – RT 6 Zone 12 : Code farmaceutische specialiteiten of nomenclatuurcode van de relatieve verstrekking

- Code van de farmaceutische specialiteiten en gelijkgestelde producten

  07X.XXX.Y (cf. bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 2 september 1980 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische specialiteiten en daarmee gelijkgestelde producten of het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten.

- Nomenclatuurcode van de relatieve verstrekking

Indien in zone 12 een code "profylaxis-forfait" wordt vermeld, dan dient hier de nomenclatuurcode van de heelkundige verstrekking vermeld te worden die aanleiding geeft tot het aanrekenen van voornoemd forfait. De betreffende nomenclatuurcodenummers zijn vermeld in bijlage van het K.B. van 21 februari 1997 gewijzigd door het K.B. van 18 november 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 inzake de reglementen en de modaliteiten volgens dewelke de kosten van sommige farmaceutische producten op forfaitaire basis worden vergoed.

Document AZV – RT 6 Zone 12 : Pseudocode van de vergoedingscategorie

Omschrijving	Pseudocode
Farmaceutische specialiteit van categorie A	750724
Farmaceutische specialiteit van categorie Ag	750842
Farmaceutische specialiteit van categorie Ar	753723
Farmaceutische specialiteit van categorie B	750746
Farmaceutische specialiteit van categorie Bg	750864
Farmaceutische specialiteit van categorie Br	753745
Farmaceutische specialiteit van categorie C	750761
Farmaceutische specialiteit van categorie Cg	750886
Farmaceutische specialiteit van categorie Cr	753760
Farmaceutische specialiteit van categorie Cs	750783
Farmaceutische specialiteit van categorie Csg	750901
Farmaceutische specialiteit van categorie Csr	753782
Farmaceutische specialiteit van categorie Cx	750805
Farmaceutische specialiteit van categorie Cxg	750923
Farmaceutische specialiteit van categorie Cxr	753804
Niet terugbetaalde specialiteit van hoofdstuk IV die met 07 begint	750820
Profylaxieforfait Z	751004
Profylaxieforfait A1	751026
Profylaxieforfait A2	751041
Profylaxieforfait A3	751063
Profylaxieforfait A4	751085
Profylaxieforfait A6	751100
Profylaxieforfait A7	751122
Profylaxieforfait B1	751225
Profylaxieforfait B3	751144
Profylaxieforfait B4	751166
Profylaxieforfait C3	751181
Profylaxieforfait D1	751203
Antibiotica van categorie B afgeleverd tijdens de peri-operatieve periode (25%)	751542

Antibiotica van categorie Bg afgeleverd tijdens de peri-operatieve periode (25%)	751564
Antibiotica van categorie Br afgeleverd tijdens de peri-operatieve periode (25%)	751586
Antibiotica van categorie B afgeleverd tijdens de peri-operatieve periode met uitzondering van forfait	751645
Antibiotica van categorie Bg afgeleverd tijdens de peri-operatieve periode met uitzondering van forfait	751660
Antibiotica van categorie Br afgeleverd tijdens de peri-operatieve periode met uitzondering van forfait	751682
Antibiotica van categorie B afgeleverd buiten de peri-operatieve periode	751741
Antibiotica van categorie Bg afgeleverd buiten de peri-operatieve periode	751763
Antibiotica van categorie Br afgeleverd buiten de peri-operatieve periode	751785
Dieetvoeding voor medisch gebruik - categorie DA-	755521
Dieetvoeding voor medisch gebruik – categorie DB	755543
Dieetvoeding voor medisch gebruik - categorie DC	755565
Dieetvoeding voor medisch gebruik - categorie DCs	755580
Dieetvoeding voor medisch gebruik - categorie DCx	755602
Terugbetaalbare diagnostische middelen en verzorgingsmateriaal - categorie MA	755720
Terugbetaalbare diagnostische middelen en verzorgingsmateriaal - categorie MB	755742
Terugbetaalbare diagnostische middelen en verzorgingsmateriaal - categorie MC	755764
Terugbetaalbare diagnostische middelen en verzorgingsmateriaal - categorie MCs	755786
Terugbetaalbare diagnostische middelen en verzorgingsmateriaal - categorie MCx	755801

Document AZV – RT 9 Zone 12 : Identificatie zorgverlener

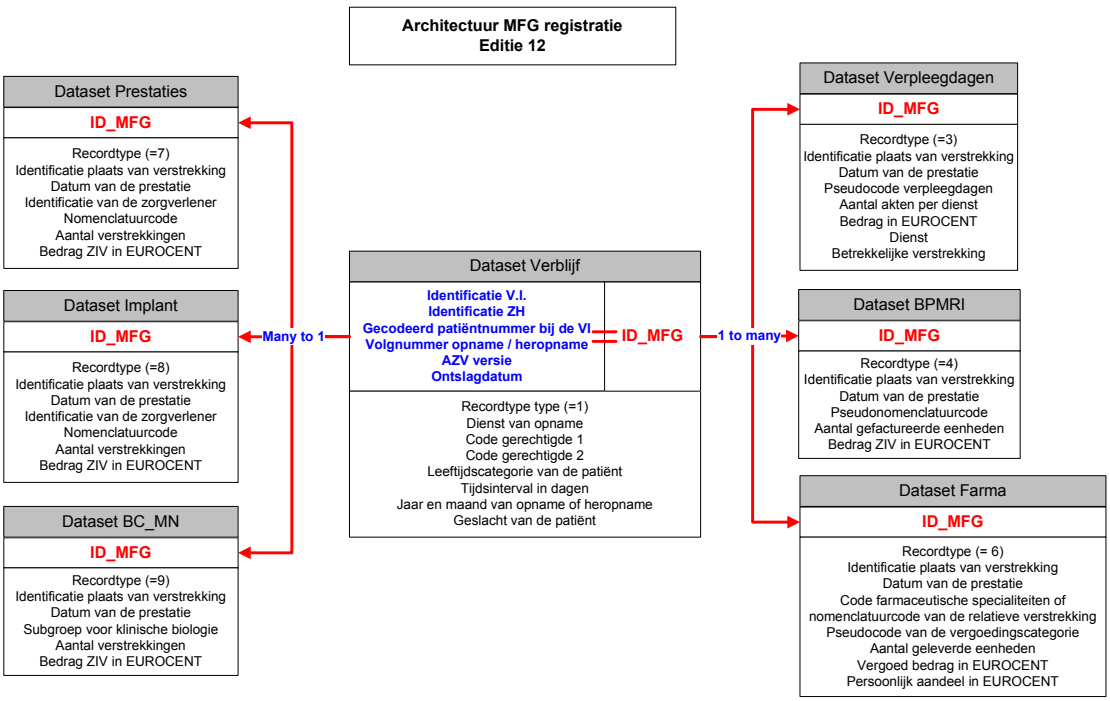
Zie Doc P. zone 3.

Document AZV – RT 9 Zone 11 : Subgroepen voor klinische biologie

Code	Subgroepen	Art. 3 alg. geneesk.	Art. gesp. geneesk.	Art. 18	Art. 24
1	Chemie	120024 tot 120201	125020 tot 125204	430202 tot 433285	540024 tot 545786
		120525 tot 120540	125521 en 125543	433521 tot 433580	
		120724 en 120820	125720 en 125823	433720	
2	Hormonologie	121520	125926	434022 tot 435083	546022 tot 546302
				435525 en 435540	546523 tot 546840
				435820 tot 435864	546921 en 546420
					559020 tot 559661
3	Toxicologie				547024 tot

					547901
4	Therapeutische monitoring			436026 tot 436365	548026 tot 548564
					en 548726
5	Microbiologie	122522 en 122544	126523 tot 126560		549021 tot 550981
		122721 en 122824	126722 tot 126766		
		122846 en 114100	126825 tot 126862		
6	Infectieuze serologie			437021 tot 437124	551025 tot 552020
					552322 en 552344
					552720 tot 552801
7	Hematologie	123023 tot 123200	127024 tot 127201		553022 tot 553265
8	Coagulatie en hemostase	124025 tot 124062	128026 tot 128063		554024 tot 554746
9	Immuno-hematologie en niet-infectieuse serologie	124526 en 124541	128520 en 128542	438023 tot 438141	555026 tot 556544
10	Pseudocodes			438163	

4.1.1 Relational scheme



BC_MN = Klinische biologie & Nucleaire geneeskunde in vitro

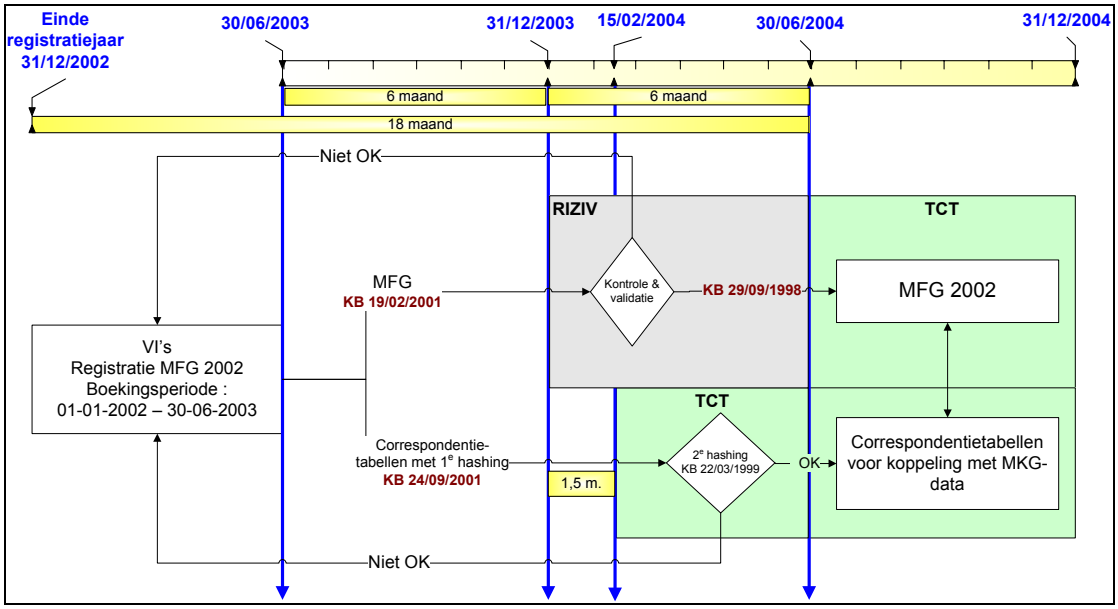
BPMRI = bloed, plasma, moedermelk en radioisotopen

18.4 TIME CHARACTERISTICS

18.4.1 Periodicity of updates

De SHA-AZV worden jaarlijks overgemaakt door de VI's, en omvatten de gegevens geboekt over een periode van zes trimesters (18 maand). Zij moeten opgestuurd zijn binnen de zes maanden na het einde van de boekhoudkundige periode waarop ze betrekking hebben, wat dus neerkomt op een vol jaar na het einde van het beschouwde registratiejaar. Na ontvangst moeten de gegevens nog gekontroleerd en gevalideerd worden door de Sectie Profielen van het RIZIV. Ten laatste 6 maand na deze ontvangst moeten de gevalideerde SHA-AZV gegevens overgemaakt zijn aan te TCT. Samengevat betekent dit dat exploitatie van de gevalideerde SHA-AZV gegevens en de koppeling ervan met de MKG-gegevens ten vroegste 18 maand na het einde van het betreffende registratiejaar een aanvang kan nemen.

Zie bij wijze van voorbeeld onderstaand tijdsbalkdiagram voor de gegevens van het jaar 2002:



18.4.2 Longitudinality

Longitudinale studies zijn mogelijk op patiëntniveau, zij het enkel binnen hetzelfde registratiejaar. Er is echter geen verplichting tot continuïteit van het verblijfspatiëntnummer over de verschillende registratiejaren heen.

Vanaf editie 12 (2004), worden longitudinale studies ook mogelijk op het niveau van de zorgverstrekker, en dit wél met continuïteit over de verschillende registratiejaren heen.

18.4.3 Period covered by the data

Vanaf de boekjaren 1995-1996 werd door het RIZIV gestart met de inzameling van statistische bestanden per ziekenhuisverblijf (SHA-AZV bestanden) op basis van gegevens geboekt over een periode van zes kwartalen.

De continuïteit van de inzameling werd geregeld door het KB van 19-02-2001.

18.5 DATA PROCESS

18.5.1 Information – description documents on the dataprocess

Zie publicatie RIZIV :
http: //www.riziv.be/information/nl/studies/study07/pdf/study07.pdf

18.5.2 Datasources (organisations/databases)

National Sickness Fund Federations.

18.5.3 Data process & quality plan

Het KB van 3 JULI 1996 (Art. 349) stipuleert dat bij het op stellen van de in de artikelen 347, 348, (350, 351 en 351bis) voorziene statistische tabellen door de verzekeringsinstellingen een validiteitscontrole uitgevoerd wordt op de in te brengen gegevens.

Het volume van de AZV-gegevens alsook de diversiteit van de records, waaruit een verblijf is samengesteld, maken van de valideringsoperatie een zeer complexe taak. De AZV-gegevens van een verzekeringsinstelling worden in verscheidene, alsmaar preciezere fases gevalideerd : eerst is er het onderzoek van het verzendingsborderel, dat bij de magnetische dragers is gevoegd, vervolgens de nogal snelle uitvoering van voorcontroles die betrekking hebben op de algemene kwaliteit van de gegevens en ten slotte de latere uitvoering van grondige controles.

- ***Eerste fase : het verzendingsborderel***

Bij de verzending van nieuwe magnetische dragers voegt iedere V.I. daarbij een verzendingsborderel. Daarin wordt voor elk record-type het aantal records vermeld en, sedert editie 6, het aantal gevallen en het overeenstemmende bedrag. Dit borderel laat nu toe bepaalde fouten op te sporen zodra het RIZIV de gegevens ontvangt, idealiter zelfs door de V.I. zelf, alvorens de gegevens worden verzonden. Zo bijv. kunnen fouten zoals de afwezigheid of de nodeloze herhaling van records (duplicates) van type 1 bij bepaalde verblijven worden aangetoond.

Voorts kan de berekening van de gemiddelde kostprijs per record-type eveneens een systematische fout in de vermelding van het vergoede bedrag illustreren : die situatie deed zich in het verleden voor bij bepaalde V.I., die het door het RIZIV vergoede bedrag vermeldden en niet het bedrag aan 100 % in het geval van de verpleegdagen.

Ten slotte kunnen door de onderlinge vergelijking van de borderellen van een V.I. voor verscheidene edities of van de borderellen van de zeven V.I. voor een zelfde editie nog subtielere fouten worden opgespoord.

Als in het borderel geen onaanvaardbare fout wordt ontdekt, vraagt het RIZIV aan de Smals-MvM voorcontroles te verrichten op de overeenstemmende magnetische dragers. In het tegenovergestelde geval vraagt het RIZIV aan de V.I. een verbeterde versie van haar magneetbanden.

- Tweede fase : de voorcontroles

De voorcontroles van de AZV-gegevens van een verzekeringsinstelling duren gemiddeld enkele dagen, de juiste duur is afhankelijk van de grootte van de

bestanden. Die voorcontroles zijn deels een korte en vereenvoudigde versie van de eigenlijke controles, die veel zwaarder zijn en trager worden opgestart. De meeste ernstige problemen met betrekking tot de motivering voor de verwerping van de magnetische dragers komen al tot uiting tijdens de voorcontroles, wat dus een aanzienlijke tijdswinst betekent.

De voorcontroles leveren informatie, waarmee de volledigheid en de kwaliteit van de gegevens kan worden gecontroleerd. Die twee aspecten kunnen namelijk niet worden gescheiden.

a. De volledigheid

Betreffende de volledigheid leveren de voorcontroles het aantal records en aktes en de totale bedragen voor elk record-type, alsook voor elke subgroep van aktes. Bovendien splitsen zij eveneens het aantal aktes en de totale bedragen van elk recordtype uit naargelang het jaar van einde van het verblijf die daarmee overeenstemmen.

De geldigheid van die informatie kan worden getest door ze te vergelijken met de informatie in andere statistische tabellen, die de V.I. ook aan het RIZIV leveren. Dankzij de uitsplitsing volgens het jaar van het einde van het verblijf is het niet alleen mogelijk de volledigheid van alle AZV-gegevens van een editie te controleren, maar eveneens die van de AZV dat aan de MKG zal worden gekoppeld en dus uiterst belangrijk is.

Concreet wordt de volledigheid voor het type 1 in aantal verblijven berekend, voor het type 3 in aantal verpleegdagen en voor alle andere types in bedragen.

De aangenomen regel bestaat erin elke onvolledigheid van meer dan 1 % aan de V.I. te melden.

Laten we nog vermelden dat de door de voorcontroles berekende totalen eveneens worden vergeleken met de vermeldingen op het borderel. De anomalieën tussen beide komen vaak voor en zij worden eveneens aan de verzekeringsinstellingen gemeld.

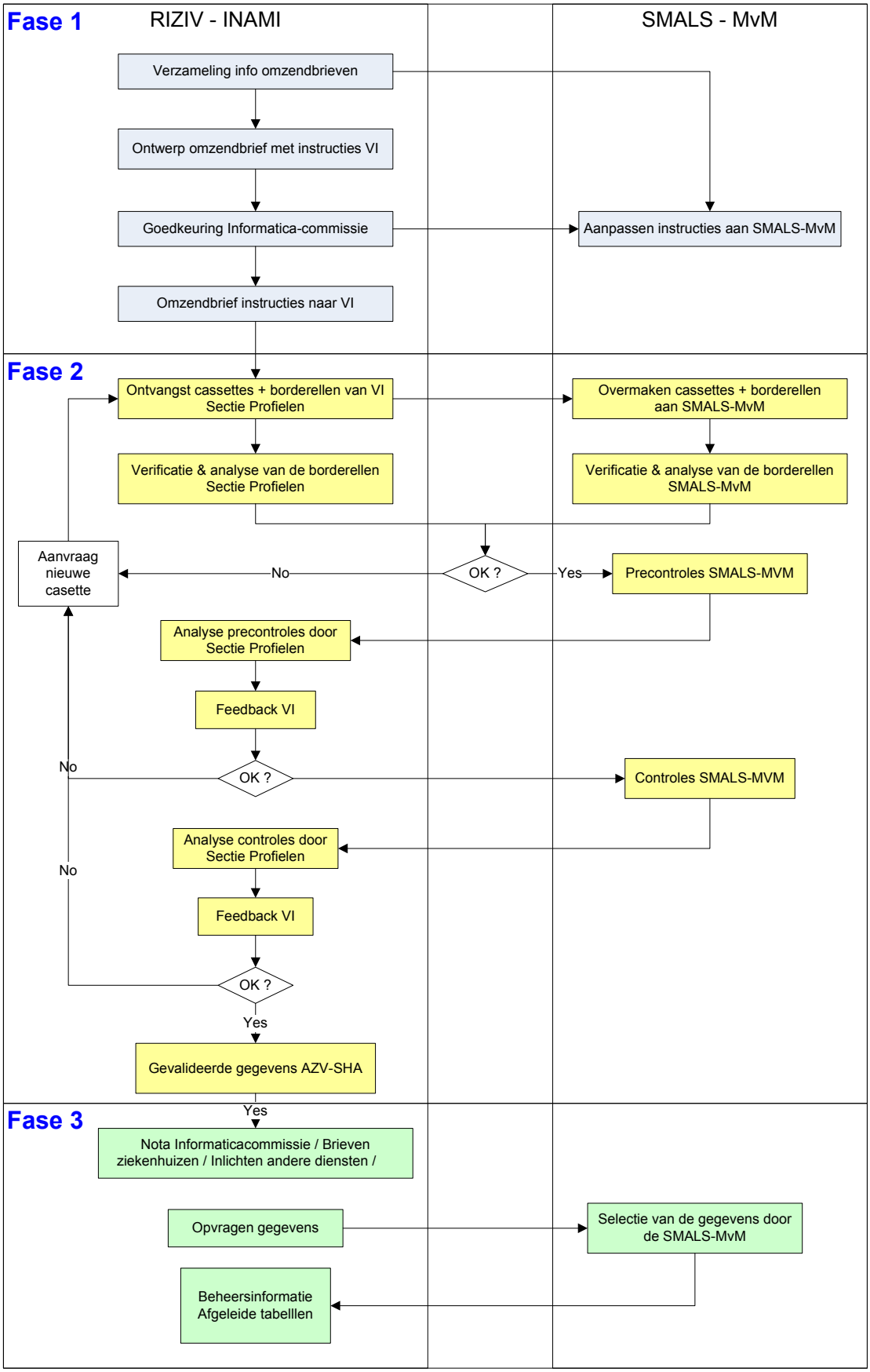
b. De kwaliteit

De controle van de kwaliteit van de informatie omvat meerdere aspecten.

Enerzijds is het voor het verdere gebruik van de gegevens belangrijk dat zij binnen elk verblijf zo geaggregeerd mogelijk zijn. Als een verzekerde dus tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis tweemaal hetzelfde onderzoek ondergaat, moeten er geen twee records met die verstrekking worden gevonden, maar een record waarin voor het overeenstemmende nomenclatuurcodenummer twee verstrekkingen en een dubbel bedrag wordt vermeld. Een snelle controle van die geagregeerde gegevens wordt geleverd via het maximum aantal records van elk type, dat in eenzelfde verblijf kan voorkomen. Voor de records van type 1 (verblijven) en 9 (klin. biologie & nucleaire geneeskunde in vivo) kunnen die aantallen logischerwijs 1 resp. 10 niet overschrijden; voor de andere bestaat er geen precieze grens, maar wel waarden, die vanuit het gezond verstand zijn ingegeven.

Anderzijds is bestaat ander deel van de voorcontroles uit de analyse van de inhoud van elke zone van elke record en het optellen van de fouten met betrekking tot de richtlijnen, die in de vorm van omzendbrieven V.I. door het RIZIV zijn doorgestuurd. Die analyse heeft betrekking op de syntaxis (controle van de numerieke en alfanumerieke formaten, van de datum) en op de inhoud (bevindt de aangegeven waarde zich in de lijst van de verwachte waarden? Zijn de bedragen en aantallen verstrekkingen strikt positief?). Het aantal verblijven

en verkeerde records evenals het overeenstemmende bedrag worden berekend voor elk fouttype, voor elk recordtype en voor alle AZV van elke V.I.



Ten slotte worden de onbruikbare verblijven, wegens het ontbreken van records van type 1 of type 3 of met verscheidene records van type 1 letterlijk uit de magnetische dragers verworpen om deze al een eerste maal te zuiveren, alvorens de controles worden uitgevoerd.

De aangenomen regel, bestaat erin dat aan de V.I. elk fouttype wordt gemeld, waarvan het aantal betrokken verblijven 1% van het aantal verblijven met de records van dat type overschrijdt.

In de gevallen waarin de door de voorcontroles onthulde fouten de aangegeven drempels niet overschrijden, vraagt het RIZIV aan de Smals-MvM de controles op de overeenstemmende magnetische dragers uit te voeren. In het tegenovergestelde geval zendt het RIZIV een gedetailleerd verslag van die fouten naar de VI zodat ze kunnen worden gecorrigeerd.

- *Derde fase : de controles*

De controles van de AZV-gegevens van een verzekeringsinstelling duren gemiddeld enkele weken . Ze worden uitgevoerd op de bestanden verkregen na de voorcontroles, dwz. gezuiverd van de onbruikbare verblijven wegens het ontbreken van records van type 1 tot 3 of van het veelvoud aan records van type 1.

Aangezien de volledigheid na de voorcontroles in principe bevredigend werd bevonden, hebben de daaropvolgende controles alleen nog betrekking op de *kwaliteit*, die grondig wordt getest. Zoals bij de voorcontroles wordt de inhoud van elke zone van elke record geanalyseerd in verhouding tot de richtlijnen, die in de vorm van omzendbrieven V.I. door het RIZIV zijn bezorgd. Die controles zijn veel talrijker en grondiger dan de voorcontroles en hebben niet alleen betrekking op de syntaxis en de inhoud zoals bij de laatstgenoemde, maar bovendien testen zij de relaties tussen de diverse zones van een zelfde record (bestaat de dienst in het ziekenhuis? Komt de ontslagdatum wel na de datum van opname? Valt de gemiddelde kostprijs van de verstrekking binnen de grenzen van de tarieven, die van kracht waren tijdens de drieënhalf jaar van verstrekkingen die door de editie worden gedekt? Is het nummer van het farmaceutisch product compatibel met het vermelde terugbetalingstype, enz.?).

Aangezien de zes zones die de index vormen voor alle records dezelfde zijn, ondergaat elk record, ongeacht het type, de twaalf overeenstemmende controles; daarbij komen dan nog een aantal controles met betrekking tot de andere zones, die eigen zijn aan het betrokken recordtype. Dat brengt het totale aantal controles, die op een record worden uitgevoerd, op een totaal van twintig tot dertig. Rekening houdende met het totale aantal records van elk type, brengt dat het aantal recordcontroles, die op een editie van de AZV worden uitgevoerd op ongeveer twee miljard! Gelet op de tijd die nodig is om die massa aan informatie te analyseren, is het volledig verantwoord die controles zo mogelijk slechts eenmaal per editie te verrichten, in dit geval op magneetbanden, die al met succes de veeleisende fase van de voorcontroles hebben doorlopen.

De ondernomen actie verschilt naargelang de aard van de fout, die door een controle aan het licht werd gebracht. Dat gaat van :

1. het corrigeren van de fout (editienummer,V.I.-nummer)
2. tot het markeren van een record met een “flag”, die aan de anomalie wordt gekoppeld (abnormaal tarief voor een verstrekking, enz.),

3. het verwerpen van de onbruikbare record (onbestaand codenummer, enz.),

4. of zelfs het verwerpen van het onbruikbare verblijf (onbestaand ziekenhuis, onbestaande opnamedienst in het ziekenhuis, data buiten de periode, enz.).

Het aantal verkeerde verblijven, records en verstrekkingen alsook het overeenstemmende bedrag worden berekend voor elke controle, voor elk recordtype en voor alle AZV van elke V.I.. Dezelfde informatie wordt voorgesteld in de vorm van een overzichtstabel per record naargelang ze verworpen, "geflagd" of correct zijn.

Wanneer de controles onaanvaardbare fouten aan het licht brengen, vraagt het RIZIV de betrokken V.I. om gecorrigeerde dragers. Zoniet worden de gecontroleerde bestanden van de zeven VI in een enkel bruikbaar bestand verenigd. De fouten, die nog in de records van dat bestand aanwezig zijn, worden duidelijk met een "flag" aangegeven; ze brengen de interpretatie van het verblijf niet in gevaar en kunnen over het algemeen, gemakkelijk worden gecorrigeerd (verkeerd tarief).

In de praktijk worden de "flags" in een bijkomende kolom geschreven, die bij elke record wordt gevoegd. Als er in de record geen enkele anomalie is, blijft die kolom leeg; als het controleprogramma daarentegen een anomalie ontdekt, wordt de overeenstemmende "flag" in de kolom geschreven.

De "flag" die bijvoorbeeld gekoppeld is aan een probleem in verband met het bedrag voor de farmaceutische producten, is de letter N; wanneer de berekening van de gemiddelde kostprijs van het in de zone "codenummer product" vermelde product van een record van type 6 een lagere waarde geeft dan het minimumtarief of een hogere waarde dan het maximumtarief van dit product over de periode van potentiële verstrekking van editie 5 (van januari 1995 tot juni 1998) wordt de letter N in de kolom van de record geschreven. Als bovendien het vermelde terugbetalingstype niet met het productcodenummer overeenstemt, wordt die anomalie eveneens gedetecteerd en wordt de letter T (de overeenstemmende "flag") in de kolom van de anomalieën gevoegd. Een snelle blik op de inhoud van die zone laat onmiddellijk toe de eventuele fouten in een record te kennen en te corrigeren.

18.5.4 Specific quality assessment issues

Gezien de primordiale rol van de AZV-SHA gegevens voor de ziekenhuis-financiering en de begroting van de verplichte ziekteverzekering, en in acht genomen de omvangrijke validatieprocessen (zie 6.3), kunnen de AZV-SHA gegevens tot de meest betrouwbare gerekend worden.

Niettemin ontbreekt het aan een exhaustieve procesbeschrijving van de (pre)kontrole- & validatieprocedures.

18.5.5 Data access procedure

If data are to be used by non-governmental institutions, their transmission falls under the regulations of the Privacy Protection Law and preceding anonymization of health care professionals is mandatory.

As for identification numbers of health care institutions (places of care and/orstay) as well as HIS- and HPI identifiers : these require foregoing (reversible) recoding under the responsability of an appointed medical supervisor.

For a more comprehensive information on Privacy Law issues: see chapter on MKG-MFG data.

19 DOCUMENTEN STATMD

19.1 DESCRIPTION

Gegevens over de uitgaven die door de ziekenhuizen via magnetische drager gefactureerd worden aan de verzekeringsinstellingen. Deze statistiek laat toe het facturatiegedrag per individueel ziekenhuis te onderzoeken.

19.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		RIZIV
Naam van het register		STATMD
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption
	Subdomein(en)	Production
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Ziekenhuisfacturaties
	Hoofddiscriminant(en)	Zorginstellingen VI's
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	alle verplicht verzekerden
	Zorglijn(en)	intramuraal
Tijdsaspecten	**Start**	1994
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu maandelijks
	Stop	-

19.2 MANAGING ORGANISTION

Zie onder 1.1.1 Documenten C.

19.2.1 Responsible persons:

- Name: Georges Vereecke
  - Functie: geneesheer-inspecteur-generaal DGV
  - Telefoon: 02 739.73.50
  - E-mail: georges.vereecke@riziv.fgov.be
- Doc STATMD contact: Christiane Hubin
  - Functie: actuariaatsinpsecteur
  - Telefoon: 02 739.78.04
  - E-mail: christiane.hubin@inami.fgov.be

19.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

19.3.1 Reasons for data

KB 03/07/1996 – art. 346-353 - Zie onder 1.1.1 RIZIV - Doc C.

19.3.2 Purpose of database

De gegevens verzameld in de documenten STATMD hebben tot doel de snelheid en de regelmaat van de fakturatie per magnetische drager van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen en de boeking door de verzekeringsinstellingen op te volgen.

19.3.3 Users of data (organisations)

Maandelijks worden de resultaten gerapporteerd aan het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

19.3.4 Applications

19.3.4.1 Interne bestanden

Op basis van de gegevens van de documenten STATMD worden verschillende bestanden opgemaakt betreffende de uitgaven op de magnetische dragers van de ziekenhuizen die door de verzekeringsinstellingen worden aanvaard. Deze uitgaven vertegenwoordigen 55 tot 60% van de uitgaven geneeskundige verzorging.

De belangrijkste bestanden zijn :

- bestand met de uitgaven van de ziekenhuizen en het aantal magnetische dragers per maand van aanvaarding en per maand van verstrekking;
- bestand per ziekenhuis met de evolutie van de uitgaven, de evolutie van het aantal magnetische dragers en de evolutie voor de regelmaat en snelheid van facturatie.

19.3.4.2 Maandelijkse evolutie van de uitgaven

De nota met de maandelijkse evolutie van de uitgaven (cf. 1.1.) wordt steeds aangevuld met de evolutie van de aanvaarde uitgaven van de ziekenhuizen (gegevens STATMD) tot en met de betrokken maand (cumulatief) in vergelijking met dezelfde maand van het vorige jaar

19.3.4.3 Jaarlijkse auditnota

Aan de hand van de gegevens STATMD wordt jaarlijks een rapport opgemaakt met betrekking tot de regelmaat en snelheid van facturatie door de ziekenhuizen. In een eerste deel wordt een algemeen beeld gegeven voor alle ziekenhuizensamen. In een tweede deel wordt een profiel per ziekenhuis opgesteld.

19.3.5 New evolutions

None reported.

19.4 CONTENTS

19.4.1 Information – Description documents on the contents

De layout van de Doc STATMD is gebaseerd op de omzendbrieven, rubrieken 67 en 58[17], van het RIZIV aan de VI's m.b.t. de boekhoudkundige en statistische instructies conform de hogervermelde gecoördineerde Wet van 14-07-1994.

19.4.2 Exhaustivity

De vergoedingen in het kader van de vrije, aanvullende ziekteverzekering, evenals de internationale conventies worden niet geregistreerd.

19.4.3 Evolution of contents

De layouts wordt regelmatig aangepast in functie van de evolutie van de RIZIV-omzendbrieven (de zgn. bijwerkingen).

19.4.4 Variables & parameters

19.4.4.1 M.b.t. de opmaak van de magnetische dragers

De snelheid wordt gemeten door middel van een aantal dagen die verlopen tussen twee data. Hier is dat de tijdsspanne, in dagen uitgedrukt, die verloopt tussen de laatste dag van de maand van prestatie, en de dag van opmaak van de magnetische drager door het ziekenhuis.

Als 'snel' wordt beschouwd als die tijdsspanne minder dan 30 dagen bedraagt. Als 'traag' wordt beschouwd als die berekende tijdsspanne méér dan 90 dagen bedraagt. Daartussen is de parameter 'gemiddeld'.

De regelmaat wordt gemeten aan de hand van de variatiecoëfficiënt, die de relatievespreiding weergeeft in de verdeling van een beschouwde periode. De beschouwde periode is hier de periode die nodig is voor de opmaak van de magnetische dragers door de ziekenhuizen ; ze wordt gemeten aan de hand van het aantal dagen die verlopen tussen de laatste dag van de prestatiemaand en de dag van opmaak van de magnetische drager.

De facturatie is als regelmatig te beschouwen als een ziekenhuis haar prestaties altijd na een +/ gelijke periode opneemt in de magneetbanden.

De facturatie wordt als 'regelmatig' beschouwd, als de variatiecoëfficiënt < 0,2. De facturatie wordt als 'onregelmatig' beschouwd als de variatiecoëfficiënt méér dan 1 bedraagt. Daartussen is de parameter 'middelmatig'.

[17] De omzendbrieven van het RIZIV worden gerubriceerd volgens een intern analytisch klassement (te bekomen op http: //www.riziv.be/presentation/nl/publications/prices/index.htm).

19.4.4.2 M.b.t. de aanvaarding van de magnetische dragers

De snelheid wordt gemeten door middel van een aantal dagen die verlopen tussen twee data. Hier is dat de tijdsspanne, in dagen uitgedrukt, die verloopt tussen de dag van opmaak van de magnetische drager door het ziekenhuis, en de laatste dag van de maand van aanvaarding van die magnetische drager door de verzekeringsinstelling.

Als 'snel' wordt beschouwd als de tijdsspanne tussen de dag van opmaak van de magnetische drager en de datum van aanvaarding, nl. de laatste dag van de betreffende maand, minder dan 30 dagen bedraagt. Als 'traag' wordt beschouwd als die berekende tijdsspanne méér dan 90 dagen bedraagt. Daartussen is de parameter 'gemiddeld'.

De regelmaat wordt gemeten aan de hand van de variatiecoëfficiënt, die de relatievespreiding weergeeft in de verdeling van een beschouwde periode. De beschouwde periode is hier de periode die nodig is voor de aanvaarding van de magnetische dragers door de verzekeringsinstellingen, zoals hierboven omschreven.

De aanvaardingsperiode is als regelmatig te beschouwen als de magnetische banden altijd na een +/- gelijke periode door de verzekeringsinstellingen worden aanvaard.

De aanvaardingsperiode wordt als 'regelmatig' beschouwd, als de variatiecoëfficiënt < 0,2 . De aanvaardingsperiode wordt als 'onregelmatig' beschouwd als de variatiecoëfficiënt méér dan 1 bedraagt. Daartussen is de parameter 'middelmatig' .

19.4.4.3 Bij de totale aanvaardingsperiode van de magnetische dragers

De snelheid wordt gemeten door middel van het aantal dagen die verlopen tussen twee data, en hier is dat de tijdsspanne, in dagen uitgedrukt, die verloopt tussen de laatste dag van de maand van prestatie, en de laatste dag van de maand van aanvaarding van de magnetische drager door de verzekeringsinstellingen.

Als 'snel' wordt beschouwd als de tijdsspanne tussen de maand van verstrekking en de maand van aanvaarding, in dagen uitgedrukt, minder dan 45 dagen bedraagt. Als 'traag' wordt beschouwd als die berekende tijdsspanne méér dan 120 dagen bedraagt. Daartussen is de parameter 'gemiddeld'.

De regelmaat wordt gemeten aan de hand van de variatiecoëfficiënt, die de relatievespreiding weergeeft in de verdeling van een beschouwde periode. De beschouwde periode is hier de periode die nodig is voor het geheel van de opmaak en aanvaarding van de magnetische dragers, nl. de totale aanvaardingsperiode, zoals hierboven omschreven.

De totale aanvaardingsperiode is als regelmatig te beschouwen als deze periode in de tijd ongeveer constant blijft.

De totale aanvaardingsperiode wordt als 'regelmatig' beschouwd, als de variatiecoëfficiënt < 0,2. De totale aanvaardingsperiode wordt als 'onregelmatig' beschouwd als de variatiecoëfficiënt méér dan 1 bedraagt. Daartussen is de parameter 'middelmatig'.

De parameters met betrekking tot de totale aanvaardingsperiode werden bekomen na exploitatie van de beschikbare gegevens. Ze zijn dus niet het resultaat van een optelling van de parameters met betrekking tot de opmaak en

de aanvaarding. Vandaar dat lichte verschillen kunnen vastgesteld worden als men de parameters van de snelheid voor opmaak en aanvaarding zou sommeren en vergelijken met de snelheid voor de totale aanvaardingsperiode.

19.4.5 User experience (problems) :

None reported.

19.5 TIME CHARACTERISTICS

19.5.1 Periodicity of updates

Monthly data transmissions by SFF.

19.5.2 Longitudinality

Longitudale studies (facturatie- resp. boekingstermijnen) zijn enkel mogelijk op het niveau van de ziekenhuizen resp. de VI's.

19.5.3 Period covered by the data

Doc STATMD: gestart sinds 1994 en tot op heden.

19.6 DATA PROCESS

19.6.1 Information – description documents on the dataprocess

Er bestaat geen globaal geïntegreerde documentatie over de datastream.

19.6.2 Datasources (organisations/databases)

National Sickness Fund Federations.

19.6.3 Data process plan

Maandelijks komen per VI de bestanden op diskette toe in de sectie profielen van de DGV van het RIZIV. De gegevens worden gecopieerd, gelezen en opgeladen als db2-tabellen op de mainframe door het ICT. Daarop wordt er onmiddellijk exploitatie gedaan.

19.6.4 Data quality plan

KB 1996-07-03 (Art. 349): bij het op stellen van de in de artikelen 347, 348, (350, 351 en 351bis) voorziene statistische tabellen wordt door de verzekeringsinstellingen een validiteitscontrole uitgevoerd op de in te brengen gegevens. De lijst van de te controleren elementen wordt opgesteld door het Verzekeringscomité.

19.6.5 Data access procedure

Gezien het hier slechts gaat om opvolging van de facturatietermijnen van de ziekenhuizen enerzijds en boekingstermijnen van de VI's anderzijds, zijn deze

gegevens slechts geschikt voor studies i.v.m. de budgettering uitgaven verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Legal aspects : if data are to be used by non-governmental institutions, the identification numbers of health care institutions (places of care and/orstay) require foregoing (reversible) recoding under the responsability of a appointed medical supervisor.

20 DOCUMENTEN PAT

20.1 DESCRIPTION

Jaarlijkse statistische tabellen betreffende het aantal patiënten – het 'patiënteel' - van de algemeen geneeskundigen.

20.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		RIZIV
Naam van het register		Doc. PAT
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption
	Subdomein(en)	Utilization Practice volume
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Aantal patiënten (patiënteel)
	Hoofddiscriminant(en)	Algemeen geneeskundigen
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	alle verplicht verzekerden
	Zorglijn(en)	extramuraal
Tijdsaspecten	**Start**	1994
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu semesterieel
	Stop	-

20.2 MANAGING ORGANISTION

Zie onder 1.1.1 Documenten C.

20.2.1 Responsible persons:

- Name: Jean-Paul Dercq
  - Functie: adviseur-generaal Sectie Profielen DGV
  - Telefoon: 02 739.78.50
  - E-mail: jeanpaul.dercq@riziv.fgov.be
- Doc PAT contact: Laurent Mercier
  - Functie: administratief medewerker
  - Telefoon: 02 739.78.62
  - E-mail: laurent.mercier@inami.fgov.be

20.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

20.3.1 Reasons for data

KB 21/09/1999 – art. 351bis - Zie onder 1.1.1 RIZIV - Documenten C.

20.3.2 Purpose of database

20.3.2.1 Het begrip patiënteel

Het begrip patiënteel is reeds gebruikt vanaf de gegevens 1996 om de profielen op te maken van de algemeen geneeskundigen als verstrekkers en voorschrijvers. Hierdoor konden de statistieken die zijn opgesteld op basis van de patiëntencontacten vergeleken worden met de patiënteelstatistieken en kon op basis van beide variabelen een gemiddelde worden gemaakt.

Als 'afwijkende' profielen worden vastgesteld, wordt de uitleg van de geneesheren om hun profiel te verklaren door de leeftijd, het chronisch karakter van de pathologieën of de precaire sociale situatie van hun patiënten, vergeleken met de patiënteelgegevens. Het resultaat bevestigt de uitleg van de geneesheer ofwel de anomalie van zijn profiel inzake:

- Het aantal patiëntencontacten
- Het aantal verschillende patiënten in het patiënteel
- De balans tussen de raadplegingen en de huisbezoeken
- De zwaarte van de pathologieën (bijvoorbeeld leeftijd of niet overeenstemmende onderzoeken inzake medische beeldvorming)
- Voorgeschreven klinische biologie
- Voorgeschreven medische beeldvorming.

20.3.2.2 Het 'patiënteel' wordt als volgt vastgesteld :

- Voor elke geneeskundige bepalen de verzekeringsinstellingen, op basis van de meerderheidsmethode, het aantal behandelde patiënten tijdens het jaar. Dit aantal wordt opgedeeld volgens bepaalde karakteristieken (het geslacht, de sociale franchise, de leeftijdscategorie) en vormt het patiënteel van de algemeen geneeskundige. De meerderheidsmethode wordt als volgt vastgesteld :
- De verzekeringsinstellingen tellen voor elk lid het aantal raadplegingen en bezoeken bij de algemeen geneeskundigen in de loop van het betrokken boekjaar. Hierbij kunnen zich drie situaties voordoen :
    - indien het aantal raadplegingen en bezoeken van een lid nul is gedurende het boekjaar, dan wordt het lid voor geen enkel algemeen geneeskundige beschouwd als patiënt;

- indien het aantal raadplegingen en bezoeken van een lid gedurende het boekjaar groter is dan nul bij slechts één algemeen geneeskundige dan wordt het lid beschouwd als een patiënt van deze algemeen geneeskundige:
- indien het aantal raadplegingen en bezoeken van een lid verspreid is bij verschillende algemeen geneeskundigen gedurende het boekjaar, dan selecteren de verzekeringsinstellingen de algemeen geneeskundige bij wie het lid het grootste aantal raadplegingen en bezoeken heeft gehad; dit lid wordt als een patiënt van deze algemeen geneeskundige beschouwd. Bij gelijkheid van het aantal raadplegingen en bezoeken van een lid bij verschillende algemeen geneeskundigen wordt dit lid voor geen enkele algemeen geneeskundige als patiënt weerhouden.

20.3.2.3 Gebruik en nut van het begrip patiënteel

Het begrip patiënteel is nuttig voor twee soorten van problematiek: de eerste betreft de verschillende statistieken met het begrip patiëntencontact, zoals dit is gedefinieerd voor de campagnes betreffende de voorschriften inzake klinische biologie en medische beeldvorming, de tweede is een meer nauwkeurige definitie van de grote categorieën van patiënten die hun algemeen geneeskundige trouw zijn.

Met de invoering van het specifiek honorarium voor de opening van een globaal medisch dossier met als doelgroep de mensen ouder dan 50 jaar (in 2002) in een eerste fase, en daarna de uitbreiding van het GMD tot de hele bevolking, zal de trouw van de patiënt aan zijn behandelend geneesheer in hoeveelheid en continuïteit (jaarlijkse hernieuwing van het aan het GMD verbonden honorarium) kunnen worden gepreciseerd.

De typologie van die vaste patiënten zal beter kunnen worden gedefinieerd. Men beschikt weliswaar niet over de diagnoses, maar wel over de zorg-consumptie: voorschriften inzake klinische biologie en medische beeldvorming, anatomopathologische onderzoeken, nucleaire geneeskunde in vivo, kinesitherapie, verpleegkundige zorg, het verstrekken van verschillende materialen (implantaten, prothesen, rolwagentjes enz...)

- *De patiënt*

Het profiel van het patiënteel dat "trouw" is aan de algemeen geneeskundigen volgens de berekeningen wordt door patiëntenparameters verfijnd. Bepaalde van die parameters worden opgesplitst in gedetailleerde en specifieke (*) klassen:

- het geslacht: mannelijk, vrouwelijk, onbekend (voorbehouden voor pasgeborenen bij de geboorte)
- het feit van al dan niet de sociale franchise te genieten
- de sociale categorieën (*)

- de leeftijdscategorie (*)

- *Stabiliteit van het patiënteel per algemeen geneeskundige: dank zij de patiënteel-gegevens kan men een raming maken van:*
  - De evolutie van de globale stabiliteit van het patiënteel van een AG
  - De stabiliteit van de samenstelling van het patiënteel van een AG van het ene jaar op het andere in verhouding tot het aantal patiënten:
    - wat het criterium geslacht betreft
    - wat het criterium gemiddelde leeftijdscategorie betreft
    - wat het criterium van de sociale franchise betreft
    - wat het criterium WIGW-regeling betreft
    - wat de voorschriftcriteria betreft
  - De factoren die de variaties van het patiënteel bevorderen, variabelen afhankelijk van de geneesheer; periode van de beroepsloopbaan, verhuizing, tijdelijke of definitieve onderbreking van de loopbaan, vertrek naar het buitenland, aanvang of einde van de loopbaan
  - De variaties in het patiënteel, patiëntafhankelijke variabelen: volgens de geografische plaats waar de praktijk wordt uitgeoefend, de doelgroep, het beroep op verzorging, de leeftijdscategorie, het type verzekerde
  - Eventueel de belangrijke variaties die niet kunnen worden verklaard door het geheel van de bovenvermelde variabelen.

- *De geneesheer*

Het bestand patiënteel maakt het ook mogelijk om de statistieken te richten op de algemeen geneeskundige en om volgende gegevens te bekomen:

  - Het aantal algemeen geneeskundigen met patiënteel en hetgeen dit betekent in verhouding tot de variabele patiëntencontacten
  - Vergelijkingen tussen het aantal erkende AG, het aantal AG in de RIZIVprofielen en het aantal AG met patiënteel
  - De verdeling van de AG met patiënteel voor België, per gewest of per provincie, per geslacht, per leeftijdsgroep enz...

- *De verzekeringsinstellingen*

Het bestand patiënteel maakt het mogelijk statistieken op te maken over de verdeling van de patiënten per verzekeringsinstelling en de hieronder vermelde variabelen te evalueren:

- Het exhaustief karakter van de door de VI verzamelde gegevens
- Het aandeel patiënten per VI dat meestal één AG consulteert
- De evolutie van de stabiliteit van het lidmaatschap van een VI : het geheel van de patiëntenitems per VI (voorheen vermeld voor de patiënteelindicatoren) en bijgevolg het profiel van het patiënteel dat bij de VI 's is aangesloten.

- *Profielencommissie van de algemeen geneeskundigen*

Het begrip patiënteel is reeds gebruikt vanaf de gegevens 1996 om de profielen op te maken van de algemeen geneeskundigen als verstrekkers en voorschrijvers. Hierdoor konden destatistieken die zijn opgesteld op basis van de patiëntencontacten vergeleken worden met de patiënteelstatistieken en kon op basis van beide variabelen een gemiddelde worden gemaakt.

Als "afwijkende" profielen werden vastgesteld, werd de uitleg van de geneesheren om hun profiel te verklaren door de leeftijd, het chronisch karakter van de pathologieën of de precaire sociale situatie van hun patiënten, vergeleken met de patiënteelgegevens. Het resultaat bevestigde de uitleg van de geneesheer ofwel de anomalie van zijn profiel inzake:

- Het aantal patiëntencontacten
- Het aantal verschillende patiënten in het patiënteel
- De balans tussen de raadplegingen en de huisbezoeken
- De zwaarte van de pathologieën (bijvoorbeeld leeftijd of niet overeenstemmende onderzoeken inzake medische beeldvorming)
- Voorgeschreven klinische biologie
- Voorgeschreven medische beeldvorming

Die statistieken zouden kunnen worden uitgebreid tot de technische handelingen, hoewel deze voor de algemeen geneeskundigen niet het belangrijkste onderdeel van hun activiteit zijn.

20.3.3 Users of data (organisations)

- De Sectie Profielen van de DGV van het RIZIV;
- Diverse beheersorganen van het RIZIV;
- Profielencommissie van de algemeen geneeskundigen;
- De verzekeringsinstellingen.

20.3.4 Applications

Op basis van de gegevens van de documenten PAT wordt jaarlijks een bestand opgemaakt met het patiënteel van elke huisarts door de samenvoeging van de gevalideerde gegevens van de zeven verzekeringsinstellingen. Het patiënteel is uitgesplitst per sociale categorie, per leeftijd en per geslacht van de patiënt alsook of hij al dan niet geniet van de sociale franchise.

20.4 CONTENTS

20.4.1 Information – Description documents on the contents

De layout van de Doc Pat is gebaseerd op de omzendbrieven, rubrieken 66 en 54, van het RIZIV aan de VI's m.b.t. de boekhoudkundige en statistische instructies conform de hogervermelde gecoördineerde Wet van 14-07-1994.

20.4.2 Exhaustivity

- Elke methode heeft zijn limieten en systematische fouten, in dit geval voor het aan de AG toegewezen patiënteel:
    - Te klein aantal patiënten in het patiënteel omdat niet bruikbare gegevens worden ingetrokken (bijvoorbeeld ontbreken van het RIZIVnummer van de AG)
    - Discordantie tussen het jaar van de patiëntencontacten en dat van de boekhoudkundige registratie
    - Geen chronometrische harmonisering van de bestanden bij de verzekeringsinstellingen
- Niettegenstaande deze beperkende factoren is het patiënteel een meer specifieke indicator in de evaluatie van de praktijk van de algemeen geneeskundigen dan het patiëntencontact. De documenten Pat omvatten enkel uitgaven in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.
- De vergoedingen in het kader van de vrije, aanvullende ziekteverzekering, evenals de internationale conventies worden niet geregistreerd.

20.4.3 Variables

20.4.3.1 Variables - listing & formats

Zone	Description	Length	Type	Format
1	Identificatie VI	1	N	Codification
2	Boekingsjaar	4	N	YYYY
3	Identificatie geneesheer	11	N	Codification
4	Geslacht patiënt	1	N	0=onbekend, 1=man, 2=vrouw
5	MAF	1	N	0=onbekend, 1=ja, 2=neen
6	Sociale categorie	1	N	Codification
7	Leeftijdscategorie	2	N	Codification
8	Aantal patiënten	4	N	

20.4.3.2 Variables – specifications & codification

DOCUMENT PAT – ZONE 1 - Code verzekeringsinstelling

Zie DOCUMENT PAT – ZONE 1.

DOCUMENT PAT – ZONE 3 - Identificatie van de zorgverlener

Zie DOCUMENT PAT – ZONE 3; voor het 9e t.e.m. 11e cijfer van het identificatienummer:

Bekwamingscode	Bekwaming algemeen geneeskundige
001	algemeen geneeskundige met verworven rechten (uitoefening tot 31/12/1994)
001	algemeen geneeskundige zonder verworven rechten (uitoefening na 31/12/1994)
002	algemeen geneeskundige met verworven rechten (uitoefening tot 31/12/1994) + ECG
002	algemeen geneeskundige zonder verworven rechten (uitoefening na 31/12/1994) + ECG
003	erkende huisarts
004	erkende huisarts + E.C.G
005	huisarts in opleiding
006	huisarts in opleiding + E.C.G
007	erkende huisarts met erkenning in de functionele en professionele revalidatie voor gehandicapten
008	erkende huisarts, houder van een E.C.G.-getuigschrift, met erkenning in de functionele en professionele revalidatie voor gehandicapten

DOCUMENT PAT – ZONE 6 – Sociale categorieën

Algemene regeling		
Sociale categorie	Code gerechtigde (CG2)	Omschrijving
4	100	Niet beschermde persoon niet VTR
3	101	Niet beschermde persoon VTR
1	110	Loontrekkende (PUG) niet VTR
2	111	Loontrekkende (PUG) VTR
4	120	Invaliden, mindervaliden niet VTR
3	121	Invaliden, mindervaliden VTR
4	130	Gepensioneerden niet VTR
3	131	Gepensioneerden VTR
4	140	Weduwen(aars) niet VTR
3	141	Weduwen(aars) VTR
4	150	Wezen niet VTR
3	151	Wezen VTR
-	180	internat. overenkomsten niet VTR
-	181	internat. overenkomsten VTR
Regeling zelfstandigen		
5	460	mindervaliden, anderen met kleine risico's niet VTR
	461	mindervaliden, anderen met kleine risico's VTR

DOCUMENT PAT – ZONE 7 – Leeftijdscategorieën

Leeftijdscategorieën	Omschrijving
0	geboren tussen 01/01/t en 31/12/t
1	geboren tussen 01/01/t-1 en 31/12/t-1
2	geboren tussen 01/01/t-2 en 31/12/t-2
3	geboren tussen 01/01/t-3 en 31/12/t-3
4	geboren tussen 01/01/t-4 en 31/12/t-4
5	geboren tussen 01/01/t-5 en 31/12/t-5
10	geboren tussen 01/01/t-10 en 31/12/t-6
15	geboren tussen 01/01/t-15 en 31/12/t-11
20	geboren tussen 01/01/t-20 en 31/12/t-16
25	geboren tussen 01/01/t-25 en 31/12/t-21
30	geboren tussen 01/01/t-30 en 31/12/t-26
35	geboren tussen 01/01/t-35 en 31/12/t-31
40	geboren tussen 01/01/t-40 en 31/12/t-36
45	geboren tussen 01/01/t-45 en 31/12/t-41
50	geboren tussen 01/01/t-50 en 31/12/t-46

55	geboren tussen 01/01/t-55 en 31/12/t-51
60	geboren tussen 01/01/t-60 en 31/12/t-56
65	geboren tussen 01/01/t-65 en 31/12/t-61
70	geboren tussen 01/01/t-70 en 31/12/t-66
75	geboren tussen 01/01/t-75 en 31/12/t-71
80	geboren tussen 01/01/t-80 en 31/12/t-76
85	geboren tussen 01/01/t-85 en 31/12/t-81
90	geboren tussen 01/01/t-90 en 31/12/t-91
95	geboren tussen 01/01/t-95 en 31/12/t-91
96	geboren voor 01/01/t-95
98	onbekend

20.4.4 User experience (problems) :

None reported.

20.5 TIME CHARACTERISTICS

20.5.1 Periodicity of updates

Semestrial data transmissions by SFF, within six months following the end of the concerned semester.

20.5.2 Longitudinality

Longitudale studies (evoluties in patiënteel) zijn hierbij enkel mogelijk op het niveau van de alegemeen geneeskundigen.

20.5.3 Period covered by the data

Doc Pat: gestart sinds 1994.

20.6 DATA PROCESS

20.6.1 Information – description documents on the dataprocess

Er bestaat geen globaal geïntegreerde documentatie over de datastream.

20.6.2 Datasources (organisations/databases)

National Sickness Fund Federations.

20.6.3 Data process plan

Semestrieel komen per VI de bestanden op cassettes toe in de Sectie Profielen van de DGV van het RIZIV.

De gegevens worden gecopieerd, gelezen en opgeladen als db2-tabellen op de mainframe door het ICT. Daarop wordt er onmiddellijk exploitatie gedaan.

20.6.4 Data quality plan

In het KB 1996-07-03 (Art. 349) worden de kwaliteitsnormen bepaald: bij het op stellen van de in de artikelen 347, 348, (350, 351 en 351bis) voorziene statistische tabellen wordt door de verzekeringsinstellingen een validiteits-controle uitgevoerd op de in te brengen gegevens. De lijst van de te controleren elementen wordt opgesteld door het Verzekeringscomité. De uitgaven die het gevolg zijn van verwerpingen ingevolge de validiteitscontrole, komen niet in aanmerking voor boeking op de in artikel 337 bedoelde uitgavenbescheiden.

20.6.5 Data access procedure

These databases are essentially meant for internal utilization (accountancy & actuary) in the context of RIZIV's legal framework. However, for scientific studies they can be very useful for (pre)assessment and control purposes.

21 RIZIV – NOMENCLATUUR

21.1 DESCRIPTION

RIZIV-INAMI nomenclatuurcodes zijn wettelijk vastgelegde numerieke codes voor de rubricering van alle medische en paramedische honoraria, geneesmiddelen en alle overige diensten en goederen, die geheel of gedeeltelijk vergoedbaar zijn in het kader van de verplichte ziekteverzekering.

21.1.1 Typology of the database

Deze database vormt een belangrijke referentie lijst ('look up table') voor:

- tarificatie bij de VI's van geleverde (para)medische prestaties en diensten door zorgverstrekkers en zorginstellingen;
- de secundaire exploitatie door onderzoekers van Belgische databanken met gezondheidszorguitgaven, gebaseerd op deze codes.

21.2 MANAGING ORGANISTION

Zie onder 1.1.1 Documenten C.

21.2.1 Responsible persons:

- Name: Georges Vereecke
  - Functie: geneesheer-inspecteur-generaal DGV
  - Telefoon: 02 739.73.50
  - E-mail: georges.vereecke@riziv.fgov.be
- Database contact: Ronny West, Directie voor actuariële, economische en sociale studiën.
  - Functie: adjunct-adviseur
  - Telefoon: 02 739.77.93
  - E-mail: ronny.west@riziv.fgov.be

21.3 BACKGOUND - LEGAL BASE

9 AUGUSTUS 1963. - Wet tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

14 SEPTEMBER 1984 Koninklijk Besluit tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Hierin wordt ondermeer een aparte codering voorzien voor de ambulante rechthebbenden en voor de gehospitaliseerde rechthebbenden. Regelmatig worden KB's tot wijziging gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad : http: //www.juridat.be/cgi_loi/wetgeving.pl .

14 JULI 1994 - gecoördineerde Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

21.4 CONTENTS

21.4.1 Information – Description documents on the contents

Uitgebreide documentatie met updating te vinden op:
http: //www.riziv.be/care/nl/nomenclature/nomenclature-texte.htm

http: //www.riziv.be/care/fr/nomenclature/nomenclature-texte.htm

21.4.2 Definitions

- Nomenclatuurcodes worden als dusdanig gepubliceerd in het K.B. van 14 september 1984[18] tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Wijzigingen en aanvullingen hierop verschijnen zeer regelmatig in het Belgische Staatsblad, na goedkeuring door het Verzekeringscomité van het RIZIV.
- Pseudo-nomenclatuur codes werden ingevoerd door de 'Technische boekhoud-kundige en statistische commissie' van het RIZIV ter rubricering van een gevarieerd gamma van:
  - uitgaven die in de nomenclatuur zijn omschreven maar niet gecodeerd, bijv. opname- en dagforfaits, dagplafondcodes, etc.;
  - uitgaven die niet in de nomenclatuur maar in akkoorden of overeen-komsten zijn omschreven.
  - voor de rubricering van een vergoedingklasse beschreven in het kader van overeenkomsten, heeft het RIZIV hieraan ook een nummer toegewezen. Deze overeenkomsten zijn specifiek per instelling of per pathologie.
- Specifieke codes voor farmaceutica zijn opgenomen in een andere databank.

21.4.3 Mathematische structuur van de nomenclatuurcodes

Elke code heeft bestaat uit zes cijfers: een kernnummer van 5 cijfers, gevolgd door een check-digit in zesde positie (zie tabel):

1. het kernnummer begint bij 10101 en loopt op tot 99996, waarbij het 5e cijfer nooit boven de waarde 6 uitstijgt;
2. het controlecijfer (check-digit) is gelijk aan de rest van de deling van het kernnummer door 7 (modulus 7);

[18] Historisch gesproken gaat de RIZIV-nomenclatuur natuurlijk veel verder terug dan september 1984: daarvoor waren de codes in viercijferig formaat, zonder check-digit.

3. de volgende codes wordt bekomen door het kernnummer telkens met een eenheid te verhogen tot het 5e cijfer de waarde zes bereikt. Voor de daaropvolgende code worden ineens 4 eenheden bijgeteld, waarna de ganse cyclus herbegint.
4. Even kernnummers vertegenwoordigen verstrekkingen voor gehospitaliseerde patiënten, oneven kernnummers verstrekkingen voor niet- gehospitaliseerde patiënten (ambulant & dagverblijven).

5-digit core number & check-digit → $\#_1$ $\#_2$ $\#_3$ $\#_4$ $\#_5$ $\#_{check}$			
Components	**5_digit base**	**ch_digit**	**full code**
Algorithms	*$N_{1 \to n}$ = 10101 → 99996*	*$N_{1 \to n}$ - INT(N_{1n} / 7) 7*	*$N_{1 \to n}$ 10 + ch_digit*
Start number	*10101*	0	101010
Increment	If N_{n-1} = # # # # 6 then N_n = N_{n-1} + 4 else N_n = N_{n-1} + 1		
Endpoint	*99996*	1	999961
theoretical maximum number of codes =			62.929

Mathematisch zijn aldus 62.929 verschillende codes beschikbaar. Op dit ogenblik (eind 2005) zijn er ca. 18.000 hiervan toegewezen. Door de jaren heen werden sommige codes gesupprimeerd[19]; andere, nieuwe werden ingevoerd.

21.4.4 Variabelen

Elke code heeft een aantal kenmerken zoals creatiedatum, eventueel een opheffingsdatum, een Nederlandstalige en een Franstalige omschrijving, elk ook met hun creatiedatum en eventueel wijzigingsdatum(s); verder ook de N-groep & N-subgroep waartoe de code behoort, het artikel- en subartikelnummer waaronder het terug te vinden is in de tekst van het K.B., zoniet een merker die aangeeft het hier een pseudocode betreft.

[19] But they still remain in the database for instance for retrograde studying purposes.

21.4.4.1 Groepscodes voor nomenclatuurcodes (N-groepen)

N-groepen worden gebruikt voor aggregatie van nomenclatuurcodes in 'logische' groepen. Momenteel zijn er zo 63 verschillende N-groepen gedefinieerd :

N-groep	Label_NL	Libellé_FR
N00	Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden	Surveillance des bénéficiaires hospitalisés
N01	Raadplegingen, bezoeken en adviezen van geneesheren	Consultations, visites et avis de médecins
N02	Technische geneesk. verstrekkingen - gewone verstrekkingen	Prestations techniques médicales - prestations courantes
N04	Tandverzorging	Soins dentaires
N05	Kinesitherapie	Kinesitherapie
N06	Verzorging dr verpleegkundingen, verzorgsters en ziekenoppassters	Soins donnés par infirmières, soigneuses et gardes-malades
N08	Klinische biologie - artikel 3	Biologie clinique - article 3
N10	Verlossingen - operatieve hulp	Accouchements - aide operatoire
N11	Gynecologie en verloskunde	Gynécologie et obstétrique
N12	Reanimatie	Réanimation
N13	Algemene speciale verstrekkingen	Prestations speciales générales
N14	Anesthesiologie	Anesthésiologie
N15	Aanwezigheid behand.geneesheer bij anesthesiologie - oper. hulp	Assistance médecin traitant pendant anesthésiologie - aide oper.
N16	Stomatologie	Stomatologie
N17	Dringende technische verstrekkingen - artikel 26, §1 bis	Prestations techniques urgentes - article §1 bis
N18	Oftalmologie	Ophtalmologie
N19	Dringende technische verstrekkingen - artikel 26, §1 en 1 ter	Prestations techniques urgentes - article 26, §1 et 1 ter
N20	Algemene heelkunde	Chirurgie générale
N21	Neurochirurgie	Neurochirurgie
N22	Plastische heelkunde	Chirurgie plastique
N23	Heelkunde op het abdomen	Chirurgie abdominale
N25	Heelkunde op de thorax	Chirurgie thoracique
N26	Heelkunde op de bloedvaten	Chirurgie des vaisseaux
N28	Otorhinolaryngologie	Oto-rhino-laryngologie
N30	Urologie	Urologie
N32	Orthopedie	Orthopédie
N33	Transplantaties	Transplantations
N40	Inwendige geneeskunde	Médecine interne

N41	Pneumologie	Pneumologie
N42	Gastro-entereologie	Gastro-enterologie
N45	Radiotherapie en radiumtherapie	Radiothérapie et radiumthérapie
N46	Nucleaire geneeskunde in vivo	Médecine nucléaire in vivo
N47	Nucleaire geneeskunde in vitro	Médecine nucléaire in vitro
N48	Radioisotopen	Radio-isotopes
N50	Medische beeldvorming	Imagerie médicale
N51	Percutane interventionele verstrekkingen	Prestations interventionnelles percutanées
N53	Persoonlijk aandeel voor gehospitaliseerden	Quote-part personnelle pour hospitalisés
N54	Kindergeneeskunde	Pédiatrie
N55	Cardiologie	Cardiologie
N56	Neuropsychiatrie	Neuropsychiatrie
N57	Fysiotherapie	Physiothérapie
N59	Dermato-venereologie	Dermato-vénéréologie
N60	Klinische biologie - artikel 24	Biologie clinique - article 24
N61	Aanvullend honorarium - klinische biologie	Complément d'honoraires - biologie clinique
N62	Forfaitair honorarium - klinische biologie	Honoraires forfaitaires - biologie clinique
N63	Pathologische anatomie	Anatomo-pathologie
N64	Genetische onderzoeken	Examens génétiques
N70	Toestellen	Appareils
N73	Verzorging door opticiens	Soins par opticiens
N75	Verzorging door gehoorprothesisten	Soins par acousticiens
N77	Urinaal, kunstaars en tracheacanule	Urinal, anus artificiel et canule tracheale
N79	Banden, gordels en borstprothesen	Bandages, ceintures et protheses des seins
N80	Synthesemateriaal	Materiel de synthese
N81	Dialyse	Dialyse
N85	Persoonlijk aandeel hospitalisatie	Quote-part personnelle hospitalisation
N86	Farmaceutische verstrekkingen	Prestations pharmaceutiques
N87	Ziekenhuisverpleging	Hospitalisation
N88	Revalidatie en herscholing	Rééducation fonctionnelle et professionnelle
N89	Plaatsing en reiskosten - persoonlijk aandeel preventoria	Placement et frais déplacement quote-part pers. preventoriums
N94	Projecten artikel 56	Projets article 56
N95	Vermindering verzekeringstegemoetkoming	Diminution de l'intervention
N96	Regularisaties die niet gesplitst kunnen worden	Régularisations ne pouvant pas être

		ventilées
N97	Terugstortingen remgeld	Remboursements
N98	Ten onrechte betaalde bedragen < 10 en niet gerecupereerd	Montants payés indûment inférieur à 10 francs et non récupérés
N99	Regularisatie niet uitgesplitst per document N	Regularisations non ventilées par document N

Verder zijn de meeste N-groepen nog onderverdeeld in onderscheiden subgroepen.

21.5 PROBLEMS

RIZIV nomenclature is constantly evolving, with frequent changes in accordance to accelerating evolutions in medical technology. These changes are well documented, either in hardcopy publications or in (free) downloadable text files at the RIZIV-INAMI website. However, these documents do not keep track of older, suppressed codes.

For study purposes - on databases that a fortiori lag behind the day by day practice by 2 or even more years - this very historical dimension is of primary importance. Up to now a comprehensive, validated and systematically updated central database is still not readily available (planned for begin 2006).

22 RIZIV – FARMACEUTICA

22.1 DESCRIPTION

Het gaat hier om de officiële lijst van alle in België partieel of volledig vergoedbare specialiteiten.

22.1.1 Typology of the database

This database serves as an important reference list ('look up table') for data analysts working on Belgian pharmaceutical expenditures databases.

22.2 MANAGING ORGANISTION

Zie onder 1.1.1 Documenten C.

22.2.1 Responsible persons:

- Name: Georges Vereecke
  - Functie: geneesheer-inspecteur-generaal DGV
  - Telefoon: 02 739.73.50
  - E-mail: georges.vereecke@riziv.fgov.be
- Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen:
  - E-mail: CTGCRM.database@riziv.fgov.be
- Reference list pharmaceuticals: Yoeriska Antonissen, Beheerseenheid voor farmaceutische specialiteiten.
  - Functie: apotheker
  - Telefoon: 02 739.71.44
  - E-mail: yoeriska.antonissen@riziv.fgov.be

22.3 LEGAL BASE

9 AUGUSTUS 1963. - Wet tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

14 JULI 1994 - gecoördineerde Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, Hoofdstuk III, Art. 34, eerste lid, 5 , a), b) en c).

2 SEPTEMBER 1980 - KB tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische specialiteiten en daarmee gelijkgestelde producten.

Regelmatige KB's tot wijziging hiervan zie ook Documenten PH.

22.4 CONTENTS

22.4.1 Information – Description documents on the contents

Uitgebreide documentatie te vinden op:

- https: //www.inami.fgov.be/drug/nl/index.asp#1
- https: //portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512980&_dad=portal&_schema=PORTAL
- Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium : http: //www.bcfi.be/
- ATC/DDD classificatie: http: //www.whocc.no/atcddd/

22.4.2 Variables

Farmaceutische specialiteiten worden gekenmerkt door :

- hun specialiteitsnaam;
- de farmaceutische firma verantwoordelijk voor de specialiteit qua vergoedbaarheid;
- een uniek RIZIV-identificatienummer per specialiteit; echter niet uniek op vergoedingsniveau, m.a.w. eenzelfde specialiteit kan verschillende vergoedingsniveaus vertonen;
- CNK code voor de afleveringen door publieke officina d.i. een unieke code per afleveringsvorm;
- 2 CNK codes voor afleveringen door ziekenhuisofficina; in principe zijn deze twee dezelfde voor afleveringen aan gehospitaliseerde als aan niet gehospitaliseerde patiënten; maar er zijn uitzonderingen;
- stofnaam, de chemische benaming van de werkzame stof;
- actief bestanddeel, het deel van de werkzame stof dat verantwoordelijk is voor de therapeutische werking;
- ATC code (= internationale Anatomisch-Therapeutisch-Chemische classificatie), de code die door de WHO toegekend wordt aan het actief bestanddeel;
- De DDD (= Defined Daily Dose);
- afleveringskenmerken, met name de galenische vorm, de toedieningsweg en de primaire verpakking van de farmaceutische specialiteit;
- vergoedingscategorie en de vergoedingscriteria : zodra de terugbetaling toegestaan is door de Minister van Sociale Zaken, wordt het geneesmiddel opgenomen op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten. Deze lijst is opgedeeld in verschillende hoofdstukken, in functie van de terugbetaalde indicaties of van de aard

van de geneesmiddelen.; zie http: //www.riziv.be/drug/nl/general-information/refunding/index.asp;

- opnamedatum : datum vanaf wanneer de specialiteit vergoedbaar is;
- schrappingsdatum: datum waarop de vergoedbaarheid desgevallend opgeheven werd.

22.5 PROBLEMS

The list of reimbursed pharmaceuticals is constantly evolving, with frequent changes in accordance to accelerating evolutions in pharmaceutical R&D. These changes are well documented, either in hardcopy publications or at the RIZIV-INAMI or BCFI-CBIP websites. However, both do not keep track of older, suppressed codes.

For study purposes - on databases that a fortiori lag behind the day by day practice by 2 or even more years - this very historical dimension is of primary importance. Up to now a comprehensive, validated and systematically updated central database is still not easily available (planned for begin 2006).

Deel 3 : Farmanet

VAN DE SANDE STEFAAN, KCE

23 PHARMANET – DOC OTD

23.1 DESCRIPTION

Met statistische tabellen OTD (Offices de tarification – Tarificatiediensten), 1e generatie[20], worden, per voorschrijver, gegevens ingezameld over terugbetaalde farmaceutische verstrekkingen (specialiteiten, magistrale bereidingen, steriele insulinespuiten en bijkomende wachtbedragen) die via de openbare apotheken of via ziekenhuisofficina aan niet gehospitaliserde patiënten worden afgeleverd. De inzameling van de gegevens, die opgestart is in 1997 (gegevens 1996), gebeurt via de apotheken, de tariferingsdiensten van de apothekers en de verzekeringsinstellingen; deze laatsten maken hun gegevens semestrieel over aan de Pharmanet cel van het RIZIV.

23.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		RIZIV
Naam van het register		Pharmanet 1e generatie
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption
	Subdomein(en)	Expenditure
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Uitgaven verplichte ziekteverzekering Persoonlijk aandeel patiënt
	Hoofddiscriminant(en)	Farmaceutica Voorschrijver
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	alle verplicht verzekerden
	Zorglijn(en)	extramuraal
Tijdsaspecten	**Start**	1996
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu semesterieel
	Stop	2004 → Farmanet 2e generatie
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	RIZIV-farmaceutica Erkenningsnummers
	Specificaties	Alleen vergoedbare geneesmiddelen

23.2 MANAGING ORGANISATION

Name: Farmanet – Dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV

- Address: Tervurenlaan 211, 1150 Brussels
- Contact : 02 739.77.34
- NUTS level: BE

[20] Zie Pharmanet – Doc OTDPU (2e generatie)

23.2.1 Responsible persons:

Head of dept. : André De Swaef

- Telephone: 02 739.77.09
- E-mail: andré.deswaef@riziv.fgov.be

23.2.2 Financing:

Source : RIZIV

Budget : not specified

People involved:

- Datamanager : Marc De Falleur

Telephone: 02 739 79 15

E-mail: marc.defalleur@riziv.fgov.be

- Datatransmission OTD VI : Christiane Hubin

Telephone: 02 739 78 04

E-mail: christiane.hubin@riziv.fgov.be

- Datatransmission VI RIZIV : Herman Beyers

Telephone: 02 739 77 34

E-mail: herman.beyers@riziv.fgov.be

- Beheerseenheid voor farmaceutische specialiteiten, databeheer

Yoeriska Antonissen,

Telephone: 02 739 71 44

E-mail: yoeriska.antonissen@riziv.fgov.be

Alain Muller

Telephone: 02 739 77 08

E-mail: alain.muller@inami.fgov.be

23.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

23.3.1 Reasons for data

Legal aspects :

14 JULI 1994. - Gecoördineerde Wet betreffende de Verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, Titel VII, Hoofdstuk III, Afdeling III Tariferingsdiensten - Art 165 en 166.

29 FEBRUARI 1996. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de gegevens inzake te tariferen verstrekkingen die de tariferingsdiensten aan het Rijksinstituut voor

ziekte- en invaliditeitsverzekering moeten meedelen en tot regeling van de daaraan verbonden kosten.

15 JUNI 2001. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de gegevens inzake te tariferen verstrekkingen die de tariferingsdiensten aan de verzekeringsinstellingen moeten overmaken.

15 JUNI 2001. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de erkenningscriteria voor de tariferingsdiensten.

15 JANUARI 2002. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 juni 2001 tot vaststelling van de gegevens inzake te tariferen verstrekkingen die de tariferingsdiensten aan de verzekeringsinstellingen moeten overmaken.

14 JULI 1994. - Gecoördineerde wet Verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, Titel VI, Hoofdstuk VI, Statistische Tabellen - Art. 346-353.

3 JULI 1996. - Koninklijk besluit tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 + bijlagen.

23.3.2 Purpose of database

Evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen.

De voorschrijver informeren over zijn voorschrijfgedrag en hem de mogelijkheid te geven dit gedrag te vergelijken met dat van zijn collega's.

Het laten verrichten door externe wetenschappelijke equipes van onderzoek op het gebied van farmaco-epidemiologie en farmaco-economie.

23.3.3 Users of data (organisations)

23.3.3.1 Algemene gegevens & outcome reports

- Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV ;
- Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen ;
- FOD Sociale Zaken ;
- FOD Volksgezondheid ;
- Andere FOD's ;
- Planbureau ;
- Studiediensten (sector sociale zekerheid) & onderzoekers (universiteiten …) ;
- Beroepsverenigingen, wetenschappelijke verenigingen van zorgverleners.

23.3.3.2 Individuele gegevens & outcome reports

- Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen ;
- Betrokken artsen (profielen per voorschrijver).

23.3.4 Applications

Individuele profielen per voorschrijver;

Compilatie van farmaceutische kerngetallen.

De farmaceutische kengetallen zijn uitgewerkt door het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen. Ze verstrekken gegevens met toelichtingen over de geneesmiddelen voorgeschreven door de grote groepen van voorschrijvers (huisartsen, specialisten en tandartsen) en de recente evoluties. Er zijn grafieken opgenomen met de verdelingen van de huisartsen voor een reeks indicatoren over hun voorschrijfgedrag, zie :

URL: http: //www.riziv.be/drug/nl/pharmanet/pharmaceutical-tables/index.htm

http: //www.riziv.be/drug/fr/pharmanet/pharmaceutical-tables/index.htm

23.3.5 User experiences (problems):

Obsoleet, gezien registratie gestopt eind 2004.

23.3.6 New evolutions

Met ingang van het boekjaar 2005 overschakeling op de Doc OTDPU (Pharmanet 2e generatie).

23.4 CONTENTS

23.4.1 Information – Description documents on the contents

De layout van het bestand OTD is gebaseerd op de omzendbrieven van het RIZIV aan de VI's m.b.t. de diverse factureringsinstructies conform de Wet 4-07-1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De layout van de onderliggende bestanden OTDFS (zie fig) is gebaseerd op de omzendbrieven van het RIZIV aan de tariferingsdiensten m.b.t. de diverse factureringsinstructies conform de Wet 4-07-1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

23.4.2 Exhaustivity

De vergoedingen in het kader van de vrije, aanvullende ziekteverzekering, evenals de internationale conventies worden niet geregistreerd (cf. omzend-brieven).

Afgezien hiervan blijven er nog een aantal bijzondere gevallen die kunnen ontsnappen aan de Pharmanet-registratie:

- 'Over the counter' betalingen door patiënten (vb. : een patiënt heeft zijn SIS-kaart niet bij in de apotheek, waardoor er geen aanspraak kan gemaakt worden op de derde betaler regeling. De patiënt moet dan zelf terugbetaling aanvragen aan het guichet van zijn ziekenfonds. Dergelijke gevallen passeren dus niet langs de tarificatiediensten en de VI's moeten ze zelf coderen. Hoewel ze het allen blijken te doen is er geen enkele mogelijkheid om te controleren of ze dit 100% doen. De praktijkervaring wijst uit dat sommige registratie-elementen hierbij vaak minder accuraat gecodeerd worden.
- Afleveringen aangerekend per eenheid i.p.v. per verpakking, zoals sommige specifieke producten van het Belgische Rode Kruis. Hun facturatie door de tarificatiediensten aan de VI's is niet voorzien in de instructies m.b.t. de magnetische dragers en gebeurt derhalve nog op papier. In principe worden ze dan door de VI zelf gecodeerd maar ook hier is er geen enkele garantie dat ze dit 100% doen.
- Bijzondere farmaceutische afleveringen, opgenomen in het zgn. « Hoofdstuk IVbis » worden door de apotheker rechtstreeks gefactureerd aan de VI. Het gaat hier met name om in het buitenland bestelde farmaceutica of medicinale voedingsmiddelen. Deze categorie wordt manifest slecht geregistreerd.

23.4.3 Evolution of contents

De layouts wordt regelmatig aangepast in functie van de evolutie van de RIZIV-omzendbrieven (de zgn. bijwerkingen).

23.4.4 Variables

23.4.4.1 Variable categories

De registratie-items kunnen gerangschikt worden in 4 categorieën:

Identificatiegegevens m.b.t. de voorschrijver;

Algemene patiëntgegevens en zijn sociale zekerheidsstatus, *evenwel zonder persoonsidentificatie*;

Details m.b.t. het afgeleverder farmaceutische product;

Uitgaven, zowel voor de VI als voor de patiënt (PPP)

23.4.4.2 Variables - listing & formats

Zone	Description	Type	Length	Format
1	Recordcode	N	1	"2"
2	V.I.	N	1	Codification
3	Boekingsmaand	N	4	YYMM
4	Jaar & maand aflevering	N	4	YYMM
5	Terugbetalingscategorie product	N	6	Reflist2
6	CNK code product	N	7	Reflist2
7	Tariferingsdienst	N	11	Codification
8	Sociale stand	N	3	Codification
9	Leeftijdscategorie	N	2	Codification
10	Geslacht	N	1	Codification
11	Voorschrijver	N	11	Codification
12	Bedrag V.I.	N, 2 dec	10	
13	Persoonlijke tussenkomst	N, 2 dec	9	
14	Hoeveelheid	N	4	
15	Validiteitscontrole	N	6	Codification

* Codification = specific codification rules, recorded in corresponding registration instructions.

23.4.4.3 Variables - specifications & codification

RECORDTYPE 2 ZONE 2

RUBRIEK : VERZEKERINGSINSTELLING

WIJZE VAN OPSTELLING of **CODIFICATIETABEL :**

Zie RIZIV – Doc P zone 1.

RECORDTYPE 2 ZONE 3

RUBRIEK : BOEKINGSMAAND

Maand van boeking bij de verzekeringsinstellingen.

WIJZE VAN OPSTELLING of **CODIFICATIETABEL**

RECORDTYPE 2 ZONE 4

RUBRIEK : JAAR & MAAND AFLEVERING

Deze zone bevat het jaar en de maand van aflevering van het farmaceutisch product.

WIJZE VAN OPSTELLING of **CODIFICATIETABEL :** formaat JJMM.

RECORDTYPE 2 ZONE 5

RUBRIEK : TERUGBETALINGSCATEGORIE

Met deze code wordt o.a. de terugbetalingscategorie van het betrokken geneesmiddel aangeduid, zowel voor geneesmiddelen afgeleverd door de voor

het publiek open officina's als voor geneesmiddelen afgeleverd door de ziekenhuisofficina's aan ambulante patiënten.

WIJZE VAN OPSTELLING of **CODIFICATIETABEL :**

Aangepast volgens evolutie van de nomenclatuur: zie codificatietabellen uit de bijwerkingen instructies van het RIZIV aan de VI (Reflist2).

RECORDTYPE 2 ZONE 6

RUBRIEK : CODE FARMACEUTISCH PRODUCT

Deze zone omvat de CNK code van de vergoedbare geneesmiddelen van de categorieen A, B, C, Cs, Cx. Deze zone moet steeds worden ingevuld, behalve indien het gaat om magistrale bereidingen afgeleverd aan ambulante patiënten, voor profylaxisforfaits, bloed, bloedplasma, moedermelk, radioisotopen en voor materialen en verzorgingsproducten voor mucoviscidose. In dit geval dient de zone op nul te worden gezet.

Format :
Ø7X.XXX.X (het laatste cijfer is de check-digit).

Zie bijlage 1 bij het K.B. van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten.

Dezelfde codenummers worden gebruikt voor de geneesmiddelen, afgeleverd aan in een ziekenhuis opgenomen patiënten (eenheden die voorafgegaan worden door een dubbele asterisk (**)) en voor de geneesmiddelen, afgeleverd aan patiënten voor wie een forfait voor gedeeltelijke opneming mag worden aangerekend of aan ambulante patiënten (eenheden, voorafgegaan door één asterisk (*)).

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie bijlage bij het K.B. 2/9/80 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische specialiteiten en daarmee gelijkgestelde producten. Indien de terugbetalingscategorie (vermeld in zone 5) niet verwijst naar een farmaceutische specialiteit wordt deze zone gelijkgesteld aan 0.

RECORDTYPE 2 ZONE 7

RUBRIEK : CODE TARIFERINGSDIENST

Dit is het nummer van de tariferingsdienst die de gegevens heeft overgemaakt aan de V.I.

Ingeval de uitgaven afkomstig zijn uit het circuit van de contante betaling (via de formulieren 704) moet in deze zone volgend pseudonummer voor de tariferingsdienst worden ingevuld : 92999937000.

WIJZE VAN OPSTELLING of **CODIFICATIETABEL :**

Voor de erkende tariferingsdiensten wordt gebruik gemaakt van het R.I.Z.I.V.-identificatienummer op 11 posities (zie M.B. van 23 november 1995; B.S. van 11 januari 1996).

- De posities 1 en 2 krijgen de constante waarde 9 respectievelijk 2.
- De positie 3 bevat een cijfer verwijzend naar de letter van de tariferingsdienst :

  A = 1

  B = 2

  D = 4

  E = 5
- de posities 4, 5 en 6 vormen het nummer van de erkende tariferingsdienst.
- de check-digit wordt opgenomen in de posities 7 en 8. Om de check-digit te berekenen maakt men het verschil tussen 97 en de rest van de deling waarbij het deeltal wordt gevormd door de posities 1 t.e.m. 6, en de deler gelijk is aan 97 (d.i. het grootste priemgetal, kleiner dan 100).
- de posities 9, 10 en 11 worden op "0" gezet.

RECORDTYPE 2 ZONE 8

RUBRIEK : SOCIALE STAND

Deze zone identificeert het type van rechthebbenden.

WIJZE VAN OPSTELLING of **CODIFICATIETABEL :**

Algemene regeling

Waarde	Omschrijving
100	Niet-beschermde personen (NBP)
110	Primaire uitkeringsgerechtigden (PUG)
121	Invaliden en minder-validen met voorkeurregeling (I. 100)
120	Invaliden en minder-validen zonder voorkeurregeling (I. 75)
131	Gepensioneerden met voorkeurregeling (G. 100)
130	Gepensioneerden zonder voorkeurregeling (G. 75)
141	Weduwen, weduwnaars en wezen met voorkeurregeling (W. 100)
140	Weduwen, weduwnaars en wezen zonder voorkeurregeling (W. 75)

Regeling der zelfstandigen

Waarde	Omschrijving
410	Primaire uitkeringsgerechtigden (PUG)
421	Invaliden en minder-validen met voorkeurregeling (I. 100)

420 Invaliden en minder-validen zonder voorkeurregeling (I. 75)

431 Gepensioneerden met voorkeurregeling (G. 100)

430 Gepensioneerden zonder voorkeurregeling (G. 75)

441 Weduwen, weduwnaars en wezen met voorkeurregeling (W. 100)

440 Weduwen, weduwnaars en wezen zonder voorkeurregeling (W. 75)

470 Kloostergemeenschappen (KL.)

RECORDTYPE 2 ZONE 9

RUBRIEK : LEEFTIJDSCATEGORIE

WIJZE VAN OPSTELLING of **CODIFICATIETABEL :**

In deze zone worden de leeftijdscategorieën als volgt gedefinieerd :

Leeftijdscategorieën	Omschrijving
0	geboren tussen 01/01/t en 31/12/t
1	geboren tussen 01/01/t-1 en 31/12/t-1
2	geboren tussen 01/01/t-2 en 31/12/t-2
3	geboren tussen 01/01/t-3 en 31/12/t-3
4	geboren tussen 01/01/t-4 en 31/12/t-4
5	geboren tussen 01/01/t-5 en 31/12/t-5
10	geboren tussen 01/01/t-10 en 31/12/t-6
15	geboren tussen 01/01/t-15 en 31/12/t-11
20	geboren tussen 01/01/t-20 en 31/12/t-16
25	geboren tussen 01/01/t-25 en 31/12/t-21
30	geboren tussen 01/01/t-30 en 31/12/t-26
35	geboren tussen 01/01/t-35 en 31/12/t-31
40	geboren tussen 01/01/t-40 en 31/12/t-36
45	geboren tussen 01/01/t-45 en 31/12/t-41
50	geboren tussen 01/01/t-50 en 31/12/t-46
55	geboren tussen 01/01/t-55 en 31/12/t-51
60	geboren tussen 01/01/t-60 en 31/12/t-56
65	geboren tussen 01/01/t-65 en 31/12/t-61
70	geboren tussen 01/01/t-70 en 31/12/t-66
75	geboren tussen 01/01/t-75 en 31/12/t-71
80	geboren tussen 01/01/t-80 en 31/12/t-76
85	geboren tussen 01/01/t-85 en 31/12/t-81
90	geboren tussen 01/01/t-90 en 31/12/t-91
95	geboren tussen 01/01/t-95 en 31/12/t-91
96	geboren voor 01/01/t-95
98	onbekend

RECORDTYPE 2 ZONE 10

RUBRIEK : GESLACHT

WIJZE VAN OPSTELLING of **CODIFICATIETABEL :**

Waarde : 0 = onbekend (tijdelijk); 1 = man; 2 = vrouw.

RECORDTYPE 2 ZONE 11

RUBRIEK : IDENTIFICATIE VOORSCHRIJVER

Zie RIZIV – Doc P zone 3.

RECORDTYPE 2 ZONE 12

RUBRIEK : BEDRAG VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING

Het gaat om geaggregeerde netto-bedragen (door de verzekeringsinstelling terugbetaald) voor identieke waarden van de parameters. Zie K.B. van 2 september 1980.

WIJZE VAN OPSTELLING of **CODIFICATIETABEL :**

Deze zone wordt ingevuld vertrekkend van rechts. De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal en hebben de waarde van eurocenten.

RECORDTYPE 2 ZONE 13

RUBRIEK : PERSOONLIJKE TUSSENKOMST VOOR GENEESMIDDELEN. Het gaat om de aandelen die door de patiënten betaald worden. Het gaat om geaggregeerde bedragen voor identieke waarden van de parameters.

WIJZE VAN OPSTELLING of **CODIFICATIETABEL :**

Zie het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering vergoedbare farmaceutische verstrekkingen.

Deze zone wordt ingevuld vertrekkend van rechts. De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal en hebben de waarde van eurocenten.

RECORDTYPE 2 ZONE 14

RUBRIEK : HOEVEELHEID

Het gaat om het aantal verpakkingen van het product vermeld in zone 6.

Het gaat om geaggregeerde hoeveelheden voor identieke waarden van de parameters.

RECORDTYPE 2 ZONE 15

RUBRIEK : VALIDITEITSCONTROLE

Ingeval de informatie uit deze record afkomstig is van de records uit de statistiek van de tariferingsdiensten waarop een foutmelding werd geregistreerd dan moet in deze zone de betreffende foutcode worden vermeld.

Ingeval de informatie betrekking heeft op gevalideerde gegevens dan is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

WIJZE VAN OPSTELLING of **CODIFICATIETABEL :**

De lijst met de geldige foutcodes is gepubliceerd in het document TDS (magnetische drager met de statistiek van de tariferingsdiensten).

23.4.5 Exhaustivity of database

Since the primary source of the Pharmanet circuit originates from tarification-files of reimbursed pharmaceuticals the exhaustivity is very high. Data from RIZIV – Pharmanet Cell give following percentages: 1997: 97,0 % - 1998: 98,6 % - 1999: 98,0 % - 2000: 98,6 % - 2001: 96,9 % - 2002: 99,7 %

23.4.6 User experience (problems) :

Obsolete, since registration suspended end 2004.

23.5 TIME CHARACTERISTICS

23.5.1 Periodicity of updates

De magnetische dragers met de OTD-data moeten door de VI semestrieel en niet cumulatief worden overgemaakt en dit binnen de 3 maanden na het afsluiten van het semester waarop ze betrekking hebben.

23.5.2 Longitudinality

Data can be followed over multiple years ad far as the prescriber is concerned. This is not possible for patients due to absence of UPI-registration.

23.5.3 Period covered by the data

Started 1997 to 2004.

23.5.4 Date (of versions/updates)

Since 2005 switchover to Doc OTDPU.

23.6 DATA PROCESS

23.6.1 Information – description documents on the data-process

Voor deze registratie werd een beschrijvend document opgesteld met layout en structuurgegevens evenals een gedetailleerde beschrijving en de nodige codificatieregels voor elke variabele (zone) opgenomen in het bestand. Deze layout is gebaseerd op de omzendbrieven van het RIZIV aan de VI's m.b.t. de diverse factureringsinstructies conform de gecoördineerde Wet van 14-07-1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, Titel VI, Hoofdstuk VI, Statistische Tabellen (Art. 346-353), die de verplichte gegevenstransferts van de VI's naar het RIZIV regelen (zie hoger).

Deze documenten zijn verkrijgbaar bij de coördinatiecel Pharmanet van het RIZIV (zie contact hoger).

23.6.2 Data sources (organisations/databases)

Primaire bron: farmaceutische tarificatiediensten (OTDFS-bestanden)

Secundaire bron: de VI's (OTD-bestanden).

23.6.3 Data process plan (see scheme next page)

Non-hospitalized patients present with their medical prescriptions at public pharmacies for drugdeliveries. All relevant data[21] regarding these prescriptions and deliveries are transmitted by the latter to a certified tarification office (OTD) of their choice, either electronically or on hardcopy.

OTD's store the data in a common database, including the identity of the prescribing doctor or dentist and the pharmacist.

On a monthly base OTD's communicate their data in predefined formats to the sickness funds federations (SFF), including control & validation reports. The SFF concatenate the data and pass them through to Pharmanet Cell of RIZIV every six months.

Here datafiles again are once more controlled and validated in cooperation with the MvM-SMALS (Maatschappij voor Mecanografie – Société de Mécanographie pour l'Application des Lois Sociales - a semi-governmental, non-profit organization).

MvM-SMALS, as a subcontractor of RIZIV, is responsible for ETL, concatenation and maintainance on a separate SAS-server.

Primary exploitation is done by data-analysts of the RIZIV Pharmanet Cell, producing:

- individualized profiles per prescriber ;
- various Pharmaceutical Index tables.

For optimal in depth exploitation of this unique database selected fractions of it are put a the disposal of accredited research groups for pharmaco-epidemiologic and pharmaco-economic studies.

23.6.4 Data *q*uality plan

Control and validation of data in the OTD registry circuit is a multi-level process concerning consecutively the public pharmacies, the tarification offices, the Sickness Fund Federations and finally the Pharmanet Cell of RIZIV. The process is highly elaborated and closely entangled with actual reimbursement of validated claims.

In brief this process implies:

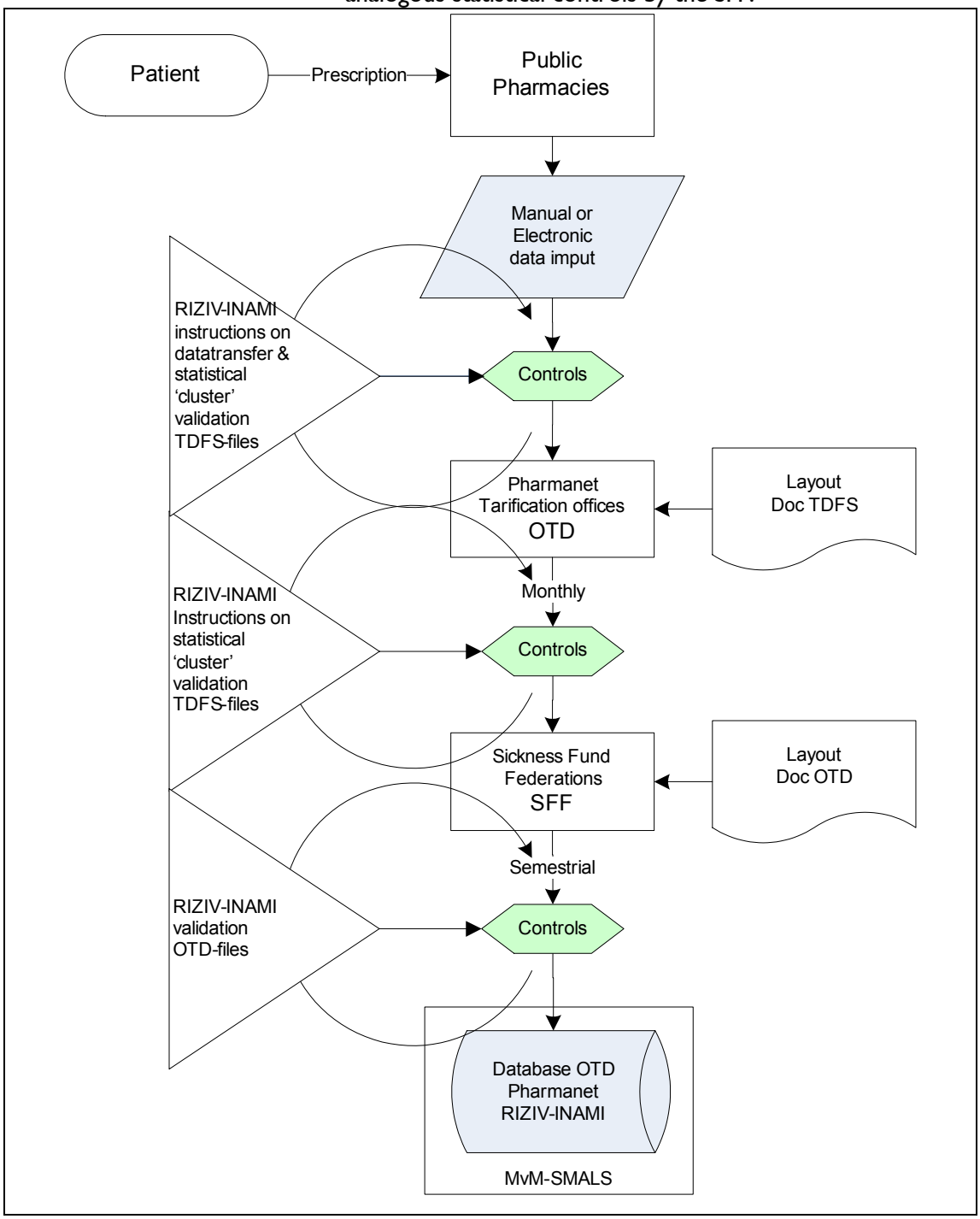
- various systematic controls by the pharmacist and his OTD of the validity of prescriptions and their conformity with Federal regulations;
- computerized controls per pharmacy of the most expensive prescriptions 22 and of randomized samples for the others, executed by each OTD;
- statistical quality assessment per pharmacy by each OTD with predefined acceptance limits (2,5% non valid), leading to acceptance or rejection of pharmacist's reimbursement claims;

---

21 Except for rather exceptional cases – see section on data exhaustivity

22 threshold yearly defined and officially published.

- extensive recording of executed controls for eventual further scrutiny by SFF or RIZIV controll officials;
- analogous statistical controls by the SFF.



23.6.5 Data access procedure

In geval van ter beschikking stelling van Pharmanet gegevens aan externe onderzoeksequipes wordt steeds het indentificatienummer van de voorschrijver geanonimiseerd, Conform de Wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Privacy Wet - PrW-LVp-LPP).

Voor aanvragen tot ter beschikking stelling van gegevens Farmanet moet volgende procedure gevolgd worden bij het Comité voor de Evaluatie van de

Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen, begeleidingscomité wat het gebruik van de Farmanetgegevens betreft. Dat Comité heeft op 22 april 1999 een procedure goedgekeurd voor het verstrekken van gegevens over terugbetaalbare geneesmiddelen in de ambulante praktijk, ingezameld in het kader van artikel 165 van de wet betreffende de verplicht verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, aan personen, instellingen of onderzoeksinstituten, die geen deel uitmaken van het RIZIV, voor wetenschappelijke en onderwijskundige doeleinden die kaderen in de zorg voor de kwaliteit van het voorschrijven. In het kader van die procedure verzoeken moeten :

- volgende inlichtingen toegestuurd worden:

  a. De rubriek waarin de aanvraag kan worden gerangschikt, meer bepaald het gebruik van gegevens voor wetenschappelijke en onderwijskundige doeleinden op het gebied van :

     - de farmacologie;
     - de (farmaco)epidemiologie;
     - de (farmaco)economie;
     - de sociologie;
     - de statistiek.

  b. Een duidelijke omschrijving van de gewenste gegevens.

  c. Het wetenschappelijk protocol. Dat protocol beschrijft de volgende punten:

     - de doelstelling(en) van het onderzoek;
     - de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie;
     - de gevolgde methodologie;
     - de wijze van rapportering van de behaalde resultaten.

  d. De namen van:

     - de verantwoordelijke onderzoeker;
     - de personen die toegang zullen hebben tot de gegevens.

  e. De plaats waar de gegevens zullen worden verwerkt.

     - Na ontvangst van de voornoemde gegevens, verifieert de Beheerseenheid voor de Farmaceutische Verstrekkingen van het RIZIV de technische haalbaarheid van de aanvraag, evenals de bijhorende kosten. Daarnaast wordt ook het advies van het Comité voor de Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen gevraagd.
     - Indien het RIZIV beslist om de gevraagde gegevens ter beschikking te stellen, wordt er een overeenkomst ondertekend tussen het RIZIV en de onderzoekersgroep met vastleggen van de eventuele kosten.

23.7 RELATED EXTERNAL REFERENCE LISTS (LOOK UP TABLES)

The OTD datafiles need an external 'look up table', i.e. tabular reference list containing specific RIZIV codification nummers for all reimbursed pharmaceutical products. This file is separately reviewed in detail in the section on RIZIV databases.

24 PHARMANET – DOC OTDPU

24.1 DESCRIPTION

Met ingang van boekingsjaar 2004 werden de statistische tabellen OTD vervangen door een uitgebreider registratiesysteem - de tabellen OTDPU – met als essentiële element de toevoeging van een unieke patiënt identificator (UPI), waardoor analyses tot op dit detailniveau mogelijk worden. Het geheel wordt in twee deelbestanden gestructureerd :

Deelbestand 'Verstrekkingen' (PH_PRS = pharma costs): de gegevens over terugbetaalde farmaceutische verstrekkingen (specialiteiten, magistrale bereidingen, steriele insulinespuiten en bijkomende wachtbedragen) die via de openbare apotheken of via ziekenhuisofficina aan niet gehospitaliserde patiënten worden afgeleverd ;

Deelbestand 'Populatie' (PH_POP = population): algemene demografische gegevens van de patiënt (geboortejaar, geslacht & ZIP code) en sociale status.

24.1.1 Typologie of database

Gegevenscollector		RIZIV	RIZIV
Naam van het register		Pharmanet 2e generatie bestand PH_PRS	Pharmanet 2e generatie bestand PH_POP
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption	Population data
	Subdomein(en)	Expenditure	Socio-economic status
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Uitgaven verplichte ziekteverzekering Persoonlijk aandeel patiënt	Sociale zekerheidsregime
	Hoofddiscriminant(en)	Farmaceutica Voorschrijver Verzekerden	Verzekerden
Bereik	**NUTS**	BE	BE
	Doelpopulatie	alle verplicht verzekerden	alle verplicht verzekerden
	Zorglijn(en)	extramuraal	extramuraal
Tijdsaspecten	**Start**	2004	2004
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu semesterieel	continu semesterieel
	Stop	-	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	RIZIV-farmaceutica Erkenningsnummers	-
	Specificaties	Alleen vergoedbare geneesmiddelen	-

24.2 MANAGING ORGANISATION

Name: Farmanet – Dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV

Address: Tervurenlaan 211, 1150 Brussels

Contact : 02 739.77.34

NUTS level: BE

24.2.1 Responsible persons:

Head of dept. : André De Swaef

Telephone: 02 739.77.09

E-mail: andré.deswaef@riziv.fgov.be

24.2.2 Financing:

Source : RIZIV

People involved: see Doc OTD

24.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

24.3.1 Reasons for data

See section on Doc OTD.

22 JANUARI 2004 - Koninklijk Besluit tot vastelling van de gegevens inzake te tariferen verstrekkingen die de *verzekeringsinstellingen* aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering moeten overmaken.

10 MAART 2005. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 juni 2001 tot vaststelling van de gegevens inzake te tariferen verstrekkingen die de *tariferingsdiensten* aan de verzekeringsinstellingen moeten overmaken.

10 MAART 2005. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 22 januari 2004 tot vaststelling van de gegevens inzake te tariferen verstrekkingen die de *verzekeringsinstellingen* aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering moeten overmaken.

24.3.2 Purpose of database

Evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen.

De voorschrijver informeren over zijn voorschrijfgedrag en hem de mogelijkheid te geven dit gedrag te vergelijken met dat van zijn collega's.

Evaluatie van patiënt consumptie inzake geneesmiddelen.

Het laten verrichten van onderzoek op het gebied van farmaco-epidemiologie en farmaco-economie.

24.3.3 Users of data (organisations)

24.3.3.1 Algemene gegevens & outcome reports

- Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.
- Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen.
- FOD Sociale Zaken

- FOD Volksgezondheid
- Andere FOD's
- VI's & IMA
- KCE
- Planbureau
- Studiediensten (sector sociale zekerheid) & onderzoekers (universiteiten …)
- Beroepsverenigingen, wetenschappelijke verenigingen van zorgverleners.

24.3.3.2 Individuele gegevens & outcome reports

- Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen.
- Betrokken artsen (profielen per voorschrijver).

24.3.4 Applications

Compilation of Pharmaceutical Indices: see section on Doc OTD.

24.3.5 New evolutions

Since this OTDPU circuit is brand-new there still a great deal te be awaited as far as 'learning curve' problems in data collection and exploitation.

24.4 CONTENTS

24.4.1 Information – Description documents on the contents

De layout van het bestand OTDPU is gebaseerd op de omzendbrieven van het RIZIV aan de VI's m.b.t. de diverse factureringsinstructies conform de Wet 4-07-1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De layout van de onderliggende bestanden OTDFS is gebaseerd op de omzendbrieven van het RIZIV aan de tariferingsdiensten m.b.t. de diverse factureringsinstructies conform de Wet 4-07-1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

24.4.2 Exhaustivity

De vergoedingen in het kader van de vrije, aanvullende ziekteverzekering, evenals de internationale conventies worden niet geregistreerd (cf. omzendbrieven).

Afgezien hiervan blijven er nog een aantal bijzondere gevallen die kunnen ontsnappen aan de Pharmanet-registratie:

- 'Over the counter' betalingen door patiënten (vb. : een patiënt heeft zijn SIS-kaart niet bij in de apotheek, waardoor er geen

aanspraak kan gemaakt worden op de derde betaler regeling. De patiënt moet dan zelf terugbetaling aanvragen aan het guichet van zijn ziekenfonds. Dergelijke gevallen passeren dus niet langs de tarificatiediensten en de VI's moeten ze zelf coderen. Hoewel ze het allen blijken te doen is er geen enkele mogelijkheid om te controleren of ze dit 100% doen. De praktijkervaring wijst uit dat sommige registratie-elementen hierbij vaak minder accuraat gecodeerd worden.

- Afleveringen aangerekend per eenheid i.p.v. per verpakking, zoals sommige specifieke producten van het Belgische Rode Kruis. Hun facturatie door de tarificatiediensten aan de VI's is niet voorzien in de instructies m.b.t. de magnetische dragers en gebeurt derhalve nog op papier. In principe worden ze dan door de VI zelf gecodeerd maar ook hier is er geen enkele garantie dat ze dit 100% doen.
- Bijzondere farmaceutische afleveringen, opgenomen in het zgn. « Hoofdstuk IVbis » worden door de apotheker rechtstreeks gefactureerd aan de VI. Het gaat hier met name om in het buitenland bestelde farmaceutica of medicinale voedingsmiddelen. Deze categorie wordt manifest slecht geregistreerd.

24.4.3 Evolution of contents

De layout en wordt regelmatig aangepast in functie van de evolutie van de RIZIV-omzendbrieven (de zgn. bijwerkingen).

24.4.4 Variables

24.4.4.1 Variable categories

De registratie-items kunnen gerangschikt worden in 4 categorieën:

Identificatiegegevens m.b.t. de voorschrijver;

Algemene patiëntgegevens en zijn sociale zekerheidsstatus, met geëncrypteerde unieke perssonsidentificator (pseudoniem);

Details m.b.t. het afgeleverder farmaceutische product;

Uitgaven, zowel voor de VI als voor de patiënt (PPP)

24.4.4.2 Variables - listing & formats

4.1.3.1 Terms & definitions

Codification = specific codification rules, listed in corresponding registration instructions.

Reflist = external reference list needed.

= double encryption, = irreversible (PrW-LVp)

= simple recoding = reversible (SCSZ-CSSS)

Ext. = for use outside RIZIV & IMA-AIM, e.g. for dates all DD are removed

→ transformation to format YYYYMM00

4.1.3.2 Deelbestand Verstrekkingen – PH_PRS

Nr zone	Beschrijving van de zone	Type gegevens	Lengte	Format
1	Identificatie zending	AN	7	Codification
2	Identificatie aanvraag	AN	6	
3	Geëncrypteerd nummer van de rechthebbende	N	15	
4	Datum van aflevering **Ext.**: Jaar-maand van aflevering	N	8	YYYYMMDD YYYYMM00
5	Code categorie	N	7	Codification
6	Jaar - maand van boeking document C	N	6	YYYYMM
7	Invoeringsbron	AN	1	Codification
8	Reserve	N	3	
9	Reserve	N	1	
10	Reserve	N	2	
11	Hoeveelheid	N	6	+/- Num
12	Reserve	N	6	
13	Bedrag VI	N	12	+/- Num, 2 dec
14	Reserve	N	12	
15	Voorschrijver **Ext.**: Voorschrijver **2 geëncrypteerd**	N	12	Codification
16	Reserve	N	12	
17	Galenische vorm magistrale bereiding	N	3	Codification
18	Nummer officina **Ext.**: **niet medegedeeld**	N	12	Codification
19	Reserve	N	1	
20	Reserve	N	3	
21	Reserve	N	3	
22	Tariferingsdienst **Ext.**: **niet medegedeeld**	N	12	Codification
23	Jaar en maand van facturering	N	8	YYYYMM00
24	Reserve	N	8	
25	Reserve	N	1	
26	Reserve	N	8	
27	Reserve	N	7	
28	Code product	N	7	Reflist2
29	Eenheid	N	2	
30	Reserve	N	7	

31	Datum voorschrift Ext.: jaar-maand voorschrift	N	8	YYYYMMDD YYYYMM00
32	Persoonlijk aandeel	N	10	+/- Num, 2 dec
33	Vermindering verzekerings-tegemoetkoming	N	10	+/- Num, 2 dec
34	Streepjescode	N	16	
35	Uitgestelde aflevering	N	1	
36	Verminderde verzekerings-tegemoetkoming	N	8	+/- Num, 2 dec
37	FILLER	AN	7	

4.1.3.3 Deelbestand Verstrekkingen - PH_POP

Nr van de zone	Beschrijving van de zone	Type gegevens	Lengte	Format
1	Nummer VI	N	1	Codification
2	Nummer zending	N	6	Codification
3	Geëncrypteerd nummer van de rechthebbende	N	15	
4	Geboortejaar	N	6	YYYY
5	Geslacht	N	1	Codification
6	NIS code	N	5	Codification
7	KG1	N	3	Codification
8	KG2	N	3	Codification
9	Reserve	N	6	
10	Reserve	N	15	
11	Referentie zending	AN	8	

24.4.4.3 Variables - specifications & codification

4.1.3.4 Deelbestand Verstrekkingen – PH_PRS

VERSTREKKINGEN - ZONE 1

RUBRIEK : Identificatie van de zending

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Codificatie : XYYYYKN met :

X = nr. van de VI (1, 2, 3, 4, 5, 6 of 9)

YYYY = jaar

K = het kwartaal van het jaar (1, 2, 3 of 4)

N = nr. van de zending (1 als eerste versie, 2 als tweede versie, enz.)

VERSTREKKINGEN - ZONE 2

RUBRIEK : Identificatie aanvraag

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Inwendige codificatie bij de VI.

VERSTREKKINGEN - ZONE 3

RUBRIEK : Gecodeerd nummer van de rechthebbende

Deze zone bevat het uniek nummer van de rechthebbende. Dit nummer wordt bekomen na een dubbele codering, een eerste maal door de VI en een tweede maal door de intermediaire organisatie.

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Na een dubbele codering wordt aan iedere rechthebbende een uniek nummer toegekend. Dit nummer blijft onveranderd in de tijd en over de verschillende zendingen, inbegrepen in geval van wijziging van verzekeringsinstelling.

VERSTREKKINGEN - ZONE 4

RUBRIEK: Datum van aflevering

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

YYYYMMDD met YYYY = jaar; MM = maand van het jaar (01 tot 12); DD = dag van de maand (01 tot 31)

VERSTREKKINGEN – ZONE 5

RUBRIEK : Code categorie

Met deze code wordt o.a. de terugbetalingscategorie van het betrokken geneesmiddel aangeduid. In geval van uitgestelde aflevering (zone 35 = 1) mag de inhoud van zone 5 op 0 gezet worden.

Wat de geneesmiddelen betreft waarvan sprake is in het KB van 24-3-2004 (BS van 29-3-2004), m.b.t. de anticonceptie bij jongeren, hebben de VI de keuze wat de wijze van overdracht van de gegevens van het 2e trimester 2004 tot het 2e trimester 2005 betreft (met dien verstande dat de uitgaven, de gecodeerde nrs van de rechthebbenden en de producten die betrekking hebben op het KB van 24-3-2004 kunnen worden teruggevonden).

Vanaf het 3e trimester 2005, worden de gegevens overgemaakt waarbij op evenveel records onderscheid wordt gemaakt tussen enerzijds de verzekeringstegemoetkoming geldig voor alle patiënten (record "verplichte verzekering", geen record als het gaat om een niet vergoedbaar D-produkt) en anderzijds een specifieke tegemoetkoming als gevolg van het KB van 24-3-2004 (record "contraceptie jongeren"). Voorbeelden staan in bijlage 3.

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

De codificatie van deze zone is identiek aan die van de zone type 40 zone 4 van de Farmanet-stroom tussen de TD en de VI. Indien er een nieuwe code wordt toegevoegd aan die stroom dan moet die ook hier worden hernomen zonder dat de bijwerking van de huidige instructies moet worden afgewacht.

Waarde	Omschrijving
0750514	Specialiteiten categorie SA
0750536	Specialiteiten categorie SB
0750551	Specialiteiten categorie SC
0750573	Specialiteiten categorie SCs
0750595	Specialiteiten categorie SCx
0755510	Dieetvoeding voor medisch verbruik categorie DA
0755532	Dieetvoeding voor medisch verbruik categorie DB
0755554	Dieetvoeding voor medisch verbruik categorie DC
0755576	Dieetvoeding voor medisch verbruik categorie DCs
0755591	Dieetvoeding voor medisch verbruik categorie DCx
0755716	Diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen categorie MA
0755731	Diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen categorie MB
0755753	Diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen categorie MC
0755775	Diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen categorie MCs
0755790	Diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen categorie MCx
0750234	Magistrale bereidingen categorie 1
0750256	Magistrale bereidingen categorie 2
0750293	Magistrale bereidingen categorie 4
0750315	Detailrecord betreffende magistrale bereiding
0755031	Honoraria en forfaits Mucoviscidose
0755355	Honoraria en forfaits Dieetvoeding voor medisch gebruik HFD
0755370	Honoraria en forfaits Zuurstof
0754736	Steriele insulinespuiten
0750153	Verbandmateriaal (lijst 5)
0754412	Wachthonorarium

Codes geschrapt uit de instructies in juli 2003:

Waarde	Omschrijving
0750632	Zuurstofgas
0750654	Vloeibaar zuurstof
0750470	Specialiteiten categorie Bg
0750455	Specialiteiten categorie Cg
0754036	Contrastmiddelen afgeleverd in de officina's aan niet opgenomen zelfstandigen
0755053	Mucoviscidose - Lege infusiehulpmiddelen
0755075	Mucoviscidose – Verhuur infusiepompen
0755090	Mucoviscidose – Voorgevulde reservoirs voor infusiepompen
0755112	Mucoviscidose – Lege reservoirs voor infusiepompen
0755134	Mucoviscidose – Forfait voor de medische hulpmiddelen voor zelf-vulling
0755156	Mucoviscidose – Forfait voor de medische hulpmiddelen voor toediening en verzorging
0755171	Mucoviscidose – Vullingshonoraria

Specifieke codes Terugbetaling Anticonceptie bij jongeren geboekt in de administratiekosten (record "Anticonceptie bij jongeren »)

Waarde	Omschrijving
0752813	Anticonceptie bij jongeren farmaceutische specialiteiten van klasse 1
0752835	Anticonceptie bij jongeren farmaceutische specialiteiten van klasse 2
0752850	Anticonceptie bij jongeren farmaceutische specialiteiten van klasse 3
0752872	Anticonceptie bij jongeren farmaceutische specialiteiten van klasse 4
0752894	Anticonceptie bij jongeren farmaceutische specialiteiten van klasse 5
0752916	Anticonceptie bij jongeren medische hulpmiddelen van klasse 1
0752931	Anticonceptie bij jongeren medische hulpmiddelen van klasse 2
0752953	Anticonceptie bij jongeren medische hulpmiddelen van klasse 3
0752975	Anticonceptie bij jongeren medische hulpmiddelen van klasse 4
0752990	Anticonceptie bij jongeren medische hulpmiddelen van klasse 5

Mededeling CNK-codes voor de magistrale bereidingen.

Indien de inhoud van zone 5 gelijk is aan 0750234, 0750256 of 0750293 dan moet in zone 17 de galenische vorm worden vermeld, in zone 13 het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming, in zone 11 het aantal modules en in zone 32 het persoonlijk aandeel;

de eenheid in zone 29, de streepjeskode in zone 34 en de productcode in zone 28 is dan gelijk aan nul.

Indien de inhoud van deze zone gelijk is aan 0750315 en bijgevolg verwijst naar het detail van een magistrale bereiding dan is de inhoud van zone 13, zone 32, zone 33 en zone 36 gelijk aan nul, zone 11 vermeldt de totale hoeveelheid van het product vermeld in zone 28, zone

29 duidt de eenheid aan waarin de hoeveelheid (vermeldt in zone 11) wordt uitgedrukt, in zone 28 komt de CNK-code van het betreffende product.

In de overige zones worden de waarden uit de voorafgaande record met de categoriecode van het magistraal product overgenomen.

Per magistrale bereiding worden de belangrijkste componenten meegedeeld in records met zone 5 = 0750315.

Het aantal detailrecords dat volgt op een basisrecord van een magistrale bereiding is niet vooraf te bepalen en kan ook nul zijn.

De vermelding van de detailrecords (0750315) is facultatief zolang dit het geval is in de stroom tussen de Tariferingsdiensten en de Verzekeringsinstellingen.

Voorbeelden van magistrale bereidingen

Voorschrift voor een patiënt met rechthebbendecodes 110/110

R/ - Water Dalibour 20 g (0507723)

- Water BF V 80 g (0507541)

tarifering : Terugbetalingsbasis = 4,78 euro; P.A. = 1,00 euro; bedrag V.I. = 3,78 euro

R/ Zalf - Hydrocortisonacetaat 1 g (0527713)

- Eucerine 99 g

tarifering : Terugbetalingsbasis = 14,64 euro; P.A. = 2,00 euro; bedrag V.I. = 12,64 euro

R/ Compressen EXSUPAD 1 doos (0572859)

tarifering : Terugbetalingsbasis = 3,64 euro; P.A. = 1,00 euro; bedrag V.I. = 2,64 euro

INHOUD VAN DE ZONES OP DE MAGNETISCHE DRAGER:

Zone 5	Zone 13	Zone 11	Zone 29	Zone 32	Zone 17	Zone 28
Code categ.	Bedrag V.I.	Hoeveelheid	Eenheid	Bedrag pat.	Galen. vorm	Code product
750234	3,78	1		1,00	022	
750315	0	20	0	0		0507723
750234	12,64	1		2,00	032	
750315	0	1	0	0		0527713
750293	2,64	1		1,00	090	
750315	0	8	08	0		0572859

VERSTREKKINGEN - ZONE 6

RUBRIEK : Jaar en maand van boeking Documenten C

Jaar en maand van boeking in het boekhoudplan document C en N - RIZIV

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

YYYYMM met : YYYY = boekingsjaar & MM = boekingsmaand (01 tot 12)

VERSTREKKINGEN - ZONE 7

RUBRIEK : Invoeringsbron

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Inwendige codificatie bij de VI.

VERSTREKKINGEN - ZONE 11

RUBRIEK : Hoeveelheid

Het gaat om het aantal verpakkingen voorgeschreven per afzonderlijk recept (productcode). De normale waarde is 1 (in principe is slechts 1 verpakking per voorgeschreven product toegelaten).

Voor de specialiteiten waarvoor in de kolom "opmerkingen" in de bijlage I bij het K.B. van 21 december 2001 een "M" voorkomt kan de waarde groter zijn dan 1.

Indien een streepjescode wordt vermeld, dan is de zone steeds gelijk aan 1.

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Indien het gaat om wachthonoraria moet steeds de waarde 1 worden vermeld.

Deze zone wordt ingevuld vertrekkend van rechts.

Het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.

Indien het gaat om magistrale bereidingen (zone 5 = 0750234, 0750256 of 0750293) dan wordt hier het aantal modules vermeld.

Indien het gaat om een bestanddeel van een magistrale bereiding (zone 5 = 0750315) dan komt hier de totale hoeveelheid van het product vermeld in zone 28, uitgedrukt in de eenheid volgens de code vermeld in zone 29.

Voor steriele insulinespuiten moet de waarde 1 worden vermeld per schijf van 10 spuiten (met een maximum van 3 schijven).

Ingeval zone 35 = 1 mag de inhoud van deze zone gelijk zijn aan nul.

Indien de zone 5 = 0755053, 0755075, 0755090 of 0755112 dan wordt het aantal afgeleverde eenheden vermeld in deze zone.

Indien de zone 5 = 0755031, 0755355, 0755370, 0755134 of 0755156, dan wordt het aantal forfaits vermeld in deze zone.

VERSTREKKINGEN - ZONE 13

RUBRIEK : Bedrag verzekeringstegemoetkoming

Het betreft het bedrag dat door de verzekeringsinstelling terugbetaald wordt (nettobedrag), zonder aftrek van de vermindering opgelegd bij K.B. van 29 maart 2002. Zie K.B. 21 december 2001 en 18 februari 2002.

Voor de records die betrokken zijn bij de tussenkomst voorzien in het KB van 24-3-2004, hebben de VI de keuze tot het 2de trimester 2005 wat de wijze van overdracht betreft. Vanaf het 3^{e} trimester 2005, herneemt het record “Verplichte verzekering » de normale verzekeringstussenkomst voor het product in kwestie. Het record “Anticonceptie bij jongeren” herneemt de specifieke tussenkomst voorzien in het KB van 24-3-2004 (vanaf het 3^{e} trimester 2005).

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Deze zone wordt ingevuld vertrekkend van rechts.

Het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

Indien het een detailrecord van een magistrale bereiding betreft (zone 5 = 0750315) dan is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

Indien zone 35 = 1 dan is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

VERSTREKKINGEN - ZONE 15

RUBRIEK : Identificatie voorschrijver

In deze zone moet de identiteit van de voorschrijver worden vermeld.

Indien het gaat om een buitenlandse voorschrijver, moet volgend pseudo-identificatienummer gebruikt worden: 01.00000 07 999.

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Het identificatienummer van de voorschrijvers is als volgt gestructureerd:

A	B	C	D
Beroep	Volgnummer	Check-digit	Bekwaming

Coderingsplan van de zorgverstrekkers.

Opmerking : Het identificatienummer van de zorgverstrekkers wordt steeds voorafgegaan door een nul.

A. Beroep (1e cijfer van het identificatienummer).

1 geneesheren

3 tandheelkundigen

B. Volgnummer (2e t.e.m. 6e cijfer van het identificatienummer).

1) geneesheren.

2e cijfer: provinciale orde

3e t.e.m. 6de cijfer: identificatienummer, toegekend door de provinciale Orde van de geneesheren.

2) Tandheelkundigen.

2e en 3e cijfer: de twee laatste cijfers van het jaar waarin het diploma is behaald op grond waarvan de tandheelkunde mag worden beoefend;

4e , 5e en 6e cijfer: het volgnummer in bedoeld jaar.

C. Check-digits (7e en 8e cijfer van het identificatienummer)

Het getal, ingeschreven in de posities 7 en 8 is gelijk aan het verschil tussen

1) 97, en

2) de rest van de deling waarvan het deeltal wordt gevormd door de cijfers van de posities 1 t.e.m. 6 van het inschrijvingsnummer, en de deler gelijk is aan 97 (d.i. het grootste priemgetal, kleiner dan 100).

D. Bekwaming (9e t.e.m. 11e cijfer van het identificatienummer).

Zie lijst in de instructies OTDFS – record type 40, zone 24-25.

VERSTREKKINGEN - ZONE 17

RUBRIEK : Galenische vorm magistrale bereiding

Het gebruik van deze zone is voorlopig facultatief.

Deze zone wordt enkel ingevuld indien de inhoud van zone 5 = 0750234, 0750256 of 0750293.

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Waarde	Betekenis
000	gegevens niet ingevuld
001	capsules
002	ouwels
008	zetpil volwassenen
009	zetpil kinderen
010	ovulen
011	rectiolen
013	ampullen
015	te verdelen poeders
020	oplossingen inwendig gebruik
021	oplossingen uitwendig gebruik (chronisch gebruik: 6 remgelden maximum)
022	oplossingen uitwendig gebruik (acuut gebruik: 2 remgelden maximum)
027	oogdruppels
028	ooglotions
030	zalven (chronisch gebruik: 6 remgelden maximum)
031	oogzalven
032	zalven (acuut gebruik: 2 remgelden maximum)
040	gemengde poeders of planten
071	capsules omhuld
090	afleveringen als dusdanig

VERSTREKKINGEN - ZONE 18

RUBRIEK : Nummer officina

Identificatie van de officina.

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

0xxxxxxxx000 waar xxxxxxxx het nummer van de officina is, gestructureerd als volgt:

A		B		C		D	
0	0						

Het nummer van de officina bestaat uit 8 cijfers waarvan:

A : de eerste twee posities zijn steeds gelijk aan nul;

B : de twee volgende posities duiden de provincie aan;

C : de twee volgende posities duiden de gemeente in de provincie aan;

D : de twee laatste posities zijn een volgnummer binnen de gemeente.

VERSTREKKINGEN - ZONE 22

RUBRIEK : Identificatie tariferingsdienst

Identificatie van de Tariferingsdienst die de gegevens heeft overgemaakt.

Indien de uitgaven afkomstig zijn van het circuit contante betaling (via de formulieren 704), dan moet deze zone het volgende pseudo-nummer van de tariferingsdienst bevatten: 092999937000.

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Voor de erkende tariferingsdiensten wordt gebruik gemaakt van het RIZIV-identificatienummer op 12 posities (zie M.B. van 23 november 1995, B.S. van 11 januari 1996).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0	9	2	.	.	.	.	.	.	0	0	0

Nr. Tarif. C.D. dienst

- De posities 1, 2 en 3 krijgen de constante waarde 0, 9 en 2.
- De positie 4 bevat een cijfer verwijzend naar de letter van de tariferingsdienst: A = 1; B = 2; D = 4; E = 5
- De posities 5, 6 en 7 vormen het nummer van de erkende tariferingsdienst.
- De check-digit wordt opgenomen in de posities 8 en 9.

  Om de check-digit te berekenen maakt men het verschil tussen 97 en de rest van de deling waarbij het deeltal wordt gevormd door de posities 1 t.e.m. 7, en de deler gelijk is aan 97 (d.i. het grootste priemgetal, kleiner dan 100).
- De posities 10, 11 en 12 worden op "0" gezet.

VERSTREKKINGEN - ZONE 23

RUBRIEK : Jaar en maand van facturering

Jaar en maand van facturering door de erkende tariferingsdienst.

In deze zone moet de factureringsmaand worden vermeld meegedeeld door de tariferingsdienst.

Als de gegevens niet afkomstig zijn van een tariferingsdienst (contante betaling), wordt in deze zone de boekingsmaand vermeld.

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

00YYYYMM met : YYYY = jaar & MM = maand van het jaar (01 tot12).

VERSTREKKINGEN - ZONE 28

RUBRIEK : Code product

Eén code per publiekverpakking (CNK).

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Zie bijlage bij het K.B. 21/12/2001 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische specialiteiten en daarmee gelijkgestelde producten, alsook de bijlagen bij de twee KB's van 24-10-2002 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van dieetvoeding voor medisch gebruik en van de diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen.

Zie bijlage bij het KB van 24-3-2004 wat de producten betreft, betrokken bij de tussenkomst in het kader van de Anticonceptie bij jongeren.

Indien de code categorie (vermeld in zone 5) niet verwijst naar een farmaceutische specialiteit of het detail van een magistrale bereiding of een daarmee gelijkgesteld product wordt deze zone gelijkgesteld aan 0.

Indien zone 5 = 0750234, 0750256 of 0750293 is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

Indien zone 5 = 0750315 dan wordt in deze zone een CNK-code vermeld.

<u>Zuurstof</u>

05510201	Zuurstof : 1ste forfait (tot 31 juli 2004), installatie door de apotheker (vanaf 1 augustus 2004)
05510219	Zuurstof: 2de forfait (tot 31 juli 2004), aflevering door de apotheker van een medisch hulpmiddel zonder luchtbevochtiger (vanaf 1 augustus 2004)
05510227	aflevering door de apotheker van een medisch hulpmiddel met luchtbevochtiger
05510235	installatie door een leverancier niet-apotheker
05510243	aflevering van een leverancier niet-apotheker van een medisch hulpmiddel zonder luchtbevochtiger
05510250	aflevering van een leverancier niet-apotheker van een medisch hulpmiddel met luchtbevochtiger
05510268	kost voor de coördinatie van de tarifering (administratieve kosten)

Deze codes voor zuurstof worden in de zone 5 geregroepeerd onder de pseudo-code 0755370.

<u>Mucoviscidose – K.B. 21/03/2002</u>

05510011	Voorgevulde infusiehulpmiddelen in publieke officina's

05510029 Lege infusiehulpmiddelen in publieke officina's

05510037 Verhuur infusiepompen in publieke officina's

05510045 Voorgevulde reservoirs voor infusiepompen in publieke officina's

05510052 Lege reservoirs voor infusiepompen in publieke officina's

05510060 Forfait voor de medische hulpmiddelen waarmee de rechthebbende het infusiehulpmiddel of het reservoir voor infusiepomp zelf thuis vult – publieke officina's

05510078 Forfait voor de medische hulpmiddelen voor toediening en verzorging – publieke officina's

05510086 Vullingshonoraria – publieke officina's

Deze codes voor mucoviscidose worden in zone 5 gegroepeerd onder de pseudo-code 0755031.

VERSTREKKINGEN - ZONE 29

RUBRIEK : Eenheid

Het gebruik van deze zone is facultatief zolang dit het geval is in de stroom TD-VI.

In deze zone wordt door middel van een code de eenheid aangeduid waarin de hoeveelheid vermeld in zone 11 wordt uitgedrukt. Deze zone moet enkel worden ingevuld indien zone 5 = 0750315.

Ingeval zone 35 = 1 mag de inhoud van deze zone gelijk zijn aan nul.

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Waarde	Betekenis
00	gegevens niet ingevuld
01	ml
02	mg
03	microgram
04	druppel
05	1000 eenheden
06	vierkante cm
07	liter
08	stukken
09	percent (%)
10	gram

VERSTREKKINGEN - ZONE 31

RUBRIEK : Datum voorschrift

Deze zone is facultatief. Ze wordt verplicht van zodra dit het geval is in de stroom TD-VI. Als de datum niet gekend is, wordt de zone gevuld met nullen.

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

YYYYMMDD met YYYY = jaar; MM = maand van het jaar (01 tot 12) & DD = dag van de maand (01 tot 31).

VERSTREKKINGEN - ZONE 32

RUBRIEK : Persoonlijk aandeel voor geneesmiddelen

Het gaat om het aandeel dat door de rechthebbende wordt betaald.

Voor de producten die betrokken zijn bij de tussenkomst voorzien in het KB van 24/03/2004, hebben de VI tot het 2de trimester 2005 de keuze wat de wijze van overdracht betreft. Vanaf het 3de trimester 2005 :

a) Indien het een door de verplichte verzekering terugbetaald product betreft, dan herneemt het record "Verplichte verzekering » het reëel persoonlijk aandeel ten laste van de patiënt (na aftrek van de tussenkomst van de verplichte verzekering en van de specifieke tussenkomst van het KB van 24-3-2004). Het persoonlijk aandeel bedraagt 0 in het record "Anticonceptie bij jongeren »

b) Indien het gaat om een product D dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering, dan vermeldt het persoonlijk aandeel van het record "Anticonceptie bij jongeren » het verschil tussen de publiekprijs van het product en de specifieke tussenkomst van het KB van 24-3-2004 vermeld in de zone 13

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Deze zone wordt ingevuld vertrekkend van rechts.

Het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

Indien zone 5 = 0750234, 0750256 of 0750293 dan komt hier het persoonlijk aandeel van de magistrale bereiding.

Indien zone 5 = 0750315 dan is deze zone = 0.

Indien zone 35 = 1 dan is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

VERSTREKKINGEN - ZONE 33

RUBRIEK : Vermindering verzekeringstegemoetkoming

Het betreft het bedrag van de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming opgelegd bij K.B. van 29 maart 2002.

Het bedrag van de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming moet normalerwijze een positief bedrag zijn. Bij herindiening kan dit bedrag evenwel negatief zijn.

Vanaf de gefactureerde maand januari 2004 is het percentage van het bedrag van de vermindering gekoppeld aan de afleveringsdatum van het individuele geneesmiddel.

Deze zone is pas verplicht vanaf het 1e trimester 2005.

Voor de records die betrokken zijn bij de tussenkomst voorzien in het KB van 24/03/2004, hebben de VI tot het 2de trimester 2005 de keuze wat de wijze van overdracht betreft. Vanaf het 3de trimester 2005, wordt de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming binnen elke record berekend op basis van de zone 32 "Persoonlijk aandeel ».

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Deze zone wordt ingevuld vertrekkend van rechts.

Het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

Als de prestatie geen farmaceutische specialiteit betreft die betrokken is bij het KB van 29 maart 2002 of als de informatie (facultatief tot het 4de trimester 2004) niet is doorgegeven, dan wordt de zone op 0 gelaten.

VERSTREKKINGEN - ZONE 34

RUBRIEK : Streepjescode

De streepjescode identificeert op unieke wijze een verpakking van een farmaceutische specialiteit.

Deze zone vermeldt de streepjescode die wordt meegedeeld door de Tariferingsdienst.

Het capteren van de streepjescode in de officina is slechts voorzien vanaf de afleveringen uitgevoerd op 1 juli 2004; niet alle specialiteiten afgeleverd vanaf die datum hebben noodzakelijkerwijs een streepjescode (voorraden zonder streepjescode bij de apothekers).

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Op de buitenverpakking van publiekverpakkingen van specialiteiten moet, vanaf de inwerkingtreding van de vergoedbaarheid, een unieke numerische code worden aangebracht, samengesteld uit de volgende gegevens:

1. het codenummer dat hen is toegekend krachtens het tweede lid van artikel 97 van het KB van 21 december 2001 (CNK); dit vormt de eerste 7 karakters;
2. een oplopend volgnummer; dit vormt de volgende 8 karakters;
3. een controlegetal, berekend volgens de modulo 10; dit vormt het laatste karakter.

Formule Modulo 10: het controlegetal wordt berekend volgens het volgende algoritme:

- stap 1, de som van elk tweede cijfer te beginnen van het uiterst rechtse cijfer in de code;
- stap 2, de som bekomen in stap 1 wordt vermenigvuldigd met 3;
- stap 3, alle overige cijfers in het nummer worden opgeteld;
- stap 4, de resultaten van stap 2 en van stap 3 worden opgeteld;
- stap 5, het controlecijfer is het kleinste cijfer dat, opgeteld bij het resultaat van stap 4, een veelvoud van 10 oplevert."

Als de streepjescode onbekend is, dan wordt de zone gevuld met nullen.

VERSTREKKINGEN - ZONE 35

RUBRIEK : Uitgestelde aflevering

Deze zone wordt van toepassing voor de afleveringen vanaf 1 mei 2002 (Verordening van 14 januari 2002, BS 14/02/2002).

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Waarde	Betekenis
0	Normale aflevering
1	Melding van uitgestelde aflevering (zones bedragen = 0)
2	Uitgestelde aflevering van een product

VERSTREKKINGEN - ZONE 36

RUBRIEK : Verminderde verzekeringstegemoetkoming

Het betreft het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming na aftrek van de bedragen van de vermindering uit zone 33.

Deze zone is pas verplicht vanaf het 1e trimester 2005

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Deze zone wordt ingevuld vertrekkend van rechts.

Het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

Dit bedrag is gelijk aan het verschil tussen de bedragen in zone 13 en 33.

Als de prestatie geen farmaceutische specialiteit betreft die betrokken is bij het KB van 29 maart 2002 of als de informatie (facultatief tot het 4de trimester 2004) niet is doorgegeven, dan is deze zone gelijk aan de zone 13.

4.1.3.5 Deelbestand Populatie – PH_POP

BEVOLKING - ZONE 1

RUBRIEK : Nummer VI

Identificatie van de verzekeringsinstelling.

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

1 = Landsbond der christelijke mutualiteiten

2 = Landsbond van de neutrale ziekenfondsen

3 = Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten

4 = Landsbond van liberale mutualiteiten

5 = Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen

6 = Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

9 = Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS.

BEVOLKING - ZONE 2

RUBRIEK : Nummer zending

Het nummer van de zending laat toe de extractiedatum te kennen van de inlichtingen over de rechthebbenden.

De verzending van 2 jaarlijkse situaties is voorzien: de ene op 30 juni en de andere op 31 december van ieder jaar.

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

YYYY06 = situatie op 30 juni van het jaar YYYY

YYYY12 = situatie op 31 december van het jaar YYYY.

BEVOLKING - ZONE 3

RUBRIEK : Gecodeerd nummer van de rechthebbende

Deze zone bevat het uniek nummer van de rechthebbende.

Dit nummer wordt bekomen na een dubbele codering, een eerste maal door de VI en een tweede maal door de intermediaire organisatie.

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Na een dubbele codering wordt aan iedere rechthebbende een uniek nummer toegekend. Dit nummer blijft onveranderd in de tijd en over de verschillende zendingen, inbegrepen in geval van wijziging van verzekeringsinstelling.

BEVOLKING - ZONE 4

RUBRIEK : Geboortejaar

Geboortejaar van de rechthebbende.

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

YYYY00 met :

YYYY = het geboortejaar.

999900 = geboortejaar onbekend.

BEVOLKING - ZONE 5

RUBRIEK : Geslacht

Geslacht van de rechthebbende.

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

0 = Geslacht onbekend

1 = man

2 = vrouw

BEVOLKING - ZONE 6

RUBRIEK : NIS code

NIS code van de woonplaats van de rechthebbende.

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

ABCDE met :

A = provincie

AB = arrondissement

ABCDE = gemeente

00000 = woonplaats in het buitenland.

BEVOLKING - ZONE 7

RUBRIEK : Code rechthebbende 1

De code rechthebbende 1 wordt gebruikt voor de volgende toestanden:

- alle risico's van de algemene regeling,
- enkel de grote risico's van de regeling voor de zelfstandigen,
- de internationale verdragen (identificatie van de terugbetaling waarop de verzekerde recht heeft).

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL: Formaat ABC met :

A geeft de regeling aan met als waarden:

1 = algemene regeling

4 = regeling zelfstandigen

0 = ondefinieerbare toestanden of geen recht

B geeft de categorie aan met als waarden:

0 = niet beschermde personen

1 = actieven

2 = invaliden

3 = gepensioneerden

4 = weduwen en weduwnaars

5 = wezen

6 = mindervaliden

7 = kloostergemeenschappen

8 = internationale verdragen

C geeft aan of er voorkeurregeling is of niet, met als waarden:

0 = geen voorkeurregeling

1 = wel voorkeurregeling

BEVOLKING - ZONE 8

RUBRIEK : Code rechthebbende 2

De code rechthebbende wordt gebruikt voor de volgende toestanden:

- de kleine risico's van de vrijwillige verzekering,
- de kleine risico's van de mindervaliden,

- de kleine risico's van de gevallen van dubbele aansluiting bij de regeling voor de zelfstandigen,
- de internationale verdragen (identificatie van het type van overeenkomst).

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL:

Voor de verplichte verzekering:

Algemene regeling: CR1 = CR2,

Regeling der zelfstandigen: 460 : mindervaliden 75%

461 : mindervaliden 100%.

Voor de vrije verzekering (ter informatie)

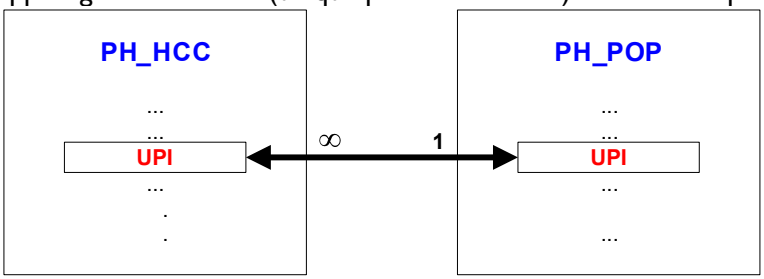
000 geen vrije verzekering

901 vrije verzekering met voorkeurtarief,

900 vrije verzekering zonder voorkeurtarief.

24.4.5 Relational scheme

Beide deelbestanden vormen één geheel via de gemeenschappelijke en identieke koppelingsvariabele UPI (unique patient identifier) in een één-op-veel relatie.



24.5 TIME CHARACTERISTICS

24.5.1 Periodicity of updates

De magnetische dragers met de OTD-data moeten door de VI semestrieel en niet cumulatief worden overgemaakt en dit binnen de 3 maanden na het afsluiten van het semester waarop ze betrekking hebben.

24.5.2 Longitudinality

Data can be followed over multiple years per prescribers as well as per patient.

24.5.3 Period covered by the data

Started 2005 (data 2004).

24.5.4 Date (of versions/updates)

Since 2005 switchover to Doc OTDPU.

24.6 DATA PROCESS

24.6.1 Information – description documents on the data-process

De layout van het bestand OTD is gebaseerd op de omzendbrieven van het RIZIV aan de VI's m.b.t. de diverse factureringsinstructies conform de Wet 4-07-1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De layout van de onderliggende bestanden OTDFS (zie fig) is gebaseerd op de omzendbrieven van het RIZIV aan de tariferingsdiensten m.b.t. de diverse factureringsinstructies conform de Wet 4-07-1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

24.6.2 Data sources (organisations/databases)

Tarification Offices: OTDFS-files

Sickness Funds Federations: OTD-files

6.1 Data process plan (see scheme)

Non-hospitalized patients present with their medical prescriptions at public pharmacies for drugdeliveries. All relevant data regarding this prescriptions and deliveries are transmitted by the latter to a certified tarification office (OTD), either electronically or in hardcopy. OTD's store the data in a common database, including the identity of the prescribing doctor or dentist.

On a monthly base OTD's communicate their data in a predefined structured files to the sickness funds federations (SFF), including control & validation reports.

The SFF again control and validate the data, concatenate them in PH_PRS-files, procede to 1st encryption of all UPI's and finally transfer the files trimestrially to their TTP (IBM) for 2nd encryption of all UPI's. 2 times a year the corresponding PH_POP-file is added.

PH_PRS and PH_POP-files are finally transmitted to Pharmanet Cell of RIZIV and IMA-AIM for exploitation.

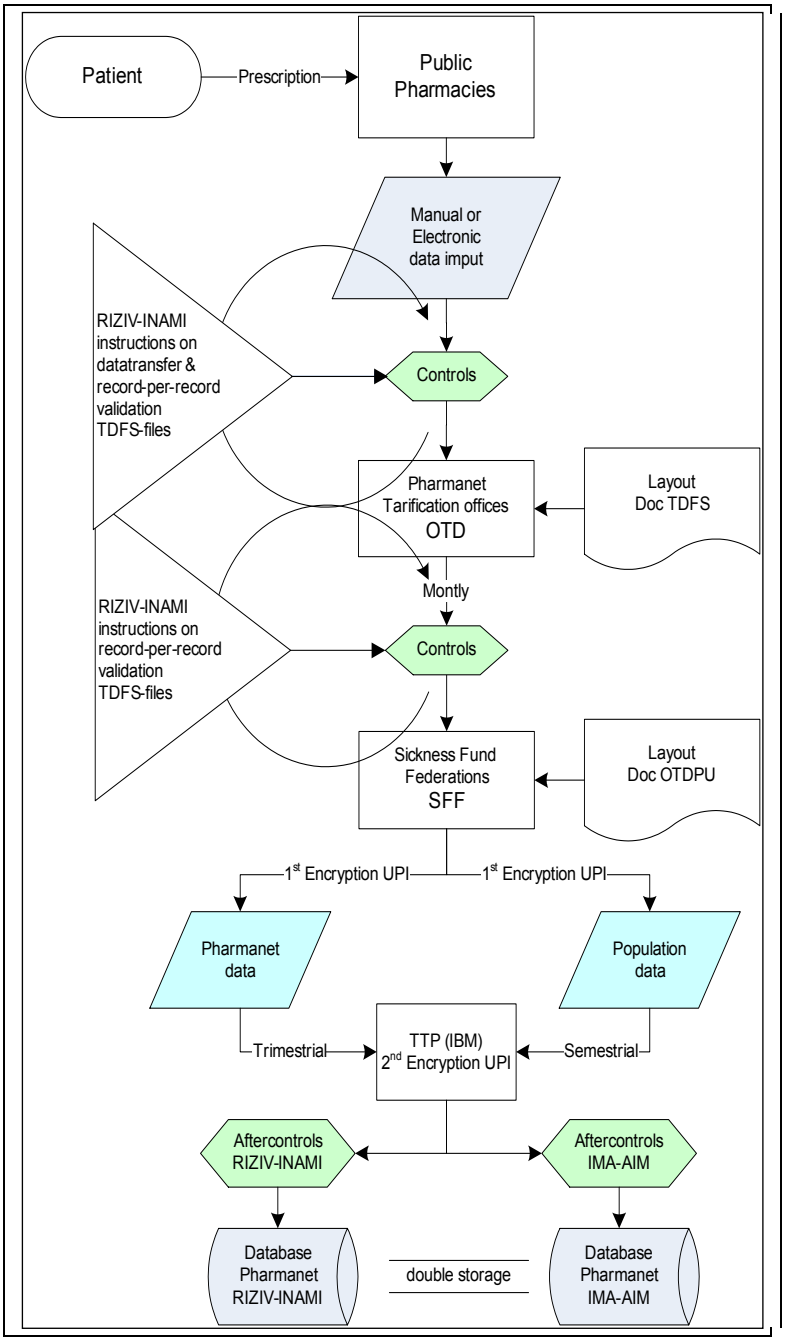
For RIZIV the data are stocked on a separate SAS-server at MvM-SMALS (Maatschappij voor Mecanografie – Société de Mécanographie pour l'Application des Lois Sociales - a semi-governmental, non-profit organization).

MvM-SMALS, as a subcontractor of RIZIV, is responsible for ETL and maintainance on a separate SAS-server.

Primary exploitation by data-analysts of the RIZIV Pharmanet Cell is still to be started.

24.6.3 Data access procedure

Aanvraagprocedures analoog als beschreven in punt 6.4. van de sectie Doc OTD moeten nog uitgewerkt worden.



24.7 RELATED EXTERNAL REFERENCE LISTS (LOOK UP TABLES)

The PH_PRS datafiles need an external 'look up table', i.e. tabular reference list containing specific RIZIV codification nummers for all reimbursed pharmaceutical products. This file is separately reviewed in detail in the section on RIZIV databases.

Deel 4 : Technische Cel

25 MKG-MFG

25.1 DESCRIPTION

De gekoppelde verblijven MKG-MFG [23] vormen een belangrijke secundaire database, tot stand komend door de tussenkomst van een daartoe bij Wet opgerichte Technische Cel (TCT), die tot taak heeft de gegevens met betrekking tot de ziekenhuizen te koppelen, te valideren en anoniem te maken.

25.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		TCT
Naam van het register		MKG-MFG
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption
	Subdomein(en)	Utilization, D&T specifications Expenditure
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	APRDRG's Uitgaven verplichte ziekteverzekering
	Hoofddiscriminant(en)	Ziekenhuisverblijven
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	volledig
	Zorglijn(en)	intramuraal
Tijdsaspecten	**Start**	1996
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	ICD-9-CM RIZIV-nomenclatuur
	Specificaties	Klassieke, niet-psychiatrische verblijven

25.2 MANAGING ORGANISATION

Name: TCT – Technische Cel – Cellule technique

Contact: techn.cel@riziv.fgov.be - tct@health.fgov.be

NUTS level: (BE)

25.2.1 Responsible persons:

- Name: Ingrid Mertens
  - Role: Hoofd Technische Cel & verantwoordelijke datamanagement FOD Volksgezondheid

[23] SHA-AZV (séjour hospitalier anonyme – anoniem ziekenhuisverblijf) wordt in de gekoppelde gegevens gewoonlijk benoemd als MFG-RFM (minimale financiële gegevens – résumé financier minimum).

- Telephone: 02 524 86 40
- E-mail: ingrid.mertens@health.fgov.be
- Secretariaat: Albert Pirongs - albert.pirongs@health.fgov.be
  02 524 86 41

- Name: Jean-Paul Dercq
  - Role: Conseiller général - Service des soins de santé - Direction Recherche Développement et promotion de la Qualité (RDQ) - INAMI
  - Telephone: 02 739 78 50
  - E-mail: jean-paul.dercq@inami.fgov.be
  - Secretariaat: Monique Germeaux - monique.germeaux@riziv.fgov.be
    02 739 78 59
- Other members of the TCT:
  - Joëlle Carton - data analyste - 02 524 86 47 - joelle.carton@health.fgov.be
  - Yves Parmentier - Responsable Datamanagement - Services généraux - Cellule Datamanagement – INAMI - 02 739 77 24

  yves.parmentier@inami.fgov.be
- Data linkage, validation & SAS-server TCT:
  - Yann Lebrun - MvM-SMALS - 02 787 54 28

  yann.lebrun@smals-mvm.be

25.2.2 Financing:

- Source: RIZIV & FOD Volksgezondheid
- Budget: het budget van de TCT wordt bij KB verdeeld over de FOD Volksgezondheid en het RIZIV. Preciese cijfers hieromtrent zijn echter niet beschikbaar (de TCT publiceert geen jaarverslagen). Art. 156 §4, tweede lid (ingevoerd door de Programmawet d.d. 24-12-2002, Art. 292, in werking tredend 01/02/2004) bepaalt : "De technische cel stelt halfjaarlijks een rapport op met de aard en bestemming van de overgedragen gegevens. Dit rapport wordt meegedeeld aan de ministers, het Kenniscentrum bedoeld in titel III, hoofdstuk 2, van de programmawet van 24 december 2002, de Multipartitestructuur bedoeld in artikel 153 en het Sectoraal Comité Sociale Zekerheid."

- Number of people involved: 4 + 1 (SMALS-MvM).

25.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

25.3.1 Reasons for data

Uitgavenbeheersing in de ziekenhuizen door introductie van op pathologie-gegevens gestoelde financieringsregels.

25.3.1.1 Wettelijk kader:

- 29 APRIL 1996. Wet houdende sociale bepalingen, gewijzigd door de Programmawet d.d. 24-12-2002, Artikels 155 & 156: oprichting van een Technische Cel binnen de FOD Volksgezondheid en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering met als opdrachten de inzameling, validatie en koppeling van de gegevens met betrekking tot de ziekenhuizen.
- 27 APRIL 1998. - Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 156, lid 5, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, met betrekking tot de wijze waarop de ziekenhuizen aan de technische cel de noodzakelijke informatie meedelen voor de samenvoeging van de anonieme minimale klinische en financiële gegevens.
- 29 SEPTEMBER 1998. - Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 206, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, Art. 5. § 1.
- 16 OKTOBER 1998. - Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 156, derde lid, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, met betrekking tot de termijn waarbinnen en wijze waarop het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu de minimale klinische gegevens met betrekking tot de jaren 1995, 1996 en 1997 aan de technische cel meedeelt.
- 22 MAART 1999. - Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 156, vijfde lid, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, met betrekking tot de wijze waarop de verzekeringsinstellingen aan de technische cel de noodzakelijke informatie meedelen voor de samenvoeging van de anonieme minimale klinische en financiële gegevens van de jaren 1995 en 1997.
- 22 MAART 1999. - Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 156, vijfde lid, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, met betrekking tot de wijze waarop de algemene niet-psychiatrische ziekenhuizen aan de technische cel de

noodzakelijke informatie meedelen voor de samenvoeging van de anonieme minimale klinische en financiële gegevens van de jaren 1995 en 1997.

- 25 NOVEMBER 1999. - Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 156, derde lid, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, met betrekking tot de termijn waarbinnen en wijze waarop het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu de minimale klinische gegevens vanaf het registratiejaar 1998 aan de technische cel meedeelt.
- 18 OKTOBER 2001. - Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 156, § 3, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen.
- 24 SEPTEMBER 2001. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 22 maart 1999 houdende uitvoering van artikel 156, vijfde lid, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, met betrekking tot de wijze waarop de verzekeringsinstellingen aan de technische cel de noodzakelijke informatie meedelen voor de samenvoeging van de anonieme minimale klinische en financiële gegevens van de jaren 1995 en 1997.
- 24 SEPTEMBER 2001. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 22 maart 1999 houdende uitvoering van artikel 156, vijfde lid, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, met betrekking tot de wijze waarop de algemene niet-psychiatrische ziekenhuizen aan de technische cel de noodzakelijke informatie meedelen voor de samenvoeging van de anonieme minimale klinische en financiële gegevens van de jaren 1995 en 1997.

25.3.2 Purpose of database

- Het belangrijkste nut van de koppeling MKG-MFG bestaat erin dat de *facturatiegegevens* van het RIZIV (AZV = MFG) gekoppeld zijn met de *klinische gegevens* (MKG) van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid.
- De initiële motieven voor deze koppeling waren:
  - enerzijds analyses mogelijk te maken van relaties tussen de uitgaven van de ziekteverzekering en de aard van de behandelde aandoening,
  - en anderzijds nieuwe 'pathology based' financieringsregels, erkenningsnormen en kwaliteitsvoorwaarden in het kader van een doelmatig gezondheidsbeleid mogelijk te maken.
- Pas later is men gaan inzien dat deze gegevens ook konden gebruikt worden voor longitudinale studies van onderscheiden pathologiegroepen op patiëntniveau. Aldus

zijn de gekoppelde gegevens een onmisbare bron geworden voor allerlei wetenschappelijke ad hoc studies i.v.m. ziekenhuisconsumptie en medische ziekenhuisactiviteit.

25.3.3 Users of data (organisations)

- RIZIV
- FOD Volksgezondheid
- KCE
- Andere externe onderzoeksgroepen.

25.3.4 Applications

25.3.4.1 Berekening van de verpleegdagforfaits klinische biologie

Deze zijn, althans voor een deel (60%), gebaseerd zijn op de gemiddelde uitgaven klinische biologie per APRDRG en per graad van ernst.

25.3.4.2 Financiële feedback per pathologie - gegevens Technische cel

De financiële feedback per pathologie voor ziekenhuisopnames wordt opgemaakt door de Technische cel en geeft kosten en consumptiegegevens per APRDRG. De feedbacks voor de jaren 1997 & 2000 t.e.m. 2003 bevatten een gigantische hoeveelheid aan informatie over de medische consumptie in de ziekenhuizen en in het land, in totaal meer dan 50.000 tabellen en grafieken per feedback jaar.

25.3.4.3 Feedback geneesmiddelen in chirurgie op de gegevens van het jaar 2000

De feedback geneesmiddelen in chirurgie werd ontworpen om de ziekenhuisactiviteit op het gebied van de farmaceutische consumptie in heelkunde te ondersteunen.

Om die farmaceutische consumptie beter af te bakenen en om eventuele afwijkingen inzake consumptie t.o.v. de ziekenhuizen in hun geheel op te sporen bevat de feedback twee verschillende benaderingen. De eerste benadering bestaat erin om op basis van de algemene consumptie per pathologie de consumptie in functie van de verschillende geneesmiddelenklassen in die pathologieën te onderzoeken. Die benadering wordt besproken in de delen "Algemene consumptie-indicatoren" en "Detailgegevens volgens klinische classificatie".

De tweede benadering gaat uit van de ziekenhuisconsumptie in de verschillende geneesmiddelenklassen om de pathologieën te onderzoeken waarin er eventuele afwijkingen t.o.v. de andere ziekenhuizen bestaan. Die benadering vindt men in het deel "Detailgegevens volgens ATC2-classificatie" van de feedback. Het belang van deze dubbele benadering berust in het complementaire karakter ervan voor het detecteren van de afwijkingen inzake consumptie. De in de feedback gebruikte classificaties zijn de APRDRG-

classificatie voor de pathologie en de ATC-classificatie voor de farmaceutische producten.

25.3.4.4 Feedback referentiebedragen op de gegevens 2000, 2001 & 2002 (9 maanden)

De referentiebedragen worden toegepast op een aantal courante chirurgische ingrepen zoals heupoperatie, prostaatoperatie, enz, en een aantal courante internistische aandoeningen, zoals pneumonie, hartinfarct, enz. In totaal gaat het over 28 APR-DRG's. Enkel de graden van ernst 1 en 2 worden in aanmerking genomen en de regeling is niet van toepassing op de daghospitalisatie.

De gegevens van deze feedbacks zijn, voor wat het Rijk betreft, vrij consulteerbaar op de website van de Technische Cel: http: //tct.fgov.be. De gegevens per ziekenhuis zijn enkel toegankelijk voor het betrokken ziekenhuis (via zijn uniek KBO-nummer).

25.3.5 New evolutions

Vanaf 2006 zouden de dagverblijven mee opgenomen worden in de SHA-AZV registratie en dus ook in de koppeling.

25.4 CONTENTS

25.4.1 Information – Description documents on the contents

- Zie bespreking onder SHA-AZV (RIZIV) en MKG (FOD Volksgezondheid).
- Toegevoegde velden (flags) m.b.t. de kruiscontroles: zie verder.

25.4.2 Exhaustivity

- In tegenstelling tot de Minimale Klinische Gegevens, die alle ziekenhuisverblijven omvatten - ongeacht het feit of het al dan niet om verzekerde rechthebbenden gaat - hebben de MFG-gegevens uitsluitend betrekking op verblijven vergoed onder het stelsel van de *verplichte ziekteverzekering*. Er zullen bijgevolg steeds minder verblijven zijn in de MFG dan in de MKG.
- De gekoppelde ziekenhuisgegevens MKG-MFG omvatten enkel uitgaven voor de *klassieke ziekenhuisverblijven*. De *dagverblijven* zijn vooralsnog niet opgenomen in de koppeling.
- De MKG-MFG slaat daarenboven enkel op *algemene ziekenhuizen*, niet op verblijven in *zuiver psychiatrische ziekenhuizen*.
- De vergoedingen in het kader van de *vrije, aanvullende ziekteverzekering* worden niet geregistreerd. Deze in het kader van de *internationale conventies* daarentegen wel.

- De MKG-MFG bevat geen gegevens over verblijven die ressorteren onder de *Wet op de Arbeidsongevallen*, de *OCMW-patiënten* en *zuiver private verzekeringsregimes* (o.m. voor niet onder een internationale conventie ressorterende buitenlanders en voor de zuiver esthetische chirurgie).
- De uitgaven in de MFG zijn gedetailleerd op het niveau van de *individuele prestatiecode*, met uitzondering van de *klinische biologie* (zie bespreking SHA-AZV). De forfaits klinische biologie (per verpleegdag en per opname) worden slechts geregistreerd vanaf SHA-AZV editie 9 (2001).
- De globale *koppelingspercentages* worden steeds uitgedrukt in percentage van het uiteindelijk aantal gekoppelde verblijven t.o.v. het totaal aantal verblijven in de MFG van het beschouwde jaar. In de loop van de jaren 1997 tot 2003 (laatste 'gekoppelde jaar') is dit percentage gaandeweg geëvolueerd van < 90% tot > 95 %.

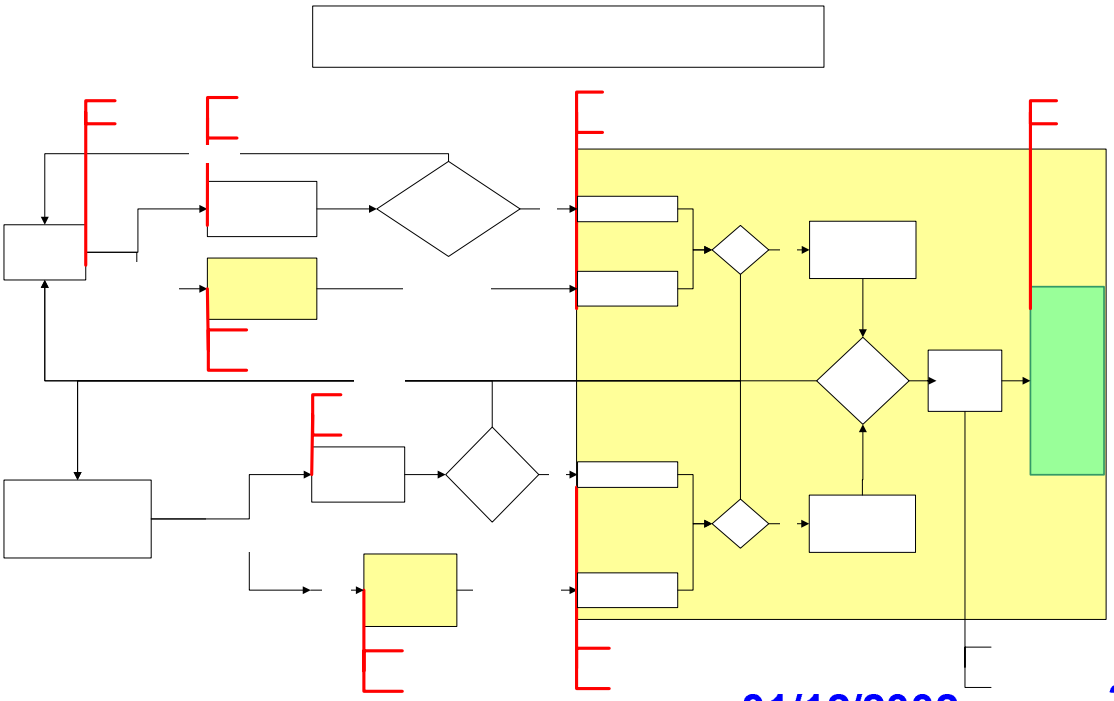
25.4.3 Evolution of contents

Zie bespreking onder SHA-AZV (RIZIV) en MKG (FOD Volksgezondheid).

25.5 TIME CHARACTERISTICS

25.5.1 Periodicity of updates

De MKG-MFG koppeling worden jaarlijks uitgevoerd door de TCT. Alle benodigde datasets moeten ten laatste 18 maand na het einde van het betreffende registratiejaar aan de TCT overgemaakt zijn. De koppeling zelf en de validaties-kruiscontroles nemen dan nog gewoonlijk 6 maand in beslag. Samengevat betekent dit dat exploitatie van de bruikbare gekoppelde gegevens ten vroegste 2 jaar na het einde van het betreffende registratiejaar een aanvang kan nemen. Zie bij wijze van voorbeeld onderstaand tijdsverloopschema voor de gegevens van het jaar 2002.



31/12/2002

30-06-2003
KB 01/10/20

25.5.2 Longitudinality

Niet OK

- In tegenstelling tot de afzonderlijke SHA-AZV en MKG registraties, laten de gekoppelde MKG-MFG gegevens wel longitudinale studies toe op *patiëntniveau*, en dit ongeacht het ziekenhuis van opname en over diverse registratiejaren heen. Conditio sine qua non blijft hier natuurlijk de absolute uniciteit van het geanonimiseerde patiëntnummer (zie verder).

MKG 2002
FOD VGZ

- A fortiori zijn dan ook longitudinale studies op *ziekenhuisniveau* mogelijk.
- Vanaf 2004 geldt dit zelfs op *verstrekkersniveau*.

Ziekenhuizen
Registratie
MKG 2002

1e hashing ZH
KB 24/09/2001

TCT
Corresponden
tabellen T2

25.5.3 Period covered by the data

Momenteel zijn de gekoppelde gegevens beschikbaar voor de registratiejaren 1997 t.e.m. 2003. Voor het registratiejaar 2004 moeten koppeling en validatie in principe in het laatste trimester van het jaar 2006 gerealiseerd zijn.

30-06-2003
KB 24/09/20

25.6 DATA PROCESS

25.6.1 Information – description documents on the data-process

Er bestaat tot op heden geen globaal beschrijvend document over de data processing m.b.t. de MKG-MFG koppeling. Dit is wel gepland voor de eerstvolgende koppelingsronde op de gegevens van het registratiejaar 2004 (mondelinge communicatie TCT).

VI's
Registratie MFG 2002
Boekingsperiode :
01-01-2002 – 30-06-2003

1e hashing VI
KB 24/09/2001

25.6.2 Data sources (organisations/databases)

Zie bespreking onder SHA-AZV (RIZIV) en MKG (FOD Volksgezondheid).

25.6.3 Data process plan

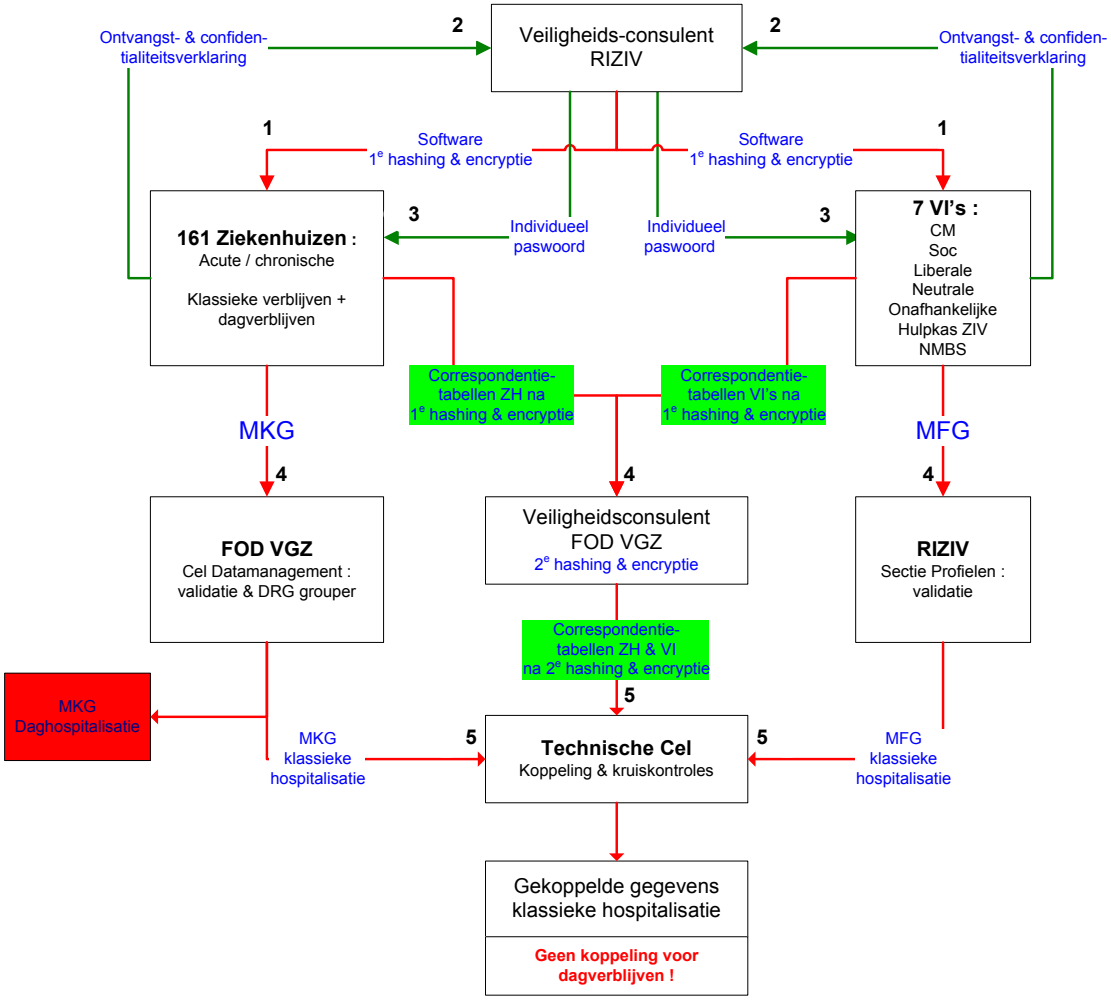
25.6.3.1 Fase 1: de correspondentietabellen

- Voor de koppeling van de MKG- en de MFG-verblijven dient de technische cel te beschikken over bijkomende *correspondentietabellen* waarmee informatie, afkomstig uit databases van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en van de FOD Volksgezondheid, kan gelinkt worden op verblijfsniveau. Om aan de vereisten van het Koninklijk besluit ter uitvoering van de Wet van 8 dec 1992 tot bescherming persoonlijke levensfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens te voldoen, werd een stricte procedure uitgewerkt.
- De verzekeringsinstellingen (VI's) en de ziekenhuizen leveren tabellen waarin het persoonlijke identiteitsgegeven, "het identificatienummer van de rechthebbende bij de verzekeringsinstelling" anoniem gemaakt is door middel van een *hashingalgoritme*[24]. Dit is een éénrichtingsalgoritme dat een output genereert met een vaste lengte. Het is quasi onmogelijk om op basis van de output de originele input af te leiden (one-way transformation). Het gebruikte algoritme is RIPEMD-160 en moet bij gelijke input - het identificatienummer van de rechthebbende bij zijn verzekeringsinstelling - een unieke hashingstring opleveren ('non collision'). Voorwaarde voor deze uniciteit is echter dat zowel tussen de verschillende VI's onderling als binnen eenzelfde VI (tussen afzonderlijke aangesloten federaties) geen dubbele inschrijvingsnummers voorkomen.

[24] Een hashfunctie is een functie in de informatica die invoer uit een breed domein van waarden omzet in een (meestal) kleiner bereik. Het woord hash komt uit het Engels en betekent hier hakken. Een goede hashfunctie is er een die weinig botsingen veroorzaakt in het domein waarmee ze werkt, dit wil zeggen dat er weinig kans is dat twee verschillende invoerwaarden dezelfde uitvoer geven. Een bijkomende vereiste is hier dat men uit de hashwaarde quasi onmogelijk de oorspronkelijke waarde zou moeten kunnen vinden en dus het output domain groot genoeg moet zijn.

- De genoemde instellingen doen ook een *encryptie* om te voorkomen dat de privacy toch zou geschaad worden indien een of andere externe partij dezelfde procedure van hashing zou toepassen op de identificatienummers van rechthebbenden bij hun verzekeringsinstelling. Met het encryptiealgoritme wordt daarom bijkomend een "geheime" factor geïntroduceerd, namelijk de encryptiesleutel. Het gebruikte encryptiealgoritme is 3DES (Triple Data Encryption Standard). Hierbij worden 3 afzonderlijke DES bewerkingen achtereenvolgens op de te encrypteren data losgelaten met twee sleutels van 56 bits waarbij de eerste en derde bewerking met dezelfde sleutel worden uitgevoerd. De totale sleutellengte waarmee gecodeerd wordt is aldus 112 bits.

Principe correspondentietabellen



- De encryptiesleutel wordt bepaald door de veiligheidsconsulent van het RIZIV. Hij wordt door deze laatste geheim gehouden en op een veilige plaats bewaard. Om veiligheidsredenen is de encryptiesleutel in een geëncrypteerd 'sleutelbestand' gezet welke beschermd wordt door een paswoord.

- Het volledige softwareprogramma waarin de met een paswoord beveiligde hashing- en encryptiealgoritmes geïncorporeerd zijn, alsook de bijhorende initiatiebestanden, worden door middel van een diskette door de veiligheidsconsulent van het RIZIV opgestuurd naar de veiligheidsconsulenten van de verzekeringsinstellingen en van de ziekenhuizen. Het paswoord wordt door middel van een aparte zending bezorgd aan dezelfde personen, doch dit slechts na de ontvangst van het formulier "ontvangstbewijs & voor akkoord verklaring", waarbij deze personen beëdigen alle wettelijke maatregelen[25] te zullen treffen omtrent het bevoegd gebruik van de geleverde software.
- Bij de uitvoering van het softwareprogramma wordt een checksum gegenereerd over het hele outputbestand om eventuele fouten of al dan niet frauduleuze wijzigingen op het transportmedium, waarmede het outputbestand naar de FOD Volksgezondheid wordt bezorgd te kunnen detecteren.
- Alvorens de correspondentietabellen van de verzekeringsinstellingen en van de ziekenhuizen te gebruiken voor de samenvoeging, wordt een tweede hashing en encryptie uitgevoerd door de veiligheidsconsulent van de FOD Volksgezondheid, die de bijbehorende encryptiesleutel bepaalt en op een veilige plaats bewaard.
- Hashing- en encryptiealgoritmes evenals de procedure zelf werden goedgekeurd door het Sectoraal Comité Sociale Zekerheid bij de Privacy Commissie evenals door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) én het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) m.b.t. de vereiste veiligheidsgaranties.

25.6.3.2 Fase 2: validatie van de correspondentietabellen

- Een eerste noodzakelijke validatie betreft de vergelijking van de uiteindelijke hashingstrings in de correspondentietabellen van de VI's met deze in de correspondentietabellen van de ziekenhuizen. In principe moeten alle hashingstrings in de correspondentietabellen van de VI's terug te vinden zijn in deze van de ziekenhuizen[26] (100% koppeling).
- Is dit niet het geval dan is dit terug te voeren tot fouten gemaakt bij de creatie van de inputbestanden nodig voor de eerste hashing-encryptieronde in hetzij de ziekenhuizen, hetzij een of meerdere VI's.

---

[25] Wet van 8 dec 1992 tot bescherming van de persoonlijke levensfeer en KB van 13-02-2001 ter uitvoering ervan.
[26] Maar niet omgekeerd – zie 4.2 Exhaustivity.

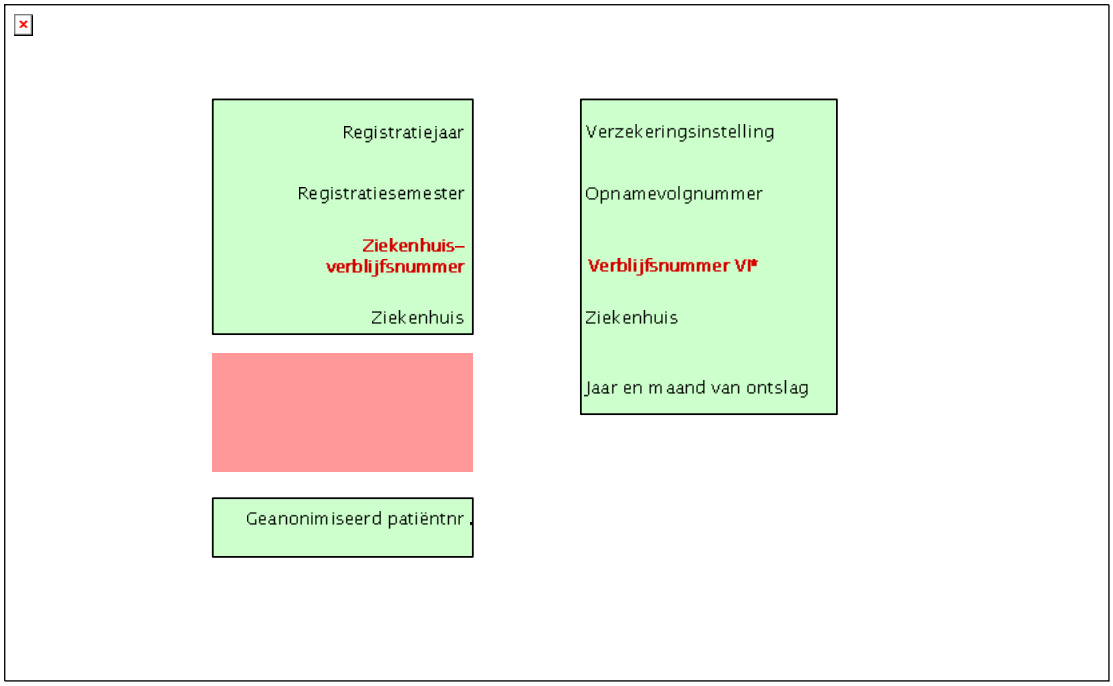
- In het eerste geval vinden we een koppelingspercentage sterk afwijkend van de te verwachten 100% in een of meerdere specifieke ziekenhuizen;
- In het tweede geval geldt dit voor een of meerdere VI's en vinden we de weerslag ervan terug bij meerdere ziekenhuizen.

- Zijn de matching percentages onaanvaardbaar laag dan wordt de ganse hashing-encryptiecyclus hernomen in de betrokken ziekenhuizen, resp. VI's. Hierbij stelt zich natuurlijk het probleem van de bepaling van de 'cut off', voor 'onaanvaardbaar laag', doch in de praktijk heeft dit tot op heden geen echte problemen gesteld.

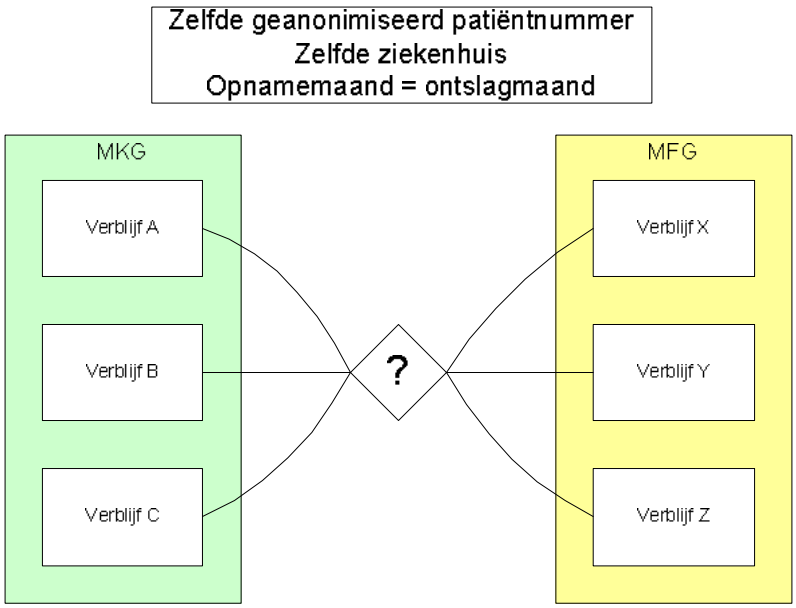
25.6.3.3 Fase 3: de feitelijke koppeling of 'record linkage[27]'

- De feitelijke koppeling is gebaseerd op het principe van '*deterministic record linkage*' m.a.w. op de exacte overeenstemming van zgn. koppelingsvariabelen ('matching variables') die in beide te koppelen databases aanwezig zijn.
- Deze koppelingsvariabelen komen in eerste instantie uit de respectievelijke correspondentietabellen, waarbij de belangrijkste 'matching' gebeurd op basis van het 2 geëncrypteerd en geanonimiseerd patiëntnummer. Hieraan worden aan beide zijden het ziekenhuis, de opnamemaand en jaar-maand van ontslag toegevoegd (zie schema). Voor de overgrote meerderheid van de verblijven volstaan deze gegevens om tot een exacte 1-to-1 link te komen[28].

[27] Voor een goede review van koppelingsproblematiek, zie: Blakely T, Salmond C. Probabilistic record linkage and a method to calculate the positive predictive value. Int J Epidemiol. 2002 Dec;31(6): 1246-52.
[28] In de literatuur spreekt men ook wel eens van 'duplicates'

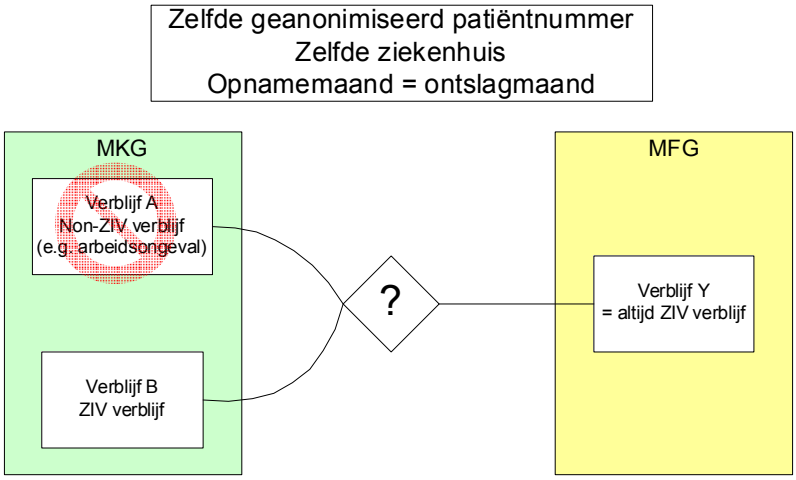


- Gezien echter de beide datumvelden een (door de Privacy Commissie gewilde) non-precisie laten m.b.t. de exacte dagdatum, stelt zich toch een probleem voor die gevallen waarbij een patiënt twee (of meer) *heropnames kende in eenzelfde ziekenhuis en binnen eenzelfde maand*. In voorkomend geval zullen we dan ook i.p.v. een klassieke koppelpaar ('1 to 1 comparison pair', ook wel 'duplicate' genoemd) *meervoudige combinaties*[29] krijgen ('2 op 2' of occasioneel zelfs '3 op 3'), waarbij de exacte matching de vergelijking van bijkomende koppelingsvariabelen vereist: dit gebeurd met de zgn. kruiscontroles (zie verder).



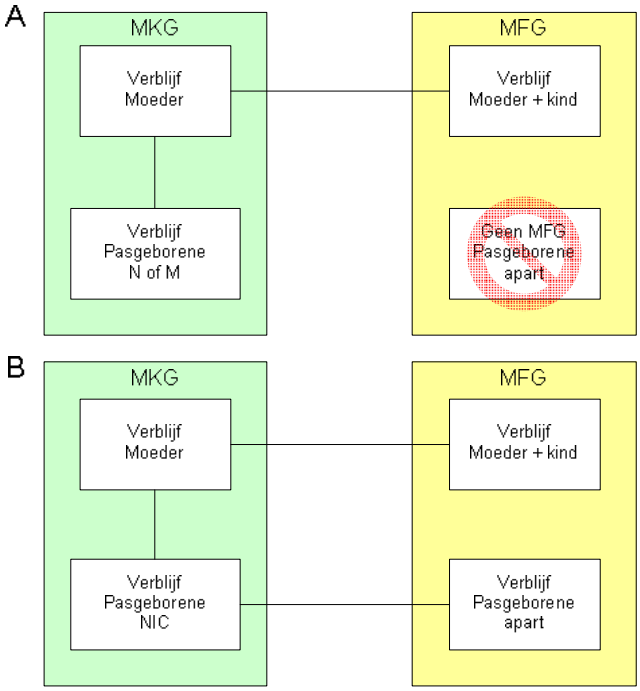
[29] In de literatuur soms omschreven als 'n-plicates'

Een ander voorbeeld van koppelingsproblemen zijn de zgn. *asymmetrische combinaties*, '2 op 1', '3 op 2', etc… . Dergelijke situaties zijn o.m. het gevolg van het feit dat in tegenstelling tot de Minimale Klinische Gegevens, die alle ziekenhuisverblijven omvatten - ongeacht het feit of het al dan niet om verzekerde rechthebbenden gaat - de MFG-gegevens uitsluitend betrekking hebben op verblijven vergoed in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Er zulen bijgevolg steeds minder verblijven zijn in de MFG dan in de MKG. Door het feit dat de MKG geen veld bevat dat aangeeft of het als dan niet om een verblijf gaat vergoed in het kader van de verplichte ziekteverzekering kan de differentiatie slechts gebeuren d.m.v. de kruiscontroles. Een voorbeeld :



- Een ander, zij het veel eenvoudiger op te lossen probleem zijn de verblijven 'pasgeborenen zonder majeure complicaties [30] ' die weliswaar in de MKG afzonderlijk geregistreerd worden, maar waarvoor de facturatie in de MFG geregistreerd staat op naam van het moederverblijf (casus A in onderstaande figuur). Deze geboorteverblijven kunnen op eenvoudige wijze in de MKG teruggevonden en afgevlagd worden als zijnde 'niet koppelbaar'.

[30] Opgenomen op de materniteit (M) of afdeling niet-intensieve neonatale zorg (N*).



25.6.3.4 Fase 4: koppelingsvalidatie & kruiscontroles

- Uit het bovenstaande volgt dat, eens de primaire koppeling gerealiseerd is, er nog een uitgebreide fase van koppelingsvalidatie met bijbehorende kruiscontroles vereist is.
- Hiertoe worden voor de *primaire koppelingsparen* een aantal aanvullende 'cross match' vergelijkingen uitgevoerd op *secundaire koppelingsvariabelen*, hetzij als dusdaning aanwezig in de registratierecords, hetzij afgeleide variabelen gecreëerd door combinatie-transformatie van bestaande variabelen. Andere kruiscontroles gebeuren op basis van ad hoc opgestelde correspondentietabellen die aanleiding geven tot zgn. 'blocking variables' of 'partitioning variables'[31] (zie bij wijze van voorbeeld de kruiscontroles 'chirurgie' hieronder besproken).
- Bij deze kruiscontroles worden verder een aantal nieuwe velden gecreëerd, de zgn. 'flags', waarin de resultaten van de diverse controles gecodeerd worden opgeslagen.
- Er worden standaard 4 kruiscontroles uitgevoerd :

  de leeftijd van de patiënt (vlag "leeftijd"):

  Vergelijking van de variabele leeftijdscategorie in de recordset 'verblijf' (recordtype 1) van de AZV-MFG versus (berekende) leeftijd in de recordset 'stayhosp' van de MKG.

[31] Variable common to the two files that is used to "block" (or partition) the two files. Only within these blocks are matching variables compared between the records. Blocking greatly reduces the number of comparisons.

Waarden van de vlag "leeftijd" (groen = OK; rood = niet OK):

Waarde	Betekenis
0	Getest en gelijk
1	Getest en niet gelijk
2	Niet getest

Opmerking bij kruiscontroles 'leeftijd': de variabele leeftijdscategorie van de patiënt tijdens het beschouwde AZV-verblijf wordt gedefinieerd als '*registratiejaar min geboortejaar van de patiënt*'; de berekende patiëntleeftijd in het MKG-verblijf is daarentegen gedefinieerd als '*jaar van opname min geboortejaar van de patiënt*'. Vooral voor langdurige verblijven of verblijven over een jaarwisseling heen betekent zulks dat een afwijking van 1 tot zelfs meer jaareenheden kan bestaan tussen beide waarden voor eenzelfde patiënt.

1. de in de MFG-record voorkomende *verblijfsdiensten versus de bedindexen* van de primair gekoppelde MKG-records *(vlag "diensten")*:

Hiertoe moet eerst een correspondentietabel 'bedindex MKG - ziekenhuisdienst AZV' opgesteld worden zodat per koppelingspaar alle bestaande bedindexen van MKG met de corresponderende verblijfsdiensten van de AZV kunnen gecheckt worden:

MKG bedindexen	Correspondeert met :	MFG diensten
S1 of S2 of S3 of S4 of S5 of S6 of S9 →S?		61 of 62 of 63 of 64 of 65 of 66 of 69 → 6?
H of H* of C of D of I		21 of 22 of 24 of 49
NN of n of N*		19
B		20
E		23
L		25
Br		29
N of NI of NIC		27
G of G*		30
MI, M		26
A of A1 of A2		37 of 38 of39 of 46
K of K1		34 of 35
T of T1 of T2		41 of 42 of 43 of 47
Z		-
-		75

Opmerkingen bij kruiscontroles 'diensten':

- Dienst '75' (nierdialyse) heeft geen equivalent in MKG en zal dus na kruiscontrole de resultaten 'GEEN" of "ONVOLLEDIGE' correspondentie opleveren.

- Hetzelfde geldt voor bedindex 'Z', die geen equivalent heeft in SHA en dus na kruiscontrole eveneens de resultaten 'GEEN" of "ONVOLLEDIGE' correspondentie zal opleveren.
- Diensten of bedindexen die blanco zijn, worden op dezelfde manier behandeld.

Waarden van de *vlag "diensten"*:

Waarde	Betekenis
0	Volledige correspondentie
1	Geen correspondentie
2	Onvolledige correspondentie

2. Controles op *chirurgische verblijven (vlag "chirurgie")*:

Voor de chirurgische APRDRG's in de MKG-verblijven wordt nagegaan of er in de primair gekoppelde MFG-verblijven eveneens een chirurgische ingreep geregistreerd werd. Gezien echter de RIZIV-nomenclatuur op dit vlak geen eenduidige afbakening toelaat[32], betekent dit dat er voor ieder registratiejaar een ad hoc lijst van zuiver heelkundige ingrepen ('operating room procedures') moet opgesteld worden door de TCT op basis van de RIZIV-nomenclatuur geldig voor dat jaar.

Opmerking bij kruiscontroles 'chirurgie': de kruiscontroles "chirurgie" mogen niet uitgevoerd worden voor records van de APRDRG's 955-956 ('waste basket' APRDRG's), 562 (ectopische zwangerschap), 830-840 (brandwonden). Records met deze APRDRG's worden als OK beschouwd voor wat betreft chirurgie.

Waarden van de *vlag "chirurgie"*:

Waarde	Betekenis
0	CC, MM, MC of niet getest
1	CM

Waarbij:

verblijven uit SHA	verblijven uit MKG	omschrijving	Resultaat
chirurgisch	chirurgisch	CC	OK
medisch	medisch	MM	OK
medisch	chirurgisch	MC	OK
chirurgisch	medisch	CM	niet OK

3. Controles op *gefactureerde verblijfsdagen ("vlag "ligdagen")*:

Vergelijking van het totaal van de gefactureerde ligdagen in de AZV-records met het totaal aantal gefactureerde ligdagen in dataset 'bedindexen' van de primair gekoppelde MKG-records met een tolerantiedrempel voor een verschil van -1 of +1.

[32] In de chirurgische nomenclatuur van art. 14 zijn ook prestatiecodes opgenomen voor niet-bloedige behandelingen en zelfs voor puur diagnostische prestaties; anderzijds komen in de nomenclatuur van o.m. interne geneeskunde en dermatologie dan weer typisch heelkundige prestaties voor.

A. Totaal aantal ligdagen MKG = (Stayndx_ veld 8 t.e.m veld 11) met veld 8 = 'totinvcur', veld 9 = 'totinvpre', veld 10 = 'totinvpart' en veld 11 = 'totinvpartpre' (zie tabel).

B. Totaal aantal ligdagen SHA = (dagen – dagen nierdialyse – dagen niet-intensieve neonatale verzorging).

totinvcur	aantal volledig te factureren ligdagen in het huidig registratiejaar
totinvpre	aantal volledig te factureren ligdagen in de vorige registratiejaren
totinvpart	aantal partieel te factureren ligdagen in het huidig registratiejaar
totinvpartpre	aantal partieel te factureren ligdagen in de vorige registratiejaren

C. Het verschil = A – B wordt als volgt gecodeerd:

0	geen verschil MKG-AZV
1	1 dag meer IN MKG
-1	1 dag minder IN MKG
-2	2 dagen minder IN MKG
-3	3 dagen minder IN MKG
<-3	4 of meer dagen minder IN MKG
2	2 dagen meer IN MKG
3	3 dagen meer IN MKG
>3	4 of meer dagen meer IN MKG

Opmerkingen bij kruiscontroles 'verblijfsdagen':

- Bij de validatie van de AZV-SHA werden verblijven met een totaal aantal ligdagen = 0 afgevlagd met een marker = 2. Deze verblijven worden als 'NIET OK' beschouwd.
- Verblijven waarvoor de validatievariabelen "stayxtra_fzhtot <> 0 of "stayxtra_fditot <> 0 of 2, m.a.w. verblijven met problemen i.v.m. het aantal ligdagen in MKG, worden als 'NIET OK' beschouwd voor wat betreft de kruiscontroles verblijfsdagen.

D. Voor de verblijven waarvan het verschil in ligdagen tussen MKG & AZV > 1 of < -1, wordt het relatieve verschil berekend met de bedoeling een deel van deze verblijven te kunnen recupereren:

- **1e geval** : ligdagen AZV > ligdagen MKG (verschil "< -3", "-3", "-2")

relatieve verschil = (ligdagen AZV – ligdagen MKG) / (ligdagen AZV)

  - indien ≤ 20% : de merkwaarde wordt resp. "R<-3", "R-3" et "R-2" (**R** staat voor **R**ecuperatie op basis van het relatieve verschil).

- indien > 20% : de merkwaarde wordt resp. "S<-3", "S-3" et "S-2" (**S** staat voor verwerping op basis van het relatieve verschil (**S**upérieure à 20%)

- **2e geval** : ligdagen MKG > ligdagen SHA (verschil "2", "3", ">3")

relatieve verschil = (ligdagen MKG – ligdagen AZV) / (ligdagen MKG)

  - indien ≤ à 20% : de merkwaarde wordt resp. "R<3", "R3" et "R2" (**R** staat voor **R**ecuperatie op basis van het relatieve verschil).
  - indien > 20% : de merkwaarde wordt resp. "S<3", "S3" et "S2" (**S** staat voor verwerping op basis van het relatieve verschil.

Waarden van de *vlag "ligdagen"*:

Waarde	Betekenis
0	OK (-1, 0, +1)
2	OK (<= 20% dus R<-3, R-3, R-2, R2, R3, R>3)
1	Niet OK (>20% dus S<-3, S-3, S-2, S2, S3, S>3)
3	Niet Getest (vlag MKG)

4. Integratie van de 4 standaard kruiscontroles :

Voor het jaar 1997 werd de vlag 'kc' als volgt opgegeven:

Waarde	Betekenis 1997
1	OK
0	Niet OK

Met ingang van het jaar 1998 werden de resultaten van de 4 standaard kruiscontroles samengebracht in een 6e vlag, die de eindresultaten 'OK' of 'niet OK' bundelt : *vlag "kc"*.

Jaar	Waarde	Betekenis
1998 e.v.	0	OK (Leeftijd=0, Dienst=0 of 2 & Chirurgie=0 & Ligdagen=0 of 2)
	1	Niet OK
1997	0	Niet OK
	1	OK

(Te noteren: precies omgekeerd t.o.v. 1997!)

5. Naast deze 4 standaard kruiscontroles wordt nog een recuperatie-bewerking uitgevoerd m.b.t. de meervoudige combinaties ('n-plicates' = verblijven

'heropnamen binnen eenzelfde maand'[33]). Hiertoe wordt een 5e vlag gecreëerd: *vlag "readm"*.

Voor het jaar 1997 werd geen recuperatiebewerkingen op dergelijke verblijven uitgevoerd.

Voor het jaar 1998 :

De recuperatie van verblijven met eenzelfde maand van opname als maand van ontslag binnen eenzelfde ziekenhuis gebeurde uitsluitend op basis van de vlaggen "leeftijd" en "ligdagen". Uit onderzoek is immers gebleken dat de kruiscontroles "diensten" en "chirurgie" voornamelijk fouten vertonen te wijten aan een slechte codificatie van de ziekenhuizen. Er wordt dus geen rekening gehouden met deze twee kruiscontroles om te beslissen of de records goed gelinkt werden.

Voor de jaren 1999 e.v. :

Om dezelfde redenen als hierboven geciteerd, werd geen rekening gehouden met de kruiscontroles "verblijfsdiensten" en "chirurgie". De recuperatiemethode werd evenwel verfijnd door gebruik te maken van het aantal intervaldagen tussen 2 opeenvolgende verblijven. Vanaf 1999 vinden we inderdaad deze parameter terug zowel in de AZV ("intrv_j" in dataset "sejour") als in de MKG ("readnbrday" in dataset "stayfact").

Er wordt hierbij in 2 fasen gewerkt :

- In een **1e RUN** wordt voor alle mogelijke verblijfsparen van het type 'heropnamen binnen eenzelfde maand' getest :

  Indien :

  "tot. aantal ligdagen AZV" = " tot. aantal ligdagen MKG" +/- 1 dag

  EN

  "AZV_sejour_intrv_j" = "MKG_stayfact_readnbrday" +/- 1 dag

  EN

  "leeftijdscategorie AZV" = "leeftijdscategorie MKG"

  dan wordt het betreffende koppel als correct gelinkt aangenomen en krijgt dit koppel een score **'LR1'** (Link Readmission OK 1e RUN).

- **2e RUN** : de verblijven die niet aan de 3 hoger vermelde criteria van de 1e RUN voldoen worden voor alle mogelijke verblijfsparen aan een tweede, minder stricte test onderworpen:

  Indien :

  "tot. aantal ligdagen AZV" = " tot. aantal ligdagen MKG" +/- 1 dag

  EN

  "leeftijdscategorie AZV" = "leeftijdscategorie MKG"

[33] Voor eenzelfde patiëntpseudoniem in eenzelfde ziekenhuis en met opname en ontslag binnen eenzelfde maand.

dan wordt het betreffende koppel als correct gelinkt aangenomen en krijgt dit koppel een score **'LR2'** (Link Readmission OK 2e RUN).

- Voor de restverblijven, die aan de 1e noch aan de 2e RUN beantwoorden, krijgen de score **'LRF'** (Link Readmission Faulty)

6. Uiteindelijke waarden voor de vlag ***readm*** :

1997: vlag readm is zuiver informatief !		
	Ofwel uniek verblijf voor deze patiënt; Ofwel heropname in zelfde ZH maar niet in zelfde maand; Ofwel heropname in een ander ZH	**0**
	Record maakt deel uit van readm en de kruiscontroles "ligdag" en/of leeftijd" zijn niet OK	1
1998		
	Record maakt deel uit van readm en de kruiscontroles "ligdag"en "leeftijd" zijn OK	**0**
	Record maakt deel uit van readm en de kruiscontroles "ligdag" en/of leeftijd" zijn niet OK	1
	Record maakt geen deel uit van readm	3
1999		
	OK 1e run	**0**
	OK 2e run	**2**
	Foutief	1
	Geen heropname in eenzelfde maand	3
Vanaf 2000		
	OK 1e run (score LR1)	**0**
	OK 2e run (score LR2)	**2**
	Foutief (Score LRF)	1
	Geen heropname in eenzelfde maand	3
	Niet-unieke sleutels	4

- Conclusies i.v.m. de kruiscontroles:

  - Alle gebruikte kruiscontrolevariabelen vertonen in min of meerdere mate onvolkomenheden waardoor niet in 100% van de gevallen een exacte matching bekomen wordt.

  - Dit noodzaakt tot het afbakenen van 'cut off limits', wat de facto een element van 'probabilistic record linkage' introduceert (*u* Probability[34]

[34] The probability that a matching variable agrees given that the comparison pair being examined is as a non-match (i.e., the probability that variable agree purely by chance among non-matches). In case of matching: value = 0.

> 0 and *m* Probabilty[35] < 1) en dit zonder enige data-analytische onderbouwing (waarom precies 20%?).

25.6.4 Data quality plan

Er bestaat tot op heden geen gestructureerd en gedocumenteerd 'data quality plan', zowel voor de samenstellende databases (MFG, maar vooral MKG) als voor het gehele koppelingsproces.

25.6.5 Quality assessment

De tabel op volgende bladzijde geeft een overzicht van de belangrijkste structurele problemen m.b.t. de gekoppelde MKG-MFG gegevens (op zichzelf beschouwd) en de mogelijkheden tot oplossen ervan op korte tot middellange termijn.

25.6.6 Data access procedure

25.6.6.1 Wettelijk kader

- 15 JANUARI 1990 - Wet houdende oprichting en organisatie van een *Kruispuntbank van de sociale zekerheid*.
- 8 DECEMBER 1992 - *Wet tot bescherming van de persoonlijke levensfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens*.
- 7 MAART 1995 - Koninklijk besluit nr. 12 tot vaststelling van de bedragen die aan de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer moeten worden gestort bij de *aangifte van verwerkingen van persoonsgegevens*.
- 18 MAART 1995 - Bericht aan de bevolking - Artikel 17 van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.
- 11 DECEMBER 1998 - Wet tot omzetting van de *richtlijn* 95/46/EG van 24 oktober 1995 van het *Europees Parlement en de Raad* betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrij verkeer van die gegevens.
- 13 FEBRUARI 2001 - Koninklijk *besluit ter uitvoering* van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

---

[35] The probability that a matching variable agrees given that the comparison pair being examined is a match. In case of matching: value = 1. Bijv.: een koppelinspercentage van 90% komt neer op een *m* probability = 0,9 en een *m* probability = 0,1.

- 18 OKTOBER 2001 - Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 156, § 3, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen (ook wel omschreven als het *'transparantiebesluit'*).
- 26 FEBRUARI 2003 - Wet tot wijziging van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens en van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en tot uitbreiding van haar bevoegdheden (*oprichting sectorale comités binnen de Privacy Commissie*).

	Problem	Solution	Importance	Required actions	Specifications
1	Afwezigheid in de AZV-SHA database van een uniek verblijfsnummer op VI-niveau	A. herbenoemen van de variabele 'sejour' tot *'pat_VI'* = patiëntnummer bij de VI - inhoudelijk blijft deze herbenoemde variabele echter dezelfde B. introductie nieuwe variabele ***'verblijf_VI'*** = uniek verblijfsnummer bij de VI per registratiejaar	A	Administratief werk RIZIV	1. Overleg + goedkeuring Privacy Commissie ? 2. Wijziging instructies SHA-edities
2	Afwezigheid in de MKG-database van een veld dat aangeeft of het als dan niet om een verblijf gaat vergoed in het kader van de verplichte ziekteverzekering	Introductie van zo'n veld, bijv. *'ziv_fct'*	B	Privacy Commissie + Legislatief werk + Administratief werk FOD Volksgezondheid	1. Overleg + goedkeuring Privacy Commissie. 2. Wijziging van het Koninklijk Besluit van 06-12-1994 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft. 3. Wijziging in de layout en de richtlijnen voor de registratie van de Minimale Klinische Gegevens (MKG)
3	Non-uniciteit van de gehanteerde unieke patiëntidentificator ('pseudoniem van de patiënt') in de correspondentietabellen VI & ziekenhuizen	A. concatenatie van VI-nummer (landsbond) + nummer lokale ziekenfondsfederatie + inschrijvingsnummer van de patiënt bij de VI voor input in het hashing programma B. beter is een UPI gebaseerd op dubbele hashing-encryptie van INSZ (cf. hashing voor data IMA), maar dit vraagt een meer fundamentele legislatieve hervorming C. synchronisatie van de fusiehistoriek van de ziekenhuizen in MKG (FOD) & MFG (RIZIV)	A AA	Privacy Commissie + Legislatief werk + Administratief werk TCT, FOD Volksgezondheid RIZIV	1. Overleg + goedkeuring Privacy Commissie. 2. Wijziging Koninklijk besluit van 22-03-1999 houdende uitvoering van artikel 156, vijfde lid, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, met betrekking tot de wijze waarop de ***verzekeringsinstellingen*** aan de tech-nische cel de noodzakelijke informatie meedelen voor de samenvoeging van de anonieme minimale klinische en financiële gegevens. 3. Wijziging Koninklijk besluit van 22-03-1999 houdende uitvoering van artikel 156, vijfde lid, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, met betrekking tot de wijze waarop de algemene niet-psychiatrische ***ziekenhuizen*** aan de technische cel de noodzakelijke informatie meedelen voor de samenvoeging van de anonieme minimale klinische en financiële gegevens. 4. Wijzigingen omzendbrieven TCT i.v.m. de corresponden-tietabellen VI & ziekenhuizen 5. Operationalisatie van een betrouwbaar & publiek toegankelijk Centraal Instellingen bestand
4	Matching variables in de correspondentietabellen VI & ziekenhuizen	A. datumvelden (opnamemaand en jaar-maand van ontslag) converteren tot 'volle datums' : YYYYMMDD (*alleen voor de correspondentietabellen, dus niet in de gegevensbanken zelf!*) B. vervangen van de variabele 'sejour' - die momenteel in feite een patiëntnum-mer bij de VI is - door het uniek verblijfsnummer op VI niveau ('verblijf_VI' - zie hoger)	A		
5	Matching variables m.b.t. de kruiskontroles	1. uniformiseren van berekeningswijze patiëntleeftijd, of vervangen door geboortejaar zowel in MKG als in MFG 2. opname 'geslacht' als matching variable + 'geslachtNISZ', afgeleid uit het INSZ 3. uniformiseren van berekeningswijze 'verblijfsduur' in MKG & MFG 4. correcte concordantie van de definities 'bedindexen' in de MKG versus 'verblijfsdiensten' in de IMA-data 5. introductie in de databank 'RIZIV-nomenclatuur' van een parameter 'zuiver heelkundige ingreep' in overeenstemmming met 'operating room procedure' codes van de ICD-9-CM	AA	Administratief werk RIZIV & FOD Volksgezondheid	1. Overleg + goedkeuring Privacy Commissie. 2. Wijziging instructies SHA-edities 3. Wijziging in de Richtlijnen voor de registratie van de Minimale Klinische Gegevens (MKG) 4. Overleg + akkoord Verzekeringscomité RIZIV & Technische Raad i.v.m. (para)medische nomenclatuur
6	Globale kwaliteit MKG-registratie	1. enforcement MKG-cel & Datawarehousing FOD Volksgezondheid 2. enforcement cel MKG-audit FOD Volksgezondheid	AA	Politieke beslissingen	'money & people'

25.6.6.2 Persoonsgegevens en de wettelijke restricties ter zake

De gekoppelde gegevens MKG-MFG zijn een voorbeeld bij uitstek van gegevensbanken die *persoonsgegevens* bevatten, in de zin van Art. 1, §1 van de Wet van 08-12-1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens. Voor de toepassing van deze wet wordt onder "persoonsgegevens" verstaan: iedere informatie betreffende een geïdentificeerde of identificeerbare natuurlijke persoon. Als "*identificeerbaar*" wordt beschouwd een persoon die direct of indirect kan worden herkend, met name aan de hand van een identificatienummer of van één of meer specifieke elementen die kenmerkend zijn voor zijn of haar fysieke, fysiologische, psychische, economische, culturele of sociale identiteit. De Wet maakt hierbij duidelijk onderscheid tussen '*natuurlijke personen*', op wie ze van toepassing is, en 'rechtspersonen[jj]', op wie ze niet (rechtstreeks) van toepassing is.

De hierna volgende bespreking geldt dan ook niet alleen voor de klassieke gekoppelde MKG-MFG gegevens, maar ook voor elke andere, al dan niet gekoppelde gegevensbron met persoonsgegevens: AZV, MKG, Pharmanet, IMA-data, etc…

Het identificatienummer van de patiënt bij zijn VI wordt weliswaar d.m.v. een procedure van *dubbele hashing-encryptie* irreversibel getransformeerd tot een pseudoniem van de rechthebbende, dat door latere verwerkers van de gegevens niet meer kan teruggekoppeld worden tot de fysieke persoon. Technisch gezien en op zichzelf beschouwd kan dit pseudoniem m.a.w. bestempeld worden als een *geanonimiseerd gegeven* (geanonimiseerde variabele).

De gekoppelde gegevens in hun geheel bevatten echter ook meerdere specifieke elementen die kenmerkend zijn voor de fysieke of sociale identiteit van de patiënt, zoals leeftijd, geslacht, landcode van de wettige domicilie, nationaliteitsindicator, code van de woonplaats en sociale zekerheidsregime, etc… waardoor het geheel bezwaarlijk kan vallen onder de definitie van "*anonieme gegevens*" in de zin van Art. 1, 5 van het Koninklijk (uitvoerings)besluit van 13-02-2001[kk]. Samen met elementen als opname- en ontslagdatum evenals het ziekenhuis van het verblijf met de diagnose- en interventiecodes, houdt dit een risico in tot *indirecte, "contextuele" herkenning* voor een aantal van deze patiënten. Dit risico is des te groter naarmate deze elementen samen een "singulariteit" afbakenen. Dit is een klassiek probleem bij statistisch en ander onderzoek: outliers aan beide zijden van de distributiecurve, doordat ze marginale gevallen zijn, verdwijnen niet in de anonimiteit van de massa.

Om die reden werden in overleg met het SCSZ van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (zie onderstaande lijst van de betreffende adviezen) een aantal beperkingen opgelegd m.b.t. tot het toegestane detail van de individuele MKG- resp. MFG-gegevens. Het doel hiervan is de indirecte herkenning te bemoeilijken door introductie van een zekere graad van "*versluiering*" ("fuzziness"). Deze beperkingen omvatten:

1. geen volle geboortedatum maar enkel geboortejaar van patiënt in de MKG en enkel leeftijdscategorie in de MFG;

[jj] een rechtspersoon is een juridische term voor een fictieve entiteit die op kan treden als een persoon in het rechtsverkeer.

[kk] "anonieme gegevens" = gegevens die niet met een geïdentificeerd of identificeerbaar persoon in verband kunnen worden gebracht en derhalve geen persoonsgegevens zijn.

2. geen volledig adres maar enkel postcode / NIS-code van de woonplaats van patiënt en land van domicilie in de MKG;
3. geen volle nationaliteitscode maar enkel een nationaliteitsindicator[II] in de MKG;
4. geen volledige opname- en ontslagdatums, maar enkel jaar en maand voor MKG en MFG; in de MKG-gegevens werd echter ook nog de notie "weekdagnummer" (1 tot 7) toegestaan.

Nr.	Datum	Titel	Bron van de gegevens	Betrokkenen
96/33	12/03/1996	Machtingsaanvraag van het RIZIV voor het bekomen van de verzekeringsinstellingen van de statistische tabellen per anoniem ziekenhuis-verblijf met betrekking tot de uitgaven die worden vergoed voor de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden	VI's	VI's, RIZIV
97/56	11/09/1997	Aanvraag van het RIZIV voor het bekomen vanwege ziekenhuizen van anonieme gegevens met het oog op een studie naar de samenhang tussen pathologie en uitgaven inzake klinische biologie in ziekenhuizen	Ziekenhuizen	Ziekenhuizen, RIZIV
98/62	5/01/1998	Machtigingsaanvraag van het RIZIV m.b.t. de mededeling van statistische tabellen per anoniem ziekenhuisverblijf door de VI's aan het RIZIV en de Technische cel opgericht bij het RIZIV en het Min. SZ en tot de koppeling van de statistische tabellen per anoniem ziekenhuisverblijf en de minimale klinische gegevens door de Technische cel	RIZIV, VI's	RIZIV, TCT, VI's
00/34	7/03/2000	Mededeling van statistische tabellen per anoniem ziekenhuisverblijf door de VI's aan het RIZIV en de Technische Cel - Koppeling van de statistische tabellen per anoniem ziekenhuisverblijf en de Minimale Klinische Gegevens door de Technische Cel	VI's, ziekenhuizen	VI's, ziekenhuizen, RIZIV, TCT

Jammer genoeg werden dezelfde principes gehanteerd m.b.t. tot de *correspondentietabellen*, wat erop neerkomt dat de gewilde "fuzziness" t.a.v. de latere verwerkers van de gegevens problemen gecreëerd heeft op het vlak van de exacte koppeling van de MKG en de MFG verblijven (zie bespreking hoger).

25.6.6.3 Identificatie van ziekenhuizen en hun zorgverstrekkers

Ziekenhuizen zijn juridisch gesproken *rechtspersonen* zodat hun al dan niet directe identificatie sensu stricto niet onderworpen is aan de bepalingen van de Wet van 08-12-1992.

De hoger beschreven risico's op *indirecte, "contextuele" herkenning* van fysieke personen, in casu niet alleen de ziekenhuispatiënt maar ook de *zorgverstrekker in dit ziekenhuis*, leiden echter tot de consequentie dat desalniettemin aandacht moet besteed worden aan een "versluiering" van deze ziekenhuizen t.a.v. de

[II] Belg, EU, niet-EU

latere verwerkers van de MKG-MFG gegevens. Vooral voor de outliers naar onder toe (kleine instellingen), zou er inderdaad wel een probleem kunnen ontstaan indien over een op een of andere manier a posteriori geïdentificeerd ziekenhuis resultaten worden gevonden met betrekking tot bepaalde kenmerken aangaande de onderzochte klinische praktijk, terwijl slechts een zeer beperkt aantal zorgverstrekkers in dat ziekenhuis dergelijke praktijken uitvoeren. In dat geval zal iemand, die persoonlijk over voldoende kennis beschikt over dat ziekenhuis, uit de studieresultaten gegevens kunnen afleiden aangaande deze zorgverstrekker. Indien, om volledig te zijn, die klinische praktijk in het geïdentificeerde ziekenhuis slechts een enkele keer zou zijn toegepast en indien iemand over voldoende kennis beschikt om te weten welke patiënt die specifieke klinische ingreep in dat ziekenhuis heeft ondergaan, dan is zelfs de identificatie van een patiënt niet uit te sluiten met daarenboven het bezwarende feit dat het dan nog veelal gaat om gezondheidsgegevens. Deze laatste zijn in de Wet van 08-12-1992 aan bijzondere restricties onderworpen.

Deze problematiek van indirecte herkenning heeft ertoe geleid dat m.b.t. de overdracht van de gekoppelde gegevens door de TCT voor verwerking in het kader van afgebakende onderzoeksprojecten, een strategie van systematische, zij het vaak reversibele 'ad hoc' *hercodering van de verzorginsginstellingen* werd opgelegd. De omkeerbaarheid is echter aan restrictieregels onderworpen (zie punt 4. - 'ad hoc' hercodering).

Inderdaad is er het Koninklijk besluit van 18-10-2001 tot uitvoering van artikel 156, § 3, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, dat op het vlak van mededeling door de technische cel van de gekoppelde gegevens, waarbij rechtspersonen kunnen worden geïdentificeerd, een duidelijk onderscheid maakt tussen :

1. enerzijds de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, die beide *van rechtswege toegang* krijgen tot *gegevens waarbij rechtspersonen zijn geïdentificeerd* en dit op hun verzoek, maar uitsluitend voor zover dit noodzakelijk is voor de uitvoering van hun respectievelijke wettelijke opdrachten;

2. anderzijds de leden van de beheers- of adviesorganen van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid of het RIZIV en alle andere personen, die om deze gegevensoverdracht verzoeken. Het meedelen van gegevens met identificatie van de rechtspersoon kan hier enkel gebeuren indien deze identificatie onontbeerlijk is voor het uitvoeren van de opdracht.

Onder "gegevens noodzakelijk voor de uitvoering van de opdrachten" wordt verstaan : "alle voor de kennis, de conceptie en het beheer van het ziekenhuis-beleid onmisbare gegevens. Hiertoe behoren de gegevens aangewend met beleidsvoorbereidend oogmerk en voor doeleinden van wetenschappelijk onderzoek en inzonderheid :

1. de gegevens die toelaten verbanden te leggen tussen de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de behandelde pathologie;

2. de gegevens die toelaten financieringsregels, erkennings- en programmatienormen uit te werken;

3. de gegevens die een permanente evaluatie van de medische praktijk toelaten".

In alle andere gevallen moet door de technische cel overgegaan worden tot *codering van de rechtspersonen*, i.c. de verzorgingsinstellingen.

Elke aanvraag tot mededeling van gegevens moet door de aanvrager gemotiveerd worden in het licht van de beginselen van finaliteit, proportionaliteit en pertinentie (zie verder). Dit geldt inzonderheid voor gegevens die een permanente evaluatie van de medische praktijk toelaten en die identificeerbare gegevens omtrent een rechtspersoon inhouden.

Elke overdracht van gegevens in dit kader maakt het voorwerp uit van een beslissing van de Minister(s) die de Sociale Zaken en de Volksgezondheid onder hun bevoegdheid heeft (hebben), na advies van de Bijzondere Werkgroep, opgericht bij de Overlegstructuur tussen ziekenhuisbeheerders, geneesheren en verzekeringsinstellingen (de Multipartite). In geen geval kan een overdracht van gegevens, waarbij rechtspersonen zijn of kunnen worden geïdentificeerd, aan derden geschieden zonder advies van de Bijzondere Werkgroep.

De Bijzondere Werkgroep brengt haar advies uit binnen dertig dagen na ontvangst van de adviesaanvraag. Deze termijn kan één maal worden verlengd met dezelfde termijn voor zover dit wordt gemotiveerd door de Bijzondere Werkgroep. Deze termijn wordt geschorst ingeval het advies gevraagd wordt voor de gegevens die een permanente evaluatie van de medische praktijk toelaten.

In geval het advies van de Bijzondere Werkgroep gunstig is, bepaalt het tevens de minimale en de maximale termijn gedurende dewelke de meegedeelde gegevens dienen bewaard te worden, evenals de organisatorische en technische veiligheidsmaatregelen die door de gegevensontvanger dienen in acht genomen te worden. Deze bewaartermijn neemt een aanvang op de datum van ontvangst van de gegevens door de personen, die om deze gegevensoverdracht verzocht hebben. Na het verstrijken van deze bewaartermijn, moeten de meegedeelde gegevens door deze laatste vernietigd worden.

Op verzoek van het Lid van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer dat van rechtswege de technische cel bijstaat in het uitoefenen van haar opdrachten, kan het advies ingewonnen worden van deze Commissie[mm].

25.6.6.4 'Gevoelige gegevensvelden' en het principe van de 'ad hoc' hercodering

'*Gevoelige gegevensvelden*' zijn die velden (variabelen) die een bijzonder risico inhouden m.b.t. potentiële indirecte herkenning van hetzij fysieke personen (patiënten of zorgverstrekkers), hetzij rechtspersonen (ziekenhuizen).

In de gekoppelde MKG-MFG gegevens gaat het met name om:

A. patiëntspecifieke velden :

1. het dubbel gehashed & geëncrypteerd pseudoniem van de patiënt;
2. het patiëntnummer bij de VI (MFG);
3. het patiëntnummer in het ziekenhuis (MKG);

[mm] Het KB van 18-10-2000 werd na het publiceren van de Wet van 24-12-2002 (oprichting van het KCE) nooit gecoördineerd met deze laatste – zie punt 6.6.4.

B. ziekenhuisspecifieke velden :

4. het verblijfsnummer in het ziekenhuis (MKG);
5. het erkenningsnummer van het ziekenhuis in de MFG;
6. het CIV-nummer van het ziekenhuis in de MKG;

Voor al deze velden geldt de verplichting tot een '*ad hoc' hercodering*. De bedoeling hiervan is het isoleren van de in het kader van een welbepaalde, gemachtigde studie medegedeelde gegevens, opdat ze niet zouden kunnen samengebracht worden met gelijksoortige gegevens, medegedeeld in het kader van enige andere studie. Hiermede wordt dan voor een deel tegemoet gekomen aan de vereiste dat de medegedeelde gegevens enkel zouden gebruikt worden voor de oorspronkelijke en gemachtigde finaliteit van de betreffende studie (zie eerste schema hoger: 'restricted to original purpose').

Theoretisch bestaat immers de mogelijkheid dat eenzelfde onderzoeksgroep, betrokken in 2 volkomen onderscheiden studieprojecten - bonafide of malafide - de bekomen gegevens met gebruikmaking van de hierboven opgesomde gegevensvelden samenbrengt in een groter geheel, wat d'office in strijd is met het '*restrictie-principe*'[nn].

Een belangrijk gevolg hiervan is dat, indien een studie een terugkoppeling van de onderzoeksresultaten naar enkele of naar alle ziekenhuizen voorziet (om redenen van externe validatie in het eerste geval, van algemene feedback aan de ziekenhuizen in het laatste), dit de samenstelling van 2 'ad hoc' *coderings-decoderingstabellen* vereist voor de hoger opgesomde ziekenhuisspecifieke velden (4 tot 6 in de lijst) :

1. een eerste tabel voor de conversie van gehercodeerd ziekenhuisnummer naar erkenningsnummer bij het RIZIV en/of naar CIV-nummer bij FOD Volksgezondheid en omgekeerd;
2. een tweede tabel voor de terugkoppeling van het gehercodeerd MKG-verblijfsnummer naar het origineel ziekenhuisverblijfsnummer, zodat de ziekenhuizen in staat kunnen worden gesteld de analyseresultaten te verifiëren aan de hand van hun oorspronkelijke medische registraties en dossiers.

In geen geval kan een dergelijk bestand overgemaakt worden voor de patiëntspecifieke velden (1 tot 3). Hier geldt immers het principe van de onomkeerbare transformatie.

25.6.6.5 Machtigingsaanvraag bij het Sectoraal Comité Sociale Zekerheid en opstellen van een auditoriaatsrapport.

Art. 285 en 288 van de Wet van 24-12-2002 m.b.t. de oprichting van het KCE bepalen dat elke overdracht van persoonsgegevens vanuit de FOD Volks-gezondheid - Sociale Zekerheid, resp. vanuit het Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering een principiële machtiging vereist van het Toezichts-

[nn] In een 'worst case' scenario zou men zelfs, door herhaling van deze handelswijze, een quasi volledige database kunnen samenstellen.

comité bedoeld in artikel 37 van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid.

Dezelfde wettelijke bepaling geldt voor elke overdracht van persoonsgegevens vanuit de Technische cel (Art. 156, §4 van de Wet van 29-04-1996) evenals vanuit het Intermutualistisch Agentschap (Art. 296 van de Wet van 24-12-2002).

Voor elke studie waarvoor persoonsgegevens vereist zijn moet aldus eerst een *machtigingsaanvraag* bij het Sectoraal Comité Sociale Zekerheid ingediend worden en de formele toestemming van deze laatste bekomen worden. Elke machtigingsaanvraag kan met een eenvoudige brief of zelfs per E-mail ingediend worden bij het SCSZ[oo]. Het SCSZ vergadert in principe maandelijks en de machtigingsaanvraag met het auditoriaatsrapport moet ten minste 14 dagen op voorhand aan de voorzitter zijn bezorgd.

Er is verder afgesproken met de voorzitter van het SCSZ dat ook het KCE *auditoriaatsrapporten* (AR) zal opmaken. In een AR wordt samengevat waarover het gaat, wordt de machtigingsaanvraag geanalyseerd en wordt een voorstel van behandeling door het SCSZ geformuleerd. Immers, gezien het bij KCE-aanvragen steeds gaat om medische persoonsgegevens, kan de auditoriaat-sanalyse door het SCSZ niet louter op juridisch vlak verlopen. De nodige medische expertise moet bijgevolg door het KCE aangebracht worden. Verder is het zo dat de analyse die in een AR moet gemaakt worden, voor een groot deel gelijk loopt met die in de voorbereidende documenten voor een studie. Bijgevolg kunnen deze documenten grotendeels samen met het AR worden opgesteld: bij de omschrijving van de voor de studie benodigde gegevens moet dezelfde afweging worden gemaakt als voor het AR.

Elke machtigingsaanvraag moet voldoen aan stricte vorm- en inhoudsvereisten (zie ook schemata op volgende pagina's):

1. Onderwerp van de aanvraag

1.1. Beschrijving van de studie en de finaliteit ervan.

Omstandige en gedetailleerde beschrijving van de studie, de specifieke onderzoeksvragen en het doel waarvoor de gegevens gevraagd worden (finaliteit van het onderzoek).

1.2. Beschrijving van de benodigde gegevens.

- benodigde gegevensbronnen en welke jaargangen;
- de eventueel benodigde metadatabestanden gecreëerd bij de koppeling (de zgn. 'vlaggen' of 'flags');
- selectiecriteria voor extractie van de primaire onderzoekspopulatie uit deze bronnen;
- ingeval er een koppeling voorzien is met gegevens uit andere bronnen: de wijze waarop deze koppeling precies zal gebeuren en wie ze zal uitvoeren;
- de eventueel vereiste transformaties uit te voeren voorafgaand aan de ter

[oo] Het Sectoraal comité van de Sociale Zekerheid is gehuisvest in de kantoren van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, Sint Pietersteenweg 375, 1040 Brussel, (tel. 02 741.83.11), website : www.ksz-bcss.fgov.be; voorzitter is de Heer M. Parisse; E-mail: michel.parisse@ksz.fgov.be of joke.vanderpoorten@ksz.fgov.be (secretariaat).

beschikking stelling van de onderzoeksgegevens door de TCT of enige andere intermediaire organisatie (bijv. IBM voor IMA-data).

- de eventuele benodigde conversietabellen (codering-decoderingstabellen van ziekenhuizen en verblijfsspecifieke referentienummers, zoals verblijfs- en patiëntnummers);

1.3. Verantwoording van de aanvraag

Dit luik moet door de aanvrager opgesteld worden en omvat:

1.3.1. Verantwoording m.b.t. de relevantie & de proportionaliteit van de gevraagde gegevens.

- detailbeschrijving van welke datasets & variabelen precies worden opgevraagd en waarom ze nodig zijn.

1.3.2. Verantwoording m.b.t. de identificatierisico's met betrekking tot:

- de patiënt,
- de beroepsbeoefenaar,
- de zorginstelling.

1.4. Verder gebruik van de gegevens.

1.4.1. Bewaring c.q. vernietiging van gegevens

- Welke gegevens worden vernietigd?
- Welke gegevens (en in welke vorm) wenst men na de studie nog te bewaren?
- Voor welk doel wenst men ze nog te bewaren? (vb. voor externe[PP] validatie, longitudinaal onderzoek, enz.).
- Hoe lang wenst men deze gegevens nog te bewaren?
- Waar en hoe worden ze gearchiveerd?

1.4.2. Mededeling van de resultaten

- Aan wie zullen de resultaten van de gegevensverwerking worden medegedeeld?

2. <u>Behandeling van de aanvraag tot gegevensverwerking</u>

Dit is het auditoraatsluik, dat opgesteld wordt door onze juriste Elisabeth Petit in samenspraak met onze artstoezichtouder Stefaan Van de Sande. Het omvat volgende besprekingen:

2.1. Wettelijke basis voor de aanvraag tot gegevensverwerking

2.2. Finaliteitprincipe en relevantie van de gegevens

2.3. Proportionaliteitsprincipe

2.4. De identificatierisico's

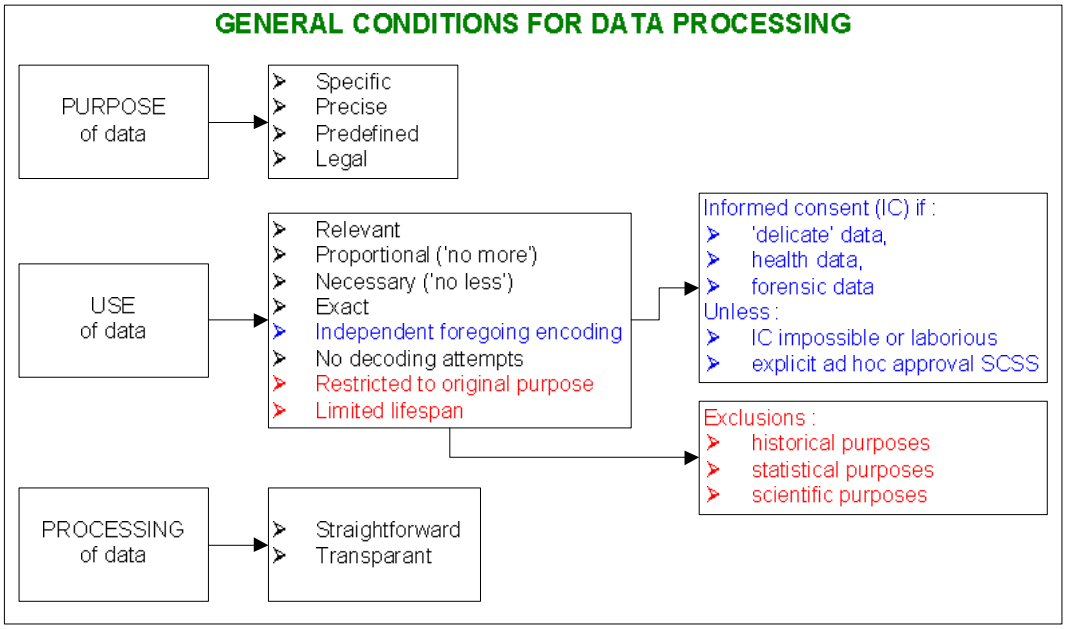
[PP] de interne validatie is eigenlijk een integraal deel van de studie.

2.5. Gegevens van persoonlijke aard betreffende de gezondheid

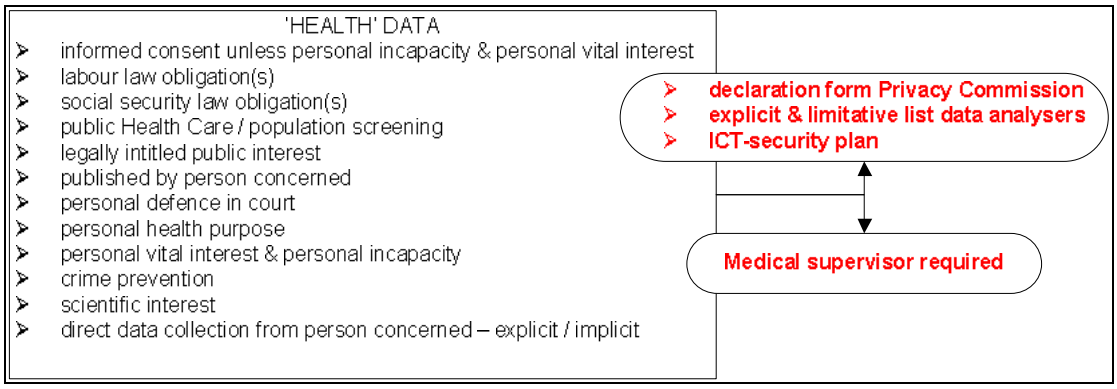
2.6. Verder gebruik

3. Voorstel van besluit

Idem als onder 2. hierboven.



(Ref.: Wet van 8-12- 1992 tot bescherming van de persoonlijke levensfeer t.o.v. de verwerking van persoonsgegevens.)



(Ref.: Wet van 8-12- 1992 tot bescherming van de persoonlijke levensfeer t.o.v. de verwerking van persoonsgegevens.)

25.6.6.6 Meldingsplicht van de gegevensverwerking aan de Privacy Commissie.

1. Initiële aangifte van een gegevensverwerking

Art. 17 van de Wet van 8-12-1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens gewijzigd door de wet van 11 december 1998 (gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 18 maart 1993 en 3 februari 1999) bespreekt de wettelijke opgelegde voorafgaande aangifte en de openbaarheid van de verwerkingen. Uitgebreide documentatie hieromtrent is terug te vinden op: http://privacy.fgov.be/aangifte.htm.

De aangifte, behoorlijk ondertekend door de bevoegde persoon, dient terug-gestuurd te worden naar de Commissie voor de bescherming van de

persoonlijke levenssfeer, Hoogstraat 139, 1000 Brussel. Een gestandaardiseerde aangifte kan ook elektronisch gebeuren via het internet.

Het Koninklijk besluit van 13-02-2001 legt in hoofdstuk VII, afdeling I, de bedragen vast die aan de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer moeten worden gestort bij de aangifte van verwerkingen van persoonsgegevens. Op straffe van nietigverklaring van de aangifte moet de te betalen bijdrage gestort of overgeschreven worden op rekening van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer met vermelding van het dossiernummer (= houder-identificatienummer toegekend door de Commissie).

Ingevolge art. 50 van bedoeld KB wordt de factuur overgemaakt na de aangifte. Indien deze factuur niet betaald wordt binnen een termijn van 1 maand wordt de aangifte niet opgenomen in het Openbaar Register en is de aangifte niet geldig.

2. Wijziging van een aangifte van gegevensverwerking

Elke wijziging in de gegevensverwerking beschreven in de originele aangifte, moet gemeld worden in een 'aangifte van wijziging van een verwerking'.

3. Aangifte van beëindiging van een gegevensverwerking

Ingeval aan een geautomatiseerde verwerking een einde wordt gemaakt, moet daarvan eveneens aangifte worden gedaan. Deze aangifte omvat de opgave van de reden van het einde van de verwerking. Hierbij zijn drie mogelijkheden voorzien :

A. Definitieve stopzetting van de verwerking met vernietiging van de gegevens.

B. Stopzetting van de verwerking, maar de verwerkte gegevens worden overgemaakt aan een andere verantwoordelijke die, op zijn beurt, deze gegevens op een zelfde of andere manier verwerkt.

C. Zelfde hypothese als in B, maar in het kader van een fusie van vennootschappen.

In de gevallen B en C die, ten opzichte van de oorspronkelijke verwerking, de mededeling van gegevens aan een derde tot gevolg hebben, vereist de Commissie dat, in toepassing van art. 9, § 2 WVP, aan de personen waarvan de gegevens verwerkt worden, de identiteitsgegevens van de nieuwe verantwoordelijke of zijn vertegenwoordiger evenals de overgedragen categorieën van gegevens medegedeeld moeten worden.

Vrijstelling van deze verplichting geldt indien deze kennisgeving onmogelijk blijkt of onevenredig veel moeite kost of indien deze mededeling verricht wordt met het oog op de toepassing van een bepaling voorgeschreven door of krachtens een wet, een decreet of een verordening. Voor de Commissie en Justitie is de verantwoordelijke van de initiële verwerking gehouden deze onmogelijkheid of onevenredigheid van de uit te voeren inspanning te beoordelen.

25.6.6.7 Het 'ontsluiten' van ziekenhuizen

1. Context en principes

Zoals in punt 4. hoger besproken worden in alle datasets met ziekenhuisgegevens (MKG, MFG, IMA-data,…) als algemeen principe de ziekenhuisnummers evenals de ziekenhuisverblijfs- & patiëntnummers gehercodeerd.

Nochtans moet de mogelijkheid behouden blijven deze ziekenhuizen te decoderen in een latere fase van de studie, o.m.:

- 'on demand' indien tijdens de studie een groepsgewijze (partiële) decodage zich opdringt op grond van genomen analyse-opties.

  - De arts-toezichthouder van het Kenniscentrum zal de decoderingstabellen desgevraagd aanwenden voor het ter beschikking stellen van vereiste ziekenhuisspecificaties aan de aangeduide onderzoeker(s) met in achtneming van het 'must know'-principe, m.a.w. alleen wat echt noodzakelijk is wordt medegedeeld.

  - Enkele voorbeelden: exclusie van chronische algemene ziekenhuizen uit een studie of vergelijkend onderzoek op openbare versus private ziekenhuizen, universitaire versus niet-universitaire ziekenhuizen, regionale versus supraregionale ziekenhuizen met hoog beddenaantal, etc….

  - Dergelijke partiële decodages worden dan verricht door de artstoezichtshouder van het KCE. Rekening houdend met het feit dat hierbij de kans op indirecte herkenning van het ziekenhuis toeneemt zal de arts-toezichthouder bij de definiëring van het groepskenmerk, waar mogelijk, de afbakeningen zó kiezen dat deze kans geminimaliseerd wordt: bijv. in geval van classificatie op basis van aantal ziekenhuisbedden.

  - De data-analysten van het betreffende project krijgen enkel een lijst van gecodeerde ziekenhuizen met het gevraagde groepskenmerk. Nominatim weten zij echter niet over welke ziekenhuizen het gaat.

In andere gevallen kan een volledige decodage nodig zijn, waarbij ziekenhuizen dus gekend wordt:

- zodra tot validatie in enkele betrokken ziekenhuizen - ter kwaliteitscontrole – wordt overgegaan.

In dit geval moeten de ziekenhuizen beschikken over de originele verblijfsnummers uit hun MKG-registratie zodat interne verificatie mogelijk wordt.

- indien tot een gesystematiseerde individuele feedback naar elk betrokken ziekenhuis wordt beslist.

2. Het protokol voor ontsluiting

Het 'ontsluiten' van de ziekenhuizen is binnen het KCE onderworpen aan een strict, stapsgewijs verlopend protocol:

1. Gemotiveerd verzoek tot 'ontsluiting' door projectmanager aan de arts-toezichtshouder van het KCE.

2. Het verzoek wordt met motivatie en desgevallend aanvullende uitleg door de arts-toezichtshouder per E-mail overgemaakt aan de veiligheidsconsulent van het KCE.
3. De veiligheidsconsulent geeft al dan niet zijn fiat per 'reply with history' i.e. eveneens per E-mail.
4. Beide E-mails worden gearchiveerd.
5. Pas nadien mag de arts-toezichthouder van het KCE overgaan tot de goedgekeurde ontsluitingsprocedure.

Deel 5 : 7 nationale VI's en het IMA

26 DATABANKEN IMA-AIM

26.1 KORTE BESCHRIJVING

De Landsbonden van de mutualiteiten (VI's) beschikken over exhaustieve en geïndividualiseerde gegevens met betrekking tot hun leden, in het kader van de uitvoering van hun wettelijke opdracht met betrekking tot de verplichte ziekteverzekering.

Deze gegevens bestaan in eerste instantie uit de terugbetalingen van medische kosten - (para)medische prestaties, farmaceutische voorschriften e.a. vergoedbare afleveringen (synthesmateriaal, prothesen & orthesen,…): deelbestand Gezondheidszorgen. (IMA_SSP)

Verder algemene demografische gegevens van hun leden evenals gegevens met betrekking tot sociaal statuut, arbeidsongeschiktheid of invaliditeit, en tenslotte gegevens over diverse uitkeringen: deelbestand Populatie. (IMA_POP)

Via het unieke inschrijvingsnummer van de rechthebbende bij de Sociale Zekerheid (INSZ-NISS) bestaat er een directe ('impliciete') koppeling van beide deelbestanden.

Het IMA-AIM brengt de gegevens van de diverse VI's samen en integreert aldus gedetailleerde informatie over de continue en integrale zorg van elke ingeschrevene in de Belgische ziekteverzekering, en dit over een lange tijdsspanne, per volledig boekingsjaar en dit in principe zover terug in tijd als de gegevensarchivering op de VI's reikt[qq].

26.1.1 Typologie van de databank

Gegevenscollector		IMA	
Naam van het register		IMA Gezondheidszorgen	IMA Populatiebestand
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption	Population data
	Subdomein(en)	Expenditure	Socio-economic status (SES)
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Uitgaven verplichte ziekteverzekering Persoonlijk aandeel patiënt	SZ status & rechten
	Hoofddiscriminant(en)	Verzekerden Voorschrijver-verstrekker	Titularissen & Rechthebbenden
Bereik	**NUTS**	BE	BE
	Doelpopulatie	alle verplicht verzekerden	alle verplicht verzekerden
	Zorglijn(en)	intramuraal transmuraal dagv transmuraal $Z extramuraal	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	2002	2002
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks	continu semesterieel

[qq] practisch gesproken vanaf het jaar 1998

	Stop	-	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	RIZIV-nomenclatuur RIZIV-farmaceutica Erkenningsnummers	Sociale status
	Specificaties	Continue registratie VI's Ad hoc opvraging IMA	Continue registratie VI's Ad hoc opvraging IMA

26.2 BEHEERSGANISATIE

Naam: IMA/AIM - Intermutualistisch Agentschap - Agence Intermutualiste

Het IMA is een vereniging zonder winstoogmerk die in oktober 2002 door de zeven Landsbonden van de verzekeringsinstellingen (VI's) werd opgericht.

Adres: Chaussée Saint-Pierre 373, 1040 Bruxelles

NUTS-level: BE

Website: http: //www.nic-ima.be

Contact: Nationaal Intermutualistisch College (NIC) - Collège Intermutualiste (CIN); E-mail: CIN@cin.skynet.be

Verantwoordelijken (anno 2005):

- Marc Justaert (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), voorzitter van de Raad van Bestuur en voorzitter van het Nationaal Intermutualistisch College (NIC).
- Patrick Verertbruggen (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten), secretaris van de Raad van Bestuur en voorzitter van het stuur- en coördinatiecomité IMA (SCC), het operationele en beleidsvoorbereidend orgaan van het IMA.
- Datamanager: Remi Van de Reyd: 02 737 51 52

E-mail: remi.vandereyd.ima@skynet.be

- Netwerkbeheerder: Michel Heylen: 02 737 51 53

E-mail: michel.heylens.cin@skynet.be

26.2.1 Financiering:

Source: Verzekeringsinstellingen / external project contractors

Budget: De werkingskosten in 2003 bedroegen 900.000 en hadden in hoofdzaak betrekking op de hardware- en software-infrastructuur die bij IBM gehost wordt.

26.2.2 Aanta/personen:

de Raad van Bestuur van het IMA is samengesteld uit de 7 Verzekerings-instellingen en 4 externe partners: RIZIV, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, FOD (Federale Overheidsdienst) Volksgezondheid en FOD Sociale Zaken.

het stuur- en coördinatiecomité IMA (SCC IMA) vormt het operationele en beleidsvoorbereidend orgaan van het IMA; enkel vertegenwoordigers van de Verzekeringsinstellingen hebben hierin zitting.

op technisch vlak kan het IMA beroep doen op drie vaste medewerkers. Deze hebben onder andere de supervisie als taak evenals de kwalitatieve controle van de dataleveringen vanuit de verschillende Verzekeringsinstellingen :

Remi Van de Reyd : remi.vandereyd.ima@skynet.be / 02 737.51.52

Michel Heylens : michel.heylens@cin.skynet.be / 02 737 51 51

Véronique De Vooght : veronique.devooght@mutsoc.be

voor de rest:

Raf Mertens, arts-toezichthouder: raf.mertens@cm.be / 02 246 49 61

Viviane Pirlot, juridisch adviseur: viviane.pirlot@mutsoc.be / 02 515 06 45

Joeri Guillaume, coördinator: joeri.guillaume@socmut.be / 02 515 04 37

26.3 ACHTERGROND: DOEL EN GEBRUIK VAN DE DATABANK

26.3.1 Bestaansgrond

De programmawet van 24/12/2002, Afdeling 11, heeft de doelstellingen en opdrachten van het IMA nader omschreven en de verhoudingen van het IMA met een aantal andere partners in de gezondheidszorg verduidelijkt.

De gecoördineerde Wet van 14-07-1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen regelt in Titel VI, Hoofdstuk VI, Statistische Tabellen (Art. 346-353), de verplichte gegevenstransferts van de VI's naar het RIZIV, die de bron vormen voor de gegevenscollectie van het IMA.

Koninklijk besluit van 03-07-1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 + bijlagen.

26.3.2 Doel en finaliteiten

De doelstelling van het IMA bestaat erin om de door de verzekeringsinstellingen verzamelde gegevens samen te brengen en te analyseren in het kader van hun wettelijk vastgelegde opdachten en de informatie hieromtrent te verstrekken. Het IMA is in de eerste plaats een instrument dat door registraties, analyses en studies de rol van de ziekenfondsen ondersteunt, voor het behoud en de permanente verbetering van een performant systeem van gezondheidszorg en ziekteverzekering.

De opdrachten van het IMA zullen zich dus concentreren rond thema's met betrekking tot de financiering, de organisatie, het functioneren en de resultaten van het Belgisch gezondheidszorgsysteem, met name en niet exhaustief:

- voldoende of behoeftendekkende en stabiele financiering van de verplichte verzekering;
- tariefzekerheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor de patiënten;
- doelmatig en rationeel gebruik van de beschikbare middelen;
- promotie van zorgkwaliteit

- opvolgen van de uitgaven, ramen van de evoluties en schatten van het effect van maatregelen en ingrepen
- gezondheidspromotie.

26.3.3 Gebruikers (organisaties)

De ziekenfondsen;

RIZIV;

Diverse conventiecommissies & adviesorganen van de overheid;

De voogdijminister(s) Sociale Zaken en Volksgezondheid;

KCE;

Externe onderzoeksgroepen, universitaire equipes, … in het kader van door het IMA goedgekeurde en door het SCSZ-CSSS gemachtigde studieprojecten.

26.3.4 Toepassingen (status sept. 2005[rr])

26.3.4.1 Projecten in het kader van "Kwaliteitspromotie"

Onder de supervisie van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie , en in samenwerking met de wetenschappelijke en professionele artsenverenigingen , het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering :

In mei 2003 werd een individuele feedback over het eigen antibiotica voorschrift in 2001 verstuurd naar de 13.000 huisartsen van het land

In december 2004 vond de tweede feedback plaats op basic van de voorschriftgegevens van 2003

In het voorjaar 2004 werd een gelijkaardige feedback gestuurd naar de pediaters, urologen, pneumologen en NKO-artsen over hun voorschriften in 2001 en 2002

Een nieuwe feedback naar de huisartsen handelt over hun voorschrift van antihypertensiva in 2001 - 2002.

26.3.4.2 Projecten in het kader van ziekenhuissector

Evaluatie van het systeem der "referentiebedragen " in de ziekenhuizen, een project in samenwerking met het KCE. (zie website KCE)

26.3.4.3 Projecten in het kader van beleidsevaluatie

De evaluatie van de Borstkankerscreening - evaluatie voorbije preventie-campagnes - opgestart midden 2003 - in samenwerking met Gemeenschappen en WIV (november 2004).

[rr] http: //www.nic-ima.be/nl//presentation/activities/realisation/ en http: //www.nic-ima.be/nl/projects/ .

Kinesitherapie - invloed inning persoonlijk aandeel: controle op de 70%-regel inzake verplichte inning persoonlijk aandeel (mei 2003, in opdracht van de overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-VI's).

Tandzorg - invloed van derde-betaler-regeling : een studie die de relatie tussen toepassen derde betalersregeling, consumptie en inning persoonlijk aandeel onderzoekt (juli 2003, in opdracht van de akkoordencommissie tandartsen-VI).

Project baarmoederhalskanker - haalbaarheidsstudie m.b.t. mogelijke preventie-campagne (juli 2003, in samenwerking met WIV).

Project a posteriori controle : pilootstudie, m.b.t. de klasse van de sartanen, van de haalbaarheid tot het opstellen van indicatoren die het respecteren van de terugbetalingscriteria van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (RIZIV) kunnen nagaan (in uitvoering).

Project akkoorden Adviserend Geneesheer : inventaris mogelijk bruikbare gegevens voor IMA-studies vervat in de bestanden "akkoorden AG". (oktober 2004).

Project diabetesconventie (2006).

26.3.4.4 Projecten in het kader van beleidsvoorbereiding

Studie rond medische fouten en therapeutische risico's.

Studie inzake een mogelijk rentingsysteem van rolstoelen in Rusthuizen: een studie die de "levenscyclus" van een rolstoel binnen RVT/ROB moet nagaan (in opdracht van de overeenkomstencommissie bandagisten/orthopedisten-VI).

Previsioneel model : evolutie uitgaven in de zorg .

Synagis – impactstudie.

26.3.4.5 Health monitoring

Het opzetten van een data- en analysecel voor het federaal kankerregister is hiervan een voorbeeld.

26.3.5 Gebruikerservaringen en problemen

Tot heden geen meldingen.

26.4 INHOUD

26.4.1 Beschrijvende documenten

Er bestaan 2 standaardbestanden :
Bestand Uitgaven gezondheidszorgen en Farmanet

Bestand Populatiegegevens

Voor elk van deze bestanden werd een beschrijvend document opgesteld met layout en structuurgegevens evenals een gedetailleerde beschrijving en de nodige codificatieregels voor elke variabele (zone) opgenomen in het bestand. Deze documenten zijn verkrijgbaar bij de coördinatiecel van het NIC-CIN (zie contact hoger). Behoudens uitzonderingen worden zij systematisch gebruikt voor gegegenstransferten van de VI's naar het IMA.

Hun layout is gebaseerd op de omzendbrieven van het RIZIV aan de VI's m.b.t. de diverse factureringsinstructies conform de gecoördineerde Wet van 14-07-1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, Titel VI, Hoofdstuk VI, Statistische Tabellen (Art. 346-353), die de verplichte gegevenstransferts van de VI's naar het regelen (zie hoger).

26.4.2 Inhoudelijke evoluties

De layout wordt regelmatig aangepast in functie van de evolutie van de RIZIV-omzendbrieven (de zgn. bijwerkingen).

26.4.3 Opgenomen gegevensvariabelen

26.4.3.1 Gegevenscategorieën

De ingezamelede gegevens beslaan 4 categorieën :

individuele facturatiegegevens per rechthebbende m.b.t. terugbetaalde gezondheidszorgen, gebaseerd op de RIZIV-nomenclatuurcodes van de geneeskundige verstrekkingen en gefactureerd door de zorgverstrekkers aan de VI's. Per verstrekkingscode worden geregistreerd: terugbetaald bedrag, persoonlijk aandeel[ss] indien van toepassing, voorschrijver en/of verstrekker van de prestatie, verstrekkingsplaats en -datum, etc. Voor alle VI's samen levert dit ca. 600.000.000 prestatieregistraties per jaar op.

demografische gegevens : persoonskarakteristieken van de aangesloten leden, zoals geboortedatum, geslacht, burgerlijke status, verblijfsplaats, samenstelling van de familie, desgevallend overlijdensdatum, etc. Deze gegevens komen uit het Rijksregister van fysieke personen, waartoe de VI's electronisch toegang hebben via de Kruispuntbank Sociale Zekerheid (KBSZ).

Verzekerbaarheid en socio-professionele karakteristieken: inkomstencategorie, sociaal statuut, werkloosheidsperioden, MAF regime,…, eveneens via de KBSZ.

De VI's staan ook in voor de betaling en registratie van uitkeringen aan hun leden in geval van werkongeschiktheid, invaliditeit, ouderschapsverlof, borstvoedingsverlof, begrafenisonkosten, etc.

26.4.3.2 Variabelen – overzicht en formats

1.1.1.1 Legenda

Codificatie = specifieke codeerregels, opgenomen in gepubliceerde registratieinstructies en/of referentielijsten.

Reflist = bijbehorende referentielijst vereist.

= identificatieveld van fysieke personen → irreversiebele dubbele encryptie vereist bij externe exploitatie, tenzij formele toestemming van de Privacy commissie.

[ss] door de patiënt betaald remgeld.

= identificatieveld van rechtspersonen (zorginsteling of verstrekkingsplaats) → hercodering kan vereist zijn bij externe exploitatie.

1.1.1.2 Deelbestand Gezondheidszorgen – IMA_SSP

Zone	Label	Type	Lengte	Format
SS00001	Identificatie zending	N	7	Codificatie
SS00005	Identificatie aanvraag	N	6	
SS00010	**Dubbel geëncrypteerd nummer v.d. rechthebbende**	**N**	**15**	**Link naar POP**
SS00015	Datum aanvang prestatie *Leveringsdatum farmaceutica**	N	8	YYYYMMDD YYYYMM
SS00020	Nomenclatuurcode *Code categorie Pharmanet**	N	7	Reflist1 Reflist2
SS00025	Jaar-maand van boeking doc. C	N	6	YYYYMM
SS00030	Gegevensbron	AN	1	Codificatie
SS00035	Boekhoudcode doc. C	N	3	Reflist3
SS00040	Suffix boekhoudcode doc. C	N	1	Codificatie
SS00045	Boekhoudcode doc. N	N	2	Reflist4
SS00050	Aantal gevallen *Hoeveelheid**	N	6	+/- Num
SS00055	Aantal dagen	N	6	+/- Num
SS00060	Bedrag terugbetaling	N	12	+/- Num, 2 dec
SS00065	Niet gecodeerd erkenningsnummer v.d. verstrekker, incl. qualificatie	N	12	Reflist5
SS00070	Niet gecodeerd erkenningsnummer v.d. voorschrijver, incl. qualificatie	N	12	Reflist5
SS00075	Niet gecodeerd erkenningsnummer v.d. zorginstelling	N	12	Reflist6
SS00080	Prestatiedienst *Galenische vorm magistrale bereiding**	N	3	Codificatie
SS00085	Niet gecodeerd nummer prestatieplaats *Officina**	N	12	Reflist7
SS00090	Uitgavenregime	N	1	Codificatie
SS00095	CT1 – CG1 – code gerechtigde 1	N	3	Codificatie
SS00100	CT2 – CG2 – code gerechtigde 2	N	3	Codificatie
SS00105	Niet gecodeerd nummer derde betaler *Tarificatiedienst pharmanet**	N	12	Reflist8
SS00110	Opnamedatum *Jaar-maand facturatie pharmanet**	N	8	YYYYMMDD 00YYYYMM
SS00115	Ontslagdatum	N	8	YYYMM00
SS00120	Type factuur	N	1	Codificatie
SS00125	Datum laatste prestatie	N	8	YYYYMMDD
SS00130	Relatieve prestatie	N	7	Reflist1
SS00135	Nummer farmaceutisch product	N	7	Reflist2

SS00140	Norm prestatie *1e positie eenheid Pharmanet**	N	1	Codificatie
SS00145	Nacht, weekend, al dan niet *2e positie eenheid Pharmanet**	N	1	Codificatie
SS00150	Nomenclatuurcode	N	7	Reflist1
SS00155	Datum voorschrift	N	8	YYYYMMDD
SS00160	Persoonlijk aandeel	N	10	+/- Num, 2 dec
SS00165	Betaald supplement Terugbetalingsvermindering farmaceutica	N	10	+/- Num, 2 dec
SS00170	Codenummer implantaat *Barcode Pharmanet**	N	16	Reflist1 + Codificatie
SS00175	*Uitgestelde aflevering Pharmanet**	N	1	Codificatie
SS00180	*Verminderd terugbetalingsbedrag Pharmanet**	N	8	+/- N, 2 dec
FILLER	Filler	AN	7	
* introductie versie 3.0				

1.1.1.3 Deelbestand Populatie – IMA_POP

Zone	Label of zone	Type	Lengte	Codificatie
PP0001	Nummer VI	N	1	Codificatie
PP0005	Nummer zending	N	6	
PP0010	**Dubbel geëncrypteerd nummer v.d. gerechtigde**	**N**	**15**	**Link to SSC**
PP0015	Geboortejaar	N	6	YYYY
PP0020	Geslacht	N	1	Codificatie
PP0025	Code woonplaats NIS	N	5	Codificatie
PP0030	CT1 – CG1 – code gerechtigde 1	N	3	Codificatie
PP0035	CT2 – CG2 – code gerechtigde 2	N	3	Codificatie
PP0040	Jaar-maand overlijden	N	6	YYYYMM**00**
PP0045	**Dubbel geëncrypteerd nummer v.d. rechthebbende (titularis)**	N	15	
PP0050	Referentie v.d. zending	AN	8	
PP0060	FILLER1	AN	10	
PP1001	Geteld modellen E	N	1	Codificatie
PP1002	Code gerechtigde / persoon ten laste	N	1	Codificatie
PP1003	Sociale toestand op datum mod.E	N	2	Codificatie
PP1004	Code werkloosheid	AN	2	Codificatie
PP1005	Begindatum reële rechten verzekerbaarheid	N	8	YYYYMMDD
PP1006	Einddatum reële rechten verzekerbaarheid	N	8	YYYYMMDD
PP1007	Bijdragebetalend / kosteloos	N	1	Codificatie
PP1008	Aard / bedrag inkomen	N	1	Codificatie
PP1009	Oorsprong erkenning als mindervalide	N	1	Codificatie
PP1010	FILLER2	N	25	
PP2001	Forfait B verpleegkundige zorgen	N	1	1 = Yes; 0 = No

PP2002	Forfait C verpleegkundige zorgen	N	1	1 = Yes; 0 = No
PP2003	Kinesitherapie E of fysiotherapie	N	1	1 = Yes; 0 = No
PP2004	Verhoogde kinderbijslagen	N	1	1 = Yes; 0 = No
PP2005	Toelage integratie van gehandicapten (cat III of IV)	N	1	1 = Yes; 0 = No
PP2006	Toelage voor hulp aan ouderen (cat III IV of V)	N	1	1 = Yes; 0 = No
PP2007	Uitkering hulp aan derden	N	1	1 = Yes; 0 = No
PP2008	Uitkering voor primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeitsuitkering	N	1	1 = Yes; 0 = No
PP2009	Forfaitaire uitkering hulp aan derden	N	1	1 = Yes; 0 = No
PP2010	Criterium hospitalisatie (120 dagen)	N	1	1 = Yes; 0 = No
PP2011	Criterium hospitalisatie (6 hospitalisaties)	N	1	1 = Yes; 0 = No
PP2012	FILLER3	AN	10	Codificatie
PP3001	Recht MAF Gezin	N	1	Codificatie
PP3002	Categorie MAF Gezin	N	1	Codificatie
PP3003	Recht MAF indivu	N	1	Codificatie
PP3004	Terugbetaling en plafond – gezin	N	1	Codificatie
PP3005	Terugbetaling en plafond – individu	N	1	Codificatie
PP3006	Datum recht op MAF	N	8	YYYYMMDD
PP3007	Mono of mixed gezin	N	1	Codificatie
PP3008	Type familie	N	1	Codificatie
PP3009	Dubbel geëncrypteerd identificatienummer gezinshoofd MAF	N	15	
PP3010	Recht op gewaarborgd inkomen, inkomens garantie voor oudere of recht op het leefloon	N	1	1 = Yes; 0 = No
PP3011	Recht op toelage van gehandicapten	N	1	1 = Yes; 0 = No
PP3012	Meer dan 6 maanden werkloosheidsuitkering	N	1	1 = Yes; 0 = No
PP3013	Recht op hulp van OCMW	N	1	1 = Yes; 0 = No
PP3014	FILLER4	AN	10	
PP4001	Aantal dagen werkloosheid	N	3	
PP4002	Aantal dagen arbeidsongeschiktheid	N	3	
PP4003	Aantal dagen invaliditeit	N	3	
PP4004	FILLER5	AN	25	

26.4.3.3 Variabelen - specificaties & codificatie[tt]

1.1.1.4 Deelbestand Gezondheidszorgen – IMA_SSP

Zone	Description
SS00001	**Numéro de l'envoi**
	Identificatie de l'envoi : xYYYYtn où x=n de l'OA ; YYYY=année ; t=trimestre de l'année (1, 2, 3 ou 4) ; n=no de l'envoi (1 si première version, 2 si deuxième version, etc.)
SS00005	**Numéro de la demande**
	N de l'extraction demandée par l'agence intermutualiste
SS00010	**Numéro du bénéficiaire**
	Chaque bénéficiaire est identifié par un numéro unique
	Pour études externes: 2 geëncrypteerd.
SS00015	**Date de début de prestation - Date de délivrance**
	Date du premier jour facturé pour les codes séjours
	Date de début de la période de délivrance ou date de délivrance pour les produits pharmaceutiques
	Date à laquelle la prestation a été effectuée ou la date à laquelle une série de prestations a débuté ou la date de réception de la prescription
	Pharmanet : date de délivrance du médicament
	YYYYMMJJ où YYYY = année ; MM = mois ; JJ = jour
SS00020	**Nomenclatuurcode - Code catégorie**
	Numéro du Nomenclatuurcode permettant d'effectuer la comptabilité comme décrit dans les instructions comptables et statistiques concernant les prestations de santé INAMI.
	Pharmanet : le code catégorie mentionne, entre autres, la catégorie de remboursement du médicament concerné.
	Codificatie : voir nomenclature des prestations de santé.
SS00025	**Année - Mois comptable document C**
	Année et mois de comptabilisation dans le plan comptable document C et N - INAMI
	YYYYMM où YYYY = année comptable ; MM = mois comptable : 01 à 12
SS00030	**Source d'introduction**
	Source dans laquelle la dépense est introduite
	Codificatie : pour Pharmanet : 'F' ; Autres données soins de santé : 'S'
SS00035	**Boekhoudcode document C**

[tt] Documenten vooralsnog enkel beschikbaar inhet Frans.

	Boekhoudcode document C - INAMI tel que décrit dans le plan comptable document C - INAMI.
	Voir plan comptable document C-INAMI
SS00040	**Suffix du Boekhoudcode document C**
	A partir de l'exercice 1987, les données sont ventilées selon que la prestation a été effectuée pendant l'exercice en cours ou dans un exercice précédent. Dans la Codificatie comptable, cette première distinction est associée au fait que la prestation est dispensée à un patient ambulatoire ou à un patient hospitalisé.
	5 = prestations d'exercices précédents, patient ambulatoire (AP < AC)
	6 = prestations d'exercices précédents, patient hospitalisé (AP < AC)
	7 = prestations d'exercices en cours, patient ambulatoire (AP = AC)
	8 = prestations d'exercices en cours, patient hospitalisé (AP = AC)
	9 = codes régularisation (codes doc C = 096, 097, 098 ou ?99)
	0 = autres
SS00045	**Boekhoudcode document N**
	Boekhoudcode document N - INAMI tel que décrit dans le plan comptable document N - INAMI.
	Voir plan comptable document N-INAMI.
SS00050	**Nombre de cas - Quantité**
	selon la source :
	Nombre de prestations ou de fournitures
	Quantité
	Frais de déplacement : demi-kms
	Codificatie : Le signe est le signe du montant de remboursement
SS00055	**Nombre de jours**
	Nombre de journées facturées (record type 3)
	Codificatie : Le signe est le signe du montant de remboursement
	Pharmanet : 00000
SS00060	**Montant de remboursement**
	Montant remboursé par l'organisme assureur (après correction éventuelle).
	Cette zone reprend le montant remboursé c'est-à-dire le montant pour une prestation multiplié par le nombre de prestations.
SS00065	**Prestataire - qualificatie**
	Numéro d'Identificatie du dispensateur de soins qui a réellement effectué la prestation.
	0PPPPPPPPQQQ où 0PPPPPPPP = prestataire ; QQQ = qualificatie
SS00070	**Prescripteur - qualificatie**

	Numéro d'Identificatie du dispensateur de soins qui a prescrit la prestation.
	0PPPPPPPPQQQ où 0PPPPPPPP = prestataire ; QQQ = qualificatie
SS00075	**Numéro d'institution**
	Numéro d'agréation de l'établissement hospitalier ou de rééducation dans lequel le bénéficiaire des prestations est hospitalisé (séjourne).
	Numéro d'agréation de l'établissement 'hospitalisation d'un jour'
	0NNNNNNNNNNN = Numéro d'Identificatie INAMI de l'établissement du patient hospitalisé.
SS00080	**Service - Forme galénique préparation magistrale**
	Il s'agit du code service du service où séjourne le patient à la date mentionnée dans la zone date de début de prestation DS9007.
	Pharmanet : Forme galénique préparation magistrale
	voir brochure INAMI.
	Remarque : service 990 pour les soins infirmiers et toutes les autres prestations ambulatoires
SS00085	**Lieu de prestation - numéro de l'officine**
	Lieu où la prestation a été effectuée.
	Pharmanet : numéro de l'officine.
	0NNNNNNNNNNN - voir brochure INAMI.
	Pharmanet : 0NNNNNNNN000 où NNNNNNNN = numéro de l'officine
SS00090	**Régime de dépense**
	régime auquel la dépense est attribuée:
	Assurance Obligatoire : 1
	Assurance Libre : 9
	Autres : 0
SS00095	**Catégorie 1 (CT1)**
	code titulaire 1 (= gros risques)
	Premier chiffre = régime
	1 = régime général
	4 = régime des indépendants
	deuxième chiffre = catégorie
	0 = affiliés registre national
	1 = actifs
	2 = invalides
	3 = pensionnés
	4 = veuves
	5 = orphelins

	6 = handicapés
	7 = communauté religieuse
	8 = conventions internationales
	troisième chiffre = taux préférentiel ou non
	0 = pas de taux préférentiel
	1 = taux préférentiel
SS00100	**Catégorie 2 (CT2)**
	Code titulaire 2 (= petits risques)
	Pour l'assurance libre :
	000 = pas d'assurance libre
	900 = assurance libre sans taux préférentiel
	901 = assurance libre avec taux préférentiel
	Pour l'assurance obligatoire :
	régime général : CT1 = CT2
	régime des indépendants : 460 = handicapés 75%; 461 = handicapés 100%
	Conventions Internationales :
	Identificatie du type de convention
SS00105	**Numéro de tiers - Office de tarification**
	Tiers payant = Identificatie de l'institution qui a effectué la facturation.
	Pharmanet : Identificatie de l'office de tarification
	0PPPPPPPPQQQ
SS00110	**Date d'admission - Année et mois de facturation**
	Date d'admission : date qui se trouve sur l'engagement de payement ou sur la reconnaissance. Cette zone est obligatoire lorsqu'il s'agit de dépenses liées à un patient hospitalisé, un séjour dans un centre de rééducation, un séjour dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP. La zone doit être égale à 0 lorsqu'il s'agit des dépenses pour des prestations ambulatoires, salle de plâtre ou forfaits journaliers ambulatoires.
	Année et mois de facturation : cette zone reprend la date figurant au dossier administratif. Pharmanet : Année et mois de facturation par l'office de tarification agréé.
	YYYYMMJJ où YYYY = année ; MM = mois ; JJ = jour ; ou 00000000
	Pharmanet : 00YYYYMM où YYYY = année ; MM = mois
SS00115	**Date de sortie**
	C'est la date se trouvant sur le document de fin d'hospitalisation (727) ou sur la reconnaissance. La zone doit être mentionnée lorsque le code norme facture = 2 ou 9
	Cette zone reprend la date figurant au dossier administratif. Si pas de date dans le dossier administratif, alors utiliser la zone 6a et 6b du RT 20
	YYYYMMJJ où YYYY = année; MM = mois ; JJ = jour ou 00000000
	Pharmanet : 00000000

SS00120	**Type de facture**
	Ce code fait la distinction entre les différents types de factures établis selon la qualificatie du patient et selon le genre de traitement.
	voir brochure INAMI
SS00125	**Date dernière prestation**
	Date du dernier jour facturé pour les codes séjours : Type de record = 3
	Date de fin de la période de délivrance ou date de fin de délivrance pour les produits pharmaceutiques : Type de record = 4
	Date à laquelle la prestation a pris fin, ou la date à laquelle une série de prestations ont pris fin : Type de record = 5A
	Défaut : = date de début de prestation
	YYYYMMJJ où YYYY = année; MM = mois JJ = jour
SS00130	**Prestation relative**
	Il s'agit du numéro de code de la prestation qui est à l'origine de la facturation du Nomenclatuurcode mentionné dans la zone DS9003
	Voir Codificatie brochure verte INAMI.
	La zone est mise à 000000 pour les enregistrements de type 40.
SS00135	**Numéro de produit**
	Code individuel du produit pharmaceutique. Délivrés à des patients hospitalisés, ou à des patients pour lesquels un forfait pour hospitalisation partielle peut être porté en compte.
	Voir brochure verte INAMI
	La zone est mise à 0000000 pour les enregistrements de type 30 et 50.
SS00140	**Norme prestation - 1ère position unité**
	Le code fournit certains renseignements nécessaires à la tarification.
	Pharmanet : l'unité dans laquelle la quantité est exprimée (position 1).
	0,1,2,5,6,7,8,9
	remarque : les normes 7 et 8 sont possibles (e.a. si le montant du code plafond n'est pas atteint, ou passé et rectifié)
	Norme 9, montant = 0 : soins infirmiers.
SS00145	**Nuit, week-end - 2ème position unité**
	Indique que la prestation pour laquelle il y a lieu de percevoir un supplément pour prestation technique urgente effectuée pendant la nuit, le week-end ou durant un jour férié. Pharmanet: l'unité dans laquelle la quantité est exprimée (position 2).
SS00150	**Nomenclatuurcode facturé**
	Nomenclatuurcode originairement facturé.

	Pharmanet : 0000000
SS00155	**Date de prescription**
	Lorsqu'il s'agit d'une prestation qui est effectuée sur prescription, la date de prescription est indiquée dans cette zone.
	YYYYMMJJ où JJ = jour ; MM = mois ; YYYY = année
SS00160	**Intervention personnelle**
	Tickets modérateurs effectivement imputés
SS00165	**Supplément - Diminution du montant de remboursement**
	Zone contenant le supplément payé par le membrePharmanet : montant de la diminution de l'intervention de l'assurance
SS00170	**Numéro d'implant - Code à barres**
	Numéro d'implant
	Pharmanet : code à barres
	Numéro d'implant : 0000XXXYYYZZZZZZ où XXX = type d'implant ; YYY = classe du type d'implant et ZZZZZZ = numéro du produit avec check digit
SS00175	**Délivrance différée**
	Délivrance différée, uniquement Pharmanet
	0 = Délivrance normale
	1 = Communication d'une délivrance différée (zones montants = 0)
	2 = Délivrance différée du produit
SS00180	**Montant de remboursement diminué**
	Le montant de l'intervention de l'assurance après retrait des montants de la diminution, uniquement Pharmanet; Soins de Santé : 0

26.4.3.4 Deelbestand Populatie

Zone	Description
PP 0001	**Numéro de l'OA**
	Numéro d'Identificatie de l'organisme assureur
PP 0005	**Numéro d'envoi**
	Numéro de l'envoi indiquant le mois de l'extraction.
	Il est prévu d'envoyer 2 situations annuelles : le 30 juin et le 31 décembre.
	AAAAMM, par ex. 200106 correspond à la situation au 30.06.2001
PP 0010	**Numéro Identificatie bénéficiaire**
	N code unique
	IMA : C1
	Etudes externes: 2 geëncrypteerd
PP 0015	**Année de naissance**
	Année de naissance du bénéficiaire
	AAAA00 !!! les positions MM sont toujours à zéro
PP 0020	**Sexe**
	1 = homme; 2 = femme
PP 0025	**Code INS**
	ABCDE où : A = province; AB = arrondissement; ABCDE = commune et 00000 = si à l'étranger ; pour les affiliés décédés et non comptés dans les modèles E, cette zone est à zéro.
PP 0030	**CT1**
	Pour les affiliés décédés et non comptés dans les modèles E, cette zone est à zéro.
PP 0030	**CT2**
	Pour les affiliés décédés et non comptés dans les modèles E, cette zone est à zéro.
PP 0040	**Année-mois de décès**
	Si le bénéficiaire est décédé dans le semestre précédant la date d'extraction 30/06 ou 31/12, indiquer le mois et l'année de décès.
	AAAAMM
	000000 = non décédé dans le semestre
PP 0045	**Numéro Identificatie titulaire**
	N code du titulaire
	Si le bénéficiaire est titulaire, cette zone équivaut au n d'Identificatie du bénéficiaire.
	Dans le cas contraire, indiquer le n du titulaire : IMA : C1; Etudes externes: 2 geëncrypteerd
PP 0050	**Référence envoi**
	A déterminer par l'IMA
PP 1001	**Compté dans modèle E**

	On indique si les bénéficiaires font partie du fichier modèle E transmis à l'INAMI.
	1 = compté dans modèles E
	0 = non compté dans modèles E
PP 1002	**Titulaire / personne à charge**
	1 = titulaire
	2 = époux/épouse ou conjoint
	3 = descendant
	4 = ascendant
	Pour les affiliés décédés et non comptés dans les modèles E, cette zone est à zéro.
PP 1003	**Situation sociale à la date du modèle E**
	01 = ouvrier actif (y compris les chômeurs et les invalides)
	02 = employé actif (y compris les chômeurs et les invalides)
	03 = agents statutaires du service public
	04 = travailleurs indépendants actifs, en ce compris les indépendants invalides et les indépendants assimilés
	05 = handicapés du régime général
	06 = handicapés du régime des travailleurs indépendants
	07 = étudiants 3e niveau
	08 = conjoint aidant d'un travailleur indépendant (y compris les invalides)
	09 = pensionnés, veuves, veufs et orphelins du secteur public
	10 = pensionnés, veuves, veufs et orphelins du régime général
	11 = non assurés du régime général
	12 = non assurés du régime des indépendants et des membres de communautés religieuses
	00 = autres
	Pour les affiliés décédés et non comptés dans les modèles E, cette zone est à zéro.
PP 1004	**Code chômage (au 4e trimestre précédent l'année de référence)**
	00 = pas d'autorisation de paiement
	01 = chômage complet - travailleur salarié à temps plein
	02= chômage temporaire - travailleur salarié à temps plein
	03 = chômage complet - travailleur salarié à mi-temps volontaire
	04 = chômage temporaire - travailleur salarié à mi-temps volontaire
	05 = travailleur salarié à mi-temps qui prétend à l'allocation de garantie de revenu
	06 = Chômage temporaire d'un travailleur salarié à mi-temps involontaire non rétribué; chômage temporaire du travailleur salarié à mi-temps avec maintien de droits ne bénéficiant pas de l'allocation de garantie de revenu
	07 = travailleur salarié à mi-temps involontaire
	08 = importation de droits en Belgique avec E303
	09 = prépension - travailleur salarié à temps plein
	10 = prépension - travailleur salarié à mi-temps volontaire

	11 = formation professionnelle à temps plein
	12 = chômeur employé dans un atelier protégé
	13 = prépension textile - travailleur salarié à temps plein (n'est plus accordée depuis le 1.1.1990)
	14 = prépension textile - travailleur salarié à mi-temps volontaire (n'est plus accordée depuis le 1.1.1990
	15 = prépension travailleurs salariés frontaliers
	16 = allocation majorée pendant le dernier mois de la formation professionnelle - travailleur salarié à temps plein
	17 = allocation majorée pendant le dernier mois de la formation professionnelle - travailleur salarié à mi-temps volontaire
	18 = code prépensionné à mi-temps et chômage temporaire prépensionné à mi-temps
	code halftijds bruggepensioneerde en tijdelijke werkloosheid halftijds bruggepensioneerde
	21 = vacances des jeunes (A.R du 13.06.2001 publié au Moniteur belge du 26.06.01)
	24 = augmentation du taux de change
	33 = dispense études avec plan d'apprentissage complet (art. 155 quater A.R. 20.12.1963: réduction de moitié du montant journalier)
	69 = chômeurs contrôlés qui, en application de l'article 69 du règlement CEE n 1488/71, se rendent temporairement à l'étranger pour y chercher du travail
	91 = indemnité d'attente réduite dans le cadre d'un contrat de première expérience professionnelle
	97 = activité cumulable mais allocation journalière réduite à zéro
	98 = code du travailleur salarié à temps partiel avec maintien des droits, lequel entame un travail à temps partiel dans le cadre d'un plan d'entreprise
	99 = travailleur salarié à temps partiel avec maintien des droits, qui n'a pas droit à l'allocation de garantie de revenu
	bb (blanco's) = pas de jours de chômage au 4e trimestre
	Pour les affiliés décédés et non comptés dans les modèles E, cette zone est à zéro.
PP 1005	**Date début des droits réels d'assurabilité**
	Il s'agit de la date de début du droit acquis par l'intéressé, en sa qualité respectivement au 30/6, ou au 31/12 (combinaison de CB1 et CB2). Comme les organismes assureurs ne connaissent pas la situation antérieure au 1.1.1998, il ne faut pas mentionner de dates antérieures au 1.1.1998.
	Codificatie : AAAAMMJJ
	Pas de date antérieure au 1/1/1998
	Pour les affiliés décédés et non comptés dans les modèles E, cette zone est à zéro.
PP 1006	**Date de fin des droits réels d'assurabilité**
	AAAAMMJJ
	Pour les affiliés décédés et non comptés dans les modèles E, cette zone est à zéro.
PP 1007	**Cotisant / non cotisant**
	0 = pour les personnes à charge

	1 = ne paie pas de cotisation personnelle
	2 = paie une cotisation personnelle
	9 = n'est pas d'application
	Cette information est demandée pour les pensionnés, les veuves et veufs du régime général et du régime des travailleurs indépendants, parce que cette donnée n'apparaît pas dans le code bénéficiaire 1 et 2.
	Le pensionné, la veuve ou le veuf qui sont redevables d'une cotisation (- 1/3 de carrière), mais qui ne doivent pas payer la cotisation personnelle parce qu'il (elle) introduit des bons de cotisation et qu'il (elle) est donc redevable de cotisations sociales, est néanmoins considéré(e) comme un titulaire cotisant.
	La veuve d'un travailleur indépendant handicapé peut continuer à bénéficier de la couverture des « petits risques » , à condition qu'elle paie une cotisation personnelle. Pour les intéressées, un code distinct est donc prévu.
	Pour les affiliés décédés et non comptés dans les modèles E, cette zone est à zéro.
PP 1008	**Nature montant revenus**
	0 = n'est pas applicable
	1 = personne bénéficiant d'un minimum vital ou d'un avantage similaire
	2= personne bénéficiant d'un revenu < ou = 12 fois le minimum vital pour chefs de famille (9338.56 au 1-2-2002)
	3 = personnes qui paient une cotisation complète
	4 = personnes dont le revenu brut annuel imposable <1.000.000 BEF
	5 = personnes dont le revenu < au plafond pour les VIPO
	Pour les affiliés décédés et non comptés dans les modèles E, cette zone est à zéro.
PP 1009	**Origine reconnaissance comme personne handicapée**
	0 = n'est pas applicable
	1 = l'intéressé qui a été reconnu par le médecin-inspecteur du S.C.M. (Service contrôle Médical)
	2 = l'intéressé qui a été reconnu par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement
	3 = l'intéressé qui a droit à des allocations familiales majorées (régime des travailleurs indépendants)
	4 = l'intéressé qui a droit à des allocations familiales majorées ET qui a atteint l'âge de 15 ans (régime général)
	5 = les personnes qui perçoivent des indemnités d'invalidité comme travailleurs indépendants
	6 = article 4, 2 A.R. 29.12.1997 (F46 invalides)
	7 = les veuves, veufs et orphelins des travailleurs indépendants handicapés/membres de communautés religieuses.
	Pour les affiliés décédés et non comptés dans les modèles E, cette zone est à zéro.
PP 2001	**Forfait B Soins infirmiers**
	0 = Non
	1 = Pour l'année considérée, si le bénéficiaire est dans la situation reprise sous le point a) de l'A.R. du 2/6/98 portant exécution de l'art. 37, §16bis, de la loi coordonnée du 14/7/94

PP 2002	**Forfait C Soins infirmiers**
	0 = Non
	1 = pour l'année considérée, si le bénéficiaire est dans la situation reprise sous le point b) de l'A.R. du 2/6/98 portant exécution de l'art. 37, §16bis, de la loi coordonnée du 14/7/94
PP 2003	**E –Kinésithérapie ou physiothérapie**
	0 = Non
	1 = Pour l'année considérée, si le bénéficiaire est dans la situation reprise sous le point c) de l'A.R. du 2/6/98 portant exécution de l'art. 37, §16bis, de la loi coordonnée du 14/7/94
PP 2004	**Allocations familiales majorées**
	0 = Non
	1 = Pour l'année considérée, si le bénéficiaire est dans la situation reprise sous le point d) de l'A.R. du 2/6/98 portant exécution de l'art. 37, §16bis, de la loi coordonnée du 14/7/94
PP 2005	**Allocation d'intégration pour handicapés (CT III ou IV)**
	0 = Non
	1 = Pour l'année considérée, si le bénéficiaire est dans la situation reprise sous le point e) de l'A.R. du 2/6/98 portant exécution de l'art. 37, §16bis, de la loi coordonnée du 14/7/94
PP 2006	**Allocation pour l'aide aux personnes âgées (CT III, IV ou V)**
	0 = Non
	1 = Pour l'année considérée, si le bénéficiaire est dans la situation reprise sous le point f) de l'A.R. du 2/6/98 portant exécution de l'art. 37, §16bis, de la loi coordonnée du 14/7/94
PP 2007	**Allocation pour l'aide d'une tierce personne**
	0 = Non
	1 = Pour l'année considérée, si le bénéficiaire est dans la situation reprise sous le point g) de l'A.R. du 2/6/98 portant exécution de l'art. 37, §16bis, de la loi coordonnée du 14/7/94
PP 2008	**Indemnité d'incapacité primaire ou d'invalidité**
	0 = Non
	1 = Pour l'année considérée, si le bénéficiaire est dans la situation reprise sous le point h) de l'A.R. du 2/6/98 portant exécution de l'art. 37, §16bis, de la loi coordonnée du 14/7/94
PP 2009	**Allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne**
	0 = Non
	1 = Pour l'année considérée, si le bénéficiaire est dans la situation reprise sous le point i) de l'A.R. du 2/6/98 portant exécution de l'art. 37, §16bis, de la loi coordonnée du 14/7/94
PP 2010	**Critère hospitalisation (120 jours)**
	0 = Non
	1 = Pour l'année considérée, le bénéficiaire a séjourné dans un hôpital pendant une durée totale d'au moins 120 jours atteinte dans une période de référence constituée de l'année civile concernée et de l'année civile précédente. (cf AR du

	05/12/2000)
PP 2011	**Critère hospitalisation (6 hospitalisations)**
	0 = Non
	1 = Pour l'année considérée, le bénéficiaire a été admis au moins 6 fois dans un hôpital durant une période de référence constituée de l'année civile concernée et de l'année civile précédente (cf AR du 05/12/2000).
PP 3001	***Droit famille MAF***
	Loi du 5 juin 2002 relative à la facture maximale en assurance pour soins de santé. MB 4 juillet 2002 -> inscrit dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sous le titre III, chapitre IIIbis, se composant des articles 37quinquies à 37vicies.
	1. MAF Social : Article 37octies de la loi susmentionnée
	2. revenus MAF : Article 37undecies de la loi susmentionnée
	3. MAF fiscal : Article 37quindecies de la loi susmentionnée
PP 3002	**Catégorie famille MAF**
	Loi du 5 juin 2002 relative à la facture maximale en assurance pour soins de santé. MB 4 juillet 2002 à inscrit dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sous le titre III, chapitre IIIbis, se composant des articles 37quinquies à 37vicies.
	1. Intervention majorée (Article 37novies, 1 de la loi susmentionné)
	2. Intervention pour personnes handicapées (Article 37novies 2 de la loi susmentionnée)
	3. Faibles revenus (Article 37undecies de la loi susmentionnée)
	4. Revenus modestes (Article 37undecies de la loi susmentionnée)
	5. Fiscale (Article 37quindecies de la loi susmentionnée)
	1 et 2 donnent '1' sur PP3001
	3 et 4 donnent '2' sur PP3001
	5 donne '3' sur PP3001
PP 3003	**Droit MAF indivu**
	Loi du 5 juin 2002 relative à la facture maximale en assurance pour soins de santé. MB 4 juillet 2002 à inscrit dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sous le titre III, chapitre IIIbis, se composant des articles 37quinquies à 37vicies.
	1. pas de droit individuel
	2. intervention majorée (Article 37novies, 1 de la loi susmentionnée)
	3. intervention pour personnes handicapées (Article 37novies, 2 de la loi susmentionnée)
	4. allocations familiales majorées (elles sont exclues explicitement de la catégorie 1, il ne faut donc pas mentionner dans l'article 37novies, 1) à ces droits individuels donnent le droit à toute la famille (1 ou 2) ou excluent explicitement celle-ci (3).
	Par exemple : Une personne qui a eu droit durant au-moins 1 jour durant l'année MAF à l'intervention majorée. Ceci entraîne que toute la famille MAF à laquelle il (elle) appartient a droit au MAF social.
	'1' ou '2' donnent '1' sur PP3001
PP 3004	**Remboursement et plafond - famille**

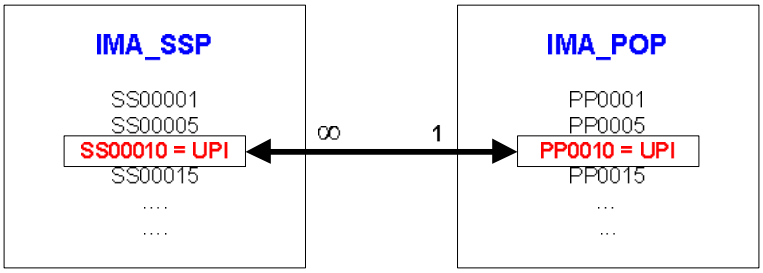
	Loi du 5 juin 2002 relative à la facture maximale en assurance pour soins de santé. MB 4 juillet 2002 à inscrit dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sous le titre III, chapitre IIIbis, se composant des articles 37quinquies à 37vicies.
	Les montants figurent dans les articles mentionnés sur PP3001
	relations entre les STP :
	si PP3001-1, PP3002-1, PP3002-2, PP3002-3, alors PP3004 = 1
	si PP3002-4, alors PP3004 = 2
	indien/si PP3001-3 of/ou PP3002-5, alors PP3004 = 0
PP 3005	**Remboursement et plafond – individu**
	Loi du 5 juin 2002 relative à la facture maximale en assurance pour soins de santé. MB 4 juillet 2002 à inscrit dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sous le titre III, chapitre IIIbis, se composant des articles 37quinquies à 37vicies.
	Attention : il s'agit de droits individuels, qui découlent du droit familial
	1 = Enfant de – de 16 ans (à partir du 01.01.2004 : -19 ans) : article 37undecies de la loi susmentionnée
	2 = Enfant AR+ : Article 26 de l'AM du 15 juillet 2002, MB 30-7-2002 : mesure transitoire
	Remarque (distinction entre PP3004 et PP3005) : 1 enfant de – de 16 ans (àpd MAF 2004 : -19ans a également un droit individuel avec un plafond 650 et peut appartenir à une famille avec un droit familial MAF avec un plafond de 450.
PP 3006	**Date droit MAF**
	Il s'agit de la date à partir de laquelle la famille jouit réellement d'un remboursement dans le cadre du MAF. Ceci correspond, dans la pratique, à la date de délivrance de l'attestation qui a été déterminée dans l'article 25 de l'AM du 15.07.2002
	AAAAMMJJ
PP 3007	**Famille monomutualiste ou famille composée**
	Loi du 5 juin 2002 relative à la facture maximale en assurance pour soins de santé. MB 4 juillet 2002 à inscrit dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sous le titre III, chapitre IIIbis, se composant des articles 37quinquies à 37vicies.
	0 = tous les assurés d'une même famille MAF sont affiliés auprès du même OA
	1 = les assurés d'une même famille MAF ne sont pas tous affiliés auprès du même OA
PP 3008	**Type de famille**
	Document du Service du Contrôle Administratif de l'INAMI (« source MAF 2003 »)
	1 = famille du Registre National
	2 = une famille « isolée » de communautés religieuses – (différente du NN)
	3 = une famille « de remplacement » (différente du NN)
	4 = une famille diminuée du(des) membre(s) cité(s) dans la demande type 3 – (différente du NN)
	5 = une famille qui se trouve dans une situation de dépendance et qui a de son propre chef choisi de constituer une famille avec son époux(se), personne à charge avec lequel(laquelle) il(elle) constitue une famille effective – (article 10 de l'arrêté royal) – (différent du NN)
	6 = une famille diminuée du(des) membre(s) cité(s) dans la demande type 5 –

	(différent du NN)
	7 = une famille reprise dans l'article 9 § 2 de l'AR – (différent du NN)
	8 = une famille différente du NN, pour des raisons exceptionnelles
PP 3009	**Numéro chef de famille MAF**
	Numéro NISS connu à date de la création du fichier
	IMA : C1
	Etudes externes: 2 geëncrypteerd
PP 3010	**Droit au revenu garanti, garanti pour les personnes âgées, minimum vital**
	Le bénéficiaire a droit, pour l'année considérée, à un revenu garanti en application de la loi du 1er avril 1969 portant sur l'exécution d'un revenu garanti pour les personnes âgées, il conserve son droit à une rente, en application de l'article 21 § 2 de cette même loi, ou a droit au minimum vital en application de la loi du 26.05.2002 portant sur l'établissement du droit au minimum vital.
	1 = droit
PP 3011	**Droit aux subsides pour personnes handicapées**
	Lorsque le bénéficiaire a droit, pour l'année considérée, à une des interventions, comme signifié dans la loi du 27.02.1987 relative aux interventions pour personnes moins-valides.
	1 = droit
PP 3012	**Plus de 6 mois d'indemnités de chômage**
	Lorsque le bénéficiaire a été, lors de l'année considérée, s'avère être chômeur pour l'application de l'assurance obligatoire pour soins de santé et indemnités et a depuis au-moins 6 mois la qualité de chômeur complet, tel que signifié dans la réglementation de chômage.
	0 = pas ou moins de 6 mois
	1 = plus de 6 mois
PP 3013	**Droit à l'assistance d'un CPAS.**
	Lorsque le bénéficiaire recoit, pour l'année considérée, l'assistance d'un CPAS en vertu des articles 4 et 5 de la loi du 02.04.1965 relative à la prise en charge de l'assistance octroyée par les centres publics d'assistance sociale.
	1 = droit
PP 4001	**Nombre de jours de chômage**
	On comptabilise dans cette zone la somme des jours de chômage repris sur les bons chômage modèles F de l'année de référence + 1
PP 4002	**Nombre de jours en incapacité primaire**
	On comptabilise toutes les journées relatives à des périodes d'incapacité primaire dans l'année de référence.
	Les périodes d'assurance se rapportant à la protection de la maternité (et de la paternité) ne seront pas prises en compte pour la sélection. Les périodes d'incapacité pour lesquelles aucune journée n'est indemnisée par l'O.A. ne doivent pas être prises en compte.
PP 4003	**Nombre de jours de maladie en invalidité**
	On comptabilise toutes les journées relatives à des périodes d'invalidité durant l'année de référence.

	Les périodes d'invalidité pour lesquelles aucun jour n'a été indemnisé par l'O.A. ne doivent pas être prises en compte.

26.4.4 Relatieschema

Beide deelbestanden vormen één geheel via de gemeenschappelijke en identieke variabele UPI (unieke patiëntidentificator) in een één-op-veel relatie.



26.5 TIJDSKARAKTERISTIEKEN

26.5.1 Periodiciteit van de data

Les bases de données relatives aux soins de santé de l'AIM portent sur des périodes prédéfinies dans le cadre d'une étude spécifique, par exemple : une ou plusieurs années de prestation. Les 2 bases de données de l'AMI sont individualisées par affiliés et il est donc possible de faire des études longitudinales sur plusieurs années.

Il faut tenir compte du fait que si un projet est ponctuel, on crée une base de données temporaires dans le cadre d'un projet bien spécifique et les données ne seront pas gardées à longue échéance.

C'est uniquement dans le cadre des projets permanents que les données sont gardées et complétées à intervalles réguliers (ex. Feedback Pharmanet, responsabilité des OA).

26.5.2 Versies / updates

1.1.1.5 Bestand IMA_SSP

1.1.1.6 Versie 2.0

Vanaf 2002 tot en met 2004

Voorgaande versies pre-operationeel

1.1.1.7 Versie 3.0

Vanaf 01/01/2005

Opname van Pharmanet data in de gegevensvelden

Nieuwe variabelen:

SS00175 - Uitgestelde aflevering

SS00180 - Verminderd terugbetalingsbedrag Pharmanet.

1.1.1.8 Bestand IMA_POP

1.1.1.9 Versie 2.1

Vanaf 2002 tot en met 2004

Voorgaande versies pre-operationeel.

1.1.1.10 Versie 2.2

Vanaf 01/01/2005

Retrograde updating voor 2002-2004.

Een aantal codificatieinstructions gewijzigd / uitgebreid.

26.6 DATA PROCES

26.6.1 Information – description documents on the data-process

Les OA disposent de différents documents qui reprennent les instructions de facturation pour les bandes magnétiques, pharmanet, le flux de la DMFA[uu], …. Ces instructions sont définies par l'INAMI ou la banque carrefour en partenariat avec les OA.

Details : http: //www.riziv.be/insurer/nl/circulars/index.htm

Voor elke aanvraag tot levering van gegevens door het IMA wordt een document opgesteld met een gedetailleerde beschrijving van de selectiecriteria. Ce document reprend chaque zone du lay-out et indique pour certaines zones les spécifications pour la sélection, par exemple les codes nomenclatures à sélectionner, la période souhaitée, …

Un autre document décrit globalement tout le parcourt à suivre pour une livraison de données, de la proposition du projet à la publication.

Deze documenten zijn ter beschikking bij het stuur- en coördinatiecomité van het IMA (SCC).

1.2 Data sources (organisations/databases)

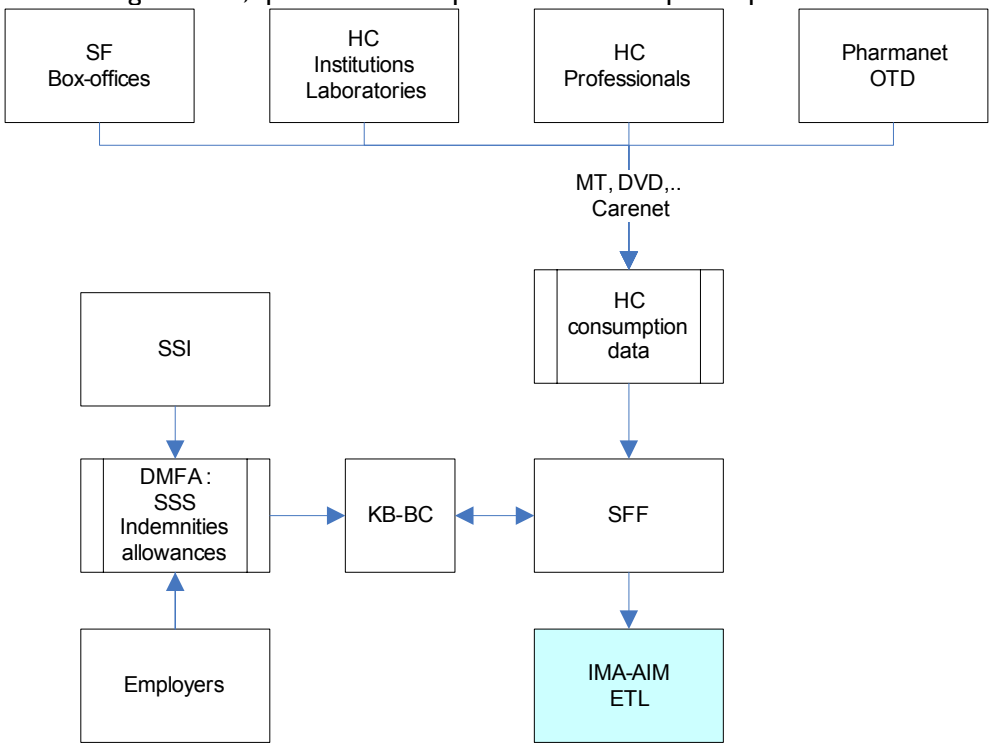
Le point de départ de toutes les bases de données de l'AIM sont les données collectées par les OA dans le cadre de leurs missions légales. Schématiquement, on peut résumer le circuit comme suit :

Les données soins de santé sont soit encodées au niveau des guichets, soit facturées sur bande magnétique par les tiers (hôpitaux, association d'infirmières, maisons de repos,…), soit introduit via carenet et pharmanet.

[uu] Déclaration multionctionelle - multifunctionele aangifte bij de kruispuntbank sociale zekerheid (KB-BC)

Les données de type assurabilité et informations relatives à l'affilié (identification) sont transmises par la banque carrefour de la sécurité sociale par flux électronique.

Les données indemnités sont renseignées à l'aide de la feuille de renseignements, qui sera bientôt partiellement remplacée par la DMFA.



SF = Sickness Funds; HC = Health Care; OTD = Pharmanet tarification offices; MT = magnetisc tape; SSI = social security institutions; SSS = social security status; DMFA = déclaration multifonctionelle – multifunctionele aangifte; KB-BC = kruispuntbank sociale zekerheid – banque carrefour sécurité sociale; SFF = sichness funds federations; IMA-AMI = intermutualistisch agentschap – agence intermutualiste.

26.6.2 Data process plan

26.6.2.1 ETL

Selection-extraction

Het vertrekpunt van elke gegevensextractie is een 'ad hoc' projectfiche. Op basis hiervan wordt een tweede document 'data-aanvraag' opgesteld dat een preciese omschrijving opgeeft van de selectiecriteria voor gegevensextractie door de VI's. In functie van het te onderzoeken onderwerp worden vanuit elke VI gerichte datasextracties en -leveringen uitgevoerd volgens de hoger beschreven gestandaardiseerde opmaak.

Validation

c) Contrôle de la sélection de données par l'organisme assureur (service informatique, service étude, …). Plusieurs procédures de

contrôle sont effectuées sur les données au sein des OA: vérifier si le format dans lequel sont codées les informations est le bon, contrôler si les prestations ont été effectuées par un prestataire habilité à le faire, vérification des montants remboursés, de la cohérence de prestation (par ex : un certain code ne peut être facturé que s'il y a eu une autre prestation auparavant),… Actuellement, il existe toujours une copie de la facture sous format papier qui permet d'effectuer des concordances. A court terme, cette facture papier est amenée à disparaître en raison de la généralisation de l'utilisation du réseau carenet.

d) Contrôle des données par la cellule de coordination de l'AIM à l'aide de tableaux de contrôles.
e) Validation des données par la cellule de coordination de l'AIM
f) Envoi des données à IBM
g) Contrôles et codification des données par IBM
h) Deuxième contrôles des données par la cellule de coordination de l'AIM
i) Validation finale des données par la cellule de coordination de l'AIM
j) Une fois ces vérifications effectuées, il est possible de générer trois types de flux en sortie: le paiement des prestataires et des indemnités, les remboursements guichets (avec génération de facture) et la production d'informations comptables et statistiques.

Transformation & encoding

a) In order to guarantee anonymity of analyzed data, a system of double, so called 'irreversible' encryption has been established under the surveillance and formal approval of the Federal Privacy Committee, in accordance with the Belgian Privacy Protection Law (PPL-WPr-LVp).
b) This encryption concerns all social security numbers (SSN-NISZ-NISS) and encompasses a two stage procedure :
   - First, the different Sickness Fund Federations (SFF), having access to social security numbers of all inscribed members, procede to a stage I encryption of those numbers, resulting in a

transformation code 'C1'. All SFF use a common encryption algorithm, unknown to other parties.

- Second, a Trusted Third Party (IBM), adds a stage 2 encryption, transforming codes 'C1' to codes 'C2'. Likewise, the encryption algorithm used by IBM is unknown to SFF nor to IMA-AIM.

c) All this is done under direct surveillance and responsabilty of legally appointed security advisors and medical surveillants in these organisations.

d) In principle the same applies to identifiers of care prescibers and/or health care professionals. However, for some specific feedback projects reversibility could be a prerequisite, implying a one stage transformation by simple, reversible recoding : this can only be done after foregoing 'ad hoc' autorization by the Sectoral Committee Social Security.

e) In vue of eventual indirect ('circumstantial') recognition of physical persons in case of datatransmission to non-IMA study groups, all identification numbers of health care institutions, out-patient services, tarification offices, third party payers, etc.. , are submitted to a system of reversible 'ad hoc' recoding.

   For KCE studies the corresponding conversion tables are exclusively controlled by a appointed medical surveillant ('Arts-toezichthouder' - Art. 275, Programmawet 24/12/2002). If proven necessary for study or feedback purposes, and after passing a standardized notification procedure to the security advisor, the latter can procede to 'on demand' decoding.

f) For the same reasons all sensitive dates are transformed to format YYYYMM, i.e. DD are removed.

26.6.2.2 Analysis

Via een intermediaire organisatie worden deze bestanden vervolgens aan het overeenkomstig projectteam ter beschikking gesteld die ze analyseert met behulp van de werkmiddelen van "business intelligence".

26.6.2.3 Preservation (life span) of data

Na de oplevering van het project, worden de gegevens, die met dat doel verzameld werden, uit het IMA datawarehouse verwijderd.

26.6.3 Data quality plan – data validation

Les contrôles de qualité des données se font à 3 niveaux :

- au niveau des OA
- au niveau de IBM
- au niveau de l'AIM

Les différents contrôles faits sur les données sont :

- Contrôles sur les données de production des OA.
- Contrôles au moment de la sélection des données opérationnelles pour les placer dans un système de gestion de l'information.
- Contrôles de la sélection des données des OA pour l'AIM au niveau de l'organisme assureurs et au niveau de l'AIM à l'aide de tableaux de contrôles.
- Contrôles au niveau d'IBM lors de la réception des données et de la mise à disposition. IBM contrôlera plusieurs aspects de la livraison, entre autres :
  - Format du fichier
  - Format de certaines zones (check-digit sur les numéros de prestataires, contrôles des codes nomenclatures, longueur de la zone, …
  - Nombre de records présents dans le fichier
- Après les contrôles de IBM, la cellule de coordination de l'AIM, fera également encore plusieurs contrôles sur les données avant de finalement les valider et de les rendre accessibles pour les analyses.

26.6.4 Data access procedure

Formal approval by IMA coordinating committee (SCC IMA) of a well-defined and well-documented data transmission request (DTR) by accredited external applicants is required.

Legal aspects

- In uitvoering van de wetgeving op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, neemt het IMA bij elke studie alle wettelijke bepaalde voorzorgen om de veiligheid en integriteit van de verwerkte persoonsgegevens strikt te vrijwaren. Bovendien wordt bij het begin van elk nieuw project bepaald welke gegevens of analyseresultaten een bijkomende bescherming genieten uit hoofde van hun vertrouwelijk karakter.
- Teneinde het bovenstaande te realiseren, en zoals gestipuleerd in de artikels 280 en 281 van de programmawet I van 24 december 2002, beschikt het IMA over een veiligheidsconsulent, een geneesheer onder wiens toezicht en verantwoordelijkheid de gezondheidsgegevens worden behandeld, en een uitgewerkt veiligheidsplan m.b.t. de veiligheid en vertrouwelijkheid van de verwerkte gegevens.
- Art. 296 van de programmawet van 24/12/2002, (Afdeling 11) stipuleert verder dat elke overdracht van persoonsgegevens vanuit het Intermutualistisch Agentschap evenals vanuit de individuele verzekeringsinstellingen een principiële machtiging vereist van het Toezichtscomité, bedoeld in artikel 37 van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid (zie in extenso bespreking in de bijlagenota over de gekoppelde MKG-MFG gegevens).

26.7 RELATED EXTERNAL REFERENCE LISTS (LOOK UP TABLES)

As already mentioned above, the two IMA datafiles need several external 'look up tables', i.e. tabular reference lists with specific Codificatie nummers and their labels issued by RIZIV-INAMI (see table). The relevant ones of those files are separately reviewed in detail in the section on RIZIV-INAMI databases.

Description	Reference	Label	Relevance KCE
Billing codes RIZIV	Reflist1	RIZIV_NOM	+++
Pharma codes RIZIV	Reflist2	RIZIV_PHA	+++
C Codes RIZIV	Reflist3	RIZIV_Doc C	-
N codes RIZIV	Reflist4	RIZIV_Doc N	+
Homologation numbers Health Care professionals RIZIV + qualificatie	Reflist5	RIZIV_HCP	Qualification
Homologation numbers Health Care institutions & departments RIZIV	Reflist6	RIZIV_INST	+++

Homologation numbers tarification offices RIZIV	Reflist7	RIZIV_OTD	-
Homologation numbers third party payers RIZIV	Reflist8	RIZIV_TPP	-

Deel 6 : Rijksregister & KBSZ

DEWACHTER DIRK, KCE

27 RIJKSREGISTER

27.1 DESCRIPTION

Het Rijksregister is een systeem van informatieverwerking, dat instaat voor de opneming, de memorisatie en de mededeling van informatie betreffende de identificatie van natuurlijke personen. Er zijn in feite drie verschillende registers: het bevolkingsregister, het vreemdelingenregister (Rijksregister-bis) en het wachtregister voor asielzoekers (Rijksregister-tre).

27.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		FOD BZ
Naam van het register		Rijksregister RR
Classificatie	**Hoofddomein**	Population data
	Subdomein(en)	Demographics
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	RRN civiele persoonsgegevens
	Hoofddiscriminant(en)	Inwoners België
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	volledig
	Zorglijn(en)	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	1983
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu dagelijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	N.v.t.
	Specificaties	Enkel officiële ingeschrevenen

27.2 MANAGING ORGANISATION

Name: FOD Binnenlandse Zaken - De Algemene Directie Instellingen en Bevolking (ADIB) – Dienst van het rijksregister.

- Address: Parc Atrium, Koloniënstraat 11 - 1000 Brussel
- Telephone: 02 518 21 21
- NUTS level: BE
- Websites: http: //www.rijksregister.fgov.be
  http: //www.registrenational.fgov.be

27.2.1 Responsible persons:

Adviseur-generaal, Mevrouw Christiane ROUMA

- Telephone 02 518 21 31
- Fax 02 518 26 31

- E-mail: info.rrn@rrn.fgov.be, info@registrenational.fgov.be

27.2.2 Financing:

Source : FOD Binnenlandse Zaken

Budget : geen info.

Number of people involved: geen info.

27.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

27.3.1 Reasons for data

Het Rijksregister stelt een nationaal bestand (Wet van 25 maart 2003) ter beschikking van de overheden, de instellingen en de personen bedoeld in artikel 5 van de wet van 08/08/1983 door :

- de uitwisseling van informatiegegevens tussen administraties te vergemakkelijken;
- de automatische bijwerkingen van de bestanden van de openbare sector wat betreft de algemene gegevens over de burgers mogelijk te maken, voor zover de wet, het decreet of de ordonnantie het toelaten;
- het gemeentelijk beheer over de bevolkingsregisters te rationaliseren;
- sommige administratieve formaliteiten die geëist worden van de burgers te vergemakkelijken

Legal aspects

- Wet van 08/08/1983.
- Wet van 23/03/2003.
- Het wachtregister werd ingesteld bij de wet van 24 mei 1994; de inhoud van het wachtregister wordt beschreven door het KB 01/02/1995 (BS 16/02/1995). Zie ook de ministeriële omzendbrief van 30/10/1995.

27.3.2 Purpose of database

De wet van 8 augustus 1983 specificeert in artikel 1 dat het Rijksregister een systeem voor informatieverwerking is dat overeenkomstig de in deze wet opgenomen bepalingen instaat voor de opneming, de memorisatie en de mededeling van de informaties betreffende de identificatie van de natuurlijke personen.

Artikel 6 van de genoemde wet bepaalt dat, mits de nodige wettelijke schikkingen, het Rijksregister ook als « transitcentrum » van gegevens kan fungeren waarbij informaties vanuit de gemeenten aan openbare besturen of instellingen van openbaar nut verstrekt worden zonder dat deze in het Rijksregister bewaard worden.

Op het concrete vlak kunnen de objectieven van het Rijksregister als volgt omschreven worden :

- de automatische bijwerking van de grote bestanden van de openbare sector mogelijk maken voor wat de gegevens betreft die in het Rijksregister opgenomen zijn.
- Deze werkwijze moet de afzonderlijke inzameling van de bevolkingsgegevens van algemene aard vermijden hetgeen in het verleden een gevoelig verlies aan middelen meebracht zowel inzake menselijke als financiële « ressources ». Daarbij komt nog dat op de traditionele werkwijze de gegevensinzameling niet altijd met voldoende juistheid en snelheid kan verwezenlijkt worden ;
- door de toekenning van een uniek identificatienummer een betere circulatie van de informaties tussen de grote bestanden van de openbare sector bereiken en aldus de administratieve doeltreffendheid van deze bestanden verhogen ;
- Hierbij worden niet alleen de gegevens afkomstig van het Rijksregister bedoeld maar meer nog de specifieke gegevensuitwisseling tussen sommige openbare besturen en instellingen van openbaar nut. Een voorbeeld hiervan is het overmaken van specifieke gegevens tussen de diensten van het Ministerie van Financiën en de instellingen van de sociale sector ;
- voor de bevolkingsdiensten van de gemeentebesturen een krachtig hulpmiddel zijn bij het beheer van de toepassingen inzake bevolkingsreglementering ; dankzij de oprichting van een permanente inventaris van bevolkingsgegevens o.a. demografische opzoekingen, tellingen en enquêtes vergemakkelijken ;
- voor de burger de administratieve taken verlichten en de door de openbare besturen geleverde diensten verbeteren.

27.3.3 Users of data (organisations)

See e.g.:
http: //www.rijksregister.fgov.be/rrn_nl/jaarverslag/2002-2003/cdoku.htm en :

http: //www.rijksregister.fgov.be/rrn_nl/voorstelling/rrn_n_informaties_d.htm

A significant part of the users from the social security domain have access to the contents of the national register through the crossroad databank for social security (Link!). Within this crossroad databank information is kept about who may access which information and the operative conditions for access.

27.3.4 Applications

Sedert 1988 wordt het bevolkingscijfer berekend op basis van de gegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen De FOD Economie - Afdeling Statistiek (voorheen het Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS)) ontvangt jaarlijks een kopie van het Rijksregister met bevolkingsgegevens. Hieruit distilleert zij de jaarlijkse tabellen over de (loop van de) bevolking. Diverse bevolkingsgegevens (bv. geboorten, sterfgevallen, migraties, aantal inwoners, aantal huishoudens, aantal familiekernen, etc.) kunnen uit het Rijksregister afgeleid worden.

Om de statistiek binnen een redelijke termijn af te ronden, moet men de inhoud van het Rijksregister op een bepaald ogenblik gebruiken. Als een compromis tussen snelheid en precisie heeft het NIS geopteerd voor de toestand van het Rijksregister op het einde van de maand maart volgend op het jaar waarvoor de loop van de bevolking wordt geanalyseerd.

27.3.5 User experiences (problems)

Geen info.

27.3.6 New evolutions

Geen info

27.4 CONTENTS

27.4.1 Information – Description documents on the contents

Ieder persoon krijgt bij zijn eerste inschrijving in het Rijksregister een identificatienummer. De samenstelling ervan is bepaald in het koninklijk besluit van 3 april 1984 (B.S. 21 april 1984). Dit koninklijk besluit werd gewijzigd door het koninklijk besluit van 25 november 1997 (B.S. van 16 december 1997). De criteria waarmee rekening gehouden werd bij de keuze van de structuur van het identificatienummer :

- Het nummer mag alleen stabiele gegevens van de persoon bevatten.
- Het mag geen gevoelige informaties over de persoon bevatten.
- Eén nummer mag slechts één enkele persoon identificeren en een persoon mag ook geen twee verschillende nummers hebben.
- De geldigheid van het nummer moet kunnen gecontroleerd worden.
- Een identificatienummer dat toegekend werd mag niet herbruikt worden. Het gebruik van het identificatienummer wordt strikt gereglementeerd door artikel 8 van de wet van 8 augustus 1983.

YYMMDD	NNN	CC

Dit nationaal nummer (NN) bestaat uit 11 cijfers:

- de eerste 6 cijfers stemmen overeen met de geboortedatum YYMMDD
- Het derde en vierde cijfer geeft de geboortemaand aan. Indien de geboortedatum niet gekend is, wordt als geboortemaand ‘00’ gekozen.
- de volgende 3, zijn het reeksnummer NNN; het reeksnummer dient ter onderscheiding van personen die op dezelfde dag geboren zijn.
- Indien de geboortedatum niet gekend is, wordt een uitgebreid volgnummer gebruikt: DDNNN.

- Indien het geslacht gekend is, worden even volgnummers toegewezen aan personen van het vrouwelijke geslacht en oneven aan het mannelijk geslacht. Het volgnummer 000 wordt NIET gebruikt. Volgnummers toegewezen vanaf 1/1/2000 worden niet meer herbruikt (KB 25/11/1997).
- de laatste 2 vormen het controlenummer CC

Het controlegetal wordt berekend door het getal van negen cijfers, dat gevormd wordt door de aaneenschakeling van de geboortedatum en het reeksnummer (YYMMDDNNN), te delen door 97. De rest van deze deling (modulus) wordt van 97 afgetrokken. Het bekomen verschil is het controlenummer. Het controlenummer is verschillend voor nummers toegewezen voor en na 1/1/2000 (KB 25/11/1997)

Vóór 1/1/2000: CC= 97 – MOD(YYMMDDNNN,97)[vv]

Na 1/1/2000: CC= 97 – MOD(2YYMMDDNNN,97)

De opeenvolgende wijzigingen van de informatiegegevens in het rijksregister worden met de datum waarop zij uitwerking hebben in het Rijksregister vermeld.

Op verzoek van een gemeentebestuur kan andere informatie in het Rijksregister worden opgenomen. Deze mag slechts medegedeeld worden aan de overheid die ze verstrekt heeft.[ww] Het gaat hier in de eerste plaats om andere informatie die wordt opgenomen in de bevolkings- en vreemdelingenregisters (KB 16/07/1992).

De informatiegegevens worden bewaard gedurende dertig jaar te rekenen van de dag van het overlijden van de persoon op wie zij betrekking hebben.

27.4.2 Population coverage

In het Rijksregister worden ingeschreven :

1. de personen die ingeschreven zijn in de bevolkingsregisters of in de vreemdelingenregisters gehouden in de gemeenten;
2. de personen die ingeschreven zijn in de registers gehouden in de diplomatieke zendingen en de consulaire posten in het buitenland.
3. de personen die ingeschreven zijn in het wachtregister bedoeld in artikel 1, eerste lid, 2 , van de wet van 19 juli 1991 betreffende de bevolkingsregisters en de identiteitskaarten en tot wijziging van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen. (dit zijn de kandidaat-vluchtelingen en hun familieleden)

Niet opgenomen zijn illegalen en thuislozen (behalve diegenen die een beroep doen op het OCMW); vreemdelingen die niet langer dan drie maanden in het land mogen verblijven.

[vv] MOD(X,Y)=modulus functie: de rest van de gehele deling van X door Y.

[ww] Alle Belgische gemeenten (behoudens de stad Antwerpen) hebben een conventie met het Rijksregister afgesloten, zodat hun andere bevolkingsgegevens naast de wettelijke informatiegegevens ook in het Rijksregister worden opgeslagen.

Vreemdelingen die langer dan drie maanden in het land mogen verblijven worden ingeschreven in het vreemdelingenregister (Art. 12, Wet 15/12/1980, aanpassing door Wet 24/05/1994), behoudens kandiaat-vluchtelingen. Vreemdelingen die zich in het land mogen vestigen, worden ingeschreven in het bevolkingsregister (Art. 17, Wet 15/12/1980). Vreemdelingen die een aanvraag doen als kandidaat-vluchteling en hun familieleden worden ingeschreven in een wachtregister (Art. 12, Wet 15/12/1980, aanpassing door Wet 24/05/1994).

27.4.3 Variabelen

Level	
Individual	Legally required: ▪ National number (9 number code with 2 digit control number) ▪ Name Last Name First Names ***optional*** Usual First Name Noble Title Pseudonym ▪ Birth Birth Place Birth date Country of birth (when abroad) ▪ Sex (as on birth certificate) ▪ Nationality Date of acquisition or granting of Belgian nationality (if applicable) References of parentage (if Belgian nationality acquired by descent): identification of parents, date, adoption, changes ▪ Death Date of decease Place of decease Country of decease (when abroad) ▪ Profession Activity Changes in profession/activity *Optional* Social group ▪ Civil state (all consecutives states are registered) ***Unmarried*** ***Married*** Number of marital certificate Date of marriage Place of marriage Names, date and place of birth, nationality of spouse (if living abroad) References (dates, places) in case of divorce of "table and bed" ***Annulment of marriage*** Type of annulment (divorce, decease, cancellation…) References (dates, places) of this annulment

	▪ Electronic ID (e-ID) [09/07/2001] Identity certificate Signature certificate ▪ Date of legal cohabitation [07/04/2003] Identity certificate ***Only for foreigners*** ▪ Type of register (foreigners register, waiting register) ▪ Administrative status for people inscribed to the waiting register [01/02/1995]
Family/ Household	Legally required: ▪ Main place of residence (in fact part of the individual records, the record of the reference person[1] can deliver it at the household level) Name and NIS-code of community Date of registration Street House number, number of apartment, letterbox number Postal code All changes (dates and residence) ***optional*** Name of quarter or neighbourhood ▪ Family composition (linked to the individual record of the reference person[1]) National numbers of all family members Family relationship Date of changes: arrival, change in position, leave Living single or in community (when applicable)

[1] Reference person of the household = the family member that usually takes contact with the administration for affairs that concern that family.

27.5 TIME CHARACTERISTICS

27.5.1 Periodicity of updates

Permanent (day to day) updates by the community service are required. In reality new events (death, divorce, move, …) are registered with some delay that is mainly caused by the maximum time limits that are allowed to the citizens between the actual event and its registration with the community service.

27.5.2 Longitudinality

The register does not only contain the cross-sectional data at a specific moment (date of last registration), but also all changes that occur in the course of the lifetime. This allows retrieving historical situations. The most important break in data occurs when a person changes sex. At that time a new National Number should be constructed and a new file is opened.

27.5.3 Period covered by the data

All data are archived up to thirty years after death.

27.5.4 Date (of versions/updates)

See legal aspects.

27.6 DATA PROCESS

27.6.1 Information – description documents on the data-process

Geen info.

27.6.2 Data sources (organisations/databases)

De informatiegegevens die in de bestanden van het Rijksregister opgenomen en bewaard worden, komen uit:

- de bevolkingsregisters en het vreemdelingenregister, die worden bijgehouden door de gemeenten;
- de registers die worden gehouden door de diplomatieke zendingen en consulaire posten voor de Belgen die in het buitenland verblijven en er ingeschreven zijn;
- het wachtregister voor de personen die daarin zijn ingeschreven (kandidaat-vluchtelingen en hun familie).

De overheden die belast zijn met het houden van voormelde registers delen de informatiegegevens ambtshalve aan het Rijksregister.

27.6.3 Data process plan

Geen info.

27.6.4 Data quality plan

De overheden die belast zijn met het houden van voormelde registers zijn verantwoordelijk voor de echtheid en de overeenstemming van de meegedeelde informatiegegevens met de akten en de documenten die zij in hun bezit hebben. Door de continue aanpassing van het register - correcties gebeuren zodra de fout is vastgesteld – verbetert de kwaliteit van de gegevens stelselmatig. De gemeenteregisters vormen de theoretische informatiebasis en moeten dus worden beschouwd als de beste bron, ook al zijn ze niet perfect.

Bijvoorbeeld, voor de bevolkingsaantallen, kan een overschatting ontstaan doordat personen die naar het buitenland verhuisd zijn dit niet gemeld hebben bij de gemeente; andersom ontstaat een onderschatting - en dit komt meer bepaald voor in stadsgemeenten - doordat niet-aangegeven personen buiten het blikveld blijven. Bij de doorloop op het Rijksregister wordt gecontroleerd voor dubbeltellingen. De laatste jaren werd het register degelijk geschoond, vooral door de vernieuwing van de identiteitskaarten.

27.6.5 Data access procedure

De machtiging om toegang te hebben tot de informatiegegevens of om er mededeling van te verkrijgen, wordt verleend door het sectoraal comité van het Rijksregister:

- aan de Belgische openbare overheden voor de informatiegegevens die zij gemachtigd zijn te kennen uit hoofde van een wet, een decreet of een ordonnantie;
- aan de openbare en private instellingen van Belgisch recht voor de informatie die zij nodig hebben voor het vervullen van taken van algemeen belang die hen zijn toevertrouwd door of krachtens een wet, een decreet of een ordonnantie of voor taken die uitdrukkelijk als zodanig erkend worden door het voormelde sectoraal comité;
- aan de natuurlijke- of rechtspersonen die handelen als onderaannemer van de Belgische openbare overheden en de openbare of private instellingen van Belgisch recht bedoeld in 1 en 2 ; de eventuele onderaanneming gebeurt op verzoek, onder controle en verantwoordelijkheid van deze overheden en instellingen; deze onderaannemers moeten zich er formeel toe verbinden de bepalingen van de onderhavige wet en deze van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens te respecteren en zij nemen daartoe de nodige maatregelen, waarvan zij melding maken aan de personen waarvoor zij als onderaannemer optreden;
- aan de notarissen en de gerechtsdeurwaarders voor de informatie die zij gemachtigd zijn te kennen uit hoofde van een wet, een decreet of een ordonnantie;
- aan de Orde van apothekers met als doel aan hun leden de hoofdverblijfplaats mede te delen van een cliënt waaraan een geneesmiddel dat gevaarlijk is voor de gezondheid werd afgeleverd;
- aan de Orde van de Vlaamse balies en de Ordre des barreaux francophones et germanophone, met als enig doel aan de advocaten de informatie mede te delen die zij nodig hebben voor de taken die zij als medewerkers van het gerecht vervullen.

Het sectoraal comité beoordeelt of de doeleinden, waarvoor de toegang tot de informatiegegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen wordt gevraagd of om er een mededeling van te verkrijgen, welbepaald, duidelijk omschreven en wettig zijn en, in voorkomend geval, of de gevraagde informatiegegevens uit het Rijksregister toereikend, ter zake dienend en niet overmatig zijn ten opzichte van die doeleinden.

Vooraleer zijn machtiging te geven, gaat het sectoraal comité na of de toegang of de mededeling geschiedt in overeenstemming met deze wet, de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens en hun uitvoeringsbepalingen, alsmede met de andere pertinente normen inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer of persoonsgegevens.

Het sectoraal comité stuurt binnen dertig dagen na zijn beslissing een afschrift ervan naar de minister van Binnenlandse Zaken en de minister van Justitie.

De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van het sectoraal comité, in welke gevallen geen machtiging vereist is

De Koning kan uitsluitend toegang verlenen tot de inlichtingen betreffende de vreemdelingen die zijn ingeschreven in het wachtregister aan de in de wet

(08/08/1983 en wijzigingen) opgesomde overheden en aan de bij naam aangewezen diensten die er rechtstreeks onder ressorteren, voor de informatie die zij krachtens een wet of een decreet bevoegd zijn te kennen.

Het Comité kan apart een machtiging verlenen om het identificatienummer van het Rijksregister te gebruiken.

27.6.5.1 Bevolkingsregister bij de gemeenten:

Inzake sociale zekerheid verleent de wetgeving die momenteel van kracht is aan een groot aantal instellingen van sociale zekerheid de machtiging om bij de gemeenten informatie te verkrijgen betreffende hun inwoners.

De verplichting voor de gemeenten om gevolg te geven aan aanvragen om informatie bestaat nog steeds. Er dient evenwel opgemerkt te worden dat de inwerkingtreding van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid tot gevolg zal hebben dat de meeste instellingen van sociale zekerheid zich in de eerste plaats zullen richten tot het Rijksregister van de natuurlijke personen.

Het is overigens niet nutteloos de reglementering die ter zake genomen werd in herinnering te brengen, te weten :

- de wet van 4 april 1991 tot regeling van het gebruik van de informatiegegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen door ministeriële diensten en door de instellingen van sociale zekerheid die onder het Ministerie van Sociale Voorzorg ressorteren (Belgisch Staatsblad van 27 juni 1991), waarvan de datum van inwerkingtreding vastgesteld werd door het koninklijk besluit van 31 december 1992 (Belgisch Staatsblad van 22 januari 1993);
- de wet van 30 december 1992 houdende sociale en diverse bepalingen, in haar hoofdstuk V (artikelen 119 tot 126), dat het gebruik regelt van de informatiegegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen door de administratie en de medewerkende instellingen belast met de toepassing van de reglementering inzake sociale zekerheid der zelfstandigen (Belgisch Staatsblad van 9 januari 1993);
- de koninklijke besluiten van 7, 10, 17 en 31 december 1992 tot regeling van het gebruik van de informatiegegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen in het kader van de wetgevingen betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten, het Fonds voor de beroepsziekten, de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, de arbeidsongevallen, de kinderbijslag, de jaarlijkse vakantie, het Nationaal Pensioenfonds voor mijnwerkers, de Hulp en Voorzorgskas voor zeevarenden en de Rijksdienst voor pensioenen (Belgisch Staatsblad van 22 januari 1993).

Deze bepalingen normaliseren het gebruik van het begrip "hoofdverblijfplaats" en ze verplichten zich eerst te wenden tot het Rijksregister om de mededeling van de 9 wettelijke informatiegegevens te verkrijgen en om hun juistheid na te gaan.

27.6.5.2 Wachtregister (Wet van 08/08/1983, gewijzigd door de wet 24/05/1994)

De Koning kan uitsluitend toegang verlenen tot de inlichtingen betreffende de vreemdelingen die zijn ingeschreven in het wachtregister bedoeld in artikel 1, eerste lid, 2 , van de wet van 19 juli 1991 betreffende de bevolkingsregisters en de identiteitskaarten en tot wijziging van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen, aan de hierna opgesomde overheden en aan de bij naam aangewezen diensten die er rechtstreeks onder ressorteren, voor de informatie die zij krachtens een wet of een decreet bevoegd zijn te kennen :

- de minister tot wiens bevoegdheid de maatschappelijke dienstverlening behoort;
- de federale minister en de gewestelijke ministers tot wier bevoegdheid de tewerkstelling en de arbeid behoren;
- de minister tot wiens bevoegdheid de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen behoren;
- de leidende ambtenaar van de Directie voor de Inschrijving der Voertuigen (DIV) die afhangt van het Ministerie van Verkeerswezen en Infrastructuur;
- de gemeenteoverheden, de gemeentelijke politiediensten en de voorzitters van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn;
- de Commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen;
- de Voorzitter van de vaste beroepscommissie voor vluchtelingen;
- de Commandant van de Rijkswacht;
- de magistraten van de hoven en rechtbanken van de rechterlijke macht;
- de Eerste Voorzitter en de Auditeur-generaal van de Raad van State. "

De instellingen van sociale zekerheid kunnen tot op heden slechts de wettelijke gegevens raadplegen van de kandidaat-politieke vluchtelingen. Een koninklijk besluit van 2 december 2002, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 27 januari 2003, voorziet echter in de toegang tot het wachtregister, in hoofde van de Kruispuntbank en bepaalde administratieve overheden en instellingen van sociale zekerheid.

Het is het Sectoraal comité van de sociale zekerheid dat, voor elke instelling, zal nagaan voor welke taken en tot welke gegevens de toegang moet verleend worden. Het is dus zeker niet zo dat elke instelling voor elke taak toegang zal krijgen tot alle gegevens van het wachtregister. (zie machtigingen van het sectoraal comité).

Concreet is toegang verleent voor bepaalde gegevens aan OCMW's, de POD “Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding en Sociale Economie”, de RKW en de RVA, het FAO, de DOSZ en de FOD “WASO, Directie van de administratieve geldboeten” en het RIZIV.

27.6.5.3 Legal aspects

Een uitgebreide bespreking rond de wettelijke bepalingen van de toegang tot, het gebruik van en de analyse op basis van de rijksregistergegevens kan men terugvinden in P. De Hert, *Titel IX: persoonsgegevens, rijksregister en rijksregisternummer*. in: Blok P., De Hert P., Lacoste A.-C., Wahle J. Privacy en persoonsgegevens. 14e aflevering. De Hert P., editor. Brussel: Politeia; juni 2004. Deze hoofdstukken besteden ook uitgebreid aandacht aan de adviezen van de privacycommissie ter zake.

28 REGISTER KBSZ

28.1 DESCRIPTION

A databank of all social security numbers related to people that do not exist in the National Register (see ibidem). This register is also called Bis-Register.

28.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		KBSZ
Naam van het register		Rijksregister-bis - INSZ
Classificatie	**Hoofddomein**	Population data
	Subdomein(en)	Demographics
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Administratief
	Hoofddiscriminant(en)	Ingeschrevenen SZ
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	volledig
	Zorglijn(en)	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	1990
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu wekelijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	N.v.t.
	Specificaties	Ook buitenlandse rechthebbenden SZ

28.2 MANAGING ORGANISATION

Name: Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KBSZ)

- Address: Sint-Pietersteenweg 375, 1040 Brussel
- Tel + 32-2-741 83 11
- Fax + 32-2-741 83 00
- Web site: http: //ksz.fgov.be/
- E-mail: management@ksz.fgov.be
- NUTS level: BE

28.2.1 Responsible persons:

Frank Robben

- Role : Director
- Telephone + 32-2-741 84 02
- Fax +32-2-741 83 00

- E-mail management@ksz.fgov.be

28.2.2 Financing:

Source : de inkomsten van de Kruispuntbank bestaan voornamelijk uit de bijdrage van de vier instellingen van sociale zekerheid die instaan voor de inning van de sociale bijdragen (RSZ, RSVZ, RSZPPO en DOSZ). De Kruispuntbank beschikt ook, zij het in mindere mate, over inkomsten uit de vergoeding van diensten die zij levert aan instanties die geen socialezekerheidsinstellingen zijn.

Budget: het jaarlijks functioneringsbudget van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid bedraagt 12 miljoen euro. Met dit budget kan ze haar opdrachten uitvoeren zoals die vastgesteld zijn in de bestuursovereenkomst met de Federale Staat.

Number of people involved: de Kruispuntbank telt ongeveer 70 personeelsleden waarvan meer dan de helft een beroep uitoefent in het domein van de informatietechnologie. Het overige personeel bestaat uit juristen, administratief personeel en sectorverantwoordelijken die belast zijn met de coördinatie van de betrekkingen met elk van de openbare instellingen van sociale zekerheid.

28.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

28.3.1 Reasons for data

Niet alle natuurlijke personen waarvan de sociale zekerheid een dossier beheert, zijn ingeschreven in het Rijksregister en beschikken over een rijksregisternummer (het betreft hier voornamelijk de personen die niet of niet meer in België verblijven). Daarom beheert de Kruispuntbank een gegevensbank (de zogenaamde Kruispuntbankregisters) die complementair is aan het Rijksregister en die identificatiegegevens bevat over deze personen.

De Kruispuntbankregisters bevatten bijvoorbeeld de identificatiegegevens van:

- de grensarbeiders die in het buitenland verblijven maar in België werken;
- rechthebbenden op Belgische socialezekerheidsuitkeringen, die nooit in België hebben verbleven of die niet meer in België verblijven sinds de gemeente waar ze laatst verbleven in het Rijksregister werd geïntegreerd;
- personen die destijds rechten op socialezekerheidsuitkeringen hebben geopend en die overleden zijn voordat de gemeente waar ze laatst verbleven in het Rijksregister werd geïntegreerd, maar van wie de gerechtigden op sociale uitkeringen nog in leven zijn;
- sociaal verzekerden aan wie wel een rijksregisternummer werd toegekend maar waarvan de identificatiegegevens niet meer worden geactualiseerd door het Rijksregister, bijvoorbeeld omdat ze intussen geschrapt zijn;
- personen die een regularisatie aangevraagd hebben na een illegale aanwezigheid op het nationaal grondgebied.

28.3.1.1 Legal aspects

- Wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid
- Koninklijk besluit van 13 augustus 1990 tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van de bepalingen van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid
- Koninklijk besluit van 8 februari 1991 betreffende de samenstelling en de wijze van toekenning van het identificatienummer van de natuurlijke personen die niet ingeschreven zijn in het Rijksregister van de natuurlijke personen en de aanpassing er van in het KB 13/10/1998 (BS 11/11/1998).

28.3.2 Purpose of database

De instellingen van sociale zekerheid kunnen op basis van het KBSZ-nummer of via een fonetische ondervraging de KBSZ-registers raadplegen (met inbegrip van de historische gegevens). Via het mutatiesysteem zorgt de Kruispuntbank tevens voor de automatische doorgave aan de instellingen van sociale zekerheid van alle bijwerkingen van de KBSZ-registers. Het routeren en filteren van de mutaties gebeurt aan de hand van het verwijzingsrepertorium (waarin onder andere de dossiers geregistreerd zijn die bij een instelling gekend zijn en de informatie die de verschillende instellingen nodig hebben).

28.3.3 Users of data (organisations)

Users of the crossroads bank (partners in social security).

28.3.4 Applications

User experiences (problems): no info.

28.3.5 New evolutions

None

28.4 CONTENTS

Per ingeschreven persoon bevatten de KBSZ-registers naast het KBSZ-nummer, 7 gegevens (zie tabel):

De toekenning van een Kruispuntbanknummer (of bis-nummer) gebeurt door de KBSZ: indien de opzoekingen van een instelling voor het toekennen van een rijksnummer aan een dossier, geen resultaat opleveren, dan kan zij, op basis van een set minimale identificatiegegevens (MID), online de aanmaak van een Kruispuntbanknummer aanvragen. Aan de hand van een dergelijke set minimale identificatiegegevens (MID) kan een persoon met voldoende zekerheid worden geïdentificeerd. De volgende sets van minimale identificatiegegevens bestaan:

- MID 1a: naam, eerste voornaam, geboortedatum, verblijfsadres in België;
- MID 1b: naam, eerste voornaam, geboortedatum, verblijfsadres in het buitenland;

- MID 2: naam, eerste voornaam, geboortedatum en -plaats;
- MID3a: combinatie van MID 1a en 2;
- MID3b: combinatie van MID 1b en 2.

YYMMDD	NNN	CC

Dit 'bis-nummer' bestaat uit 11 cijfers:

- de eerste 6 cijfers stemmen overeen met de geboortedatum **YYMMDD**
- Het derde en vierde cijfer geeft de geboortemaand aan, vermeerderd met 40 indien het geslacht van de persoon gekend is op het moment van de toekenning van het nummer, of vermeerderd met 20 indien het geslacht van de persoon niet gekend is op het moment van de toekenning. Indien de geboortedatum niet gekend is, wordt als geboortemaand '00' gekozen (zie rijksregister). De andere regels blijven van kracht.

```
MM= (if (date_of_birth is missing) then 0 else
  month(date_of_birth) + (if (sex is missing) then 20
  else 40)
```

- De informatie van het type "geslacht" en "geboortedatum" kan afgeleid worden van het bis-nummer. Deze gegevens hebben echter slechts een indicatieve waarde. Indien ze wijzigen wordt het bisnummer niet overeenkomstig aangepast.
- de volgende 3, zijn een volgnummer NNN
- Indien de geboortedatum niet gekend is, wordt een uitgebreid volgnummer gebruikt: DDNNN.
- Indien het geslacht gekend is, worden even volgnummers toegewezen aan personen van het vrouwelijke geslacht en oneven aan het mannelijk geslacht. Het volgnummer 000 wordt ook gebruikt. Volgnummers toegewezen vanaf 1/1/2000 worden niet meer herbruikt (KB 25/11/1997).
- de laatste 2 vormen het controlenummer CC
- Het controlenummer wordt op dezelfde wijze berekend als voor het rijksregister. Het is verschillend voor nummers toegewezen voor en na 1/1/2000.

Vóór 1/1/2000: `CC= 97 - MOD(YYMMDDNNN,97)`[xx]

Na 1/1/2000: `CC= 97 - MOD(2YYMMDDNNN,97)`

28.4.1 Information – Description documents on the contents

Zie webstek : http: //ksz.fgov.be/

[xx] MOD(X,Y)=modulus functie: de rest van de gehele deling van X door Y.

28.4.2 Population coverage

Alle natuurlijke personen die een dossier hebben bij de sociale zekerheid, maar niet ingeschreven zijn in het rijksregister.

Op 31/12/2004 waren er 1.052.000 KBSZ-nummers toegekend. Daarnaast bevatte het personenrepertorium van de KBSZ nog een verwijzing naar het sociale zekerheidsnummer (INSZ) van 13.243.000 rijksregisternummers (inclusief overledenen die sociale rechten verlenen aan de overlevende rechthebbende).

28.4.3 Registration items

De kruispuntbank van de sociale zekerheid beheert nauwelijks eigen gegevens. De gegevens die ze wel beheert zijn verbonden aan haar operationele taken:

- Het machtigen, organiseren en leiden van de uitwisseling van gegevens door de instellingen van sociale zekerheid
- De coördinatie tussen de instellingen van sociale zekerheid van het aanbieden van transacties via het portaal van de sociale zekerheid
- De coördinatie van de betrekkingen tussen de instellingen van sociale zekerheid en het rijksregister van de natuurlijke personen
- Het inzamelen bij de instellingen van sociale zekerheid en het opslaan van algemene identificatiegegevens die niet in het rijksregister van de natuurlijke personen beschikbaar zijn
- Het inzamelen bij de instellingen van sociale zekerheid van informatie nuttig voor het beheer, de conceptie en de kennis van de sociale zekerheid

De belangrijkste gegevens waarvoor ze verantwoordelijk is, zijn:

- De kruispuntbankregisters ter aanvulling van de ontbrekende gegevens in het rijksregister.
- Centraal bestand van de SIS-kaarten en van de beroepskaarten
- Het verwijzingsrepertorium

Het verwijzigingsrepertorium bevat zelf geen inhoudelijke gegevens. Enkel routeringsgegevens. Het is opgebouwd uit 3 tabellen nl.

1. de beschikbaarheidstabel
2. de toegangsmachtigingstabel
3. het personenrepertorium

Het verwijzingsrepertorium van de Kruispuntbank vormt het knooppunt van het netwerk van de sociale zekerheid. Haar functies zijn :

- automatisch routeren van alle berichten die via het netwerk worden verstuurd.
- filteren van de berichten in functie van de geldende finaliteitregels : gegevensuitwisseling moet gebeuren volgens de door de Kruispuntbank vastgelegde en door het Sectoraal comité van de sociale zekerheid goedgekeurde modaliteiten

28.4.3.1 Beschikbaarheidstabel

De beschikbaarheidstabel ("wat-waar"-tabel) geeft aan waar (bij welke instelling van de sociale zekerheid) welke gegevens beschikbaar zijn en onder welke voorwaarden. De beschikbaarheid wordt eenduidig geïdentificeerd door : de leverancier (sector en type instelling), de hoedanigheidscode, het formulier en de soort behandeling.

28.4.3.2 Toegangsmachtingstabel

De toegangsmachtigingstabel ("wie-krijgt-wat"-tabel) geeft aan welke gegevens door welke instelling van sociale zekerheid mag verkregen worden en onder welke voorwaarden.

28.4.3.3 Personenrepertorium

Het personenrepertorium ("wie-waar-hoe-wanneer"-tabel) is de grootste tabel van de drie en geeft weer

- bij welke sector
- voor welke hoedanigheid
- voor welke periode.

een persoon gekend is (of m.a.w. een dossier heeft). Een persoon wordt gekenmerkt door zijn INSZ-nummer (identificatienummer van de sociale zekerheid).

Met **SECTOR** wordt een instelling uit de sociale zekerheid bedoeld. Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen :

- instellingen die over een rechtstreekse verbinding met de Kruispuntbank beschikken (= primaire netwerk). Dit zijn de beheersinstellingen.
- instellingen die opgenomen zijn in een netwerk dat is opgebouwd rond een beheersinstelling

De **HOEDANIGHEID** heeft betrekking op het type dossier. Een bepaalde persoon kan bij een sector gekend zijn onder verschillende hoedanigheden. Telkens als er significante verschillen zitten tussen de gegevens waar men nood aan heeft (bvb. slachtoffer van een arbeidsongeval of getuige van een arbeidsongeval) wordt er een andere hoedanigheidscode gecreëerd.

Een persoon heeft steeds een dossier vanaf een bepaalde datum, met eventueel een einddatum (=**PERIODE**).

Deze 3 elementen spelen een cruciale rol in het gegevensverkeer binnen het netwerk van de sociale zekerheid : voor een bepaald INSZ kunnen binnen een sector meerdere dossiers aanwezig zijn, enerzijds met betrekking tot verschillende periodes maar anderzijds ook voor verschillende type dossiers.

De hoedanigheid is meebepalend om aan te duiden welke gegevens opgevraagd mogen worden of ter beschikking kunnen worden gesteld van het netwerk.

28.4.3.4 Geregistreerde gegevens

Level	
Individual	1. de naam en voornamen, 2. geboortedatum en -plaats, 3. het geslacht, 4. de nationaliteit, 5. de hoofdverblijfplaats, 6. datum van overlijden, 7. burgerlijke staat.

28.5 TIME CHARACTERISTICS

28.5.1 Periodicity of updates

Permanent.

28.5.2 Longitudinality

In principe blijft een toegekend nummer geldig voor een individu. Slechts in het geval dat er meerdere nummers aan 1 individu zijn toegekend zullen de overtallige nummers geschrapt worden. Daarbij wordt er het nummer overgehouden met de meeste informatie: 1. het rijksregisternummer, 2. het nummer op basis van (een gedeelte van de) geboortedatum en geslacht, 3. het nummer op basis van (een gedeelte van de) geboortedatum, 4. het nummer op basis van geslacht, 5. het nummer met geslacht noch geboortedatum.

Wanneer een nummer werd toegekend op basis van een onjuiste of onvolledige gegevens (geboortedatum en geslacht), dan zal bij correctie van die gegevens toch het oorspronkelijke nummer behouden blijven.

28.5.3 Period covered by the data

Not applicable.

28.5.4 Date (of versions/updates)

Not applicable.

28.6 DATA PROCESS

28.6.1 Information – description documents on the data-process

No info.

2.1 Data sources (organisations/databases)

28.6.2 Data process plan

Het personenrepertorium wordt gevoed door de instellingen van sociale zekerheid die op het netwerk zijn aangesloten : elke primaire instelling van sociale zekerheid moet immers, voor ieder nieuw in haar sector te behandelen dossier, aan de Kruispuntbank het INSZ van die sociaal verzekerde het type

dossier meedelen, dat voor hem wordt geopend en de periode waarop dit dossier betrekking heeft. Dit gebeurt door inschrijving in het personenrepertorium. Aangezien de instellingen het personenrepertorium aanvullen, vinden er dagelijks talrijke bijwerkingen plaats.

De Kruispuntbank controleert de aanwezigheid van een MID en kent het Kruispuntbanknummer toe. Er dient opgemerkt te worden, dat er tussen de instellingen hiërarchische regels bestaan voor wat de bijwerking van de informatie betreft. Het NIC bijvoorbeeld, dat belast is met de verspreiding van de SIS-kaarten, heeft de hoogste plaats in de hiërarchie met betrekking tot de zichtbare gegevens op de SIS-kaart.

De identificatiedienst van de Kruispuntbank speelt ook een rol in de bijwerking van de Registers, met name door "uitzuiveringen" uit te voeren (verwijderen van overlappingen tussen het KBSZ-nummer en het rijksnummer, verbetering van de identificatiegegevens aan de hand van de informatie die verstrekt wordt door de instellingen of de gemeenten, werkzaamheden 'op maat' voor rekening van de instellingen).

Voor de personen die uit het Rijksregister geschrapt zijn (ambtshalve geschrapt, vertrek naar het buitenland zonder vermelding van een diplomatieke post) en waarvan de identificatiegegevens niet meer bijgewerkt worden door de gemeenten of de diplomatieke posten, worden de identificatiegegevens in het Kruispuntbankregister bijgewerkt door de Kruispuntbank (voor de vaste gegevens: naam, voornaam, geboortedatum, geslacht en de niet-vaste gegevens) en door de instellingen van sociale zekerheid (voor de niet-vaste gegevens: nationaliteit, verblijfsadres, burgerlijke staat, datum van overlijden). De bijwerking betreft dezelfde 7 gegevens als voor een bisnummer, maar de persoon behoudt niettemin zijn rijksnummer.

De beschikbaarheidstabel en de toegangsmachtigingstabel worden ingevuld door de Kruispuntbank zelf aan de hand van specifieke procedures en in functie van de machtigingen van het Sectoraal comité van de sociale zekerheid.

Door een combinatie van de gegevens uit het personenrepertorium met de gegevens uit de beschikbaarheidstabel en toegangsmachtigingstabel kan elk bericht dat op de Kruispuntbank toekomt automatisch worden gerouteerd en gefilterd in functie van de reeds verleende machtigingen (=verwijzingsrepertorium).

28.6.3 Data quality plan

No info.

28.6.4 Data access procedure

Een instelling van het primaire netwerk sociale zekerheid kan steeds een voorlegging doen en de KBSZ verzorgt dan een antwoord. Het betreft steeds consultaties of bewerkingen van de eigen dossiers.

Enkel in het geval men een consultatie wenst te doen van dossiers voor een andere dan de eigen sector, is een machtiging van het Sectoraal comité van de sociale zekerheid vereist.

28.6.4.1 Legal aspects

Artikel 2, §2 van het koninklijk besluit van 4 februari 1997 tot organisatie van de mededeling van sociale gegevens van persoonlijke aard tussen instellingen van

sociale zekerheid bepaalt dat er geen machtiging van het Sectoraal comité van de sociale zekerheid vereist is voor de mededeling binnen het netwerk van de in de Kruispuntbankregisters voorkomende identificatiegegevens van de sociaal verzekerden. Artikel 7 van het besluit voorziet echter dat de instelling die de mededeling verricht, het Sectoraal comité van de sociale zekerheid hiervan op de hoogte brengt binnen de twee maanden na de aanvang ervan.

29 DATAWAREHOUSE ARBEIDSMARKT EN SOCIALE BESCHERMING

29.1 DESCRIPTION

Het datawarehouse (DWH) arbeidsmarkt, een project binnen het AGORA-programma van het DWTC[yy], behelst een samenwerkingsverband tussen het FAO, het FBZ, de KBSZ, het NIC, het RIZIV, de RKW, het RSVZ, de RSZ, de RSZPPO, de RVA en de RVP. Het beoogt de koppeling van arbeidsmarktgegevens afkomstig van deze instellingen van sociale zekerheid. Momenteel wordt de scope van het datawarehouse uitgebreid in de richting van sociale bescherming.

Verschillende organisaties zijn betrokken bij het datawarehouse. Het beheer van het datawarehouse werd toevertrouwd aan de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid. Het datawarehouse bevindt zich fysiek in de lokalen van de SmalS-MvM, die ook de informatica-technische ondersteuning verzorgt. Het datawarehouse wordt verder ondersteund door een gebruikersgroep en een beheersgroep. De gebruikersgroep wordt geleid door de universitaire equipes van enerzijds het Steunpunt Werkgelegenheid, Arbeid en Vorming (Steunpunt WAV), een interuniversitair samenwerkingsverband gehuisvest aan de KU-Leuven en anderzijds het "Centre de Sociologie du travail, de l'Emploi et de la Formation (Point d'appui TEF)" van de ULB. Zij staan, samen met de gebruikersgroep, ook in voor de verdere uitwerking van het datawarehouse middels hun wetenschappelijke ondersteuning. Tot slot zijn er - niet in het minst - de socialezekerheidsinstellingen, die de leveranciers zijn van de gegevens en ook de eigenaar van hun eigen gegevens blijven.

29.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		KBSZ
Naam van het register		Datawarehouse arbeidsmarkt DWA
Classificatie	**Hoofddomein**	Population data
	Subdomein(en)	Socio-economic status Social security status
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Arbeids- & sociale zekerheidsstatuut
	Hoofddiscriminant(en)	Ingeschrevenen SZ (INSZ)
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	volledig
	Zorglijn(en)	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	1997
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-

[yy] Zie lijst met afkortingen in bijlage 1.2. van hoofdstuk 1.

Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	Diverse
	Specificaties	Arbeidsgerelateerde SZ gegevens en sociale bescherming Re-engineering & uitbreiding gegevens vanaf 2003

29.2 MANAGING ORGANISATION

- Name: Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KBSZ)
- Address: Sint-Pietersteenweg 375, 1040 Brussel
- NUTS level: BE

29.2.1 Responsible persons:

Name: Chris Brijs

- Role : Innovatie en Beleidsondersteuning KBSZ
- Telephone 02-741 83 67
- Fax 02-741 83 00
- E-mail chris.brijs@ksz-bcss.fgov.be
- Website: http: //www.ksz-bcss.fgov.be/nl/statistiques/stats_1.htm

Name: Peter Van Der Hallen

- Role : coordinator DWH
- Address Steunpunt WAV, KULeuven, Van Evenstraat 2C, B-3000 Leuven
- Telephone +32 16 323076 of +32 16 323239
- Fax +32 16 323240
- E-mail Peter.vanderhallen@hiva.kuleuven.ac.be

Name: Pierre Desmarez

- Role : coordinator DWH
- Address Centre de sociologie du travail, de l'emploi et de la formation, ULB, Avenue Jeanne, 44 – CP 124, 1060 Bruxelles
- Telephone (+ 32 2) 650 31 83
- Fax (+ 32 2) 650 33 35
- E-mail pdesmar@ulb.ac.be, tef@ulb.ac.be
- Website : http: //www.ulb.ac.be/socio/tef/

Name: Jos Berghman

- Role : DWH deel: sociale bescherming
- Adres: Centr. Sociologisch onderzoek (CESO), Van Evenstraat 2B, B-3000 Leuven
- Telephone +32 16 323189 of +32 16 323113
- Fax +32 16 323365

- E-mail Jos.Berghman@soc.kuleuven.ac.be

29.2.2 Financing:

Source:

- Kruispuntbank: onderhoud en werking van het DWH
- Ad-hoc data-aanvragen worden betaald door de aanvragers
- DWTC-AGORA ondersteunde de opstart van het DWH (universitaire equipes) en ondersteunt op projectmatige basis de verdere ontwikkeling ervan (nieuwe variabelen, integratie van nieuwe bronnen, ontwikkeling van metadata)

Budget: geen info.

Number of people involved: geen info.

29.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

29.3.1 Reasons for data

De operationele systemen van de instellingen van sociale zekerheid werden oorspronkelijk niet ontwikkeld voor het uitvoeren van statistische verwerkingen. Omdat voor het opstellen van statistieken meestal zeer grote hoeveelheden gegevens moeten worden verwerkt en statistische analyse een procedure van trial en error is, zijn dergelijke taken overigens erg belastend voor de mainframes. Dit probleem kan worden opgelost door gebruik te maken van een datawarehouse. De techniek van datawarehousing bestaat erin gegevens, afkomstig van een operationele gegevensbank, te downloaden op een aparte computer die voorzien is van de nodige statistische software en die deze gegevens dan verder flexibel kan bewerken tot statistisch bruikbare informatie die beantwoordt aan de behoeften van de gebruikers.

Door de creatie van het datawarehouse wordt het eenvoudiger sectoroverschrijdende studies (d.w.z. onderzoeken waarbij informatie van meerdere socialezekerheidssectoren dient te worden verwerkt) en/of longitudinale studies (d.w.z. onderzoeken waarbij de evolutie van de arbeidsmarkttoestand van de betrokken bevolking doorheen de tijd dient te worden nagegaan) uit te voeren.

29.3.1.1 Legal aspects

De Federale diensten voor wetenschappelijke, technische en culturele aangelegenheden (DWTC) dienen krachtens de bepalingen van het koninklijk besluit van 20 maart 1997 onder meer in te staan voor, enerzijds, het inzetten van wetenschappelijke en technische middelen ter ondersteuning van de bevoegdheden van de federale overheid en, anderzijds, het ten uitvoer leggen van programma's, acties, informatienetwerken en -systemen ter bevordering van het wetenschappelijk en technisch onderzoekspotentieel van het hele land.

Om deze opdrachten te concretiseren, hebben de DWTC het project "AGORA" opgestart, dat tot doel heeft de toegang tot de federale administratieve gegevensbanken voor wetenschappelijke doeleinden te vergemakkelijken.

Het project "datawarehouse (stock van gegevens) arbeidsmarkt" vormt een deelproject van het AGORA-project en houdt een samenwerkingsverband in tussen verschillende overheidsdiensten.

29.3.2 Purpose of database

Het datawarehouse arbeidsmarkt heeft tot doel beter, sneller en goedkoper te kunnen inspelen op gegevensaanvragen afkomstig van onderzoeksinstellingen en de overheid. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen twee soorten toepassingen:

- de basistoepassingen: dit zijn toepassingen waarbij volgens een bepaalde frequentie (per trimester, per semester, per jaar,…) een aantal vaste statistieken worden berekend. Met deze basistoepassingen worden een reeks van tabellen gecreëerd rond een bepaald thema.
- de ad-hoctoepassingen: dit zijn specifieke toepassingen op vraag van onderzoeksinstellingen.

Het is van belang op te merken dat de gegevens van het datawarehouse enkel mogen gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek en de opmaak van statistieken. Het is niet toegelaten de gegevens voor andere doeleinden aan te wenden.

29.3.3 Users of data (organisations)

De leden van het gebruikerscomité. De partners-socialezekerheidsinstellingen. De overheid (FOD Sociale Zekerheid (SZ), NIS, …).

29.3.4 Applications

Er zijn momenteel 11 basisapplicaties ontwikkeld die gebruik maken van de gegevens 1997-2002 van het datawarehouse.

Dit zijn toepassingen waarbij volgens een bepaalde regelmaat (per trimester, per semester, per jaar,…) een aantal standaardstatistieken worden berekend.

Deze basistoepassingen tonen duidelijk de mogelijkheden aan van het datawarehouse arbeidsmarkt en hebben als doel zoveel mogelik de meest gevraagde arbeidsmarktstatistieken weer te geven. Voor deze basistoepassingen moet geen aanvraagprocedure worden doorlopen. Dit levert zowel de KBSZ als de gebruiker een aanzienlijke tijdswinst en kostbesparing op. De basistoepassingen worden aangeboden op cd-rom. Deze kan besteld worden via het inschrijvingsformulier dat u kunt terugvinden op de website http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1.htm#cdrom.

29.3.4.1 Korte beschrijving van de basistoepassingen

De eerste toepassing geeft een globaal beeld van de socio-economische positie (werkend, werkzoekend of niet-beroepsactief) van de bevolking opgenomen in het datawarehouse arbeidsmarkt op alle geografische niveaus (tot op het wijkniveau en voor de centrumsteden en de gemeenten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zelfs tot op het buurtnivau (statistische sector)).

De tweede toepassing verfijnt dit beeld voor de werkende bevolking met informatie over onder meer de activiteitssector en het abeidsregime. De volgende 4 toepassingen belichten de arbeidsmarktpositie van specifieke

categorieën (tot op arrondissementsniveau): de personen met meer dan één job (toepassing 3), de werkenden voor wie een tussenkomst van de RVA voorzien is (toepassing 4), de deeltijds werkenden (toepassing 6). Toepassing 5 schetst een beeld van de arbeidsmarktpositie van de populatie in het datawarehouse naar nationaliteit.

In de zevende toepassing staan niet de personen centraal maar worden de arbeidsplaatsen in België tot op gewestniveau verdeeld aar hun voornaamste kenmerken.

De volgende drie toepassingen brengen de dynamische processen op de arbeidsmarkt in kaart (tot op arrondissementsniveau). Toepassing 8 geeft een algemeen overzicht van de mobiliteit tussen alle socio-economische posities. Toepassing 9 geeft een gedetailleerd beeld van de mobiliteit van de loontrekkers (jobmobiliteit). Toepassing 10 geeft een gedetailleerd beeld van de mobiliteit van de werkzoekenden.

De elfde toepassing tenslotte geeft een beeld van de arbeidsmarkt volgens de gezinssituatie van het individu.

In bijna elk van de beschreven toepassingen wordt de populatie van een bepaalde geografische entiteit verdeeld naar geslacht, leeftijd en socio-economische positie op de laatste dag van het kwartaal. Daarnaast is ook een bestand beschikbaar met voor elke geografische entiteit (gemeente/statistische sector, arrondissement, gewest, rijk, buitenland en onbekend) het totaal aantal inwoners (ongeacht de socio-economische positie) op 1 januari van het volgende jaar naar leeftijd en geslacht, zodat ook relatieve cijfers, zoals werkzaamheidsgraden en werkgelegenheidsgraden, kunnen worden berekend. Dit laatste bestand baseert zich op het rijksregister, niet op het KBSZ-register.

Meestal worden de tabellen uit de basistoepassingen beperkt tot de bevolking op arbeidsleeftijd. Twee veel voorkomende definities van de arbeidsleeftijd zijn de bevolking vanaf 15 tot en met 64 jaar enerzijds en de bevolking vanaf 18 tot en met 64 jaar anderzijds. De hierna beschreven tabellen zullen telkens voor beide leeftijdscategorieën beschikbaar zijn. De personen zonder domicilieadres in België of van wie het adres ongekend is, vormen telkens het onderwerp van een aparte tabel.

New evolutions

Het is al van bij de opzet van het datawarehouse de bedoeling geweest om het stelselmatig verder uit te bouwen binnen het domein van de sociale zekerheid. Deze uitbreiding heeft zich eerst gefocusseerd op de uitwerking van de basistoepassingen. Recent is er onder impuls van de uitwerking van een microsimulatiemodel in de schoot van de FOD Sociale Zekerheid een uitbreiding gezocht naar nieuwe bronnen en variabelen. Deze uitbreiding richt zich op dit moment naar socialebeschermingselementen, zoals betaalde inactiviteit, pensioenuitkeringen en opbouw, bestaansonzekerheid en opleidingen (VDAB, FOREM, BGDA).

29.4 CONTENTS

Thema's van variabelen

- Activering van de werkloosheidsuitkering (RVA)
- Arbeidsprestatie (RSZ, RSZPPO, RSVZ, **afgeleide** variabelen)
- Arbeidsregime (RSZ, RSZPPO, **afgeleide** variabelen)

- Arbeidsvolume (RSZ, RSZPPO)
- Bijdragen (RSZ, RSZPPO)
- Bijdragevermindering (RSZ)
- Brugpensioen (RVA)
- Deeltijdarbeid met inkomensgarantie-uitkering (RVA)
- Gezinshoofd (RR)
- Gezinsleden (RR)
- Invaliditeit (RIZIV)
- Kinderbijslag (RKW, RSVZ)
- Loon (RSZ, RSZPPO)
- Loopbaanonderbreking/tijdskrediet (RVA)
- Persoon (RR, BisR)
- Statistische sector (NIS)
- Tijdelijke werkloosheid (RVA)
- Werkgever (RSZ, RSZPPO, RSVZ)
- Werkloosheid (RVA)
- Werkloze actief in het kader van PWA (RVA)
- Werkloze uitgesloten van werkloosheidsuitkering (RVA)

Nieuwe bronnen : (gegevens vanaf 2003)

- Invaliditeit betalingen (RIZIV)
- Pensioenen (RVP)

Toekomstige thema's :

- Arbeidsongeschiktheid (FAO, FBZ, NIC)
- Leefloon (POD MI)
- Uitkeringen gehandicapten (POD SZ)

Gezien de weelde aan informatie wordt de lezer verwezen naar de website van de Kruispuntbank voor detailinformatie. In de volgende tabellen worden enkel grote thema's aangegeven en ook in detail de variabelen daar waar dit belangrijk is voor het onderzoeksveld gezondheidszorg en socio-economische verschillen.

Voor een meer alomvattend onderzoek van de sociale zekerheid, zijn er zeker nog hiaten in de gegevensverzameling. Deze zullen naar de toekomst toe – indien mogelijk – verder ingevuld worden. Het betreft onder meer gegevens over: opleiding, fiscaliteit, uitgeoefend beroep, inkomen zelfstandigen, …

29.4.1 Information – Description documents on the contents

Voor een overzicht : *http: //www.ksz-bcss.fgov.be/nl/statistiques/stats_1.htm*

De gebruikershandleiding :

http: //www.ksz-bcss.fgov.be/documentation/nl/statistiques/Gebruikershandleiding.pdf

De variabelenlijst :

http: //www.ksz-bcss.fgov.be/documentation/nl/statistiques/Variabelenlijst.pdf

Het codeboek : http: //www.ksz-bcss.fgov.be/documentation/nl/statistiques/Codeboek.pdf

Deze documenten kunnen wijzigen in de tijd, naarmate nieuwe elementen beschikbaar komen. Voor de toekomst is voorzien dat deze wijzigingen zelf ook gedocumenteerd worden.

De structuur van het datawarehouse kan eenvoudig samengevat worden als een mosaïek van tabellen per instelling en per trimester. Dit laatste wordt enigszins opgelegd door de gegevens afkomstig van de RSZ, die slechts de toestand aangeven op het einde van het kwartaal (zie variabele R_Exclus="indicator arbeidsprestatie").

De gegevens in deze tabellen zijn, behoudens de afgeleide variabelen, de oorspronkelijke gegevens van de dataleverancier en worden met het hoogste detail bewaard in het datawarehouse.

Population coverage

De gegevens uit de verschillende bronnen worden in het datawarehouse arbeidsmarkt gekoppeld op het niveau van de persoon, op basis van het gecodeerd uniek INSZ. De persoon is dus de belangrijkste statistische eenheid. Aangezien voor de personen in loondienst ook de kenmerken van de arbeidsprestatie, de werkgever en het arbeidsvolume in het datawarehouse geïntegreerd zijn, zijn ook statistieken van arbeidsplaatsen, werkgevers en arbeidsvolume mogelijk.

Het datawarehouse arbeidsmarkt bevat de personen die in de loop van het kwartaal gekend zijn bij één of meerdere van de deelnemende socialezekerheidsinstellingen. Daarbij komen, via opzoeking in het rijksregister, de gezinsleden van deze personen. Voor personen van wie de persoonskenmerken moeten worden opgezocht in het KBSZ-register kunnen de gezinsleden niet bepaald worden.

Ongeveer 85% van de bevolking wonend in België is gekend in het datawarehouse (gegevens laatste kwartaal 2004). Hierbij komen nog een aantal personen die niet in België wonen maar wel gekend zijn bij de Belgische sociale zekerheid (voor hen worden de persoonsgegevens opgezocht in het KBSZ-register). Het merendeel van de populatie is gekend via de deelnemende socialezekerheidsinstellingen, ongeveer 1.000.000 personen is enkel gekend als gezinslid. De nieuwe bronnen zullen de dekkingsgraad doen stijgen tot 97-98% van de bevolking.

29.4.1.1 Een vergelijking van de populaties in 2000:

	(n)
Populatie wonend in België op 1/1/2001 (Rijksregister)	10.263.414
- Populatie gekend in het DWH en ingeschreven in het Rijksregister 31/12/2000	8.670.724
- Populatie gekend in het DWH en ingeschreven in het Bis-register 31/12/2000	243.453
Totale bevoling in het DWH 31/12/2000, waarvan	8.914.177
- Personen gekend bij socialezekerheidsinstellingen	7.665.556
- Leden van de huishoudens gekend door het Rijksregister	1.248.621

In wat volgt bespreken we wie er theoretisch ontbreekt in het datawarehouse. We zeggen 'theoretisch' omdat het mogelijk is dat deze mensen toch zijn opgenomen in het datawarehouse via een gezinslid dat wel bij een van de

deelnemende instellingen is gekend.
Bij de werkenden ontbreken de loontrekkenden die werken bij een werkgever die niet bijdrageplichtig is ten aanzien van de RSZ of RSZPPO. Daartoe behoren onder andere de zeelieden van de Belgische koopvaardij (aangegeven bij de Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden), de personen aangegeven bij de Dienst voor de Overzeese Sociale Zekerheid (personen die hun beroepsactiviteit uitoefenen in een land dat geen deel uitmaakt van de Europese Economische Ruimte en gebruik maken van de niet-verplichte sociale verzekering), de grensarbeiders die in het buitenland werken, huishoudpersoneel dat niet is aangegeven bij de RSZ, internationale functionarissen en diplomaten en de 'coöperanten'.

Van de totale *werkzoekende* populatie blijven de personen die niet rechtstreeks of onrechtstreeks een uitkering ontvangen van de RVA buiten het gezichtsveld van het datawarehouse. De niet-werkende werkzoekenden (nwwz) die vrij zijn ingeschreven bij de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten (VDAB, BGDA en FOREM) en de schoolverlaters die (nog) geen wachtuitkering ontvangen zijn dus niet opgenomen in het datawarehouse.

Van de *niet-beroepsactieven* ontbreken de gepensioneerden, de huisvrouwen en -mannen, de personen die een leefloon ontvangen, mindervaliden die een uitkering krijgen van de FOD Sociale Zekerheid, de arbeidsongeschikten omwille van een arbeidsongeval of een beroepsziekte,…, tenzij ze op 1 januari van het jaar tot het hetzelfde gezin behoren als iemand die wel terug te vinden is bij de 6 betrokken instellingen van sociale zekerheid. Hun sociaal-economisch statuut is echter onbekend. Deze groep van onbekenden zal in de toekomst echter meer en meer afnemen, naarmate de nieuwe bronnen worden ingeladen (RVP, FAO, FBZ, FOD Sociale Zekerheid en POD Maatschappelijke Integratie) en hun statuut wordt meer en meer bekend.

29.4.2 Registration items

29.4.2.1 Health Status

Level	
Individual	Datawarehouse: ▪ Invaliditeit (RIZIV) Gr_Ziekt: Medische code van ziekte of aandoening op basis waarvan de betrokken persoon alsinvalide erkend is door de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit Cumul: Code die aangeeft of de betrokken persoon eveneens een uitkering ontvangt naar aanleiding van een arbeidsongeval, beroepsziekte of ongeval. Gri_cod: Code die informatie geeft over de inhoud van de beslissing van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit. D_zittin: Zittingsdatum Geneeskundige Raad voor Invaliditeit Beroep: Functie van de betrokken persoon in de periode voorafgaand aan de erkenning Data: startdatum, einddatum erkenning, startdatum primaire arbeidsongeschiktheid

29.4.2.2 Health Care Use

Level	
Individual	Datawarehouse: ▪ Betalingen Invaliditeit (RIVIZ)

	Uitkeringsdagen Code uitkering Stelsel Bedrag uitkeringen Begin- en einddata betalingen

29.4.2.3 General Information

Level	
Individual	Datawarehouse: ▪ Rijksregister Zie de beschrijving van het rijksregister voor de lijst van variabelen ▪ Brugpensioen (RVA) Brugpensioen op het einde van de maandag Voltijds of deeltijds (statuut RVA) ▪ Kinderbijslag (RKW, RSVZ) INSZ rechthebbende, rechtgevende, bijslagtrekkende (RSVZ) Start en einddata (RKW) ▪ Loon (RSZ, RSZPPO) Gewone bezoldiging Premies Wachtloon Forfaitloon Dagloon Verbrekingsvergoeding Dubbel vakantiegeld Loonklasse ▪ Werkloosheid Statuut… ▪ Pensioen Brutobedrag Fiscale toestand echtgenote en kinderen/personen ten laste … ▪ Afgeleide variabelen Socio-economische positie (afgeleide variabele) Basistoepassingen (afgeleide of gehercodeerde variabelen): Geslacht Leeftijdsklassea Overleden Nationaliteit Socio-economische positie Beroepscategorie (Loontrekkende/Zelfstandige) Activiteitssector Ondernemingsgrootte Arbeidsregime Percentageklasse deeltijdarbeid Gecumuleerd percentage deeltijdarbeid

	Verminderde bijdrage Sociale Zekerheid Uitkeringscategorie Aantal jobs (totaal en bij dezelfde werkgever) Mobiliteitsvariabele Gezinspositie (allen en kind) Inwonenden (7 klassen) Leeftijd jongste kind Werkloosheidsduur (7 klassen) Nomenclatuur van de ouders Arbeidsregime van de ouders
Family/ Household	<u>Datawarehouse:</u> ▪ Gezin (Rijksregister) Gezinssamenstelling (behalve voor Bis-register nummers) <u>Basistoepassingen:</u> Gezinssamenstelling met aanduiding van het aantal werkenden
Group	
Location/ Space	<u>Basistoepassingen:</u> Woonplaats volgens Land/Rijk/Gewest/Arrondissement/Gemeente/ Wijk/Statistische sector (NIS)

[a] Er worden verschillende verdelingen in leeftijdsklassen voorzien :

- verdeling in 1 klasse: 15-64/18-64
- verdeling in 3 klassen: 15-24/18-24, 25-49, 50-64
- verdeling in 4 klassen: 15-24/18-24, 25-34, 35-44, 45-64
- verdeling in 5 klassen: 15-24/18-24, 25-49, 50-64, 65-79, andere (= 80 of ouder, jonger dan 15/18 en leeftijd onbekend)
- verdeling in 10 klassen: 15-19/18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64
- verdeling in 14 klassen: 15-19/18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, andere (= 80 of ouder, jonger dan 15/18 en leeftijd onbekend)

[b] De statistische sectoren zijn opgenomen voor de centrumsteden (Aalst, Antwerpen, Arlon, Brugge, Charleroi, Genk, Gent, Hasselt, Kortrijk, La Louvière, Leuven, Liège, Mons, Mechelen, Namur, Oostende, Roeselare, Sint-Niklaas, Tournai, Turnhout, Verviers) en de 19 Brusselse gemeenten.

Voor personen in het buitenland wordt de variabele “woonplaats” ingevuld door de landcode waar de persoon woont.

29.5 TIME CHARACTERISTICS

29.5.1 Periodicity of updates

Kwartjaarlijks tot jaarlijks. In principe worden de gegevens trimestrieel verwerkt. Sommige gegevens (ARZA-RSVZ, GRI-RIZIV, RKW-kinderbijslag) worden maar jaarlijks opgeladen, maar bij het inlezen worden ze toch ingedeeld per trimester op basis van de datumgegevens in het record. Uitzonderlijk

worden gegevens maandelijks aangereikt (RVA-Uitbetalingsgegevens). In dat geval worden de gegevens toch samengebracht voor één trimester. De datum waarop de gegevens betrekking hebben is steeds de laatste dag van het trimester.

De uitzondering zijn de gegevens van het rijksregister. De updatefrequentie is jaarlijks, waarbij de gegevens betrekking hebben op 1 januari van het volgende jaar.

29.5.2 Longitudinality

Perfect. De personen worden geïdentificeerd en hun gegevens gekoppeld op basis van het (gecodeerd) INSZ- of rijksregisternummer (zie aldaar). Deze unieke persoonsidentificator blijft verbonden aan een natuurlijk persoon en wordt niet (meer) herbruikt. Dit maakt dat de gegevens van een individu over de tijd kunnen gevolgd worden.

Dit is ook de grote kracht van dit datawarehouse: het laat toe om de arbeidssituatie van een groep of individu in de tijd op te volgen (bijvoorbeeld de werkloosheidsduur volgens geografische eenheid).

29.5.3 Period covered by the data

http: //www.ksz-bcss.fgov.be/documentation/nl/statistiques/Beschikbare_data.pdf

Oude structuur (1997-2002)

- RIZIV, RKW, RSVZ, RSZ, RSZPPO, Rijks- en bis-register: 1997-2002
- RSVZ-kinderbijslagen: 2000-2002
- RVA: 1998-2002
- Socio-economische nomenclatuur: 2e kwartaal 1998-2002
- Andere afgeleide variabelen: 1997-2002

Nieuwe structuur (op basis van DMFAzz + nieuwe bronnen, vanaf 2003, situatie oktober 2005) De nieuwe gegevens zijn vanaf dan beschikbaar in gekoppelde vorm (i.e. met het rijksregisternummer/INSZ-nummer). Voor de jaren voor 2003 kunnen ze wel opgevraagd worden “op maat” en zonder de bepaling van het rijks- of bisregisternummer noch met opname in de nomenclatuur.

- RIZIV (exclusief betalingen), RKW, RSVZ (inclusief kinderbijslagen), RSZ, RSZPPO, RVA (exclusief sancties): 2003
- RVP-pensioenkadaster: 2003-2004
- Socio-economische nomenclatuur en andere afgeleide variabelen: nog niet beschikbaar
- FAO, FBZ, Rijks- en bis-register: nog niet beschikbaar.

---

zz DFMA: multifunctionele aangifte. De nieuwe aanpak die een administratieve vereenvoudiging van de verplichtingen van de werkgevers ten aanzien van de instellingen van sociale zekerheid beoogt, heeft als naam "e-government in de sociale zekerheid" en is werkzaam sinds 1 januari 2003. Een van de luiken betreft de veralgemening van een trimestriële elektronische en multifunctionele aangifte aan de RSZ en de RSZPPO. (http: //www.ksz-bcss.fgov.be/nl/dmfa/dmfa_1.htm)

- RIZIV-betalingen, RVA-geschorsten: al ingeladen in het datawarehouse.

29.5.4 Date (of versions/updates)

De inhoud van het datawarehouse wordt momenteel (2005) aangepast voor de integratie van nieuwe gegevens, die beschikbaar zijn vanaf het jaar 2003 (zie hierboven).

29.6 DATA PROCESS

29.6.1 Information – description documents on the data-process

Geen info.

29.6.2 Data sources (organisations/databases)

Dit zijn de verschillende deelnemende organisaties van het datawarehouse.

- FAO: Fonds voor Arbeidsongevallen. Deze data hebben betrekking op individuen die slachtoffer geworden zijn van een arbeidsongeval.
- FBZ: Fonds voor Beroepsziekten. Deze data hebben betrekking op individuen die slachtoffer geworden zijn van een beroepsziekte.
- KBSZ: Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid. Bis-register (zie verder).
- NIC: het Nationaal Intermutualistisch College. Gegevens over primaire arbeidsongeschiktheid (de ziekteperiode van minder dan een jaar, ten laste genomen door de mutualiteiten).
- RIZIV: RijksInstituut voor Ziekte- en InvaliditeitsVerzekering: betrekking op alle personen die erkend zijn (na 1 jaar arbeidsongeschiktheid) als invalide door de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI). Deze data wordt niet volledig opgenomen omdat er niet voor alle invalide personen een INSZ is teruggevonden. Vanaf 2003 worden ook data ter beschikking gesteld over de uitbetalingen.
- RKW: Rijksdienst voor Kinderbijslag van Werknemers : Kinderbijslagen. De basiseenheid is ieder kind voor wie een kinderbijslag gestort wordt.
- RSVZ: Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen: de ARZA- en kinderbijslaggegevens. Het betreft hier alle zelfstandigen en helpers. Het RSVZ verzamelt de gegevens die verstrekt worden door de sociale verzekeringsfondsen in een gegevensbestand, ARZA. Het betreft de gegevens van alle verzekeringsplichtigen die in de loop van het beoogde jaar gedurende minstens één kwartaal aangesloten zijn geweest. Verzekeringsplichtig zijn de personen op wie het sociaal statuut der zelfstandigen van toepassing is wegens de uitoefening vaneen beroepsactiviteit als zelfstandige of helper, in hoofdberoep of in bijberoep, en personen die de door de wetgeving beoogde gelijkstellingen genieten (wegens ziekte of invaliditeit, studie of leercontract of voortgezette verzekering).
- RSZ: Rijksdienst voor Sociale Zekerheid : Loon- en arbeidstijdgegevensbank (LATG). Deze gegevens zijn sinds 2003

gewijzigd naar de DMFA (multifunctionele) aangifte. Dit bestand bevat gegevens m.b.t. de loontrekkende tewerkstelling, uitgezonderd de lokale en provinciale overheden. De RSZ verzamelt trimestrieel de gegevens van de personeelsstaten van het door de werkgevers aangegeven personeel in de loon- en arbeidstijdgegevensbank (LATG). Dit bestand bevat gegevens over de arbeidsprestatie zoals het arbeidsvolume, het type prestatie, de lonen, de bijdragen, de bijdrageverminderingen en de werkgever. De statistische eenheid (het record) is de arbeidsprestatie (job). De LATG-gegevens zijn gecentraliseerde gegevens, dit betekent dat voor ondernemingen met meerdere bedrijfszetels, de geografische ligging bepaald wordt op basis van de vestigingsplaats van de voornaamste bedrijfszetel (waar de meeste werknemers tewerkgesteld worden).

- RSZPPO: Rijksdienst voor Sociale Zekerheid van Provinciale en Plaatselijke Overheidsdiensten : STATPLUS. Dit bestand bevat de gegevens van de loontrekkende tewerkstelling bij de lokale en provinciale overheden en zijn gebaseerd op de trimestriële werkgeversaangiften.
- RVA: Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening : Uitbetalingsgegevens. Deze gegevens betreffen zowel de volledig uitkeringsgerechtigde werklozen (de werkzoekenden en niet-werkzoekenden) als andere categorieën van gerechtigden: de voltijds en deeltijds bruggepensioneerden, de personen met voltijdse en deeltijdse loopbaanonderbreking (tijdskrediet), de deeltijds werkenden die een inkomensgarantie-uitkering genieten, de personen die deelnemen aan activeringsprogramma's en de tijdelijke werklozen. Vanaf 2003 worden ook data aangeleverd over geschorsten.
- RVP: Rijksdienst voor Pensioenen : Pensioenkadaster (vanaf 2003). De gegevens uit het pensioenkadaster hebben betrekking op alle personen die een pensioen ontvangen (1ste en 2de pijler). Het pensioenkadaster bevat per persoon een aantal basisgegevens omtrent alle uitbetaalde legale en extra-legale pensioenvoordelen en kapitalen, met aanduiding van de aard van het voordeel, het betaald bedrag en de uitbetalende instelling.
- Rijks- en KBSZ-registergegevens. De persoonskenmerken worden opgezocht in het rijksregister en het KBSZ-register. De rijksregistergegevens worden aan het datawarehouse arbeidsmarkt geleverd door de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie, KMO, Middenstand en Energie, het vroegere NIS. De persoonskenmerken van personen die niet opgenomen zijn in het rijksregister worden uit het KBSZ-register gehaald. In het KBSZ-register zijn de data opgenomen van personen die wel bij de Belgische sociale zekerheid gekend zijn, maar niet ingeschreven zijn in een Belgische gemeente. Het gaat hoofdzakelijk om grensarbeiders en geradieerden, personen die niet meer op hun domicilie-adres wonen en ook niet in een andere gemeente zijn ingeschreven. De data zijn in het algemeen minder betrouwbaar.
- POD Maatschappelijke Integratie (vanaf 2003). Deze gegevens hebben betrekking op personen die leven van een leefloon of een gelijkgesteld leefloon.

29.6.3 Data process plan

De gegevensaanlevering is niet streng geprotocolleerd, al zijn er wel afspraken gemaakt bijvoorbeeld rond de juiste codering. Smals-MvM zorgt voor het opladen van de gegevens in het datawarehouse.

29.6.3.1 ETL

De koppeling gebeurt op basis van het gecodeerd Identificatienummer van de Sociale Zekerheid (INSZ). De koppeling gebeurt op de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KBSZ). SmalS-MvM staat in voor de informaticatechnische ondersteuning.

Omdat de RSZ en de RSZPPO gegevens leveren op kwartaalbasis, werd er voor gekozen om de gegevens in het datawarehouse arbeidsmarkt ook te stockeren per kwartaal. Voor de instellingen die hun data met een lagere frequentie leveren, gebeurt het toewijzen aan het juiste kwartaal aan de hand van de begin- en einddatum waarop de data betrekking hebben. Bij een hogere frequentie worden de data samengevoegd per kwartaal.

Deze gegevens m.b.t. de persoonskenmerken worden bewaard in een apart bestand.

29.6.3.2 Analysis

Er worden een aantal nieuwe variabelen gedefinieerd, afgeleide variabelen genoemd, die zich baseren op de gegevens van de socialezekerheidsinstellingen. Deze afgeleide variabelen zijn ook op het persoonsniveau en worden in een apart bestand geplaatst, per trimester. Sommige van deze variabelen zijn nodig om de DWH te vervolledigen (bijvoorbeeld: gegevens die wel beschikbaar zijn bij de RSZ, maar niet de RSZPPO).

29.6.4 Data quality plan

Momenteel worden enkele controles uitgevoerd met behulp van frequentietabellen voor de detectie van foutieve of uitzonderlijke waarden. Ook nieuwe waarden worden geïdentificeerd ter aanvulling van het codeboek.

29.6.4.1 Validation

De kruispuntbank ziet het niet als haar taak, noch heeft ze veel mogelijkheden om de gegevens te valideren. Men gaat er momenteel van uit dat de gegevens reeds gevalideerd zijn door de dataleverancier.

29.6.5 Data access procedure

De door de Kruispuntbank vergaarde en geanonimiseerde of gecodeerde of tot steekproef verwerkte informatie is in principe enkel toegankelijk voor de Ministers tot wiens bevoegdheid de sociale zekerheid behoort, voor de Wetgevende Kamers, voor de openbare instellingen van sociale zekerheid, voor de Nationale Arbeidsraad, voor de Hoge Raad voor de Zelfstandigen en de Kleine en Middengrote Ondernemingen en voor het Planbureau. Andere instanties, zoals wetenschappelijke onderzoeksinstellingen, kunnen eveneens informatie verkrijgen op aanvraag, mits toelating van het Beheerscomité van de Kruispuntbank, na een positief advies of een machtiging van het Sectoraal comité van de sociale zekerheid (het vroeger Toezichtscomité), en desgevallend

mits betaling van een contractueel vastgesteld bedrag. Het gebruik van de door de Kruispuntbank uitgewerkte steekproeven verloopt in ieder geval onder de controle van het Sectoraal comité van de sociale zekerheid.

De Kruispuntbank ondersteunt deze taak door het uitbouwen van datawarehouses. Daarin wordt informatie samengebracht, geanonimiseerd of gecodeerd, om goedkoop, snel en flexibel beschikbaar gesteld te worden voor beleidsondersteuning of -evaluatie.

De betrokken socialezekerheidsinstellingen blijven elk eigenaar van de door hen meegedeelde sociale gegevens van persoonlijke aard. Ze hebben evenwel de Kruispuntbank verzocht om als aanspreekpunt op te treden voor de onderzoeks- en beleidsondersteunende instellingen die informatie uit het datawarehouse wensen te bekomen en in te staan voor de coördinatie van de diverse informatiestromen, de exploitatie van het statistisch datawarehouse en de supervisie over de dagelijkse opvolging van het onderhoud ervan door de Smals-MvM.

In concretu zullen de onderzoeks- of beleidsondersteunende instellingen hun aanvragen tot het bekomen van informatie uit het datawarehouse steeds aan de Kruispuntbank richten. Deze zal de aanvraag ter goedkeuring voorleggen aan de betrokken socialezekerheidsinstellingen. Pas na deze goedkeuring zal het dossier voor machtiging of advies aan het Toezichtscomité worden voorgelegd. Indien het Toezichtscomité een machtiging dan wel een gunstig advies heeft verleend, zal de Kruispuntbank een overeenkomst met de onderzoeks- of beleidsondersteunende instellingen afsluiten. Vervolgens zal ze de nodige sociale gegevens voor verdere verwerking uit het datawarehouse halen. De Kruispuntbank zorgt derhalve voor de exploitatie van het datawarehouse. Voorheen dienden diezelfde sociale gegevens ad hoc bij de onderscheiden socialezekerheidsinstellingen te worden gehaald; de sociale gegevens worden derhalve vlotter beschikbaar voor wetenschappelijke doeleinden.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen drie soorten toepassingen:

- de basistoepassingen: dit zijn toepassingen waarbij volgens een bepaalde frequentie (per trimester, per semester, per jaar,…) een aantal vaste statistieken worden berekend. De instellingen van sociale zekerheid van wie de gegevens nodig zijn voor het opstellen van deze statistieken dienen vóór de eerste berekening eenmalig hun algemene toelating te verlenen; ook aan het Sectoraal comité van de sociale zekerheid wordt vooraf een algemeen advies gevraagd. Deze statistieken bevatten geen persoonsgegevens.
- de ad-hoctoepassingen en data-aanvragen: dit zijn specifieke toepassingen op vraag van onderzoeksinstellingen. De instellingen van sociale zekerheid van wie de gegevens nodig zijn voor het ontwikkelen van de ad-hoctoepassing dienen bij elke aanvraag steeds vooraf hun toelating te verlenen. Afhankelijk van de aard van de uiteindelijk aan de aanvrager mee te delen gegevens, anonieme gegevens dan wel gecodeerde sociale gegevens van persoonlijke aard, zal bovendien een advies of een machtiging van het Sectoraal comité van de sociale zekerheid vereist zijn. Uiteindelijk zal ook het Beheerscomité van de Kruispuntbank ook nog haar goedkeuring moeten geven aan de uitvoering van de gegevensextractie, met codering en/of versluiering van de gegevens.

- Het is mogelijk dat bepaalde gegevens met minder detail worden meegedeeld, dan ze in het datawarehouse beschikbaar zijn (bijvoorbeeld: leeftijdsklassen in plaats van geboortedatum), om het risico op identificatie zo veel mogelijk te beperken of onmogelijk te maken.
- Elke betrokken socialezekerheidsinstelling kan slechts inzage krijgen in de eigen meegedeelde sociale gegevens van persoonlijke aard, bijvoorbeeld voor controledoeleinden. Voor inzage in sociale gegevens van persoonlijke aard die door een andere socialezekerheidsinstelling in het datawarehouse werden ingebracht, dient evenwel, op grond van artikel 15 van de Kruispuntbankwet, een aanvraag tot machtiging te worden ingediend bij het Sectoraal comité.

Een document dat alle details beschrijft in verband met de toegang is beschikbaar bij de Kruispuntbank:
http: //www.ksz-bcss.fgov.be/nl/statistiques/stats_2.htm en
http: //www.ksz-bcss.fgov.be/documentation/nl/statistiques/Gegevensaanvraag.pdf.

Een belangrijk aspect hier is dat de data-aanvraag bij het datawarehouse steeds moet gaan over gegevens die van meer dan één socialezekerheidsinstelling komen. Indien alle gevraagde gegevens van één dataleverancier komen, dan moet de aanvraag aan die instelling gericht worden.

Na goedkeuring van de ad hoc aanvraag bij de Kruispuntbank (zie hoger) zal een contract met de onderzoeksinstelling opgemaakt voor de bepaling van de timing van de datalevering, de duur van het gebruik van de gegevens, de financiële kant, …

29.6.5.1 Legal aspects

- Wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid en al (25!) haar wijzigingen.
- Advies nr. 01/01 van 6 februari 2001 van het Sectoraal comité van de sociale zekerheid, betreffende de creatie van een "datawarehouse arbeidsmarkt" met het oog op de mededeling door de kruispuntbank van geaggregeerde standaardtabellen voor wetenschappelijke doeleinden.

(http: //www.ksz-bcss.fgov.be/documentation/nl/statistiques/advies 0101 - nl - agora.pdf)

29.7 RELATED EXTERNAL REFERENCE LISTS (LOOK UP TABLES)

29.7.1 Huishoudens

De gehanteerde typologie van de huishoudens deelt de bevolking in volgende gezinstypes en -posities in:

Type huishouden	Mogelijke gezinspositie	Betekenis van de gezinspositie
collectief huishouden	COLL	lid van het collectief gezin
éénoudergezin	H1PA	hoofd van het gezin
	C1PA	kind van het gezin

	NFRP	ander lid van het gezin
gehuwd paar met kinderen	MAR+	hoofd of echtgenoot van het gezin
	CMAR	kind van het gezin
	NFRP	ander lid van het gezin
gehuwd paar zonder kinderen	MAR0	hoofd of partner van het gezin
	NFRP	ander lid van het gezin
ongehuwd paar met kinderen	UNM+	hoofd of partner van het gezin
	CUNM	kind van het gezin
	NFRP	ander lid van het gezin
ongehuwd paar zonder kinderen	UNM0	hoofd of partner van het gezin
	NFRP	ander lid van het gezin
éénpersoonshuishouden	SING	single

29.7.2 Socio-economische posities

Bijlage : Nomenclatuur van de socio-economische posities in het datawarehouse
Code + toelichting van de socio-economische positie
1. Werkend
1.1. Werkend in loondienst
1.1.1. Werkend in één job in loondienst
1.1.1.1. Werknemer of werkgever ontvangt een uitkering in het kader van de werkloosheidsreglementering
1.1.1.1.1. Werkend in één job in loondienst, met tussenkomst van de RVA in het kader van een activeringsprogramma
1.1.1.1.2. Werkend in één job in loondienst, met tussenkomst van de RVA in het kader van een halftijdse brugpensionering
1.1.1.1.3. Werkend in één job in loondienst, met tussenkomst van de RVA in het kader van een deeltijds(e) loopbaanonderbreking/tijdskrediet (tijdskrediet sinds 2002)
1.1.1.1.4. Deeltijdarbeid in één job in loondienst met behoud van rechten en inkomensgarantie-uitkering, geen tussenkomst van de RVA in het kader van een ander activeringsprogramma
1.1.1.1.5 Werkend in het kader van een PWA (met vrijstelling)
1.1.1.2. Werkend in één job in loondienst, zonder tussenkomst van de RVA
1.1.2. Werkend in meerdere jobs in loondienst
1.1.2.1. Werknemer of werkgever ontvangt voor de voornaamste job een uitkering in het kader van de werkloosheidsreglementering
1.1.2.1.1.Werkend in meerdere jobs in loondienst, met tussenkomst van de RVA in het kader van een activeringsprogramma
1.1.2.1.2. Werkend in meerdere jobs in loondienst, met tussenkomst van de RVA in het kader van een halftijdse brugpensionering
1.1.2.1.3. Werkend in meerdere jobs in loondienst, met tussenkomst van de RVA in het kader van een deeltijds(e) loopbaanonderbreking/tijdskrediet
1.1.2.1.4. Werkend in meerdere jobs in loondienst, met behoud van rechten en inkomensgarantie-uitkering, geen tussenkomst van de RVA in het kader van een ander activeringsprogramma
1.1.2.2. Werkend in meerdere jobs in loondienst, zonder tussenkomst van de RVA
1.2. Werkend als zelfstandige
1.2.1. In hoofdberoep
1.2.1.1. (niet van toepassing)

1.2.1.2.	Werkend als zelfstandige in hoofdberoep, met uitkering in kader van brugpensionering
1.2.1.3.	Werkend als zelfstandige in hoofdberoep, zonder RVA-statuut
1.2.1.4.	Werkend als zelfstandige in hoofdberoep, met een uitkering in het kader van een loopbaanonderbreking/tijdskrediet
1.2.2.	In bijberoep
1.2.2.1.	Werkend als zelfstandige in bijberoep, met uitkering als UVW
1.2.2.2.	Werkend als zelfstandige in bijberoep, met uitkering in kader van brugpensionering
1.2.2.3.	Werkend als zelfstandige in bijberoep, zonder RVA-statuut
1.2.2.4.	Werkend als zelfstandige in bijberoep, met een uitkering in het kader van een loopbaanonderbreking/tijdskrediet
1.2.3.	Werkend als zelfstandige na pensioenleeftijd
1.3.	Werkend als helper bij een werkgever met zelfstandigenstatuut
1.3.1.	Werkend als helper in hoofdberoep
1.3.1.1.	(niet van toepassing)
1.3.1.2.	Werkend als helper in hoofdberoep, met uitkering in kader van brugpensionering
1.3.1.3.	Werkend als helper in hoofdberoep, zonder RVA-statuut
1.3.1.4.	Werkend als helper in hoofdberoep, met een uitkering in het kader van een loopbaanonderbreking/tijdskrediet
1.3.2.	Werkend als helper in bijberoep
1.3.2.1.	Werkend als helper in bijberoep, met uitkering als UVW
1.3.2.2.	Werkend als helper in bijberoep, met uitkering in kader van brugpensionering
1.3.2.3.	Werkend als helper in bijberoep, zonder RVA-statuut
1.3.2.4.	Werkend als helper in bijberoep, met een uitkering in het kader van een loopbaanonderbreking/tijdskrediet
1.3.3.	Werkend als helper na pensioenleeftijd
1.4.	Werkend in loondienst en in zelfstandigenstatuut
1.4.1.	Voornaamste job wordt uitgeoefend in loondienst
1.4.1.1.	Werknemer of werkgever ontvangt een uitkering in het kader van de werkloosheidsreglementering voor de voornaamste job
1.4.1.1.1.	Werkend in loondienst, met bijkomende activiteit in zelfstandigenstatuut, met tussenkomst van de RVA in het kader van een activeringsprogramma
1.4.1.1.2.	Werkend in loondienst, met bijkomende activiteit in zelfstandigenstatuut, met tussenkomst van de RVA in het kader van een halftijdse brugpensionering
1.4.1.1.3.	Werkend in loondienst, met bijkomende activiteit in zelfstandigenstatuut, met tussenkomst van de RVA in het kader van een deeltijds(e) loopbaanonderbreking/tijdskrediet
1.4.1.1.4.	Werkend in loondienst, met bijkomende activiteit in zelfstandigenstatuut, met behoud van rechten en inkomensgarantie-uitkering, geen tussenkomst van de RVA in het kader van een ander activeringsprogramma
1.4.1.2.	Werkend in loondienst, met bijkomende activiteit in zelfstandigenstatuut, zonder tussenkomst van de RVA
1.4.2.	Voornaamste job wordt uitgeoefend in zelfstandigenstatuut
1.4.2.1.	Werkend als zelfstandige in hoofdberoep met bijkomende job in loondienst
1.4.2.2.	Werkend als helper in hoofdberoep, met bijkomende job in loondienst
2.	**Werkzoekend met tussenkomst van de RVA**
2.0.1.	Werkzoekend na voltijdse tewerkstelling
2.0.2.	Werkzoekend na studies, gerechtigd op wachtuitkering
2.0.3.	Werkzoekend na een vrijwillig deeltijdse job
2.0.4.	Werkzoekend na studies, gerechtigd op overbruggingsuitkering
2.0.5.	Werkzoekend met begeleidingsuitkering
3.	**Niet beroepsactief (met tussenkomst van de RVA)**

3.0.1.	Voltijds bruggepensioneerd
3.0.2.	Voltijds(e) loopbaanonderbreking/tijdskrediet
3.0.3.	Vrijstelling van inschrijving als werkzoekende
3.0.3.1.	Oudere werkzoekende
3.0.3.2.	Vrijgesteld van inschrijving omwille van sociale of familiale omstandigheden
3.0.3.3.	Vrijgesteld van inschrijving omwille van (beroeps-)opleiding
3.0.3.4.	Andere vrijstellingen
4.	**Onbekend**
4.0.1.	Geschorste werkzoekende
4.0.2.	Andere

29.7.3 Andere

Lijst van ziekte-codes:

- 01 Infectieziekten en parasitaire ziekten
- 02 Nieuwvormingen
- 03 Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuundeficiënties
- 04 Ziekten van bloed en bloedvormende organen
- 05 Psychische stoornissen
- 06 Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen
- 07 Ziekten van hartvaatstelsel
- 08 Ziekten van de ademhalingswegen
- 09 Ziekten van het spijsverteringsstelsel
- Ziekten van urogenitaal stelsel
- Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed
- Ziekten van huid en subcutis
- Ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel
- Congenitale afwijkingen
- Bepaalde aandoeningen ide hun oorsprong hebben in de perinatale periode
- symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden
- Ongevalletsels en vergiftigingen

Zie voor het volledige Codeboek:

http: //www.ksz-bcss.fgov.be/documentation/nl/statistiques/Codeboek.pdf

Deel 7 :WIV - ISP - IPH

30 HUISARTSENPEILPRAKTIJKEN

30.1 DESCRIPTION

Sentinel general practitioners register specific health problems on a weekly basis. This surveillance network allows the monitoring of diseases, the measuring of their incidence and the study of their most important epidemiological characteristics. Main topics covered are measles, mumps and requests for HIV tests, which permit impact studies for prevention and vaccination campaigns.

30.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		WIV-ISP
Naam van het register		Huisartsenpeilpraktijken
Classificatie	**Hoofddomein**	Health status Health Care
	Subdomein(en)	Morbidity, epidemiology Utilization, outcome
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Klinisch-epidemiologisch
	Hoofddiscriminant(en)	Pathologie (thema)
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	sample
	Zorglijn(en)	Extramuraal
Tijdsaspecten	**Start**	1979
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu één jaar
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	-
	Specificaties	Thema (pathologie) gerelateerd

30.2 MANAGING ORGANISATION

Name: Scientific Institute Of Public Health - Epidemiology Unit

- Address: Juliette Wytsmanstreet, 14 - B 1050 Brussels - Belgium
- NUTS level: BE
- Website: http: //www.iph.fgov.be/epidemio/medv/

30.2.1 Responsible persons:

Viviane Van Casteren

- Role : president of the steering committee, program manager
- Telephone +32 2 642 50 30
- Fax + 32 2 642 54 10
- E-mail Viviane.VanCasteren@iph.fgov.be

30.2.2 Financing:

- Source
  - Vlaamse Gemeenschap
  - Communauté Francophone
- Budget: geen info.
- Number of people involved: gen info.

30.2.3 Cooperations:

Het Belgisch netwerk van huisartsenpeilpraktijken is een samenwerking tussen het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (Afdeling Epidemiologie, coördinatiecentrum) en de Nederlandstalige (WVVH) en Franstalige (SSMG) Wetenschappelijke Vereniging van Huisartsen.

Since organisations may propose themes to the steering committee of the sentinel network, after approval, a cooperation with these organisations is arranged for.

30.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

30.3.1 Reasons for data

Epidemiologisch onderzoek.

30.3.2 Purpose of database

- evaluation of public health problems and their importance within the population in general, expressed in terms of incidence and study of the most important epidemiological characteristics,
- continuous observation of certain health problems over time, such as measles, mumps, requests for HIV tests, in order to study the impact of prevention and vaccination campaigns,
- study of the management and follow-up of health problems by the general practitioners.

30.3.3 Users of data (organisations)

Retro-information is regularly distributed to participants, concerned authorities, the medical press, scientific associations and interested individuals.

30.4 CONTENTS

An overview of all registered themes is given in the table below, indicating for each theme during which period a survey was undertaken (last update 3/02/2005).

Health problems (definition, registration form, recorded parameters and publications)		Registration period																										
		79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
Accidents							84	85-86										95	96						02			
Acute allergic manifestation								85-86																				
Acute conjunctivitis		79-80																										
Acute diarrhoea														91-92														
Acute gastro-enteritis		79-80																							02			
Acute myocardial infarction								85-87																				
Alcoholism related problems							84									93												
Asthma							84																	01	02-03			
Cancer								85-05																				
Cancer : cervical dysplasia																		95-96										
Cancer : key symptoms	anal blood loss															93-94												
	breast cancer in women															93-94												
	cough ≥ 6 weeks															93-94												
	macroscopic haematuria															93-94												
	prostate															93-94												
Cancer : preventive examination (abnormal mammography)																		95-96										
Cancer : preventive examinations													90-04															
Cerebrovascular accident							84				88-89										98-99							
Chest pain																										03-04		
Condyloma acuminatum									86-87																			
Death (among patients aged 1 year or more)																												05
Diabetes								85-86												97-98			00					05
Drugs related problems							84																					
Emergencies in elderly										87																		
Gastro-duodenal ulcer							84																					
Gonorrhoea		79-80																										

Heart failure																											05
Hepatitis (viral hepatitis)	79-80			82-83									91								00-01						
Herpes genitalis								86-87																			
HIV test									88-00																		
Measles	79-80		82-00																								
Meningitis	79-80																										
Mononucleosis infectiosa						84																					
Mumps				82-87								91-00															
Lyme																							03-04				
Pill (morning after pill)				82-83										93-95													
Pneumonia				82-83																							
Pregnancy (interrupted pregnancy)				82-83										93-95													
Rest home															94								03-04				
Suicide (attempt)				82-83							90-95										00-01						
Syphilis	79-80																										
Thyroidal diseases																	96-97										05
Uretritis (male uretritis)				82-83					88					93-94													
Urinary infections				82-83																							
Vaccinations														93-04													
Varicocele															94												
Violence																						02-04					
Zona						84																					

30.4.1 Recorded health problems

The principles for selection of health problems are :

- Recorded data concern problems for which the responsibility of diagnosis, treatment and follow-up rest with the medical practitioner.
- The problem has to be one for which clear and standardised definition is possible.
- It must concern an important health problem not subject to surveillance of another system, unless the network of sentinel general practitioners provides complementary information to this end.

- The frequency of the problem should, on the one hand allow statistical analysis, but on the other hand not represent too heavy a burden on the participating physicians.

30.4.2 Information – Description documents on the contents

For every survey, date of birth and sex of a patient are registered. All other parameters depend on the theme of the actual survey undertaken. A detailed description of every survey and its results can be found at: : http: //www.iph.be/epidemio/epinl/medvnl/theme.htm.

It is emphasized that the data collection form for the same theme may differ between years. As such, longitudinality is impaired. Anonymity is garanteed.

As the focus of the data collection is on epidemiologic data, hardly any information is available regarding health care or socio-economical data.

Some information about the participating GPs is collected by an annual survey (Location, age, gender, accrediting, classification of practice, use of Electronic Medical Registry). For an overview of some results from this survey (edition 2002: 146/150 participants) see:

- http: //www.iph.be/epidemio/epinl/medvnl/profil_02.pdf (Dutch-speaking) or :
- http: //www.iph.be/epidemio/epifr/medvfr/profil_02.pdf (Francophone).

30.4.3 Population coverage

De principes van het huisartsenpeilnetwerk omvatten onder andere:

- De deelname van de huisartsen is vrijwillig.
- De deelnemers (momenteel een 184 praktijken wat een 200-tal huisartsen vertegenwoordigd) zijn zo representatief als mogelijk voor de Belgische huisartsen wat leeftijds- en geslachtsverdeling betreft en ze zijn homogeen over het ganse land verspreid. Er zijn nu peilpraktijken in elk Belgisch arrondissement.

Deze principes leggen echter geen vaste steekproefgrootte vast, noch is er enige garantie dat de onderzochte populatie representatief is, zelfs indien de huisartsen zo representatief mogelijk verdeeld zouden zijn. Dit bemoeilijkt alleszins de verwerking van de gegevens en de interpretatie van de resultaten. Vanwege de zeer beperkte set persoonsgegevens (geboortedatum, geslacht) is dit ook niet rechtstreeks na te gaan. Dit betekent ook dat dubbele tellingen tot de mogelijkheden behoren, al is het vanwege de geografische spreiding van de peilartsen eerder onwaarschijnlijk dat één patiënt zich bij meerdere peilartsen aanbiedt.

Lobet schrijft (Int J Epidemiol. 1987 Dec;16(4): 612-8)

“Morbidity registration by a network of sentinel general practitioners (SGPs) in Belgium raises a number of problems related to possible biases in the network procedure, such as unequal geographical distribution, non-participation of a segment of the target population of practitioners and difficulties in the estimation of the denominator population at risk for the health problems under study. Through the application of two hierarchical clustering procedures, the initial number of 43 districts in the country has been reduced to 15

homogeneous district clusters. These represent the new geographical framework from which the geographical spread of the network is checked. This network is subsequently corrected for such socio-demographic parameters as age, sex and occupation in order to match more closely the total population of Belgian general practitioners (GPs). The population covered by the network is estimated on the basis of the annual number of patient contacts. Application of the described procedures should result in a network allowing valid estimations for a number of health issues as seen by Belgian GPs."

30.4.4 Registration items

30.4.4.1 Life Style

Life style parameters are only registered when required for the study theme. E.g. alcohol abuse has been studied as a source of health problems. Other themes dealt with suicide attempt (1982-1983, 1990-1995, 2000-2001); intentional violence (2002-2004); drugs related problems (1984); sexual transmittable diseases (Gonorrhoea 1979-1980, Herpes genitalis 1986-1987, Syphilis 1979-1980); accidents where care was first administered at primary care level (1984-1986, 1995-1996, 2002).

30.4.4.2 Health status

Again, the variables for health status depend on the theme to be studied. Since the primary but of the sentinel GP network is to collect epidemiologic data about important health problems, health status variables are always present.

30.4.4.3 Health Care Use

Most themes don't have any variables describing health care use. Yet, it becomes more common to include some information about health care use. Typically, this information deals with treatment parameters of the health care problem under study. However, this information is often non-quantitative.

One specific example: Registration of all deaths (among patients aged 1 year or more) – since 2005. In this registration the number of last contacts before death with the GP are collected up to 3 months before decease, the specific treatments or medical aids, initiatives of palliative care, last stay (rest home, hospital, home, palliative centre, other) and persons that delivered care.

30.4.4.4 Quality of Care

Again, the variables for quality of care depend on the theme to be studied: some may include some information here, most do not.

30.4.4.5 General Information

Only two items are commonly collected for every survey: date of birth and sex of the patient. Depending on the theme studied, more items may be collected, although it is rather unusual to collect socio-economical parameters. One example where more information is available is the current registration of all deaths (among patients aged 1 year or more) – since 2005. This includes information about "end-of-life decisions". This theme is in cooperation with Luc Deliens (Vrije Universiteit Brussel). The registration of all deaths includes an extended form to be filled in, including some socio-economic parameters

(highest educational level, estimated level of wealth) and also some information about health care use.

Level	
Individual	Date of birth Sex

30.5 TIME CHARACTERISTICS

30.5.1 Periodicity of updates

Continuous during the period of the survey. Weekly forms are submitted. Each survey lasts at least during one year.

30.5.2 Longitudinality

Not possible. There is no patient identificator and the set of date of birth, sex (and possibly practitioner) does not invariantly uniquely identifies a patient.

30.5.3 Period covered by the data

From 1979 onwards. Data for specific themes typically cover few years, possibly repeated after some interval.

30.5.4 Date (of versions/updates)

Not applicable.

30.6 DATA PROCESS

30.6.1 Information – description documents on the data-process

No info.

30.6.2 Data sources (organisations/databases)

The data sources are the participating General Practicioners (GP). They are each year invited to participate in the sentinel network. If they agree, they should participate in every current survey for that particular year. Currently some 200 GPs from 184 practices (year=2005) are participating. In every arrondissement (district) there is at least one GP participating.

30.6.3 Data process plan

Participating GPs are expected to send in their survey forms every week. These forms are collected by the Institute of Public Health, where an experienced secretary inputs the results every week into the information system. No resources are available for double entry systems. During the input some automatically programmed checks are performed on the data. For missing data a special procedure is followed. Once in a while a third person does a check of a subset of the records input, on the basis of the original forms.

After input, always a follow-up form is produced and sent to the originator GP. In the case of missing data, these are flagged and the GP is asked to add the

missing data, along with the control of the values input into the information system.

When GPs do not regularly send in their forms, they are contacted for reasons and participation willingness. Results from GP that do not at least send in 30 out of 52 forms per year are not taken into account.

Analysis of the data is very much dependable on the contents of the survey. The final output is generally in the form of a thematic report, a scientific article or feedback to the participants of the network by a newsletter (Senti-Bul).

One of the problems related to the calculation of the statistics, is the definition of the denominators. E.g. the size of the patient base of each GP is difficult to assess. A comparison of the sentinel data with the number of GP contacts obtained from IMA (sickness funds) data revealed a rather good correspondence, though in 50 offices a divergence was observed in 2002.

30.6.4 Data quality plan

The quality of the data is difficult to access. First of all, it depends on the efforts of all voluntarily participating GPs. This is probably not so bad as it sounds, because most participating GP are quite involved, not in the least because of the feedback that the surveys may provide concerning their proper acts. Second, the (epidemiologic) results depend not only on the accuracy and precision of the data, but also on the representativity of the sample population. As stated above, the latter is not guaranteed. Nevertheless some validation studies have been undertaken. Of importance is the external validation study of some common cancer incidences (period 1990-1997):
http: //www.iph.be/epidemio/epinl/medvnl/tum_9097_n.pdf (Dutch-speaking) and :

http: //www.iph.be/epidemio/epifr/medvfr/tum_9097_f.pdf (Francophone).

Also, the reintroduction of some themes after an interval of several years allows performing internal validation with the previously obtained results, though this validation may be hampered by time trends.

30.6.5 Data access procedure

Access to the raw data of the surveys for analysis is possible through a motivated call to the steering committee of the sentinel network. Often primary analysis is already performed by the central team, although in the case of external propositions for a specific theme, the cooperation agreement may already include analysis by external teams.

In future the Scientific Institute of Public Health wants to make clear agreements with external groups concerning timing and reporting of results obtained by their analyses.

Special Excel-sheets are available with the denominators for analysing the raw data.

31 GEZONDHEIDSENQUÊTE

31.1 DESCRIPTION

The main objective of the Health Interview Survey (HIS) is to give a description of the health status of the population in Belgium in general and of the three regional subpopulations (Flemish, Walloon and Brussels region).

The idea is to obtain information on how people experience their health, to what extent they make use of health care facilities, and how they look after their health by adopting a certain life style or relying on preventive and other health services.

31.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		WIV-ISP
Naam van het register		Gezondheidsenquête Health Interview Survey
Classificatie	**Hoofddomein**	Health status Healt care consumption Populaton data
	Subdomein(en)	Morbidities, lifestyles Utilization, expenditure Socio-economic status, income
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Population Health survey
	Hoofddiscriminant(en)	Inwoners België
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	sample
	Zorglijn(en)	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	1997
	Continuïteit **Periodiciteit**	discontinu 4-jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	Diverse
	Specificaties	Laatste jaar 2004 Gestratificeerd staal van de Belgische bevolking gespreid over de tijd

31.2 MANAGING ORGANISATION

Name: Scientific Institute of Public Health (IPH) - Unit of Epidemiology

- Address: J. Wytsmanstraat 14, 1050 Brussels
- NUTS level: country

31.2.1 Responsible persons:

- Jean Tafforeau
  - Role : study director
  - Telephone 32 2 642 57 33
  - Fax 32 2 642 54 10
  - E-mail jean.tafforeau@iph.fgov.be
- Stefaan Demarest en Johan Van der Heyden

31.2.2 Financing:

Sources :

- Brussels Region
- Federal authorities
- Flemish Community
- French Community
- German Community
- Walloon Region.

Budget: no info.

Number of people involved : 6 persons at IPH.

31.2.3 Cooperation:

National Institute for Statistics (NIS): sample selection, questionnaire and computerization.

Limburgs Universitair Centrum, departement Biostatistiek: statistical aspects

31.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

31.3.1 Reasons for data

Bevraging van (een steekproef van de populatie) als complementaire informatiebron aan andere informatiebronnen (o.a. de Minimale Klinische Gegevens, kankerregistratie, sterftecijfers,...). Zij past in het kader van de Europese gezondheidsenquetes, die steeds meer naar eenzelfde model worden opgezet (met het oog op vergelijkbaarheid).

De gezondheidsenquete is een instrument om een pro-actief gezondheidsbeleid te voeren, inclusief een middel om de realisatie van doelstellingen van het gezondheidsbeleid te evalueren.

31.3.2 Purpose of database

Een aantal items aangaande de gezondheidsstatus van de personen en belangrijke determinanten van gezondheid zoals leefstijl, medische consumptie en socio-economische status worden bevraagd.

De analyse van de resultaten van de Gezondheidsenquête moet een gedetailleerd beeld leveren van de gezondheidstoestand van een (representatief) staal van de bevolking. Tevens moet zij toelaten de gezondheidsnoden van de bevolking te beschrijven en gezondheidsbeleidsprioriteiten te identificeren.

Er wordt uitdrukkelijk aandacht besteed aan de sociale (on)gelijkheid in gezondheid, de toegang tot verschillende types gezondheidsvoorzieningen, het gebruik van voorzieningen en de determinanten van de consumptie van gezondheidszorgen.

31.3.3 Users of data (organisations)

Een uitgebreide detailbeschrijving is te vinden op (maart 2006):

http: //www.iph.fgov.be/epidemio/epien/crospen/hisen/his97en/res_pro.htm en:

http: //www.iph.fgov.be/epidemio/epien/crospen/hisen/his01en/res_pro.htm.

31.4 CONTENTS

The description is based on the 2001 survey. The results of the 2004 were not available at the time of this research.

31.4.1 Information – Description documents on the contents

Most information about the Health interview Survey is available at :

http: //www.iph.fgov.be/epidemio/epien/index4.htm (Dutch version) or :

http: //www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/index4.htm (French version) (September 2005) and in the manuals that accompany the CD-ROMs with the databases.

Two parts are identified in the Health interview Survey's data: raw answers to the questions and indicators that are determined from these answers. The contents of the Health interview Survey questionnaires may be condensed into the following modules (http: //www.iph.fgov.be/epidemio/epien/prog4.htm) :

	Year of realisation		
	1997	2001	2004
Household questionnaire (5 modules)			
Constitution of the household	X	X	X
Income of the household	X	X	X
Expenditure for health care	X	X	X
Housing	X	X	X
Health and society		X	X
Face to face questionnaire (17-18 modules) filled in by at most 4 persons per household			
Illness and chronic conditions	X	X	X
Acute affections		X	
Traumatisms: accidents	X	X	X
Physical activities	X	X	in written
Short-term functional disorders	X	X	X
Long-term physical disorders	X	X	X

		Year of realisation		
		1997	2001	2004
Waiting list				X
Medical consumption:				
	Contacts with GP	X	X	X
	Contacts with a specialist	X	X	X
	Contacts with primary health care		X	X
	Contacts with a dentist	X	X	X
	Contacts with other health services	X	X	X
	Admission to hospital	X	X	X
	Drug use	X	X	X
Vaccination		X	X	X
Nutrition (1)		X	X	X
Maternal and infantile health		X		
Social-economic profile:				
	Education	X	X	X
	Employment	X	X	X
	Income	X	X	X
Written questionnaire (14-17 modules) filled in by the selected persons over 15 years				
Health perception		X	X	X
Morbidity		X		
Health complaints (list of symptoms)			X	X
Knowledge of/and behaviour towards HIV/AIDS		X		X
Social health		X	X	X
Consumption of tobacco		X	X	X
Consumption of others products			X	X
Consumption of alcohol		X	X	X
Nutrition (2)		X	X	X
Physical activities		face to face	face to face	X
Traumatisms, accidents, violence and bites of dog		X	X	X
Mental health: to be emotional well		X	X	X
Satisfaction of the patients			X	
Prevention:				
	Blood pressure	X	X	X
	Cholesterol	X	X	X
	Diabetes		X	X
Health and sexuality		X	X	X
Cancer screening:				
	Breast cancer	X	X	X
	Cervical cancer	X	X	X

31.4.2 Population coverage: target and study population

Aim: A representative sample of all people residing in Belgium.

Due to (1) the selection of a sample and (2) practical considerations and decisions, the population does not cover de target population completely:

(1) The sample is based on the National Register. People not listed in the Register (homeless) are excluded. Sometimes newly created households are not registered.

(2) Not individuals, but households are invited to participate in the survey. A household is defined as all people living at the address of the reference person. The selection of households is consequently a selection of reference persons. This implies that people not living with a reference person listed in the National Register are excluded from the survey. Exluded are reference persons living in:

- an institution, with the exception of institutions for elderly
- a religious community or cloister with more than 8 persons
- a prison
- a psychiatric institution
- a health institution

31.4.3 Questionnaire items

31.4.3.1 Life Style

The domain "Health determinants" in the HIS provides information about Life Style.

Level	
Individual	Information is available in the HIS about at most 4 individual members of the participating households. For the written questionnaire only members above 15 years are selected. Face to face questionnaire: ▪ Physical activity ***Variables*** AP01 Description of leisure time activities during the last year AP02 Engaging once a week activity to work up sweat AP0201 Number days a week engaging activity to work up sweat AP03 Number of days with vigorous activities during last week AP04 Duration (hours) of vigorous activities during one of those days AP0401 Duration (minutes) of vigorous activities during one of those days AP05 Number of days with moderate activities during last week AP06 Duration (hours) of moderate activities during one of those days AP0601 Duration (minutes) of moderate activities during one of those days AP07 Number of days with 10 minutes walking during last week AP08 Duration (hours) of walking during one of those days AP0801 Duration (minutes) of walking during one of those days

	AP09 Usually walking at what pace AP10 Duration (hours) spent sitting on a week day during last week AP1001 Duration (minutes) spent sitting on a week day during last week AP11 Duration (hours) spent sitting on a weekend day during last week AP1101 Duration (minutes) spent sitting on a weekend day during last week ***Indicators*** AP01_1 Leisure Time Physical Activity (4 Categories) AP01_2 Leisure Time Physical Activity (3 Categories) AP01_3 Population At Risk Due To The Lack Of Leisure Time Physical Activity AP01_4 Estimated Duration Of Leisure Time Physical Activity Per Week AP02_1 Engaging At Least 3 Days A Week Leisure Time Physical Activity Long Enough To Work Up Sweat AP02_2 Engaging At Least 1 Day A Week Leisure Time Physical Activity Long Enough To Work Up Sweat AP_04 Total Mean Energy Expenditure In Relation With Physical Activity: Mean Per Week (Mets.Mins) AP_05 Enough Weekly Physical Activity To Have Positive Impact On Health ▪ Nutritional Status (2) ***Variables*** NU04 Height in centimetres NU05 Weight in kilos ***Indicators*** NU04_3 Body mass index adults ▪ Nutritional Habits ***Variables*** NU06 Frequency of the consumption of breakfast NU07 Frequency of the consumption of lunch NU08 Frequency of the consumption of diner NU0901 Frequency of the consumption of sugared or alcoholic beverages NU0902 Frequency of the consumption of not sugared beverages NU0903 Frequency of the consumption of full or sugared milk products NU0904 Frequency of the consumption of skimmed/half skimmed milk products NU0905 Frequency of the consumption of fruit NU0906 Frequency of the consumption of sweet or salt snacks NU0907 Frequency of the consumption of cereals NU0908 Frequency of the consumption of brown bread NU0909 Frequency of the consumption of white bread NU0910 Frequency of the consumption of minarine of half skimmed butter NU0911 Frequency of the consumption of butter or margarine NU0912 Frequency of the consumption of fish products NU0913 Frequency of the consumption of meat products NU0914 Frequency of the consumption of cheese NU0915 Frequency of the consumption of sweet spray NU0916 Frequency of the consumption of eggs NU0917 Frequency of the consumption of fish

	NU0918 Frequency of the consumption of meat substitute NU0919 Frequency of the consumption of meat or fowl NU0920 Frequency of the consumption of brown pastry of rice NU0921 Frequency of the consumption of white pastry or rice NU0922 Frequency of the consumption of fried potato products NU0923 Frequency of the consumption of potatoes NU0924 Frequency of the consumption of vegetables NU0925 Frequency of the consumption of sauces NU10 Reduction of fat consumption during the last two years NU1101 Reason for reduction of fat consumption: sickness NU1102 Reason for reduction of fat consumption: slimming NU1103 Reason for reduction of fat consumption: fear for the consequences NU1104 Reason for reduction of fat consumption: influenced by family NU1105 Reason for reduction of fat consumption; other reason NU110501 Description of other reason for reduction of fat consumption NU12 Increase in consumption of fibres during the last two years NU1301 Reason for increase in consumption of fibres: constipation NU1302 Reason for increase in consumption of fibres: diet NU1303 Reason for increase in consumption of fibres: good for health NU1304 Reason for increase in consumption of fibres: influenced by family NU1305 Reason for increase in consumption of fibres: other reason NU130501 Description of other reason for increase in consumption of fibres ***Indicators*** NU06_4 Regularity in meals NU0901_I Consumption of sugared or alcoholic beverages NU0903_I Consumption of milk products NU0917_I Consumption of fish NU0905_I Consumption of fruit NU0921_I Consumption of vegetables NU10_I Reduction in the consumption of fat during the past 2 years NU12_I Increase in the consumption of fibre during the past 2 years <u>Written questionnaire:</u> ▪ Tobacco consumption ***Variables*** TA01 Current smoking behaviour TA02 Number of cigarettes per day TA03 Cigar smoking TA0301 Number of cigars per day TA04 Pipe smoking TA0401 Quantity of pipe tobacco per week TA05 Age when started smoking TA06 Smokes less today than 2 years ago TA07 Smokes more today than 2 years ago TA08 Has already tried to stop smoking TA09 Has smoked in the passed TA10 Delay since stopped smoking ***Indicators***

	TA01_1 Current smoker or not TA01_2 Smoking behaviour TA01_3 Ever smoked TA02_1 Type of smoker TA02_2 Heavy smoker / other smoker TA05_1 Age when started smoking TA_1 Course of tobacco consumption over the past 2 years TA_2 Withdrawal (attempt) from tobacco consumption TA_3 Past smoking habits of non-smokers ▪ Illegal drugs ***Variables*** DI01 Ever use of cannabis DI02 Use of cannabis during last month DI03 Ever use of ecstasy/amphetamines DI04 Use of ecstasy/amphetamines during last month ***Indicators*** ▪ Nutritional Status ***Variables*** NU01 Concern for weight NU0201 Concern for kind of food NU0202 Eat less calories NU0203 More physical exercise NU0204 Jump meals NU0205 Change relative importance of meals NU0206 Fasting for 24 hours or more NU0207 Use of diet products NU0208 Use of products to slim NU0209 Smoking NU0210 Use of laxatives NU0211 Participation at self help groups NU0212 Other methods to slim or to maintain weight NU021201 Description other methods to slim NU0301 Initiative to slim: general practitioner NU0302 Initiative to slim: specialist NU0303 Initiative to slim: dietist NU0304 Initiative to slim: media NU0305 Initiative to slim: family NU0306 Initiative to slim own initiative NU0307 Initiative to slim: other NU030701 Description other initiative to slim ***Indicators*** NU01_1 Attitude towards own weight ▪ Consumption of alcohol ***Variables*** AL01 Consumption of alcohol in the past year AL02 Heavy drinking moment in the past 6 months AL03 Number of heavy drinking moments in the past 6 months AL04 Usually drinks alcohol during weekdays

	AL05 Usual alcohol consumption: number of days per week AL06 Usual alcohol consumption during week: number of glasses per day AL07 Usually drinks alcohol during the weekend AL08 Usual alcohol consumption: number of days in the weekend AL09 Usual alcohol consumption during weekend: number of glasses per day AL10 Need to reduce alcohol consumption AL11 Feel irritated by critics about alcohol consumption AL12 Feel guilty about alcohol consumption AL13 Craving for alcohol in the morning *Indicators* AL01_1 Consumption of alcohol in the past year AL_1 Heavy drinking moment AL_2 Daily alcohol consumption AL04_1 Usually drinks alcohol during weekdays AL07_1 Usually drinks alcohol during week-end AL_6 Alcohol dependence ▪ Traffic security *Variables* ON09 Seatbelt worn in the front of the car ON10 Seatbelt worn in the back of the car ON11 Amount of alcohol allowed when driving *Indicators* ON09_1 Seatbelt worn in the front of the car ON10_1 Seatbelt worn in the back of the car ON11_1 Amount of alcohol allowed when driving ▪ Reproductive health *Variables* RH01 Sexual intercourse during last 12 months RH02 Contraceptive use during last 12 months RH0301 Used contraceptive pill last 12 months RH0302 Used injectable contraceptives last 12 months RH0303 Used IUD last 12 months RH0304 Used morning after pill last 12 months RH0305 Used diaphragm last 12 months RH0306 Used condoms as contraceptive last 12 months RH0307 Used periodic abstinence last 12 months RH0308 Used coitus interruptus last 12 months RH0309 Used female sterilization last 12 months RH0310 Used male sterilization last 12 months RH0311 Used other contraceptive method last 12 months RH031101 Which other contraceptive method RH04 Used protection method against STD last 12 months RH0501 Used condoms against STD last 12 months RH0502 Used female condoms last 12 months RH0503 Avoided oral sexual relation last 12 months RH0504 Avoided vaginal sexual relation last 12 months

	RH0505 Avoided anal sexual relation last 12 months RH0506 Used other STD protection method last 12 months RH050601 Which other STD protection method ***Indicators*** *(Women aged 15 and more)* RH02_1 Sexually active using a contraceptive method RH03_1 Type of contraceptive method used by sexually active RH03_2 Type of contraceptive method used RH04_1 Sexually active using a protective method against std RH05_1 Type of protective method against std used by sexually active RH05_2 Type of protective method against std used
Family/ Household	This is the main level where selection of the survey participants is done. Household questionnaire: ▪ Health and environment ***Variables*** HE0101 Household annoyed by bad smell from industry near the residence HE0102 Household annoyed by bad smell from other sources (sewer, waste, manure) HE0103 Household annoyed by accumulation of rubbish HE0104 Household annoyed by humidity HE0105 Household annoyed by mould or mould fungus HE0106 Household annoyed by electromagnetic fields from high-voltage lines from cellular telephone aerial HE0107 Household annoyed by vibrations from road, train, airplane traffic or nearby business HE0108 Household annoyed by noise from road traffic HE0109 Household annoyed by noise from train traffic HE0110 Household annoyed by noise from airplane traffic HE0111 Household annoyed by noise from nearby business (factory, workshop) HE0112 Household annoyed by noise from neighbours (human voices, dogs, children) HE02 Noise intensity at place of residence HE0301 Bothered by the noise during daytime HE0302 Bothered by the noise at night HE0303 Bothered by the noise in the early morning HE0304 Bothered by the noise in the evening HE0305 Bothered by the noise permanently HE0401 Effects of noise on sleep HE0402 Effects of noise on interference with communication HE0403 Noise-induced hearing loss HE0404 Effects of noise annoyance responses HE0405 Effects of noise decrease of performance or productivity HE0406 Other effects of noise HE041 Type of other effects of noise HE0501 Environmental noise leading to: insulation works HE0502 Environmental noise leading to: use of earplugs HE0503 Environmental noise leading to: complaining to neighbours HE0504 Environmental noise leading to: contacting police

	HE0505 Environmental noise leading to: considering to move because of noise HE0506 Environmental noise leading to: isolating yourself in a quiet room HE0507 Environmental noise leading to: use of medicine HE0508 Environmental noise leading to other particular behaviour HE050801 Type of other particular behaviour against noise ***Indicators*** HE01_12 Household annoyed by environmental conditions HE02_1 Noise intensity at place of residence
Location/ Space	Stratification is done at Regional, Community and Province level.

31.4.3.2 Health status

The domain "Health status" in the HIS provides this information.

Level	
Individual	Information is available in the HIS about at most 4 individual members of the participating households. For the written questionnaire only members above 15 years are selected. Face to face questionnaire: ▪ Chronic diseases and consequences ***Variables*** MB01 To suffer from one or more longstanding illnesses, chronic conditions or handicaps MB02 Description of the one or more longstanding illnesses, chronic conditions or handicaps MB03 Hampered in daily activity by one or more longstanding illnesses, chronic condition or handicaps MB04 Bedridden by one or more longstanding illnesses, chronic condition or handicaps MB05 Official recognition of invalidity or handicap MB06 The percentage of the recognized invalidity or handicap MB07 Cause of invalidity or handicap ***Indicators*** MB_1 To suffer from one or more longstanding illnesses, chronic conditions or handicaps MB_2 Restrictions caused by one or more longstanding illnesses, chronic conditions or handicaps MB_3 Restrictions in daily activity caused by one or more longstanding illnesses, chronic conditionsor handicaps MB_4 Bedridden caused by one or more longstanding illnesses, chronic conditions or handicaps MB_5 Official recognition of invalidity or handicap MB_6 The percentage of the recognized invalidity or handicap MB_7 Cause of invalidity or handicap ▪ Chronic diseases ***Variables*** MA0101 Asthma during past year MA0102 Chronic bronchitis or COPD during past year MA0103 Allergy during past year

	MA0104 Sinusitis during past year MA0105 Serious heart disease or heart attack during past year MA0106 Hypertension during past year MA0107 Serious bowel problems during past year MA0108 Hepatitis, liver cirrhosis or other liver problem during past year MA0109 Kidney stones during past year MA0110 Serious kidney disease (except for kidney stones) during past year MA0111 Chronic cystitis during past year MA0112 Diabetes during past year MA0113 Thyroid disease during past year MA0114 Glaucoma during past year MA0115 Cataract during past year MA0116 Parkinson's diseases during past year MA0117 Depression during past year (**Also: Mental Health**) MA0118 Epilepsy during past year MA0119 Dizziness with falling during past year MA0120 Migraine during past year MA0121 Serious or chronic skin disease during past year MA0122 Malignancy or cancer during past year MA012201 Type of malignancy or cancer MA0123 Longstanding fatigue during past year MA0124 Serious backache during past year MA0125 Degenerative disease of joints (arthritis) during past year MA0126 Inflammation of joints (arthritis) during past year MA0127 Other forms of rheumatism during past year MA0128 CVA and/or consequences of CVA during past year MA0129 Gastric ulcer or duodenal ulcer during past year MA0130 Gallstones or cholecystitis during past year MA0131 Osteoporosis during past year MA0132 Wrist fracture during past year MA0133 Hip fracture during past year MA0134 Fracture of spine during past year MA0135 Problems with prostate during past year MA0136 Uterine prolaps during past year MA0137 Other disease during past year MA013701 Type of other disease MA0138 Other disease during past year MA013801 Type of other disease ***Indicators*** MA01_135 Number of diseases or longstanding illnesses (based on a list of 35 diseases) MA01_1 Number of diseases or longstanding illnesses (based on a list of 32 diseases) MA01_235 Number of diseases or longstanding illnesses – categories (based on a list of 35 diseases) MA01_2 Number of diseases or longstanding illnesses – categories (based on a list of 32 diseases) MA01_335 Two or more diseases or longstanding illneses (based on a list of 35 diseases)

	MA01_3 Two or more diseases or longstanding illneses (based on a list of 32 diseases) *For Mental Health (aged 15 and more):* SM_1 Self-reported depression for a period of at least 2 weeks during the past year ▪ Acute conditions ***Variables*** AD0101 Diarrhea episode during the past two weeks AD0201 Did you have fever with the diarrhea AD0301 Did you consult your GP for this diarrhea episode AD0102 Bronchitis/pneumonia episode during the past two weeks AD0202 Did you have fever with the bronchitis/pneumonia episode AD0302 Did you consult your GP for this bronchitis/pneumonia episode AD0103 Asthma-attack during the past two weeks AD0303 Did you consult your GP for this asthma-attack episode ***Indicators*** AD01_1 Diarrhoea episode during the past two weeks (ordinal; 3) AD01_2 Diarrhoea episode during the past two weeks (Yes/No) AD01_3 GP consultation for the diarrhoea episode AD01_4 GP consultation for the diarrhoea episode with fever AD01_5 GP consultation for the diarrhoea episode without fever AD02_1 Bronchitis/pneumonia episode during the past two weeks (ordinal; 3) AD02_2 Bronchitis/pneumonia episode during the past two weeks (Yes/No) AD02_3 GP consultation for the bronchitis/pneumonia episode AD02_4 GP consultation for the bronchitis/pneumonia with fever AD02_5 GP consultation for the bronchitis/pneumonia without fever AD03_1 Attack-attack during the past two weeks AD03_3 GP consultation for the attack-attack ▪ Short-term limitations – physical ***Variables*** IC01 Temporary disability due to physical conditions during last two week IC02 Number of days temporary disability due to physical conditions during last two weeks IC03 Number of bed days with temporary disability due to physical conditions during last two weeks ***Indicators*** IC01_4 Temporary disability due to physical conditions during last two week IC_1 Mean of number of days with temporary disability due to physical conditions per year IC_2 Mean of number of beddays with temporary disability due to physical conditions per year ▪ Short-term limitations – mental/emotional ***Variables*** IC04 Temporary disability due to mental ill-health during last two weeks IC05 Number of days with temporary disability due to mental ill-health

	during last two weeks IC06 Number of bed days with temporary disability due to mental ill-health during last two weeks ***Indicators*** IC04_4 Temporary disability due to mental ill health during last two weeks IC_3 Mean of number of days with temporary disability due to mental ill health per year IC_4 Mean of number of beddays with temporary disability due to mental ill health per year ▪ Chronic limitations ***Variables*** IL01 Limitation in case of vigorous activities IL02 Limitation in case of moderate activities IL03 Limitation in case of lifting or carrying groceries IL04 Limitation in case of climbing several flights of stairs IL05 Limitation in case of climbing one flight or stairs IL06 Limitation in case of bending, kneeling or stopping IL07 Limitation in case of walking more than one kilometer IL08 Limitation in case of walking a few hundred meter IL09 Limitation in case of walking one block IL10 Limitation in case of bathing or clothing oneself IL11 Permanently confined to bed IL12 Confined to sit in a chair all day IL13 Confined to house and garden IL14 Walking distance without stopping or discomfort IL15 Get in and out of bed on ones own IL16 Get in and out of a chair on ones own IL17 Can dress and undress on ones own IL18 Can wash ones hands and face on ones own IL19 Can feed oneself including cutting up food IL20 Can get to and use the toilet on ones own IL2101 Lose control of ones bladder IL2102 Frequency of losing control of ones bladder IL22 To hear TV at an acceptable volume IL23 To hear TV at a too loud volume IL24 Able to recognize a person at a distance of 4 m IL25 Able to recognize a person at a distance of 1 m IL26 Able to chew hard food ***Indicators*** IL_1 SF-36: physical functioning score IL_2 Handicap in mobility IL_3 Restrictions IL_4 Number of moderately restricted activities IL_5 Number of severely restricted activities IL_6 Number of restricted activities IL_7 % Severely restricted activities among all restricted activities IL_8 WHO-score for physical limitations IL11_1 Mobility handicap: confined to bed

	IL12_1 Mobility handicap: confined to bed IL13_1 Mobility handicap: confined to bed IL14_1 Disability: walking distance IL15_1 Disability: transfer in-out bed IL16_1 Disability: transfer in-out chair IL17_1 Disability: dressing IL18_1 Disability: washing hands and face IL19_1 Disability: feeding and cutting up food IL20_1 Disability: to get to and use toilet IL21_1 Problems in bladder control IL21_2 Frequency of problems in bladder control IL21_4 Disability: urinary incontinence IL21_3 Disability: urinary incontinence IL22_1 To hear TV at an acceptable volume IL23_1 To hear TV at a too loud volume IL22_2 Hearing impairment IL24_1 Able to recognise a person at a distance of 4 m IL25_1 Able to recognise a person at a distance of 1 m IL24_2 Vision impairment IL26_1 Disability: biting and chewing Written questionnaire: ▪ Subjective Health *Variables* PE01 How is your health in general PE02 Health in general now compared to one year ago PE03 Suffering chronic condition PE04 Disabled since at least six months *Indicators* PE01_1 Subjective health categories PE02_1 Health transition categories ▪ Mental Health – Complaints (SCL-90-R) *Variables* SL0101 Headaches SL0102 Faintness or dizziness SL0103 Pains in heart or chest SL0104 Pains in lower back SL0105 Nausea or upset stomach SL0106 Soreness of muscles SL0107 Trouble getting breath SL0108 Hot or cold spells SL0109 Numbness or tingling in parts of body SL0110 Lump in the throat SL0111 Feeling weak in parts of body SL0112 Heavy feelings in arms or legs SL0113 Nervousness or shakiness inside SL0114 Repeated unpleasant thoughts SL0115 Loss of sexual interest or pleasure SL0116 Feeling low in energy or slowed down

	SL0117 Thoughts of ending life SL0118 Trembling SL0119 Poor appetite SL0120 Crying easily SL0121 Feeling trapped or caught SL0122 Scared for no reason SL0123 Blaming self for things SL0124 Feeling lonely SL0125 Feeling blue SL0126 Worrying too much SL0127 Feeling no interest SL0128 Feeling fearful SL0129 Heart pounding or racing SL0130 Trouble falling asleep SL0131 Mind going blank SL0132 Feeling hopeless about the future SL0133 Feeling tense or keyed up SL0134 Thoughts of death or dying SL0135 Awakening in the early morning SL0136 Sleep that is restless or disturbed SL0137 Feeling everything is an effort SL0138 Spells of terror or panic SL0139 Feeling so restless that can't sit still SL0140 Feelings of worthlessness SL0141 Feeling something bad will happen to self SL0142 Frightening thoughts and images ***Indicators*** SL_1 Somatisation disorders SL_2 Depressive disorders SL_4 Anxiety disorders SL_5 Sleeping disorders ▪ Mental Health – well-being (GHQ-12) ***Variables*** WB01 Able to concentrate WB02 Loosing of sleep over worry WB03 Feeling useful WB04 Feeling able to make decisions WB05 Feeling constantly under strain WB06 Feeling unable to overcome difficulties WB07 Able to enjoy daily activities WB08 Able to face up to problems WB09 Feeling unhappy or depressed WB10 Loosing self-confidence WB11 Feeling worthless WB12 Feeling reasonably happy ***Indicators*** WB_1 GHQ-12 crude score WB_2 GHQ [2+] cut off

	WB_3 GHQ [4+] cut off
Family/ Household	This is the main level where selection of the survey participants is done. Parameters: ▪
Location/ Space	Stratification is done at Regional, Community and Province level.

31.4.3.3 Access to Health Care

Level	
Family/ Household	This is the main level where selection of the survey participants is done. Household questionnaire: ▪ Expenses for health care (last month) [part of the module "Accessibility of health care"] ***Variables*** AC07 Judgment personal contribution for health expenses AC08 Restriction on medical care AC09 Restriction on dental care AC10 Restriction on prescribed medicines AC11 Restriction on eyeglasses AC12 Restriction on mental health care ***Indicators*** AC07_1 Households who estimate the costs for health as too high AC08_2 Households who had to postpone medical consumption Written questionnaire: ▪ Cancer screening **(only women)** SC1702 No cervix cancer screening because too expensive SC2003 Didn't have cancer screening after invitation letter because too expensive
Location/ Space	Stratification is done at Regional, Community and Province level.

31.4.3.4 Health Care Use

The domain "Health consumption" in the HIS provides information about Health care use.

Level	
Individual	Information is available in the HIS about at most 4 individual members of the participating households. For the written questionnaire only members above 15 years are selected. Face to face questionnaire: ▪ Chronic diseases ***Variables*** MA0201 Treated by GP for asthma during past year MA0301 Treated by specialist for asthma during past year MA0401 Use of medicines for asthma during past year MA0202 Treated by GP for chronic bronchitis or COPD during past year MA0302 Treated by specialist for chronic bronchitis or COPD during past year

	MA0402 Use of medicines for chronic bronchitis or COPD during past year
	MA0203 Treated by GP for allergy during past year
	MA0303 Treated by specialist for allergy during past year
	MA0403 Use of medicines for allergy during past year
	MA0204 Treated by GP for sinusitis during past year
	MA0304 Treated by specialist for sinusitis during past year
	MA0404 Use of medicines for sinusitis during past year
	MA0205 Treated by GP for serious heart disease or heart attack during past year
	MA0305 Treated by specialist for serious heart disease or heart attack during past year
	MA0405 Use of medicines for serious heart disease or heart attack during past year
	MA0206 Treated by GP for hypertension during past year
	MA0306 Treated by specialist for hypertension during past year
	MA0506 Followed diet for hypertension during past year
	MA0606 Use of medicines for hypertension during past year
	MA0207 Treated by GP for serious bowel problems during past year
	MA0307 Treated by specialist for serious bowel problems during past year
	MA0407 Use of medicines for serious bowel problems during past year
	MA0208 Treated by GP for hepatitis, liver cirrhosis or other liver problem during past year
	MA0308 Treated by specialist for hepatitis, liver cirrhosis or other liver problem during past year
	MA0408 Use of medicines for hepatitis, liver cirrhosis or other liver problem during past year
	MA0209 Treated by GP for kidney stones during past year
	MA0309 Treated by specialist for kidney stones during past year
	MA0409 Use of medicines for kidney stones during past year
	MA0210 Treated by GP for serious kidney disease (except for kidney stones) during past year
	MA0310 Treated by specialist for serious kidney disease (except for kidney stones) during past year
	MA0410 Use of medicines for serious kidney disease (except for kidney stones) during past year
	MA0211 Treated by GP for chronic cystitis during past year
	MA0311 Treated by specialist for chronic cystitis during past year
	MA0411 Use of medicines for chronic cystitis during past year
	MA0212 Treated by GP for diabetes during past year
	MA0312 Treated by specialist for diabetes during past year
	MA0712 Followed diet for diabetes during past year
	MA0812 Treated with injections (insulin) for diabetes during past year
	MA0912 Treated with oral tables for diabetes during past year
	MA0213 Treated by GP for thyroid disease during past year
	MA0313 Treated by specialist for thyroid disease during past year
	MA0413 Use of medicines for thyroid disease during past year
	MA0214 Treated by GP for glaucoma during past year
	MA0314 Treated by specialist for glaucoma during past year
	MA0414 Use of medicines for glaucoma during past year
	MA0215 Treated by GP for cataract during past year

	MA0315 Treated by specialist for cataract during past year MA0415 Use of medicines for cataract during past year MA0216 Treated by GP for Parkinson's diseases during past year MA0316 Treated by specialist for Parkinson's diseases during past year MA0416 Use of medicines for Parkinson's diseases during past year MA0217 Treated by GP for depression during past year (**Also: Mental Health**) MA0317 Treated by specialist for depression during past year MA0417 Use of medicines for depression during past year MA0218 Treated by GP for epilepsy during past year MA0318 Treated by specialist for epilepsy during past year MA0418 Use of medicines for epilepsy during past year MA0219 Treated by GP for dizziness with falling during past year MA0319 Treated by specialist for dizziness with falling during past year MA0419 Use of medicines for dizziness with falling during past year MA0220 Treated by GP for migraine during past year MA0320 Treated by specialist for migraine during past year MA0420 Use of medicines for migraine during past year MA0221 Treated by GP for serious or chronic skin disease during past year MA0321 Treated by specialist for serious or chronic skin disease during past year MA0421 Use of medicines for serious or chronic skin disease during past year MA0222 Treated by GP for malignancy or cancer during past year MA0322 Treated by specialist for malignancy or cancer during past year MA0422 Use of medicines for malignancy or cancer during past year MA0223 Treated by GP for longstanding fatigue during past year MA0323 Treated by specialist for longstanding fatigue during past year MA0423 Use of medicines for longstanding fatigue during past year MA0224 Treated by GP for serious backache during past year MA0324 Treated by specialist for serious backache during past year MA0424 Use of medicines for serious backache during past year MA0225 Treated by GP for degenerative disease of joints (arthritis) during past year MA0325 Treated by specialist for degenerative disease of joints (arthritis) during past year MA0425 Use of medicines for degenerative disease of joints (arthritis) during past year MA0226 Treated by GP for inflammation of joints (arthritis) during past year MA0326 Treated by specialist for inflammation of joints (arthritis) during past year MA0426 Use of medicines for inflammation of joints (arthritis) during past year MA0227 Treated by GP for other forms of rheumatism during past year MA0327 Treated by specialist for other forms of rheumatism during past year MA0427 Use of medicines for other forms of rheumatism during past year MA0228 Treated by GP for CVA and or consequences of CVA during past year

	MA0328 Treated by specialist for CVA and or consequences of CVA during past year MA0428 Use of medicines for CVA and or consequences of CVA during past year MA0229 Treated by GP for gastric ulcer or duodenal ulcer during past year MA0329 Treated by specialist for gastric ulcer or duodenal ulcer during past year MA0429 Use of medicines for gastric ulcer or duodenal ulcer during past year MA0230 Treated by GP for gallstones or cholecystitis during past year MA0330 Treated by specialist for gallstones or cholecystitis during past year MA0430 Use of medicines for gallstones or cholecystitis during past year MA0231 Treated by GP for osteoporosis during past year MA0331 Treated by specialist for osteoporosis during past year MA0431 Use of medicines for osteoporosis during past year MA0232 Treated by GP for wrist fracture during past year MA0332 Treated by specialist for wrist fracture during past year MA0432 Use of medicines for wrist fracture during past year MA0233 Treated by GP for hip fracture during past year MA0333 Treated by specialist for hip fracture during past year MA0433 Use of medicines for hip fracture during past year MA0234 Treated by GP for fracture of spine during past year MA0334 Treated by specialist for fracture of spine during past year MA0434 Use of medicines for fracture of spine during past year MA0235 Treated by GP for problems with prostate during past year MA0335 Treated by specialist for problems with prostate during past year MA0435 Use of medicines for problems with prostate during past year MA0236 Treated by GP for uterine prolaps during past year MA0336 Treated by specialist for uterine prolaps during past year MA0436 Use of medicines for uterine prolaps during past year MA0237 Treated by GP for other disease during past year MA0337 Treated by specialist for other disease during past year MA0437 Use of medicines for other disease during past year MA0238 Treated by GP for other disease during past year MA0338 Treated by specialist for other disease during past year MA0438 Use of medicines for other disease during past year ***Indicators*** *For Mental Health (aged 15 and more):* SM_2A Followed by a gp for depression during the past year SM_2B Followed by a specialist for depression during the past year SM_3 Medication received for depression during the past year SOM CONSUMPTION OF SLEEP INDUCING MEDICINES IN THE LAST 2 WEEKS TRAN Consumption of tranquilizers in the past 2 weeks ANTI Consumption of anti-depressants in the past 2 weeks SM_5 Consumption of psychotropic drugs in the past 2 weeks ▪ Accidents ***Variables***

	ON01 Serious accident, last 12 months ON0201 Serious accident at work school, last 12 months ON0202 Serious road accident, last 12 months ON0203 Serious sports' accident, last 12 months ON0204 Serious domestic accident , last 12 months ON0205 Other serious accident, last 12 months ON020501 Specification of 'other' type of serious accident, last 12 months ON05 Consultation (practitioner or hospital) for dog bite ON06 Practitioner or service consulted for dog bite ON0601 Other type of consultation for dog bite ***Indicators*** ON01_1 Serious accident during past year ▪ Contacts with the General Practicioner ***Variables*** GP01 Regular general practitioner/general practice GP0201 No regular general practitioner because person is never ill GP0202 No regular general practitioner because person is often absent for a long time GP0203 No regular general practitioner because person consults several general practitioners according to the problem GP0204 No regular general practitioner because person consults directly the specialist GP0205 No regular general practitioner because person consults directly the emergency department of the hospital GP0206 No regular general practitioner because of another reason GP020601 Other reason why person does not have a regular general practitioner GP03 Type of general practice that person usually contacts GP04 Contact with general practitioner in past 2 months GP05 Number of contacts with general practitioner in past 2 months GP06 Number of contacts with general practitioner in past 2 weeks GP07 Date of latest contact with general practitioner GP0701 Latest contact with general practitioner - time unit GP070101 Latest contact with general practitioner - number. *For the last 3 contacts during the last two months:* GP08 Date of contact with general practitioner GP0801 Date of contact with general practitioner - unit GP080101 Date of contact with general practitioner - number GP09 Reason for contact with general practitioner GP10 Disease or complaint why general practitioner was contacted GP11 Type of contact with the general practitioner GP1101 Other type of contact with the general practitioner GP12 Person taking the initiative for the contact with the general practitioner GP1301 Referred after contact with general practitioner GP1302 Referred to emergency department GP1303 Referred to specialist or policlinic service GP1304 Referred for X-ray GP1305 Referred to laboratory for clinical biology

	GP1306 Referred to hospital GP1307 Referred to physiotherapist GP1308 Referred to home nursing service GP1309 Referred to social service GP1310 Referred to other service or institution GP131001 Other service or institution to which person was referred. ***Indicators*** GP01_I Regular general practitioner/general practice GP03_I Type of general practice that person usually contacts GP06_I Average number of contacts with the general practitioner in past year GP_I Latest contact with general practitioner *For the last 3 contacts during the last two months:* GP09_I Main reason for contact with general practitioner GP11_I Type of contact with the general practitioner GP12_I Person taking the initiative for the contact with the general practitioner GP13_I Referred after contact with general practitioner ▪ Contacts with the specialist ***Variables*** SP01 Contact with specialist in past 2 months SP02 Number of contacts with specialist in past 2 months SP03 Number of contacts with specialist in past 2 weeks SP04 Date of latest contact with specialist SP0401 Latest contact with specialist - time unit SP040101 Latest contact with specialist - number. *For the last 3 contacts during the last two months:* SP05 Date of contact with specialist SP0501 Date of contact with specialist - unit SP050101 Date of contact with specialist - number SP06 Type of specialist SP0601 Other type of specialist SP07 Reason for contact with specialist SP08 Disease or complaint for which specialist was contacted SP09 Place of contact with specialist SP10 Type of contact with specialist SP11 Person taking the initiative for the contact with the specialist. ***Indicators*** SP03_I Average number of contacts with the specialist in past year SP_I Latest contact with specialist SP06_I Type of specialist SP07_I Reason for contact with specialist *For the last 3 contacts during the last two months:* SP09_I Place of contact with specialist SP10_I Type of contact with specialist SP11_I Person taking the initiative for the contact with the specialist. ▪ Contacts with the emergency department ***Variables***

	ED01 Contact with emergency department in past 2 months ED02 Number of contacts with emergency department in past 2 months ED03 Number of contacts with emergency department in past 2 weeks ED04 Date of last contact with emergency department ED0401 Last contact with emergency department - time unit ED040101 Last contact with emergency department - number. *For the last 3 contacts during the last two months:* ED05 Date of contact with emergency department ED0501 Date of contact with emergency department - unit ED050101 Date of contact with emergency department - number ED06 Reason for contact with emergency department ED07 Disease or complaint why emergency department was contacted ED08 Person taking the initiative for the contact with the emergency department ED0901 Contacted emergency department, rather than GP or specialist, because emergency department is accessible 24 hrs on 24 hrs ED0902 Contacted emergency department, rather than GP or specialist, because all needed investigations can take place at the same moment ED0903 Contacted emergency department, rather than GP or specialist, because no immediate payment is required ED0904 Contacted emergency department, rather than GP or specialist, because the treatment is better ED0905 Contacted emergency department, rather than GP or specialist, because of another reason ED090501 Other reason why emergency department was contacted, rather than GP or specialist ED10 Moment of contact with the emergency department ***Indicators*** ED03_1 Average number of contacts with emergency department in past year ED_1 Last contact with emergency department. ED_2 Contact with emergency department but no contact with a general practitioner in the past year *For the last 3 contacts during the last two months:* ED06_1 Reason for contact with emergency department ED08_1 Contact with emergency department without referral by physician ED10_1 Moment of contact with the emergency department. ▪ Contacts with the dentist (aged 15 and more) ***Variables*** DE01 Still having any teeth (at least one) DE0201 Upper part dentures or prostheses DE0202 Time period since upper part dentures or prostheses have first been used DE020201 Number of years since upper part dentures or prostheses have first been used DE0301 Lower part dentures or prostheses DE0302 Time period since lower part dentures or prostheses have first been used DE030201 Number of years since lower part dentures or prostheses have first been used

	DE04 Contact with dentist in past 2 months DE05 Number of contacts with dentist in past 2 months DE06 Number of contacts with dentist in past 2 weeks DE07 Date of latest contact with dentist DE0701 Latest contact with dentist - time unit DE070101 Latest contact with dentist - number. *For the last 3 contacts during the last two months:* DE08 Date of contact with dentist DE0801 Date of contact with dentist - unit DE080101 Date of contact with dentist - number DE09 Main reason for contact with dentist DE0901 Other reason for contact with dentist DE1001 Type of care provided = check-up DE1002 Type of care provided = extraction of molar or teeth DE1003 Type of care provided = filling of molar or teeth DE1004 Type of care provided = a crown or bridge DE1005 Type of care provided = teeth regulation DE1006 Type of care provided = fluor application DE1007 Type of care provided = removal of tartar DE1008 Type of care provided = other type of care DE100801 Other type of care that was provided. ***Indicators*** DE01_I Still having any teeth (at least one) DE06_I Average number of contacts with dentist per year DE_I Latest contact with dentist DE09_I Preventive oral examination in past 2 months. *For the last 3 contacts during the last two months:* (None) ▪ Contacts with paramedical health services ***Variables*** OH0101 Contact with home nurse during past year OH0102 Contact with physiotherapist during past year OH0103 Contact with dietician during past year OH0104 Contact with speech therapist during past year OH0105 Contact with occupational therapist during past year OH0106 Contact with psychologist during past year. ▪ Alternative medicine ***Variables*** OH0201 Contact with a person practicing homeopathy in the last year OH0202 Contact with a person practicing acupuncture in the last year OH0203 Contact with a person practicing osteopathy in the last year OH0204 Contact with a person practicing chiropraxis in the last year OH0205 Contact with a person practicing another form of alternative medicine in the last year OH0301 Homeopath consulted in the last year is a physician OH0302 Acupunctor consulted in the last year is a physician OH0303 Osteopath consulted in the last year is a physician OH0304 Chiropractor consulted in the last year is a physician

	OH0305 Another therapist consulted in the last year is a physician *Indicators* AG01 Contact with therapist non-conventional in the last year ▪ Social and preventive services *Variables* OH0401 Preventive care for infants, last 12 months OH0402 School medicine, last 12 months OH0403 Occupational medicine, last 12 months OH0404 Center for mental health care, last 12 months OH0405 Center for family planning and marital problems, last 12 months OH0406 Domestic care service (family care, care for the elderly...), last 12 months OH0407 Day center, last 12 months OH0408 Hot meals at home, last 12 months OH0409 Social welfare, last 12 months OH0410 Call center - help line by phone, last 12 months OH0411 Self help groups (i.e. diabetes, Alcoholics Anonymous,...), last 12 months OH0412 Other services for social or mental assistance, last 12 months *Indicators* PG0401 Contact with preventive care for infants during past year PG0402 Contact with school medicine during past year PG0403 Contact with occupational medicine during past year PG0404 Contact with center for mental health care during past year PG0405 Contact with center for family planning and marital problems during past year PG0406 Contact with domestic care service (family care, care for the elderly...) During past year PG0407 Contact with day center during past year PG0408 Contact with service providing hot meals at home during past year PG0409 Contact with social welfare during past year PG0410 Contact with call center - help line by phone during past year PG0411 Contact with self help groups (i.e. diabetes, alcoholics anonymous,...) During past year PG0412 Contact with other services for social or mental assistance during past year ▪ Hospital admissions *Variables* HO01 Hospital admission during past year HO02 Number of hospital admissions during past year HO03 Date of latest hospital admission HO0301 Latest hospital admission - time unit HO030101 Latest hospital admission - number *For the last 3 contacts during the last two months:* HO04 Date of hospital admission HO0401 Date of hospital admission - unit HO040101 Date of hospital admission - number HO05 Hospital department HO0501 Other type of hospital department

	HO06 Duration of hospital admission HO0601 Number of nights admitted to hospital HO07 Disease or complaint related to hospital admission HO08 Surgery during hospital admission ***Indicators*** HO_1 Latest hospital admission *For the last 3 contacts during the last two months:* HO06_1 Number of nights admitted to hospital HO06_2 Day hospitalisation HO08_1 Surgery during hospital admission ▪ Use of medicines ***Variables*** DR01 Use of prescribed medicines during past 2 weeks DR02 Date of latest use of prescribed medicines DR0201 Latest use of prescribed medicine - unit DR020101 Latest use of prescribed medicines - number DR0301 Use of prescribed medicines for cough, cold, flue, sore throat, etc. during past 2 weeks DR0302 Use of prescribed medicines or ointments for rheumatism, joint pains, etc. during past 2 weeks DR0303 Use of other painkillers and medicines for fever during past 2 weeks DR0304 Use of prescribed restoratives as vitamins, minerals, tonics during past 2 weeks DR0305 Use of prescribed medicines for the heart, the blood vessels, the blood pressure during past 2 weeks DR0306 Use of prescribed medicines for a better brain circulation during past 2 weeks DR0307 Use of prescribed diuretics during past 2 weeks DR0308 Use of prescribed laxatives during past 2 weeks DR0309 Use of prescribed medicines for the stomach, the intestines and the digestive system in general during past 2 weeks DR0310 Use of prescribed medicines for sleeping during past 2 weeks DR0311 Use of anti-depressants during past 2 weeks DR0312 Use of prescribed tranquilizers and other nerve-tonics during past 2 weeks DR0313 Use of antibiotics during past 2 weeks DR0314 Use of prescribed medicines local treatment of the skin during past 2 weeks DR0315 Use of prescribed medicines for allergy during past 2 weeks DR0316 Use of prescribed medicines for asthma during past 2 weeks DR0317 Use of contraceptives during past 2 weeks DR0318 Use of hormonal medicines in menopause during past 2 weeks DR0319 Use of tablets for diabetes during past 2 weeks DR0320 Use of injections for diabetes during past 2 weeks DR0321 Use of medicines for epilepsy during past 2 weeks DR0322 Use of medicines for Parkinson's disease during past 2 weeks DR0323 Use of prescribed ophthalmic during past 2 weeks DR0324 Use of prescribed medicines to slim during past 2 weeks DR0325 Use of prescribed homeopathic medicines during past 2 weeks

	DR0326 Use of prescribed herbal medicines during past 2 weeks DR0327 Use of other type of prescribed medicines during past 2 weeks DR0328 Use of unknown prescribed medicines during past 2 weeks DR04 Use of non prescribed medicines during past 2 weeks DR05 Date of latest use of non-prescribed medicines DR0501 Latest use of non-prescribed medicines - unit DR050101 Latest use of non-prescribed medicines - number DR0601 Use of non-prescribed medicines for cough, cold, flue, sore throat, etc. during past 2 weeks DR0602 Use of non-prescribed medicines or ointments for rheumatism, joint pains, etc. during past 2 weeks DR0603 Use of other non-prescribed painkillers and medicines for fever during past 2 weeks DR0604 Use of non-prescribed restoratives as vitamins, minerals, tonics during past 2 weeks DR0605 Use of non-prescribed medicines for the heart, the blood vessels, the blood pressure during past 2 weeks DR0606 Use of non prescribed medicines for a better brain circulation during past 2 weeks DR0607 Use of non prescribed medicines for diuretics during past 2 weeks DR0608 Use of non prescribed laxatives during past 2 weeks DR0609 Use of non-prescribed medicines for the stomach, the intestines, the digestive system in general during past 2 weeks DR0610 Use of non prescribed medicines for sleeping during past 2 weeks DR0611 Use of non prescribed tranquilizers and other nerve-tonics during past 2 weeks DR0612 Use of non prescribed medicines for local treatment of skin during past 2 weeks DR0613 Use of non prescribed medicines for allergy during past 2 weeks DR0614 Use of non prescribed medicines for asthma during past 2 weeks DR0615 Use of non-prescribed ophthalmic during past 2 weeks DR0616 Use of non prescribed medicines to slim during past 2 weeks DR0617 Use of non-prescribed homeopathic medicines during past 2 weeks DR0618 Use of non prescribed herbal medicines during past 2 weeks DR0619 Use of other type non-prescribed medicines during past 2 weeks DR0620 Use of unknown non-prescribed medicines during past 2 weeks DR07 Use of medicines during past 24 hours *For each medicine with CNK-code used 24 hours prior to interview (only aged 45-64 years)* DR0801 Name of specialty DR0802 CNK code DR0803 Prescribed DR0804 Frequency of use *For each medicine without CNK-code used 24 hours prior to interview (only aged 45-64 years)* DR0806 Type of medicine DR080601 Other type of medicine DR0807 Galenic form DR080701 Other type of galenic form.

	Indicators
	DR01_1 Use of prescribed medicines during past 2 weeks
	DR04_1 Use of non prescribed medicines during past 2 weeks
	DR08_1 Use of prescribed medicines during past 24 hours
	DR08_2 Number of prescribed medicines used during past 24 hours
	DR08_3 Use of 5 or more prescribed medicines during past 24 hours
	DR08_6 Use of non prescribed medicines during past 24 hours
	All further indicators can be grouped in three categories (with X one of the ATC-groups {A,B,C,D,G,H,J,L,M,N,P,R,S,V} and yy the number of a subgroup; the aggregate indicator without subgroup number is always available)
	X{yy} Use of medicine belonging to ATC group X during past 24 hours
	X{yy}_P Use of prescribed medicine belonging to ATC group X during past 24 hours
	X{yy}_C Use of non-prescribed medicine belonging to ATC group X during past 24 hours
	A Use of medicines in relation to alimentary tract and metabolism (a) during past 24 hours
	A02 Use of antacids, drugs for treatment of peptic ulcer and flatulence (a02) during past 24 hours
	A03 Use of antispasmodic and anticholinergic agents and propulsives (a03) during past 24 hours
	A05 Use of bile and liver therapy (a05) during past 24 hours
	A06 Use of laxatives (a06) during past 24 hours
	A07 Use of antidiarrheals, intestinal antiinflammatory-antiinfective agents (a07) during past 24 hours
	A08 Use of antiobesity preparations, excl. Diet products (a08) during past 24 hours
	A09 Use of digestives, incl. Enzymes (a09) during past 24 hours
	A10 Use of drugs used in diabetes (a10) during past 24 hours
	A11 Use of vitamins (a11) during past 24 hours
	A12 Use of mineral supplements (a12) during past 24 hours
	A16 Use of other alimentary tract and metabolism products (a16) during past 24 hours
	B Use of medicines in relation to blood and blood forming organs (b) during past 24 hours
	B01 Use of antithrombotic agents (b01) during past 24 hours
	B02 Use of antihemorrhagics (b02) during past 24 hours
	B03 Use of antianemic preparations (b03) during past 24 hours
	C Use of cardiovascular medicines (c) during past 24 hours
	C01 Use of cardiac therapy (c01) during past 24 hours
	C02 Use of antihypertensives (c02) during past 24 hours
	C03 Use of diuretics (c03) during past 24 hours
	C04 Use of peripheral vasodilators (c04) during past 24 hours
	C05 Use of vasoprotectives (c05) during past 24 hours
	C07 Use of beta blocking agents (c07) during past 24 hours
	C08 Use of calcium channel blockers (c08) during past 24 hours
	C09 Use of agents acting on the renin-angiotensin system (c09) during past 24 hours
	C10 Use of serum lipid reducing agents (c10) during past 24 hours

	D Use of dermatologicals (d) during past 24 hours
	D01 Use of antifungals for dermatological use (d01) during past 24 hours
	D05 Use of antipsoriatics (d05) during past 24 hours
	D07 Use of corticosteroids, dermatological preparations (d07) during past 24 hours
	D08 Use of antiseptics and disinfectants (d08) during past 24 hours
	D09 Use of medicated dressings (d09) during past 24 hours
	D10 Use of anti-acne preparations (d10) during past 24 hours
	D11 Use of other dermatological preparations (d11) during past 24 hours
	G Use of medicines in relation to genito urinary system and sex hormones (g) during past 24 hours
	G02 Use of other gynaecologicals (g02) during past 24 hours
	G03 Use of sex hormones and modulators of the genital system (g03) during past 24 hours
	G04 Use of urologicals (g04) during past 24 hours
	H Use of systemic hormonal preparations, excl. Sex hormones (h) during past 24 hours
	H01 Use of pituitary and hypothalamic hormones and analogues (h01) during past 24 hours
	H02 Use of corticosteroids for systemic use (h02) during past 24 hours
	H03 Use of thyroid therapy (h03) during past 24 hours
	J Use of general antiinfectives for systemic use (j) during past 24 hours
	J01 Use of antibacterials for systemic use (j01) during past 24 hours
	J02 Use of antimycotics for systemic use (j02) during past 24 hours
	J04 Use of antimycobacterials (j04) during past 24 hours
	J05 Use of antivirals for systemic use (j05) during past 24 hours
	L Use of antineoplastic and immunomodulating agents (l) during past 24 hours
	L01 Use of antineoplastic agents (l01) during past 24 hours
	L02 Use of endocrine therapy (l02) during past 24 hours
	L03 Use of immunostimulants (l03) during past 24 hours
	L04 Use of immunosuppresive agents (l04) during past 24 hours
	M Use of medicines in relation to musculo-skeletal system (m) during past 24 hours
	M01 Use of antiinflammatory and antirheumatic products (m01) during past 24 hours
	M02 Use of topical products for joint and muscular pain(m02) during past 24 hours
	M03 Use of muscle relaxants (m03) during past 24 hours
	M04 Use of antigout preparations (m04) during past 24 hours
	M05 Use of drugs for treatment of bone diseases (m05) during past 24 hours
	N Use of medicines in relation to nervous system (n) during past 24 hours
	N02 Use of analgesics (n02) during past 24 hours
	N03 Use of antiepileptics (n03) during past 24 hours
	N04 Use of anti-parkinson drugs (n04) during past 24 hours
	N05 Use of psycholeptics (n05) during past 24 hours

	N06 Use of psychoanaleptics (n06) during past 24 hours N07 Use of other nervous system drugs (n07) during past 24 hours P Use of antiparasitic products, insecticides and repellents (p) during past 24 hours P01 Use of antiprotozoals (p01) during past 24 hours P02 Use of anthelminics (p02) during past 24 hours R Use of medicines in relation to respiratory system (r) during past 24 hours R01 Use of nasal preparations (r01) during past 24 hours R02 Use of throat preparations (r02) during past 24 hours R03 Use of anti-asthmatics(r03) during past 24 hours R05 Use of cough and cold preparations (r05) during past 24 hours R06 Use of antihistamines for systemic use (r06) during past 24 hours R07 Use of other respiratory system products (r07) during past 24 hours S Use of medicines in relation to sensory organs (s) during past 24 hours S01 Use of ophthalmologicals (s01) during past 24 hours S02 Use of otologicals (s02) during past 24 hours S03 Use of ophthalmological and otological preparations (s03) during past 24 hours V Use of other medicines (v) during past 24 hours V03 Use of other therapeutic products during past 24 hours *For each medicine used 24 hours prior to interview (aged 45-64)* ATC ATC-code ▪ Immunization ***Variables*** VA01 Has vaccination card VA02 Tetanus immunization last ten years VA03 Hepatitis B immunization last ten years VA0401 Reason Hep B immunization: own initiative VA0402 Reason Hep B immunization : GP request VA0403 Reason Hep B immunization : SP request VA0404 Reason Hep B immunization : employer request VA0405 Reason Hep B immunization : other person VA040501 Reason Hep B immunization : which other person VA0406 Reason Hep B immunization : information campaign VA05 Ever influenza immunization VA06 Month last influenza immunization VA0601 Year last influenza immunization VA0701 Reason influenza immunization : own initiative VA0702 Reason influenza immunization : GP request VA0703 Reason influenza immunization : SP request VA0704 Reason influenza immunization : employer request VA0705 Reason influenza immunization : other persons VA070501 Reason influenza immunization : which other person VA0706 Reason influenza immunization : information campaign VA08 Reason no influenza immunization VA0801 Other reasons no influenza immunization

	Indicators VA01_1 Owner of vaccination card VA02_1 Tetanus immunization last ten years VA03_1 Hepatitis b immunization last 10 years VA05_1 Influenza immunization last 12 months VA05_1B Ever had influenza immunization VA05_2 Target group influenza immunization last 12 months VA05_3 Influenza immunization during most recent season Written questionnaire: ▪ Cardiovascular prevention *Variables* PR01 Ever had your blood pressure measured PR02 When last blood pressure measurement PR03 Ever been told that blood pressure was too high PR04 Ever had blood cholesterol measured PR05 When last blood cholesterol measurement PR06 Ever been told that blood cholesterol was too high PR07 Currently under treatment to lower cholesterol PR0801 More exercise advised by doctor to lower cholesterol PR0802 Lose weight advised by doctor to lower cholesterol PR0803 Eat less fat advised by doctor to lower cholesterol PR0804 Medication advised by doctor to lower cholesterol PR0805 Other method advised by doctor to lower cholesterol PR080501 Explain other method advised by doctor to lower cholesterol PR09 Ever had blood sugar measured PR10 When last blood sugar measurement PR11 Ever been told that blood sugar was too high *Indicators* PR02_1 Blood pressure measured last 5 years PR02_2 When blood pressure measured last time PR03_1 People notified with high blood pressure PR04_1 Blood cholesterol ever measured PR05_1 Blood cholesterol measured last 5 years PR05_2 When blood cholesterol measured last time PR06_1 People notified with high blood cholesterol PR07_1 People with treatment for high blood cholesterol PR09_1 Blood sugar ever measured PR10_1 Blood sugar measured last 2 years PR10_2 When blood sugar measured last time PR11_1 People notified with high blood sugar ▪ Cancer screening **(only women)** SC01 Ever did breast self-examination SC02 When last self breast examination SC03 Ever had breast examination by physician SC04 When last breast examination by physician SC05 When last visit to gynecologist SC06 Ever had mammography SC07 When last mammography

	SC08	In which year last mammography
	SC0901	Mammography advised by GP, without complaints
	SC0902	Mammography advised by SP, without complaints
	SC0903	Mammography because breast cancer in family
	SC0904	Mammography because previous breast tumor
	SC0905	Mammography for follow up previous examination
	SC0906	Mammography because breast pain
	SC0907	Mammography because noticed anomaly
	SC0908	Mammography because doctor noticed anomaly
	SC0909	Mammography following invitation letter
	SC0910	Mammography for other reason
	SC091001	Specify other reason for mammography
	SC10	Received last 2 years invitation letter for mammography
	SC11	Had mammography after invitation letter
	SC1201	Didn't have mammography after invitation letter because had mammography recently
	SC1202	Didn't have mammography after invitation letter because didn't have time
	SC1203	Didn't have mammography after invitation letter because too expensive
	SC1204	Didn't have mammography after invitation letter because not necessary
	SC1205	Didn't have mammography after invitation letter because unpleasant examination
	SC1206	Didn't have mammography after invitation letter because had surgical breast ablation
	SC1207	Didn't have mammography after invitation letter because other reason
	SC120701	Which other reason no breast screening after invitation letter
	SC13	Did undergo surgical ablation of cervix
	SC14	Ever had cervix cancer screening
	SC15	When last has cervix cancer screening
	SC1601	Cervix cancer screening for follow up previous examination
	SC1602	Cervix cancer screening for abnormal bleeding
	SC1603	Cervix cancer screening because noticed anomaly
	SC1604	Cervix cancer screening because doctor noticed anomaly
	SC1605	Cervix cancer screening because previous cervix tumor
	SC1606	Cervix cancer screening because received invitation letter
	SC1607	Cervix cancer screening for other reason
	SC160701	Which other reason to have cervix cancer screening
	SC1701	No cervix cancer screening because didn't have time
	SC1702	No cervix cancer screening because too expensive
	SC1703	No cervix cancer screening because not necessary
	SC1704	No cervix cancer screening because unpleasant examination
	SC1705	No cervix cancer screening because had surgical cervix ablation
	SC1706	No cervix cancer screening for other reason
	SC170601	Which other reason no cervix screening
	SC18	Received last 3 years invitation letter for cervix cancer screening
	SC19	Had cervix cancer screening after invitation letter

	SC2001 Didn't have cervix cancer screening after invitation letter because had screening recently SC2002 Didn't have cervix cancer screening after invitation letter because didn't have time SC2003 Didn't have cancer screening after invitation letter because too expensive SC2004 Didn't have cancer screening after invitation letter because not necessary SC2005 Didn't have cancer screening after invitation letter because unpleasant examination SC2006 Didn't have cancer screening after invitation letter because no cervix anymore SC2007 Didn't have cancer screening after invitation letter for other reason SC200701 Which other reason no cervix cancer screening after invitation letter ***Indicators*** SC02_1 Last breast self examination SC04_1 Last breast clinical examination SC07_1 Mammographic screening last 2 years SC07_2 Distribution mammographic screening over time SC07_3 Distribution mammographic screening last two years SC08_1 Year last mammographic screening SC15_1 Cervix cancer screening last 3 years
Family/ Household	This is the main level where selection of the survey participants is done. Household questionnaire: ▪ Expenses for health care (last month) [part of the module "Accessibility of health care"] ***Variables*** AC01 Expenses for health workers AC02 Refund expenses for health workers AC03 Expenses for medications AC04 Expenses for health institutions AC0501 Expenses for hospitalisation AC0502 Expenses for psychiatric institutions AC0503 Expenses for institutions for handicapped persons AC0504 Expenses for home for the elderly AC0505 Expenses for other health institutions AC050501 Description other health institutions AC0601 Expenses bandages AC0602 Expenses bandage material AC0603 Expenses special nutrition AC0604 Expenses oxygen cylinder AC0605 Expenses injection material AC0606 Expenses material for incontinence ***Indicators*** AC01_4 Mean expenses for health care AC01_5 Mean relative expenses for health care AC01_2 Mean expenses for health providers

	AC03_2 Mean expenses for medication AC04_2 Mean expenses for health institutions AC0601_6 Mean expenses for medical aid instruments
Group	▪ Hospital admissions ***Indicators*** HO02_1 Average number of hospital admissions per 100 persons per year
Location/ Space	Stratification is done at Regional, Community and Province level. ▪ Hospital admissions ***Indicators*** HO02_1 Average number of hospital admissions per 100 persons per year
Population	▪ Hospital admissions ***Indicators*** HO02_1 Average number of hospital admissions per 100 persons per year

31.4.3.5 Quality of Care

Level	
Individual	Information is available in the HIS about at most 4 individual members of the participating households. For the written questionnaire only members above 15 years are selected. Face to face questionnaire: ▪ Hospital admissions ***Variables*** HO09 Satisfaction of hospital admission. ***Indicators*** *For the last 3 contacts during the last two months:* HO09_1 Satisfaction of hospital admission Written questionnaire: ▪ Patient satisfaction ***Variables*** PS01 Contact with General Practicioner during past year PS0201 Score patient satisfaction: listening to patient - GP PS0202 Score patient satisfaction: quick relief of symptoms - GP PS0203 Score patient satisfaction: providing information on symptoms and/or illness - GP PS0204 Score patient satisfaction: providing information on referral or hospital admission - GP PS0205 Score patient satisfaction: waiting time in the waiting room - GP PS03 Contact with specialist during past year PS04 Type of specialist that was last contacted PS0401 Other type of specialist that was last contacted PS0501 Score patient satisfaction: listening to patient - specialist PS0502 Score patient satisfaction: quick relief of symptoms - specialist PS0503 Score patient satisfaction: providing information on symptoms and/or illness - specialist PS0504 Score patient satisfaction: providing information on referral or hospital admission - specialist PS0505 Score patient satisfaction: waiting time in the waiting room - specialist.

	Indicators (None)
Family/ Household	This is the main level where selection of the survey participants is done.
Location/ Space	Stratification is done at Regional, Community and Province level.

31.4.3.6 General Information

The domain "Health and society" in the HIS is particularly important for this information???.

Level	
Individual	Information is available in the HIS about at most 4 individual members of the participating households, except for the household composition parameters, which are available for all members. Household questionnaire: ▪ Information on the household composition ***Variables*** HC01 Status in the household HC02 Date of birth HC03 Indicated age HC04 Sex HC05 Current nationality HC06 Country of birth HC07 Social service HC0701 Description other social service ***Backup variables*** Num_mena Identification code of the household Ligne Ranking number members of the household Id Identification code of the respondent Nbre_per Number of individuals within the household Groupe Number of the group ***Indicators*** HHSIZE Size of the household HHTYPE Household type HC_01 Age AGE5 Age (in five groups) AGE8 Age (in eight groups) AGE5Y Age in five years categories HC05_1 Current nationality Face to face questionnaire: ▪ General information on the respondent ***Backup information*** DSB Date face to face interview DSG Date completing the written questionnaire STATUS Availability data face to face questionnaire STATUSEL Availability data self questionnaire ***Variables***

	NR01 Who answered the questions during the interview NR02 Why was a proxy used? NR03 Why could the selected person not be contacted? NR04 Why did the selected person refuse to respond personally the questions ▪ Education *Variables* ET01 Being a daytime student ET02 Study direction daytime students ET0201 Other study direction daytime students ET03 Highest diploma ET0301 Other highest diploma ET04 Age when leaving school *Indicators* ET03_2 Educational level (highest of reference person and spouse) ▪ Employment EM01 At this moment a paid job EM02 Reason for temporarily interruption EM0201 Other reason for temporarily interruption EM03 Statute of work EM0301 Other statute of work EM04 Time regime professional activity EM0401 Other time regime EM05 Description professional activity EM06 Economic activity of the company EM07 Time spent on professional activity EM08 Combination with other activities EM0801 Description other combination EM09 Status not employed people EM0901 Other status not employed people EM10 Ever been employed EM11 Last month of employment EM1101 Last year of employment EM12 Status last employment EM13 Description last employment EM14 Economic activity of the company, last employment EM15 Description last employment of partner (if never worked yourself) ▪ Income (1) (both net income and social security rents) *Variables* IN06 Available income (individual level) IN07 Income > 80.000 FB (individual level) IN0701 Code available income (individual level) IN08 Enjoys a reduction for medical expenses IN09 Category of reduction for medical expenses IN10 Supplementary assurance for hospital costs IN11 Supplementary assurance for small risks (self-employed) IN12 Organism responsible for assurance for small risks

	Written questionnaire: ▪ Social Health SO01 Appreciation of social relationships SO02 Frequency of social contacts SO03 Someone to count on if unexpected need for help SO04 Someone to confide in SO05 Someone who will help in case of problems SO06 Member of an association SO07 Frequency of participation in association's activities SO08 Number of close relationships *MOS* part: SO0901 Someone to help you if you were confined to bed SO0902 Someone to listen to you when you need to talk SO0903 Someone to give you good advice about a crisis SO0904 Someone to take you to the doctor if you needed it SO0905 Someone who shows you love and affection SO0906 Someone to have a good time with SO0907 Someone to help you understand a situation SO0908 Someone to confide in about yourself or your problems SO0909 Someone who hugs you SO0910 Someone to get together with for relaxation SO0911 Someone to prepare your meals if you were unable to do it SO0912 Someone whose advice you really want SO0913 Someone to do things with to help you get your mind off things SO0914 Someone to help with daily chores if you were sick SO0915 Someone to share your most private worries and fears with SO0916 Someone to give suggestions about dealing with a personal problem SO0917 Someone to do something enjoyable with SO0918 Someone who understands your problems SO0919 Someone to love and make you feel wanted ***Indicators*** SO01_I Satisfaction about social relationships SO02_I Frequency of social contacts SO_I Instrumental social support *MOS* part: SO08_I Number of close relationships SO08_2 Size of the social network SO09_I Quality of social support ▪ Violence ***Variables*** ON03 Dog bite, last 12 months ON04 Bite from dog belonging to the household ON07 Victim of violence, last 12 months ON0801 Victim of verbal violence, last 12 months ON0802 Victim of physical violence, last 12 months ON0803 Victim of burglary, robbery, last 12 months ***Indicators***

	ON03_1 Victim of dog bite during past year ON07_1 Victim of violence during past year
Family/ Household	This is the main level where selection of the survey participants is done. General Parameters ▪ related to participation ***Variables*** DSP Date of household interview STATUSHH Status of the household: participating or not reasref Reason for households who refused to participate reasncon Reason for non participating of non contactable households specify Other reason for non participation of households size Number of household members (4 categories) ▪ related to the strata ***Indicators*** ARROND District of residence PROV Province of residence PROVW Stratum REGIO Region of residence URBAN1 Level of urbanisation (morphologic and functional) URBAN2 Urban region YEAR Year of survey ▪ related to the reference person (same as the individual data above) ***Indicators*** HC04 SEX HC_01 AGE AGE5 AGE (IN 5 GROUPS) AGE8 AGE (IN 8 GROUPS) AGE5Y AGE IN 5 YEAR CATEGORIES HHTYPE TYPE OF HOUSEHOLD HC05_1 CURRENT NATIONALITY Household questionnaire: ▪ Education ***Indicators*** ET03_2 Educational level (highest of reference person and spouse) ▪ Income: ***Variables*** IN01 Number of people that contribute to the household income IN02 Available monthly income (household) IN03 Income > 80.000 BEF (household) IN0301 Code available monthly income (household) IN04 Satisfaction income (household) IN05 Desired income (household) ***Indicators*** IN02_3 Equivalent income ( ) ▪ Lodging (LO01 & LO02 are *also available for refusing or non-contactable households, as judged by the interviewer*) ***Variables*** LO01 Description residence

	LO02 Description environment of residence LO03 Owner or rental of the residence LO04 Necessity to pay off for the residence LO05 Height pay off on a monthly basis LO06 Height of the monthly rent Face to face questionnaire: ▪ Employment *Indicators* EM05_5 'professional category' (highest in household – based on ISCO-classification)
Location/ Space	Stratification is done at Regional, Community and Province level.

31.5 TIME CHARACTERISTICS

31.5.1 Periodicity of updates

Foreseen to be collected every 4 years.

31.5.2 Longitudinality

No. Different households are selected each time. The questions posed and variables selected differ between each version.

31.5.3 Period covered by the data

1997-2004

31.5.4 Date (of versions/updates)

1997, 2001, 2004

31.6 DATA PROCESS

31.6.1 Information – description documents on the data-process

No info.

31.6.2 Data sources (organisations/databases)

Data worden verzameld door enquêteurs. Er zijn drie vragenlijsten:

- een vragenlijst over het huishouden (Level: household), via een interview van de referentiepersoon van het huishouden;
- een vragenlijst via een interview van maximaal vier geselecteerde leden van het huishouden of hun proxy (voor leden jonger dan 15 jaar) (Level: Individual);
- een schriftelijke vragenlijst, enkel ingevuld door geselecteerde leden ouder dan 15 jaar (Level: Individual).

31.6.3 Data process plan

No info.

31.6.4 Data quality plan

Data quality is ensured on the one hand by the work of the Quality Control Board and on the other hand by the use of special software to guide the construction of the sample. More information on quality control actions may be found in the report (http://www.iph.be/epidemio/epinl/crospnl/hisnl/his01nl/his06nl.pdf - Dutch and http://www.iph.be/epidemio/epifr/crospfr/hisfr/his01fr/his06fr.pdf - French).

The Quality Control Board has an advisory authority with respect to the Director of the Survey. In general, the Quality Control Board is qualified to guide and to critically evaluate all phases of the fieldwork. This encompasses (a) preparation of the fieldwork, (b) the collection of the data and finally (c) the analyses of the data. The agenda of the Quality Control Board is linked with the subsequent logical steps undertaken in the HIS2001.

The Quality Control Board is seen as a critical reflection chamber and gives advice to the director of thesurvey. This advice is given on the basis of standardized and periodic information passed on by the director and coordinator of the survey.

The commission meets every month, starting from 6 months before the start September until 3 months after termination of the fieldwork. In emergency situations, the frequency of the meetings may be increased. Its tasks are

- defining the evaluation instruments / indicators of the fieldwork
- evaluating the feasibility and the practical implications of the implementation of the instruments
- reviewing whether the instruments are correctly used
- advising on the results produced by the instruments

The stages are:

a) Preparation of the fieldwork:

- defining “non-participating”, “non-responding”, “non-available”, “noncontactable”, “(de-)activated”, … households;
- developing scenario that may occur in practice and, investigating whether all phases of the (pre-)fieldwork are well-documented;
- determining the actions to be undertaken when preset deadlines are not met and /or when procedures outlined in the protocol are violated

b) Collection of the data / interviewers:

- reviewing the progress of data entry, of data base setup and data consistency checks;
- reviewing the interviewers performance by means of communication forms and progress report forms.

c) Analyses:

- checking whether the analysis plan is feasible (in terms of time and objectives of the survey, in terms of methodology and available data).

31.6.5 Validation

Both internal and external Validation can be improved. Some suggestions for internal validation are given by Molenberghs et al.[aaa]

Complete external validation is difficult, in part due to the wealth of variables in the survey. External validation is often the result of ongoing research and analyses of the results, and feedback to the IPH.

De Maeseneer et al.[bbb] did a comparison by linkage of administrative data from the sickness funds (IMA) and survey data on the number of contacts with general practicioners. His results indicated that contacts on the basis of the lasts two weeks (survey) may overestimate significantly the total yearly number of contacts (IMA). This was not the case for the number of contacts reported for the last two months.

31.6.6 Data access procedure

Complete explanation can be found at:

http: //www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/crospfr/hisfr/his01fr/util_ext.htm (French) or :

http: //www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/crospnl/hisnl/his01nl/util_ext.htm (Dutch)

The main details of this procedure are:

- Het gebruik van het gegevensbestand "Gezondheidsenquête" is gebonden aan (een) welomschreven onderzoeksproject(-en). De externe gebruiker stuurt een aanvraag tot gebruik van het aan het WIV. Hiervoor dient gebruik gemaakt te worden van een daarvoor opgemaakt aanvraagformulier. In dit formulier wordt het onderzoeksproject omschreven en de loopduur, de financieringsbron(-nen) en onderzoeksverantwoordelijke(-n) aangeduid.
- Indien de externe gebruiker een onderzoeksinstituut is dat niet verbonden is met de administratie of een universiteit, of indien het WIV daartoe de noodzaak ziet, wordt de aanvraag ter goedkeuring voorgelegd aan de Commissie van Opdrachtgevers.
- De Commissie van Opdrachtgevers dient uiterlijk één maand nadat de aanvraag werd ingediend, uitsluitsel te geven over het ter beschikking stellen van voorvermeld gegevensbestand. Indien deze toestemming niet verleend wordt, dient dit met redenen omkleed te zijn en zullen deze aan aanvrager bekend gemaakt worden.

[aaa] Revision HIS 2001. G. Molenberghs, L. Bruckers, F. Tibaldi, Centrum voor Statistiek, Universiteit Hasselt, July 2003.
http: //www.iph.be/epidemio/epien/crospen/hisen/his01en/evaluation.pdf

[bbb] Eindrapport "Het uitvoeren van een pilootstudie: koppelnig van gegevens WIV gezondheidsenquête aan de overeenkomstige gegevens beschikbaar bij de verzekeringsinstellingen". Ministerie van Sociale Zaken. J. De Maeseneer, I. Pasteels, S. Willems. Mei 2004.

- Het WIV verstrekt het gegevensbestand uiterlijk één maand nadat de toestemming tot gebruik van het bestand is gegeven. Voorafgaand aan het toezenden van het bestand wordt een contract voor het gebruik van het bestand afgesloten tussen de externe gebruiker en het WIV.
- De externe gebruiker betaalt het WIV het verschuldigde bedrag uiterlijk één maand nadat de verstrekte gegevens en factuur (dat samen met het gegevensbestand toegezonden wordt) van WIV ontvangen zijn.
- Koppeling van de verstrekte gegevens op het niveau van individuele elementen (personen, huishoudens) aan enigerlei andere verzameling, op welke wijze ook verkregen, van gegevens met betrekking tot deze zelfde elementen, is niet toegestaan.

31.6.6.1 Legal aspects

Due to privacy issues, all fields (name, community …) that may lead to identification of a respondent have been removed. Those that want to do research on the community level or the level of statistical sector, are required to contact the Institute for Public Health.

Deel 8 : NIS

32 FEDERALE OVERLIJDENSREGISTERS

32.1 DESCRIPTION

Deze wettelijke registratie houdt een overzicht bij van de overlijdens en de doodsoorzaken van de inwoners van België.

Zie ook de overlijdensregistraties van de Gemeenschappen – Deel 6.28.

32.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		NIS
Naam van het register		Overlijdenssregister
Classificatie	**Hoofddomein**	Health status
	Subdomein(en)	Mortality causes
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Administratief Doodsoorzaken
	Hoofddiscriminant(en)	Inwoners België
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	volledig
	Zorglijn(en)	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	1948
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	ICD-9 tot 1997 ICD-10 sinds 1998
	Specificaties	Federaal slechts beschikbaar tot 1997 Zie ook sectie Gemeenschappen é Gwesten

32.2 MANAGING ORGANISATION

Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie[ccc]

- Mevr. L. Bellamammer
- Leuvense weg 44, 1000 Brussel
- Tel: 02/548.66.63 of centrale: 02/548.62.11 - Fax: 02/548.65.27
- E-mail: leila.bellamammer@statbel.mineco.fgov.be

[ccc] Dit is de nieuwe benaming voor het voormalige Nationale Instituut voor de Statistiek (NIS). Deze afkorting blijft gebruikt worden.

32.2.1 Financing:

- De verwerking door het NIS is inbegrepen in het takenpakket van het NIS en wordt door de federale overheid betoelaagd.
- De verwerking door het WIV wordt gefinancierd door de Vlaamse en Franstalige Gemeenschap.

32.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

32.3.1 Reasons for data

Overlijdensregistratie vormt, samen met de geboortregistratie, een essentieel element voor de overheid tot het bijhouden van de actuele bevolkingssstatus (burgerlijke stand).

- Wet van 20/08/1948 betreffende de verklaringen van overlijden en van vermoedelijk overlijden, alsmede betreffende de overschrijving en de administratieve verbetering van sommige akten van overlijden.
- Koninklijk besluit van 17/06/1999 (BS 04/09/1999) waarbij het opmaken van een jaarlijkse statistiek van de overlijdensoorzaken wordt voorgeschreven.
- Ministrieel besluit van 11/08/2000 (BS 13/09/2000) tot wijziging van de bijlagen van het KB van 17/06/1999 waarbij het opmaken van een jaarlijkse statistiek van de overlijdensoorzaken wordt voorgeschreven.

32.3.2 Purpose of database

Opmaak van de statistieken van overlijdens en doodsoorzaken.

32.3.3 Users of data (organisations)

- FOD Economie - Algemene Directie Statistiek (NIS)
- Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid (WIV)
- Internationale organisaties (WHO, OECD, EuroSTAT,…)

32.3.4 Applications

Het NIS[ddd] brengt de gegevens van de verschillende landsgedeelten samen. Ze geeft ze door aan het WIV[eee] voor de epidemiologische verwerking ervan tot sterftetabellen, *standardized mortality ratio's*, levensverwachting…

De nationale gegevens dienen als input voor de dataverzamelingen van internationale organisaties, zoals WHO, OECD, Eurostat.

[ddd] Zie gezondheidstoestand - http: //statbel.fgov.be/figures/d364_nl.asp

[eee] Standardized Procedures for Mortality Analysis (SPMA): http: //www.iph.fgov.be/epidemio/spma/

32.3.5 User experiences (problems)

Er zijn geen nationale data meer beschikbaar vanaf 1998. België slaat hier internationaal een zeer pover figuur.

32.3.6 New evolutions

Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie is actueel bezig met de verwerking van de federale gegevens voor het jaar 1998.

32.4 CONTENTS

Zie overlijdensregistraties van de Gemeenschappen – Deel 6.28.

32.4.1 Information – Description documents on the contents

http: //statbel.fgov.be/figures/population_nl.asp

32.4.2 Population coverage

In principe worden alle overlijdens geregistreerd. Door de bevoegdheidsverdeling worden ze wel in elk gewest apart verwerkt. Het NIS is er voor verantwoordelijk om de nationale gegevens te compileren. Dit is niet meer mogelijk geweest sinds 1997.

32.4.3 Variabelen

32.4.3.1 Death causes

Level	
Individual	Strook C: ▪ Aard van het overlijden ▪ Omstandigheden van de niet-natuurlijke dood ▪ Ongeval ***Plaats van het ongeval*** ***Datum en uur van het ongeval*** ▪ Doodsoorzaak ***Ziekte of aandoening die rechtstreeks de dood tot gevolg had*** ***Geassocieerde oorzaken*** ▪ Vrouwelijke overledene ***Zwanger in de loop van het jaar voor overlijden*** ***Bevallen in de loop van het jaar voor overlijden*** ▪ Autopsie of aanvullende onderzoeken ▪ Attesterende geneesheer = behandelende geneesheer? ▪ Nummer medisch dossier ▪ Datum van attest

32.4.3.2 General Information

Level	
Individual	Strook B: ***Datum en uur van overlijden*** ***Plaats van het overlijden*** ***Geslacht van de overledene*** Strook D: ▪ Gemeente van overlijden ***Naam*** ***NIScode*** ▪ Nummer overlijdensakte ▪ Gemeente of land waar de overledene gewoonlijk verbleef ***Naam*** ***NIScode*** ▪ Geboortedatum ▪ Opleiding (hoogst voltooide opleiding of diploma) ▪ Huidige beroepstoestand ▪ Sociale staat in het laatst uitgeoefend beroep ▪ Uitgeoefende beroepen ***Naam*** ***NIScode*** ▪ Nationaliteit ***Huidige*** ***NIScode*** ▪ Burgerlijke staat van de overledene ***Geboortedatum echtgenote*** ***Datum laatste huwelijk*** ▪ Leefsituatie overledene (alleen, privéhuishouden, instelling)

32.5 TIME CHARACTERISTICS

32.5.1 Periodicity of updates

Jaarlijks.

32.5.2 Longitudinality

Gezien het over overlijdensregistratie gaat, is de longitudinaliteit van persoonsgegevens niet aan de orde. Epidemiologisch kan men wel het belang van verschillende doodsoorzaken jaar per jaar volgen en dit uitgesplitst naar geslacht en woonplaats.

32.5.3 Period covered by the data

1993-1997 (Nationaal)

32.5.4 Date (of versions/updates)

Sinds 1998 wordt gecodeerd met versie 10 van de ICD. Voor 1998 werd versie 9 gebruikt. De inhoud van de certificaten werd in 1998 ook aangepast (zie wetgeving), waardoor de indeling in doodsoorzaken, het aantal en de inhoud van de variabelen gewijzigd werden.

32.6 DATA PROCESS

32.6.1 Information – description documents on the data-process

Geen info.

32.6.2 Data sources (organisations/databases)

Zie overlijdensregistraties van de Gemeenschappen – Deel 6.28.

32.6.3 Data process plan

Zie overlijdensregistraties van de Gemeenschappen – Deel 6.28.

32.6.4 Data quality plan

Zie overlijdensregistraties van de Gemeenschappen – Deel 6.28.

32.6.5 Data access procedure

De ruwe gegevens zijn slechts toegankelijk voor het NIS.

32.7 RELATED EXTERNAL REFERENCE LISTS (LOOK UP TABLES)

ICD-10 codes voor doodsoorzaken sinds 1998. Daarvoor ICD-9.

33 SOCIO-ECONOMISCHE ENQUÊTE

33.1 DESCRIPTION

The days of classic censuses in Belgium are long gone. It no longer concerns a census of the population but an actual general socio-economic survey. Therefore we no longer speak of the "General Population and Housing Census 2001", but of the "General Socio-Economic Survey 2001", or simply "Survey 2001".

The original term "census", in Dutch, had the incorrect connotation that it only concerned a "counting" of the population. Since 1991, though, the population figure has been determined on the basis of demographic data from the National Register. The change of name wants to indicate specifically that it not relates to a pure counting of the population but to an actual general socio-economic survey.

33.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		NIS
Naam van het register		Sociaal Economische Enquête
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Population data
	Subdomein(en)	Heath determinants, environment Socio-economic status, income
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	'Volkstelling'
	Hoofddiscriminant(en)	Inwoners België
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	volledig
	Zorglijn(en)	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	1991
	Continuïteit Periodiciteit	discontinu
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	Diverse
	Specificaties	In principe alle 10 jaar, Laatste census 2001

33.2 MANAGING ORGANISATION

Name: Federal Public Service Economy, SMEs, Self-Employed and Energy – Statistics Division, Statistics Belgium (Acronym: NIS = National Institute for Statistics)

- Address: City-Atrium C, Rue du Progrès 50, 1210 Brussels
- And: Rue de Louvain 44 (statistics production)
- Telephone +32 [0]2.277.51.11

- Web-site: www.enquete2001.be; http://www.statbel.fgov.be/census/
- NUTS level: BE

33.2.1 Responsible persons:

Name: director survey 2001

- Contact person: Edouard Wiliquet
- Telephone 02 548 6636

33.2.2 Financing:

- Source: Ministry of Economics
- Budget: geen info.
- Number of people involved: geen info.

33.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

33.3.1 Reasons for data

The main purpose of the survey is to collect base data to support policy making at the different levels: country, region, community more specifically in the domains: employment, housing, mobility and environmental planning, economic and social actions in the city.

On the other hand, the survey delivers indispensable information that is requested by the European Union. Without this survey, some of the information was not available.

33.3.1.1 Legal aspects

- Law on statistics (04/07/1962);
- Program Law (02/01/2001 – art. 21);
- Royal Decree (01/10/2001) and amendments.

33.3.2 Purpose of database

33.3.2.1 Socio-economic significance

- Censuses are a useful source of information to receive a better knowledge of our society. Originally, they were an administrative matter. Since 1856, they make it possible to make a socio-economic profile of a country. Each census is a kind of "photo" of the Belgian population in demographic, geographic, socio-economic and cultural terms. The size, composition and living circumstances of the population can be learned about.
- Reliable data from population and housing censuses have become an indispensable tool for political policy and planning, research purposes, enterprises and private persons. Information

from censuses can easily be cross-referenced, to obtain a wide knowledge of whole fields of the economic and social life of civilians. Censuses are also an excellent tool for the analysis of society developments. As the series of various data have constantly been kept since 1846, it is possible to examine structural and long-term changes.

- The traditional population and housing census of 1991 and socio-economic survey of 2001 have the great advantage that the data are collected of all inhabitants. Characteristics of minorities can be examined and results can be drawn up to the level of neighbourhoods (or statistical sectors).
- This procedure also has certain disadvantages which should not be disregarded, such as, among other things, the increasing non-response and the long waiting periods before the results are accessible. Furthermore, the low collection frequency implies a fast dating of certain information. Such a census also seems to be an apparent expensive operation because the costs have to be carried in a short period of time.
- Without a survey of this nature most of the requests for data could not be provided for. Most data which have to be issued to international institutions (as determined in the agreement among Community and national authorities of the European Union) cannot be delivered without the organization of such a survey because they cannot be retrieved from existing data sources. It concerns:

33.3.2.2 All statistical data on housing

The European agreement especially refers to information on housing. No reliable information about that field can be found in existing files. The data of the Land Registry Office cannot be used because they are made up per owner and per cadastral division, while the Survey 2001 examines the characteristics of the houses by interviewing the occupants. Furthermore, the Land Registry Office is often unaware of changes in the purpose of buildings.

33.3.2.3 Statistical information on the workplace

The data in the registers of the social security are made up for the company's seat of the interviewee and give insufficient information about the actual workplace. The actual workplace could be available through the databases of the social security if an adaptation would be made for the statistical part that firms have to fill in each year on the papers of the social security.

33.3.2.4 Statistical information on the level of education

A certain amount of information about the education followed can be drawn from the files of the Communities, universities and colleges. As these data are annually deleted, the structure of the population on the educational level cannot be deducted.

On the other hand the organization of such a survey is indispensable to meet the national request for information on:

33.3.2.5 Mobility

Taking into account the economic structure and size of the country and the extent of daily commuting to Brussels, the information on commuting between home and office or home and school is of vital importance for government policy in Belgium. Such permanent and detailed information is retrieved from classic censuses; in turn, the Survey 2001 will collect this information for the whole population.

33.3.2.6 Fertility

Data in the Central Population Register contain the number of children in a household, but offer no precise insight into the total number of children per woman (there is no information on the number of children that has left the household).

33.3.3 Users of data (organisations)

33.3.3.1 Government authorities on all power levels

Federal, regional as well as municipal authorities are buyers of the results of the general socio-economic survey. These results form a guideline for giving priorities and for making decisions on the management of infrastructure, the granting of budget funds, etc.

33.3.3.2 International institutions

In international law the general socio-economic survey 2001 is the subject of an "Agreement on the guidelines for the programming of population and housing censuses in 2001". This agreement is not obligatory from a judicial point of view but it is an official and combined recommendation of Community and national authorities.

33.3.3.3 The scientific world

The information collected through the General socio-economic survey makes up a database, unequalled for research. It constitutes the basic material for statistic analyses and studies on demographic, social and occupational characteristics of the population and of the housing environment and mobility. Specialists from universities have systematically exploited data from the census of 1991, which led to the publication of a series of monographs, developed up in collaboration with Statistics Belgium and financed by the PPS Science Policy.

33.3.3.4 Large and small enterprises and private persons

A whole series of private enterprises are interested in the socio-economic and occupational characteristics of the population of a certain region and in the characteristics of its housing. Knowledge of all these aspects is an important asset for these companies in the choice of new locations and the description of target groups. What locations are concerned, this can go from a car-wash to a recently graduated doctor or lawyer who wants to set up a practice in an area where his/her occupation is not well represented. Such requests for information are so detailed geographically that only an exhaustive survey provides reliable answers.

Statistics Belgium annually receives about 1.500 (or 6 per working day) specific questions for data exploitation on the request of private persons.

33.3.4 Applications

33.3.4.1 User experiences (problems): no info.

33.3.5 New evolutions:

None since last Census in 2001.

33.4 CONTENTS

33.4.1 Information – Description documents on the contents

http: //www.statbel.fgov.be/census/home_nl.asp

33.4.2 Population coverage

Law of 01/10/2001: The survey is compulsory and exhaustive; the respondents are persons inscribed in the National Register of Natural Persons, except those that belong to classes that are possibly exempt by the Minister. This includes all persons in the Population Register and Foreigners Register, but not those in the Waiting Register (see Law concerning the Foundation of the Waiting Register - 24/05/1994 Art. 4). There is no individual questionnaire to be filled in by children born after 01/01/1996.

This also excludes persons that are not registered at all: some homeless and illegals.

33.4.2.1 Participatiegraad

De participatiegraad van 96,9% kan zeer goed genoemd worden. Enkel voor het formulier "Uw Woning" ligt hij iets lager, namelijk 96,6%; maar dat is nog steeds beduidend hoger dan het overeenstemmend cijfer van 1991, dat 93,5% bedroeg. In Vlaanderen was de participatie het grootst, in de grootsteden het laagst. Het verschil tussen de globale participatiegraad en die voor de woningen is te wijten aan personen die wel op een Belgisch adres staan ingeschreven maar niet in een private woning in België wonen. Het gaat onder meer om mensen die deel uitmaken van een "collectief huishouden" (bijvoorbeeld een kloostergemeenschap) maar nog steeds staan ingeschreven op een privé-adres, en om mensen die in het buitenland wonen maar een adres in België behouden hebben.

De Enquête 2001 had betrekking op 10.296.350 personen ingeschreven in het bevolkingsregister en op 4.248.502 private woningen die bewoond werden op 1 oktober 2001.

De overgrote meerderheid van de 3,1 % non-respondenten kon om uiteenlopende maar gewettigde redenen echt niet antwoorden. De meest voorkomende gevallen betreffen personen:

- die in feite in het buitenland leven en in België enkel een referentieadres hebben;

- die na 1 oktober 2001 overleden zijn;
- die het land verlaten hebben, soms al voor de datum van de enquête, maar van wie het vertrek pas na zekere tijd bij het Rijksregister werd gemeld;
- die om gezondheidsredenen niet nuttig kunnen antwoorden;
- die omwille van hun statuut vrijgesteld zijn (diplomaten en daarmee gelijkgestelden, militairen van de NAVO en leden van hun gezin).

33.4.3 Registration items

33.4.3.1 Health status

Level	
Individual	Individual questionnaire: ▪ Health status and care 2. Subjective general health status 3.a Presence of long-term illness, health problem or disability 3.b Limitations in daily activities 4.a Do you, at least once a week, look after, or give any help to one or more persons having any long-term illness, health problem or disability 4.b Status of these persons - a household member - (a) family member(s) that does not belong to the household - a neighbour(s) - (a) friend(s), relative(s), etc. 4.c Time usually spent on this help or care

33.4.3.2 Access to Health Care

Level	
Individual	
Family/ Household	Household questionnaire: ▪ Comfort and environment 18. Consideration of the facilities (amenities) that are provided in your neighbourhood: health services (doctor, nurse, etc.) among other things

33.4.3.3 General Information

Level	
Individual	General data linked to the population register (Law of 01/10/2001): ▪ Number in the National Register ▪ Name and first names ▪ Sex ▪ Date of birth and place ▪ Civil state ▪ Nationality ▪ Complete address

	▪ Relationship with the reference person[1] of the household ▪ Main residence of the mother at birth ▪ Nationality at birth <u>Individual questionnaire:</u> ▪ Professional status 1. Status (student, active, …) Date of stopping work ▪ Fertility (women aged 14 or over) 5.a Number of live-born children 5.b Birth years of these children ▪ Marital status 6.a Year of marriage 6.b Year of cohabiting (inside or outside marriage) ▪ Education and professional instruction (aged 15 and over) 7. Received or receiving eduction 8. Total number of years of education 9.a Highest level of education, successfully completed 9.b Age at completion 9.c Where (Belgium or abroad) 10. Branch of studies (vocational training or technical secondary education) 11.a Certificates taken in higher education 11.b Names of certificates 12. Type of training leading a certificate of vocational training 13. Type of education currently taking - fulltime - part time during the daytime (separate course included) - evening and/or weekend education - correspondence course 14. Kind of education or vocational training currently receiving ▪ Professional activities 15. Current employment situation 16.a Professional statute (both main and sideline jobs) 16.b Activity sector of the company 17. full name of the company, administration or institution you run or where you work 18. business of your employer at the place where you work 19. full title of your main job rank, title and/or qualification of your function 20. *Employers*: how many people do you pay 21. number of hours working per week 22. *Employee*: kind of work - stable contract - work as a temp - seasonal work - fixed-term contract - work as an employment promotion employee - apprenticeship, work as a trainee or alternating training - student contract

	- casual work (without any formal contract) or other ▪ Working hours and place 23.a Working hours 23.b Work place 23.c Doing any work between 01/10/2001 & 07/10/2001 23.d Reasons for not doing work in this period 24. Address of the place where you actually work or receive education 25. Starting point to go to work or school ▪ Transport 24. Address of the place where you actually work or receive education 25. Starting point to go to work or school 26.a Number of times per day this journey is usually made 26.b Number of times per week this journey is usually made 26.c Type of transportation means usually to do this journey 26.d Distance (in km) 26.e Departure and arrival times of last journey 26.f Number of times per week the journey (apart for journeys there and back) is combined with other activities - run errands - bring a child to school/ - day care centre - other (sport, culture,visit, etc.)
Family/ Household	<u>Household questionnaire:</u> ▪ Dwelling 1.a Type of accommodation 1.b Sharing of rooms 2.a Number of dwellings in the building 2.b Number of floors Living floor Number of letterbox Code of own dwelling (several dwellings on one floor) Number of lifts in the building 3. Building destination 4.a Kind and number of these rooms - studio or loft - separate kitchen (min. 4 m) - equipped kitchen integrated into another room - living (living room and dining room) - separate living room - separate dining room - office for private use - play room, recreation room, etc. - bedroom (attic rooms included) 4.b Total number of these rooms 4.c Total surface of these rooms 5. Number of other rooms

	- room for professional use - attics and attic rooms (not equipped as a dwelling room) - ironing room, storage room and cellar (except garage) 6.a Period of construction 6.b Alterations or modifications ▪ Possession and income 7.a Ownership of dwelling 7.b Renting furnished 7.c Rent per month ▪ Comfort and environment 8. Method of heating 9. Energy source for heating 10. Natural gas mains in your street 11. Alternative (renewable) energy sources 12. Insulation 13. Waste water drainage 14. 14. Kind and number of sanitary utilities - Bad room - Toilet 15. Other conveniences - Garage, private parking - Rain drain - Garden 16. State of the dwelling or building 17. Consideration of the close vicinity 18. Consideration of the facilities (amenities) that are provided in your neighbourhood - footpaths - bicycle paths - streets - green spaces - public transport - shops - *health services (doctor, nurse, etc.)* - administrative amenities - liberal professions except for those concerning health - social and school amenities - day care centres and childminders - cultural and recreational amenities ▪ Household conveniences 19. Number of vehicles - bicycle - moped - motor cycle - car 20. Other conveniences - fixed telephone connection - GSM

	- computer - internet connection ▪ Household composition List of household members unrelated to the reference person[1] 1. Number of children born between 01/01/1996 and 30/09/2001 that are part of your household 2. How many of them are - are attending nursery school? - are going to a crèche (day care centre)? - are being held by a childminder? - are mainly held by a member of the household? - are mainly held by family or someone of your acquaintances
Group	
Location/ Space	▪ Dwelling All tables dealing with the dwellings are available at the levels: country, region, province and district (arrondissement). Most are also available at the level of community. The finest level of location is the statistical sector, which is a subdivision (19781 sectors) of the communities according to structural social, economical, urban or morphological characteristics

[1] Reference person of the household = the family member that usually takes contact with the administration for affairs that concern that family.

33.5 TIME CHARACTERISTICS

33.5.1.1 Periodicity of updates

The survey fits in the 10-yearly population and housing censuses, which were held from 1846 onwards. This 10-yearly interval has not been obeyed at all times. While until 1981 the census used a limited sample to do the questioning, from 1991 the complete population (by means of population and foreigner register) was interviewed. For 2001 the census was abandoned because at that time population data was available from the National Register. Instead a survey was done on the complete population (based on the national register). After 2001, no new updates are foreseen for this census. Today, some part of the data collected may be available from other information sources.

33.5.2 Longitudinality

This aspect should be split in three. The first deals with the contents of the census (and now survey). Only for variables that were present in different questionnaires, a longitudinal study is possible.

The second deals with the geographical (or location) level. At this level a longitudinal study of *aggregated* data is possible. From the very beginning at the level of the communities, but since 1970 also for the more detailed statistical sectors.

The longitudinal follow-up for individual subjects was not possible with the sample method. From 1991 all inhabitants are questioned and thus in principle a longitudinal follow-up becomes possible through the use of the National Register. Privacy issues may prevent this though.

33.5.3 Period covered by the data

Status at 01/10/2001.

33.5.4 Date (of versions/updates)

1846, 1856, 1866, 1876, 1880, 1890, 1900, 1910, 1920, 1930, 1947, 1961, 1970, 1981, 1991, 2001

33.6 DATA PROCESS

33.6.1 Information – description documents on the data-process

Royal Decree (RD) of 01/10/2001

33.6.2 Data sources (organisations/databases)

Data collection is by two questionnaires that are mailed to each household. The answers are returned by the Post. Alternatively the questionnaires can also be downloaded and after being filled in, returned by e-mail.

De enquête sloeg op om en bij 10.300.000 inwoners van België op 1 oktober 2001, die in ongeveer 4.250.000 woningen woonden. Per huishouden moest er een "woningformulier" ingevuld worden plus één individueel formulier per persoon die deel uitmaakte van het huishouden, behalve de kinderen die na 1995 geboren waren.

De procedure was verschillend naargelang iemand in een privé- of in een collectief huishouden woonde.

Voor personen in privé-huishoudens gebeurde de enquête in drie stappen:

1. Tussen 20 en 28 september werden de documenten, telkens in één zending per huishouden, met de post opgestuurd, samen met een blad met instructies en een gefrankeerde envelop om de documenten in terug te sturen. De formulieren waren voorgedrukt op basis van de informatie uit het Rijksregister en, voor zover de wet dat toelaat, opgesteld in de taal die de burger heeft gekozen voor zijn betrekkingen met het gemeentebestuur. Op eenvoudige aanvraag werden de documenten in een van de andere landstalen opgestuurd.

2. De burgers hadden tot 1 december tijd om hun behoorlijk ingevulde formulieren terug te sturen. In de eerste veertien dagen van november werd er nog een brief naar alle huishoudens gestuurd. Die brief gaf bijkomende uitleg over het doel van de enquête om een aantal misverstanden uit de weg te ruimen, bedankte wie al geantwoord had en herinnerde de anderen aan hun verplichtingen.

3. Eind februari 2002 werd een aangetekende herinneringsbrief met nieuwe vragenformulieren gestuurd naar de huishoudens waarvan de formulieren eind januari nog niet binnen waren, met het verzoek zo snel mogelijk te antwoorden. Midden april 2002 werd een lijst opgemaakt van alle non-respondenten met het oog

op het bezoek van enquêteurs. Om en bij 848 enquêteurs legden tussen 22 april en de einddatum 30 juni 2002 huisbezoeken af bij onwillige burgers.

Voor de 130.000 personen in collectieve huishoudens was er geen verzending per post. Die huishoudens kregen tussen februari en april 2002 het bezoek van enquêteurs.

33.6.3 Data process plan

The process is followed by a steering committee.

33.6.3.1 ETL

Na registratie van het antwoord worden de identificatiegegevens gescheiden en krijg elk formulier een willekeurig nummer.

Er wordt een concordantie tabel opgemaakt die enkel de identificatiegegevens bevat, met de enige bedoeling een verband te leggen tussen de antwoorden en de gegevens afkomstig van het administratieve bestand. Die tabel mag uitsluitend worden geraadpleegd door de directeur van de enquête en de informaticusfunctionaris die met naam en toenaam worden aangewezen door de directeur-generaal. (RD 01/10/2001)

De vijf regionale centra van het N.I.S. - in Antwerpen, Brussel, Charleroi, Gent en Luik - staan in voor de verwerking van de gegevens. De verwerking begon zodra de antwoordenveloppen in de centra binnenkwamen, d.w.z. vanaf oktober 2001.

In een eerste fase werden de enveloppen ontvangen en geopend, de documenten gesorteerd en de binnengekomen formulieren gescand en tegelijkertijd geregistreerd. In deze fase werd continu gewerkt en werd het binnenkomen van de formulieren van nabij gevolgd om op elk ogenblik te kunnen bepalen wie er al geantwoord had. Dat was van belang voor het opsturen van herinneringsbrieven en later het op pad sturen van enquêteurs. De fase werd op een lager pitje voortgezet tot oktober 2002, tot de laatste laattijdig ingestuurde formulieren binnen waren. In totaal werden er ongeveer 14 miljoen formulieren verwerkt.

In deze fase werden de formulieren “Uw woning” en “Uw persoon” van elkaar gescheiden voor verdere verwerking. Daarna werden de documenten verdeeld in pakken van ongeveer 500 voor de verdere verwerkingswerkzaamheden. Elk centrum beschikte over een krachtige scanner, die een honderdtal pakken per dag (50.000 formulieren A3 recto-verso) kon verwerken.

Na controle van de verkregen beelden worden de documenten op papier niet meer gebruikt bij de verdere verwerking. Zij worden gearchiveerd op een beveiligde plaats in afwachting dat ze vernield worden na het beëindigen van de fase.

De tweede fase begon midden juni 2002, nadat de overgrote meerderheid van de formulieren binnengekomen en gescand waren, en werd eind oktober 2002 beëindigd. Bijna 4,5 miljoen gescande woningformulieren werden verwerkt via beeldanalyse, automatische gegevensextractie, -controle en -verbetering en manuele verbetering. Eerst werden de gegevens van elk formulier automatisch geëxtraheerd uit de beelden die in de eerste fase waren verkregen. Dan werden die gegevens waarvoor automatische extractie onmogelijk was (bv. slecht leesbare cijfers) manueel verbeterd. Ten slotte werden de gegevens

gecontroleerd op basis van programma's waarin een reeks waarschijnlijkheidscontroles was verwerkt, en eventueel verbeterd.

De derde fase is begonnen in november 2002 en zal vermoedelijk tussen acht en twaalf maanden in beslag nemen, naargelang van het beschikbare personeel. Ongeveer 9,5 miljoen gescande individuele formulieren moeten eveneens verwerkt worden via beeldanalyse, automatische extractie en gegevensverbetering. In eerste instantie lijkt het werk erg op de verwerking van de woningformulieren. Voor de variabele "onderwijsniveau" is echter gedeeltelijk een bijkomende codering nodig.

Enkele variabelen i.v.m. de actieve bevolking (activiteit, beroep en werkplaats) moeten eveneens gecodeerd worden. Die coderingen, die heel veel werk vergen, vormen de vierde en laatste fase van de verwerking.

33.6.3.2 Analysis

De officiële bevolkingscijfers en de demografische basisgegevens per 1 oktober 2001 zijn beschikbaar sinds de publicatie ervan in het Belgisch Staatsblad van 28 mei 2002. Eigenlijk komen die gegevens niet uit de Enquête 2001 maar uit de exploitatie van het Rijksregister op die datum. Toch hebben zij iets te maken met de enquête. Zij komen namelijk wat betreft geslacht, geboorteplaats en -datum, burgerlijke stand, nationaliteit en woonplaats overeen met het aantal en de karakteristieken van de aan de enquête deelnemende personen.

De eerste resultaten van de Enquête 2001 zijn bekend vanaf januari 2003. Het betreft de belangrijkste gegevens over de woningen. In juli volgen dan de gegevens over de huishoudens. Aangezien de herziening van de statistische sectoren klaar moet zijn voor juni, komen de eerste resultaten per buurt vrij op het einde van de zomer; het zal gaan om demografische basisgegevens en de belangrijkste informatie over de woningen. De socio-economische basisgegevens zouden beschikbaar moeten zijn in het begin van 2004, terwijl de informatie over het beroep en de activiteitssector, het werk- of schooladres en de verplaatsingen niet voor het einde van de herfst van 2004 klaar zullen zijn.

33.6.4 Data quality plan

Het opstellen van de vragenlijst gebeurt in een werkgroep van de Hoge Raad voor de Statistiek, ondersteund door een wetenschappelijke adviesraad. Deze adviesraad is onder meer ook verantwoordelijk voor de bewaking van de kwaliteit. (RD 01/10/2001)

Validation

De omgeving die gemaakt is voor het inlezen en de verwerking van de gegevens op de schriftelijke formulieren, laat toe om eerste validatiestappen te ondernemen.
Dit gebeurt automatisch door de software. Zo moet bijvoorbeeld het leeftijdsverschil tussen moeder en kind minimaal 14 jaar zijn. Sommige fouten worden gecorrigeerd (imputation), voor andere is dit niet mogelijk. In dit geval worden de gegevens geflagd en eventueel uitgesloten voor verdere verwerking.

33.6.5 Data access procedure

De gegevens van de socio-economische enquête kunnen verkregen worden bij het N.I.S. Er zijn twee vormen van gegevens:

- de standaardtabellen opgesteld door het NIS. De lijst van deze tabellen is beschikbaar op de website:

(http: //www.statbel.fgov.be/products/census_nl.asp).

Deze tabellen kunnen aangekocht worden in de infoshops:

(http: //www.statbel.fgov.be/info/information_nl.asp).

- gegevens voor studiedoeleinden; ad-hoc, op aanvraag. Hiervoor moet een schriftelijke aanvraag gebeuren met beschrijving van het doel van de studie, de redenen voor de gevraagde gegevens, … (cf. aanvragen bij de privacycommissie). De Minister van Economie beslist over de ontvankelijkheid van de aanvraag. Men mag verwachten dat de behandeling van zo een aanvraag tot en met de levering van de gegevens in totaal 3 maanden duurt. Dit proces zal in de (nabije) toekomst veranderen. Er is een nieuwe wet over de statistiek (ter aanpassing/vervanging van de wet van 04/07/1962) ingediend (zie zittingsperiode 51, document 2002, 22/09/2005).

33.6.5.1 Legal aspects

De wet van 4 juli 1962 staat garant voor het statistisch geheim in alle stadia van de verwerking en de verspreiding.

Er mogen enkel globale en anonieme gegevens gepubliceerd worden en vooraf dienen alle nuttige maatregelen getroffen te worden om dit te verzekeren. De statistische finaliteit is eveneens gewaarborgd, aangezien de wet uitdrukkelijk elk fiscaal, gerechtelijk of administratief gebruik van de ingezamelde individuele gegevens verbiedt.

Nog andere elementen dragen eveneens bij tot de bescherming van de burger. Het voorafgaande advies van de Hoge Raad voor de Statistiek is een garantie voor de eerbiediging van het principe van finaliteit en proportionaliteit van de vragen; dat van de Raad van State bevestigt de wettelijkheid van de enquête. De openbaarheid van de enquête is overigens een bijkomende garantie. Zij moet blijken uit de verplichte publicatie in het Staatsblad van een koninklijk besluit dat er de regels en de uitvoeringsmodaliteiten van bepaalt, evenals de verplichtingen voor de burgers. Het koninklijk besluit van 1 oktober 2001 beantwoordt aan al die vereisten. Daarenboven maakt een lid van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer deel uit van de stuurgroep van de enquête, die de volledige inzamelings- en verwerkingswerkzaamheden superviseert.

Naast de garanties die door voornoemde wet en koninklijk besluit worden geboden, werden voor de exploitatie van de Enquête 2001 nog bijzondere beveiligingsmaatregelen getroffen. De gegevensbestanden dragen enkel een toevallig volgnummer maar bevatten geen naam of gecodeerd identificatienummer. Het bestand (de "concordantietabel") dat de link vormt tussen het identificatienummer (het rijksregisternummer) en het toevallige volgnummer, is versleuteld en bevat geen enkel gegeven. Die tabel wordt vernietigd bij het einde van de verwerkingswerkzaamheden. De materiële beveiliging van alle gegevensbestanden is dus verzekerd. Geen enkel gegeven is toegankelijk via een netwerk en de toegang tot de verschillende bestanden is strikt gereglementeerd; een speciale software zorgt ervoor dat niemand toegang krijgt tot een bestand zonder toestemming van de bevoegde administrator.

De vertrouwelijkheid van de gegevens wordt niet alleen gewaarborgd door de computerbeveiliging van de bestanden maar ook bij de personen die belast zijn met de verwerking. Het verwerkingspersoneel heeft geen toegang tot de identificatiegegevens van de respondenten: de identificatiegegevens (naam en adres) worden onzichtbaar gemaakt op de gescande beelden van de formulieren, zodat het personeel werkt op anoniem gemaakte gegevens.

33.7 RELATED EXTERNAL REFERENCE LISTS (LOOK UP TABLES)

NACE-codes

34 PANEL STUDY OF BELGIAN HOUSEHOLDS (PSBH)

34.1 DESCRIPTION

In 2003 werd de Panelstudie van Belgische Huishoudens afgerond. De PSBH startte in 1990 aan de universiteiten van Antwerpen en Luik. Vanaf 1992 werden tot 4.439 huishoudens (meer dan 11.000 gezinsleden) geïnterviewd. Ieder jaar opnieuw werden dezelfde mannen en vrouwen van die basissteekproef opnieuw ondervraagd over samenstelling van het huishouden, opvoeding, beroepsactiviteit, tewerkstelling, inkomen, toelagen, uitgaven, welvaart, gezondheid, sociale participatie, tijdsbesteding, waarden, relaties, rolpatronen, huisvesting, migratie en mobiliteit.

De PSBH (en de daaruit afgeleide Europese enquête ECHP [fff]) is multidimensioneel van opzet. Twee belangrijke gebieden worden gedetailleerd behandeld: namelijk inkomen en economische activiteit. Daarenboven worden een hele reeks van andere topics behandeld, zoals de individuele sociale relaties en verantwoordelijkheden, gezondheid, pensioenen en verzekeringen, graad van tevredenheid met verschillende aspecten van werk en leven, de opleiding en scholing, en biografische informatie. In vergelijking met andere sociale enquêtes in Europa heeft de PSBH (en ECHP) een veel breder en integratief karakter: ze heeft als doel om vergelijkbare en gerelateerde informatie te geven omtrent, bij voorbeeld, inkomsten en sociale uitkeringen en arbeid en werksituatie en woonsituatie en familiestructuren en sociale relaties en gedragingen. Informatie over sommige van deze thema's is misschien minder gedetailleerd of minder correct dan in monothematische bronnen, maar hier is elk thema een deel van een enkele microgegevens bron waarop de onderlinge verbanden tussen verschillende domeinen en de relevantie van specifieke factoren voor de individuele leefomstandigheden kunnen geanalyseerd worden.

34.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		NIS
Naam van het register		Panel Study on Belgian Households - PSBH
Classificatie	**Hoofddomein**	Health status Population data
	Subdomein(en)	Lifestyles & environment Socio-economic status
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Socio-economisch
	Hoofddiscriminant(en)	Gezinnen
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	sample
	Zorglijn(en)	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	1992
	Continuïteit **Periodiciteit**	discontinu jaarlijks
	Stop	2002

[fff] European Community Household Panel Survey

Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	-
	Specificaties	Participatie Europese enquête ECHP

34.2 MANAGING ORGANISATION

Name: PSBH teams Antwerpen en Luik

Address: 1. Universiteit Antwerpen (UA)
Faculteit Politieke en Sociale Wetenschappen
Universiteitsplein 1
2610 ANTWERPEN

2. Université de Liège (ULg)
Faculté d'Economie, de Gestion et de Sciences Sociales
Bd du Rectorat 7, B31 Bte 45
4000 LIEGE

NUTS level: BE

Website: http: //www.psbh.be/index.html (Nl) en http: //www.psbh.ulg.ac.be/index.htm (Fr)

34.2.1 Responsible persons:

Prof. dr. Dimitri Mortelmans

- Role : Promotor UA
- Telephone 03/820.28.53
- Fax 03/820.28.82
- E-mail dimitri.mortelmans@ua.ac.be

Prof. dr. René Doutrelepont

- Role : Promotoeur ULg
- E-mail rene.doutrelepont@ulg.ac.be

34.2.2 Financing:

- Source: DWTC[ggg]
- Budget: no info.
- Number of people involved: no info.

[ggg] DWTC: Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden.

34.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

34.3.1 Reasons for data

De PSBH startte in 1990 als een project in het 'Impulsprogramma voor Maatschappelijk Onderzoek' van het federale Ministerie voor Wetenschapsbeleid (nu DWTC). De opdracht werd toegekend aan de universiteiten van Antwerpen en Luik. De deelname was niet-verplicht. Voor de steekproef werd gebruik gemaakt van de bevolkingsregisters. De privacywetgeving met haar implicaties op het gebruik van het rijksregister voor onderzoeksdoeleinden was nog niet gefinaliseerd bij de start van het onderzoek.

34.3.2 Purpose *of* database

- het opbouwen van een longitudinaal gegevensbestand
- gebaseerd op een steekproef die representatief is voor de analyseniveau's huishouden en individu
- waarin een brede waaier van sociaal-economische en gezinssociologische thema's (i.f.v. beleidsvoorbereidend en -toetsend onderzoek) aan bod komen
- dat principieel gratis ter beschikking gesteld wordt van universitaire onderzoekscentra en erkende wetenschappelijke instituten in de non-profit sector

34.3.3 Users of data (organisations)

De resultaten werden vooral toegepast door verschillende universitaire onderzoeksgroepen in binnen- en buitenland (Nederland, Duitsland, Frankrijk)[hhh]. Een subset van de gegevens van golven 3 tot 11 van deze panel studie [iii] werden gebruikt voor de "European Community Household Panel survey" (ECHP) (Resultaten voor 1994-2002).

34.3.4 Applications

De dataset is dermate complex geworden over de jaren heen (onder meer door het invoeren en weglaten van variabelen, wijzigingen in definities of kengetallen, …) dat het geheel vrij onoverzichtelijk is geworden. Daarom stellen de onderzoekers hulpmiddelen (ondermeer een formaat bibliotheek, SAS-programma's en een vragen/variabelen databank) ter beschikking die de gebruikers helpen bij de selectie, het gebruik van de variabelen en de aanmaak van geharmoniseerde variabelen (Softpanel).

34.3.5 New evolutions

De panel studie is afgerond. Ze wordt nu – in een gewijzigde vorm – opgevolgd door de verplichte (vanaf 2004) EU-SILC[jjj] enquête (zie aldaar).

[hhh] Zie: http: //www.psbh.be/gebruikers_uni.html
[iii] Zie: http: //www.psbh.be/inleiding.html
[jjj] SILC: Statistics on Income and Living Conditions

34.4 CONTENTS

Elke bevragingsgolf leidt tot vier gegevensbestanden:

- contactenblad: (wXcont) samenstelling huishouden, bevat de gegevens uit veldwerkdocument 'contactenblad'. Hier vind je bvb. informatie om kinderen en ouders of de twee personen in een koppel aan elkaar te koppelen.
- vragenlijst huishouden: (wXhh) niveau huishouden (bvb. woningkenmerken, gezinsinkomen, ...), bevat de gegevens uit veldwerkdocument 'Vragenlijst Huishouden'.
- vragenlijst volwassene: (wXadult) individueel niveau, personen van 16 of ouder (biografie, onderwijs, inkomen, waardenbeleving, mobiliteit, gezondheid, ...), bevat de gegevens uit veldwerkdocument 'Vragenlijst Volwassene'. Voor sommigen is deze vragenlijst beknopt gehouden. Deze lijst is voor volwassenen die niet bereid zijn om de uitgebreide lijsten in te vullen. Ook tijdelijk afwezigen worden eventueel opgevolgd met een beknopte vragenlijst, ingevuld door een huisgenoot (proxy). Deze beknopte vragenlijst bevat geen gezondheidsgegevens.
- vragenlijst kind: (wXchild) individueel niveau, personen jonger dan 16 (biografie, onderwijs, vrijetijdsbesteding, kinderopvang, gezondheid, ...), bevat de gegevens uit veldwerkdocument 'Vragenlijst Kinderen' (achteraan in de 'Vragenlijst Huishouden').

34.4.1 Information – Description documents on the contents

Een uitgebreide beschrijving en resultaten van dit onderzoek werd samengebracht in het afsluitende werk van Dimitri Mortelmans, Marie Thérèse Casman, René Doutrelepont (ed.), Elf jaar uit het leven in België. Socio-economische analyses op het Gezinsdemografisch Panel PSBH. Gent, Academia Press, 2004, 615 p. ISBN 90-382-0676-3

Daarnaast is er een vragen/variabelendatabase beschikbaar [kkk] die als waarnemingen alle vragen bevat die ooit in de PSBH aan bod kwamen (in de vragenlijsten 'Huishouden', 'Volwassene' en 'Kinderen'), samen met enkele eigenschappen. 129 variabelen komen (al dan niet in gewijzigde vorm) voor in de huishoudenlijst van alle golven; 227 variabelen in de volwassenelijst en 39 in de lijst voor de kinderen. Van deze variabelen en hun vraagstelling werden er 100 in één of meerdere golven gewijzigd. Tijdens de laatste 4 golven (1998-2002) waren er geen wijzigingen meer.

In de beschrijving hieronder werden enkel die variabelen of variabelensets weerhouden die in alle golven voorkomen. De beschrijving is deze van de laatste golven. De variabelen in het vet staan voor een reeks van vraagstellingen die niet gedetailleerd zijn opgenomen. Een uitgebreider overzicht van de variabelenlabels, zoals opgenomen in de variabelendatabase, is achteraan deze annex opgenomen.

Vele thema's en specifieke vraagstellingen (met uitzondering van de "meningen") zijn opnieuw opgenomen in de verplichte Europese enquête EU-SILC.

[kkk] http: //www.psbh.be/documentatie_globo3.html

34.4.2 Population coverage

In 1992 werden 4439 huishoudens die samen ruim 11000 gezinsleden telden met succes geïnterviewd. Sindsdien worden dezelfde personen van die basissteekproef jaarlijks opnieuw bevraagd (mogelijks in een nieuwe huishoudelijke context). Elke bevragingsronde resulteert in een 400-tal variabelen op het niveau huishouden en een 800-tal variabelen op het niveau individu. De behandelde onderwerpen zijn : demografie, samenstelling van het huishouden, opvoeding, beroepsactiviteit, tewerkstelling, inkomen, toelagen, uitgaven, welvaart, gezondheid, sociale participatie, tijdsbesteding, waarden, relaties, rolpatronen, huisvesting, migratie en mobiliteit. Uiteraard werden maatregelen voorzien om de anonimiteit van de respondenten bij de analyses te waarborgen.

In 1998 resulteerde een supplementaire steekproef in Vlaanderen in 860 extra bevraagde huishoudens. In 2002 vond de laatste bevraging plaats. Het PSBH gegevensbestand omvat dus 11 jaar van het leven in België. Het aantal respondenten neemt wel af over de jaren omwille van de uitval (verhuis, overlijden, …).

Aantallen contactbladen, huishoudenlijsten en respondenten

België	Golf 1	Golf 2	Golf 3	Golf 4	Golf 5	Golf 6	Golf 7	Golf 8	Golf 9	Golf 10	Golf 11
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Contactenbladen	4438	4667	4112	3996	3637	3583	5348	4111	3877	3672	3447
Huishoudenlijsten	4438	3853	3490	3366	3232	3072	3773	3512	3312	3067	2959
Volwasssenelijsten	8741	7505	6715	6461	6182	5789	7015	6511	6060	5610	5362
Kindlijsten	2591	2223	2086	2073	1960	1812	2247	2063	1947	1757	1684
Persoonslijsten	11332	9728	8801	8534	8142	7601	9262	8574	8007	7367	7046

Evolutie van de respondenten

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Volwassene	8741	7194	6190	5613	5134	4626	4140	3738	3435	3059	2840
Kind	2591	2060	1753	1570	1381	1163	1011	852	727	591	489
Kind -> Volwassene *	0	104	76	95	97	87	64	70	57	89	51
Ooit kind, nu volwassene**	0	0	83	140	209	266	297	305	323	300	318

* : Respondenten die in deze golf 16 jaar geworden zijn en dus niet langer een kind-lijst invullen maar een volwassenen-lijst
** : Respondenten die altijd hebben meegewerkt, en vroeger dan in deze golf de overgang hebben gemaakt van kind naar volwassene

34.4.3 Registration items

34.4.3.1 Life Style

Level	
Individual	Adult questionnaire: ▪ Health status ***Smoking habits***

	Tabacco consumption ▪ Household tasks ▪ Opinions

34.4.3.2 Health status

Level	
Individual	Adult questionnaire (>16yr): ▪ Health status ***Self-assessed health*** ***Chronic health problem, morbidity or handicap*** Hinders in daily activities Requires efforts or care from housemates ***Recent morbidity, injury or mental health problem*** ***Hospitalisation and consults*** Nights in hospital during last 12 months Consults of GP, dentist or ophtalmologist ***Feelings (last 3 months)*** ***Posture*** Body length Body weight Child questionnaire: ▪ Health status Number of days off school due to health problems

34.4.3.3 Access to Health Care

Level	
Individual	Adult questionnaire: ▪ Care ***Care for sick, handicapped or old people?*** Number of hours spent per week Care for … [(non-)family members]

34.4.3.4 Health Care Use

Level	
Individual	Adult questionnaire: ▪ Income Sickness or incapacity benefits

34.4.3.5 General Information

Level	
Individual	Adult questionnaire: ▪ Demographic items ***Nationalities (actual, former and mother's)***

	Civil state ***Domicile (community, land)*** Respondent and mother's at birth ▪ Professional activities ***Actives*** Independent (self-employed) or unpaid Apprenticeship Employee or civil service ***Non-actives*** Occasionally active Unemployed Last employment ▪ Social relations and responsibilities ***Club life and recreation*** ▪ Current or recent education ▪ Income (calendar year) ***Pension arrangement*** <u>Child questionnaire:</u> ▪ Demographic items Birthday Nationalities (at birth, actual, period) ▪ Social items ***Education*** ***Taken care of by …*** ***Free-time activities*** ***School-mobility*** <u>Contact form:</u> ▪ Household composition Name (not retained) Birthday Sex Interpersonal relationship with the household members
Family/ Household	<u>Household questionnaire:</u> ▪ Housing ***As owner*** ***As tenant/subtenant*** ▪ Financial situation and income ***Housing costs*** <u>Contact form:</u> ▪ General info Address ▪ Household composition Reference person[a] ***Migration into/from household***

[a] The concept "reference person" changed over the years. In general, it is the person that answers the household questionnaire. Initially it was the person designated as the "head" of the household. This was changed in later waves.

34.5 TIME CHARACTERISTICS

34.5.1 Periodicity of updates

Yearly

34.5.2 Longitudinality

Positief. Hetzelfde panel (met een beperkt, geselecteerd aantal nieuwe individuen gedurende de looptijd) werd bevraagd 11 jaar na elkaar. Het gezinsdemografisch panel geeft immers een unieke longitudinale kijk op het leven van gewone mensen.

De vragenlijsten die in de opeenvolgende golven gehanteerd worden zijn, ondanks het streven naar continuïteit, niet identiek aan mekaar. Om verschillende redenen traden kleine of grote wijzigingen op:

- Bepaalde vraagstellingen werden gewoon verbeterd.
- In sommige golven werd een module ingelast in functie van een bepaald thema (bvb. 'Intergenerationele relaties' in de vragenlijst volwassene golf 2).
- Sinds golf 3 (1994) maakt het PSBH bestand ook deel uit van het European Community Household Panel (ECHP), georganiseerd door Eurostat. Met het oog op internationale vergelijkbaarheid was het noodzakelijk een groot aantal vragen in alle landen op identieke wijze te hanteren.
- Soms veranderde de subpopulatie die op een bepaalde vraag moest antwoorden (wijziging in de routing).

Vooral bij het longitudinaal exploiteren van de data wordt het belangrijk om met deze wijzigingen rekening te houden. Om de 'levensloop' van de vragen/variabelen doorheen het panel overzichtelijk te maken, werd een vragen/variabelen databank aangemaakt[III].

34.5.3 Period covered by the data

1991-2001

34.5.4 Date (of versions/updates)

1992 to 2002; yearly

Bij de opstart van de panelstudies zijn nog wijzigingen aangebracht. De meeste wijzigingen in de vraagstellingen (191) zijn doorgevoerd naar aanleiding van de Europese ECHP-studie (dit is in golf 3; 1994). Vanaf golf 7 (1998) zijn geen wijzigingen meer aangebracht.

[III] Zie: http: //www.psbh.be/documentatie_globo3.html

34.6 DATA PROCESS

34.6.1 Information – description documents on the data-process

No info.

34.6.2 Data sources (organisations/databases)

Sample of households.

34.6.3 Data process plan[mmm]

34.6.3.1 ETL

Vanaf de tweede Europese golf werden verschillende aspecten verder ontwikkeld op Europese schaal. Dit hield ondermeer de aanmaak van longitudinale gewichten en de uitbreiding van de validatie testen met structurele en essentiële testen, naast de routing en range checks die al werden toegepast.

Voor een aantal variabelen werd een vergelijking gemaakt van de structuur en de inhoud met de resultaten van de vorige golf. Voor ontbrekende inkomens-variabelen werd de imputatieprocedure verfijnd.

Dataprocessing

Er werden op Europees niveau standaardprocedures geïmplementeerd voor gegevensverwerking en statistische analyse, inclusief de verbetering van de gegevens, het berekenen van de gewichten, het aanmaken van ontbrekende gegevens (imputatie), de aanmaak van nieuwe variabelen en de berekeningen van de varianties. Voor de longitudinale component van de enquêtes worden structurele bewerkingen uitgevoerd, ter identificatie van de huishoudens en haar (nieuwe, oude en verdwenen) leden en om de koppeling uit te voeren met de subjecten van de vorige golf.

34.6.3.2 Data controle

Tijdens elke golf werden de gegevens zo veel als mogelijk gecontroleerd, zowel op micro als op geaggregeerd niveau en longitudinaal met de vorige (en eventueel volgende) golf. Deze controles worden in eerste instantie uitgevoerd op national niveau en voor de ECHP-gegevens ook op Europees niveau door EuroSTAT. Deze controles bevatten range en gebruikelijke testen, gevolgd door structurele, cross-sectionele en longitudinale testen naar samenhang en aannemelijkheid.

34.6.3.3 Imputatie van ontbrekende inkomenscomponenten

Imputatie wordt enkel toegepast om ontbrekende inkomenscomponenten te bepalen op Europees niveau (EuroSTAT). Deze zijn nodig om ook statistieken te kunnen trekken voor de geaggregeerde variabelen zoals "totaal netto inkomen van het huishouden". De imputatie wordt hier niet verder besproken.

[mmm] Deze informatie is gebaseerd op een document van de ECHP. Dit document beschrijft zowel de dataverwerking en kwaliteit van de Europese dataverzameling, gedeeltelijk op het nationaal niveau en gedeeltelijk het werk van de nationale verantwoordelijken.

Steekproefgewichten

Er werden standaard procedures ontwikkeld en geïmplementeerd voor de berekening van de steekproefgewichten. Vanaf de tweede ECHP-golf (4e PSBH) werden de gewichten centraal berekend door EuroSTAT op basis van de gewichten van de vorige golf, maar aangepast door de niet-respons in rekening te brengen en ook de wijziging van de steekproefpopulatie in vergelijking met geijkte verdelingen naar persoons- en huishoudenskarakteristieken. Op basis van de aangepaste longitudinale persoonsgewichten, werden dan deze gewichten uniform verdeeld over de leden van de huishoudens (inclusief de nieuwe subjecten) om de cross-sectionele gewichten te bepalen voor de huishoudens en de individuen.

34.6.4 Data quality plan

In het kader van de ECHP enquête, is heel wat werk verzet om de kwaliteit van de dataverzameling en verwerking te waarborgen en te verbeteren. Een document dat de kwaliteit beschrijft is te vinden op de CIRCA server van de europose commissie: http://forum.europa.eu.int/Public/irc/dsis/echpanel/library?l=/doc_pan/quality_analysis&vm=detailed&sb=Title, waarin aandacht is voor de aspecten "toegankelijkheid & duidelijkheid, tijdigheid, vergelijkbaarheid, data accuraatheid en coherentie".

34.6.4.1 Validation

De betrouwbaarheid van de gegevens wordt bepaald door de gecombineerde effecten van de steekproeftrekking, de non-respons (zowel wat betreft de deelname aan de enquête als voor het beantwoorden van de individuele vragen) en de foutieve antwoorden. Deze aspecten werden geëvalueerd voor de eerste drie golven van de ECHP voor België en de andere deelnemende Europese landen.

Er ontbreken vooral gegevens van de verschillende inkomenscomponenten: inkomen uit kapitaal, inkomen als zelfstandige, vervangingsinkomen bij ziekte of invaliditeit…

Externe validiteit van de resultaten werd nagegaan door een vergelijking te maken van de resultaten uit de ECHP enquête met de HBS (European household budget survey) voor het inkomen. Het inkomen ligt voor België 10% lager in de HBS dan in de ECHP (2e golf). Ook de distributie van de inkomens is vergelijkbaar. De vergelijking van de inkomenscomponenten is heel wat moeilijker omdat de methodologie en/of definities van de variabelen niet steeds geharmoniseerd is. De verdeling tussen de inkomens uit arbeid, uit privémiddelen en uit de sociale zekerheid is niet geheel gelijk tussen beide enquêtes (+/- 2-5%). Voor de andere componenten zijn de verschillen in België eerder klein (<4%). De vergelijking in eigenaarschap van de woning verschilt sterker (tot 6%).

Een vergelijking van bepaalde items tussen de eerste en tweede ECHP golf, toont aan dat de gegevens sterk overeenkomen, al kan de afwijking voor individuele items wel oplopen tot 5% en meer.

34.6.5 Data access procedure

De gegevensbestanden op de cd-rom zijn principieel beschikbaar voor alle wetenschappelijk onderzoek (incl. thesissen en doctoraten) door **erkende wetenschappelijke instellingen** in de **non-profit sector**.

De gebruker van de PSBH data verbindt zich ertoe:

- de data sets op de cd-rom niet door te geven aan derden, tenzij in onderling overleg met de verantwoordelijke van het PSBH project,
- nooit te proberen om, op eender welke manier, een statistische eenheid te identificeren, noch ooit te zullen beweren dit gedaan te hebben,
- van elke publicatie van zijn/haar hand (rapporten, boeken, artikelen, papers, …) waarin gebruik gemaakt wordt van de PSBH data, 1 exemplaar (gedrukt of in elektronische vorm) te bezorgen aan de verantwoordelijke van het PSBH project,
- in publicaties waarin PSBH data gebruikt werden volgende referentie op te nemen: "Panel Study on Belgian Households (1992-2002), Universiteit Antwerpen, Université de Liège."

De PSBH data (SAS, SPSS) op de cd-rom zijn verpakt in self-extracting winzip archieven. (http: //www.psbh.be/studiedag/cd_bestellen.html)

De toegang tot de Europese ECHP gegevens wordt geregeld door een eigen protocol. EuroSTAT stelt tegen betaling de zogenaamde geanonimiseerde "User database" (UDB) ter beschikking van onderzoekers. Meer informatie over deze database vindt men in de ECHP/ ECHP users' database documenten op de CIRCA server.

Afgeleide statistieken zijn beschikbaar op de on-line database van EuroSTAT (vroeger NewCronos): Informatie over inkomsten, sociale exclusie en armoede vindt men in het domein 'Income and Living Conditions' (ILC). Informatie over huisvestiging is beschikbaar in het domein 'Housing'.

34.7 RELATED EXTERNAL REFERENCE LISTS (LOOK UP TABLES)

NACE.

34.8 ORDERED OVERVIEW OF QUESTIONS AND VARIABLES

34.8.1 Huishouden vragenlijst

Variabele
Woonsituatie
Aantal woon/eetkamers, salons
Afzonderlijke woon/eetkamer, salon ?
Aantal studeerkamers/burelen
Afzondelijke studeerkamer, bureel ?
Aantal afzonderlijke slaapkamers
Afzonderlijke slaapkamers ?
Aantal andere afzonderlijke kamers
Andere afzonderlijke kamers ?
Eigen garage of standplaats
Eigen garage, standplaats ?
Breedte van de woning in meter

Diepte van de woning in meter
Oppervlakte van de woning in m2
Aantal verdiepingen in de woning
Hoeveel verdiepingen bewoont uw huishoud
Is er een lift in de woning ?
Is er een lift?
Bouwjaar van de woning
Aantal afzonderlijke keukens
Is er een afzonderlijke keuken?
Aantal ingerichte badkamers
Afzonderlijke ingerichte badkamer ?
Aantal afzonderlijke badkamers
Is er een afzonderlijke badkamer?
Aantal toiletten met waterspoeling ?
Toilet met waterspoeling in de woning ?
Aantal woon/eetkamers, salons
Afzonderlijke woon/eetkamer, salon ?
Aantal studeerkamers/burelen
Afzonderlijke studeerkamer, bureel ?
Aantal afzonderlijke slaapkamers
Afzonderlijke slaapkamers ?
Aantal andere afzonderlijke kamers
Andere afzonderlijke kamers ?
Aantal plaatsen met warm water
Warm water in de woning ?
Vloerafmetingen gelijkvloers in m2
Centrale verwarming in de woning ?
Is er centrale verwarming?
Beschikt u over een eigen tuin of koer
Eigen tuin of koer in open lucht ?
Gebruik gemeenschappelijke tuin of koer?
Gemeenschappelijke tuin of koer?
Eigen terras, daktuin of balkon ?
Heeft u een eigen terras, daktuin, balko
Stank, reukhinder van buitenaf ?
Te weinig kamers voor uw huishouden ?
Burengerucht ?
Straatlawaai, andere lawaaihinder ?
Straatlawaai
Is het te donker in uw woning
Is uw woning moeilijk warm te stoken
Schimmels,vochtige muren, plafonds,...?
Stank, reukhinder van buitenaf ?
Verzakkingen, barsten ?
Slechte geluidsisolatie binnen ?

Te weinig privacy voor de huisgenoten ?
Te weinig privacy tegenover de buren ?
Eigenaarschap
Huidige woonsituatie
Intern nummer eigenaar 1
Intern nummer eigenaar 2
Intern nummer eigenaar 3
Voornaam eigenaar 1
Voornaam eigenaar 2
Voornaam eigenaar 3
Sinds welk jaar eigenaar van woning
Sinds welk jaar eigenaar van deze woning
Woning verkregen door erfenis ?
Woning verkregen door schenking
Woning verkregen door een lening
Woning verkregen op lijfrente ?
Woning verkregen door kontante betaling
Hoe anders woning verkregen
Woning verkregen op een andere wijze
Woonkosten
Moet u afbetalen voor deze woning ?
Momenteel afbetalen voor woning ?
Afbetalingssom per half jaar
Afbetalingssom per maand
Afbetalingssom per trimester
Eigenaar huurwoning
Maandelijkse huurprijs woning
Geniet u van een sociaal huurtarief ?
Onderhoudswerken in 199. Voor woning ?
Onderhoudswerken huurwoning in 199. ?
Bedrag onderhoudsuitgaven woning in 199.
Bedrag onderhoudswerken huurwoning in 9.
Verbouwing/renovatie werken in 199. ?
Verbouwing/renovatie huurwoning in 199.?
Bedrag verbouwing/renovatie in 199.
Bedrag verbouwing/renovatie huurwoning9.
Bezit
Aantal auto's in gebruik in huishouden
Bezit kleuren-tv
Kleuren-tv onmisbaar ?
Hulp poetsen en schoonmaken
Hulp boodschappen
Hulp dagelijks koken (warme maaltijden)
Hulp was en/of strijk

Hulp tuinwerk of kleine klusjes
Hulp in orde brengen van papieren
Hulp beheren van het geld, financien
Bezit videorekorder
Videorekorder onmisbaar ?
Bezit mikrogolfoven
Mikrogolfoven onmisbaar ?
Bezit telefoon
Telefoon onmisbaar ?
Bezit draagbare telefoon / mobilofoon
Bezit vaatwasmachine
Vaatwasmachine onmisbaar ?
Bezit personal computer
Bezit droogkast
Bezit antwoordapparaat
Inkomen
Afbetaling konsumptiegoederen/diensten ?
Hoe komt u rond met uw huidig inkomen ?
Jaarlijkse gezinsvakantie 1 week of meer
Huidig totaal beschikbaar inkomen
Schaal huidig totaal beschikbaar inkomen
Spaart uw huishouden regelmatig ?
Tot.beschikbaar inkomen om rond te komen
Schaal verkoop alle bezittingen
Bestaansminimum in huishouden ?
Ocmw-uitkeringen : apr 199.
Ocmw-uitkeringen : aug 199.
Ocmw-uitkeringen : dec 199.
Ocmw-uitkeringen : feb 199.
Ocmw-uitkeringen : jan 199.
Ocmw-uitkeringen : jul 199.
Ocmw-uitkeringen : jun 199.
Ocmw-uitkeringen : maa 199.
Ocmw-uitkeringen : mei 199.
Ocmw-uitkeringen : nov 199.
Ocmw-uitkeringen : okt 199.
Ocmw-uitkeringen : sep 199.
Maandbedrag bestaansminimum
Maandbedrag bijkomende ocmw-steun
Evaluatie
Evaluatie levensomstandigheden

34.8.2 Vragenlijst kind

Variabele
Demografie
Geboortedag
Geboortedatum
Geboortejaar
Geboortemaand
Sedert wanneer wonend in deze woning
Sinds wanneer in deze woning
1ste nationaliteit bij geboorte
2de nationaliteit bij geboorte
Eerste nationaliteit bij geboorte
Tweede nationaliteit bij geboorte
Eerste huidige nationaliteit
Huidige 1e nationaliteit
Jaar eerste huidige nationaliteit
Sinds wanneer huidige 1ste nationaliteit
Huidige 2de nationaliteit
Jaar tweede huidige nationaliteit
Sinds wanneer huidige 2de nationaliteit
Tweede huidige nationaliteit
Sociale variabelen
Frekwentie kontakt met moeder
Frekwentie kontakt met vader
Andere opvang dan door ouders ?
Opvang grootouders langs vaderskant
Opvang grootouders langs moederskant
Opvang huisgenoot, familie
Opvang huisgenoot, familie
Opvang oppas, kindermeisje, gouvernante
Opvang familiale hulp, werkvrouw
Opvang onthaalmoeder of -gezin
Opvang bij een prive persoon thuis
Opvang in creche, kinderdagverblijf
Ander type opvang ?
Welke andere opvang
Scholing
Gaat het kind naar school ?
Huidige studierichting
Type ander onderwijs
Leerjaar
Gemeente/land van de school
Afstand school->thuis : in km
Naar school : gevoerd met de wagen

Naar school : met de fiets
Naar school : met leerlingenvervoer
Naar school : met openbaar vervoer
Naar school : te voet
Duur verplaatsing thuis -> school
Uur vertrek naar school
Uur vertrek naar huis
Dagen afwezig van school (gezondheid)
Vrije tijd
Tijd : sport
Tijd : dans
Tijd : schilderen, tekenen, knutselen
Tijd : muziek, theater
Tijd : jeugdbeweging
Tijd : vrijwilligerswerk
Tijd : betaalde klusjes
Tijd : andere aktiviteiten
Welke andere aktiviteiten
Uren tv/video kijken per dag
Uren slaap per dag

34.8.3 Vragenlijst volwassenen (> 16 jaar)

Variabele
Beroepssituatie
Hebt u betaald werk ?
Hebt u (geen) betaald werk ?
Andere reden tijdelijke werkonderbreking
Reden tijdelijke werkonderbreking ?
Werkt u nu vol- of deeltijds ? (helper)
Werkt u nu vol- of deeltijds ?
Werkt u nu vol- of deeltijds ? (helper)
Werkt u nu voltijds of deeltijds ?
Werkt u nu vol- of deeltijds ? (zelfst.)
Statuut hoofdberoep
Belang beroepsbezigheid
Categorie beroep
Helper bij huidige werkgever sinds ?
Betrekking 1 : aanvangsdatum
Betrekking 2 : aanvangsdatum
Sinds wanneer werkt u als zelfstandige ?
Jaar beginnen werken bij huidige werkgever
Maand beginnen werken bij huidige werkgever
Helper bij huidige werkgever sinds ?

Betrekking 1 : aanvangsdatum
Betrekking 2 : aanvangsdatum
Sinds wanneer werkt u als zelfstandige ?
Werksituatie voordat u helper was
Werkloos voor dit werk
Werksituatie voor huidige werkgever
Werksituatie voordat u zelfstandige was
Omschrijving aktiviteit als helper
Betrekking 1 : omschrijving beroep
Betrekking 2 : omschrijving beroep
Omschrijving zelfstandige aktiviteit
Betrekking 1 : sektor
Betrekking 2 : sektor
Prive-sektor of overheid
Statuut hoofdberoep
Beroepskategorie helper
Uitleg andere beroepskategorie helper
Andere beroepskategorie zelfstandigen
Beroepskategorie zelfstandigen
Werkuren/week als zelfstandige
Werkuren/week als helper (reeel)
Betrekking 1 : andere soc.prof.kategorie
Betrekking 1 : soc.prof. kategorie
Betrekking 2 : andere soc.prof.kategorie
Betrekking 2 : soc.prof. kategorie
Betrekking 1 : aard huidig kontrakt
Betrekking 2 : aard huidig kontrakt
Betrekking 1 : kontraktueel uurrooster
Betrekking 2 : kontraktueel uurrooster
Betrekking 1 : werkuren/week (kontrakt)
Betrekking 2 : werkuren/week (kontrakt)
Beroepsinkomen
Betrekking 1 : netto maandinkomen
Betrekking 2 : netto maandinkomen
Betrekking 1 : schaal netto maandinkomen
Betrekking 2 : schaal netto maandinkomen
Netto-inkomen : schaal
Betrekking 1 : werkuren/week (reeel)
Betrekking 2 : werkuren/week (reeel)
Heel vroeg/laat werken tijdens de week ?
Werkt u ook tijdens het weekend ?
Werkt u nu vol- of deeltijds ? (helper)
Werkt u nu voltijds of deeltijds ?
Werkt u nu vol- of deeltijds ? (zelfst.)
Ander betaald werk ? (zelfstandige)

Ander betaald werk ? (helper)
Ander werk dan als werknemer/ambtenaar ?
Statuut bijberoep
Statuut bijberoep van zelfstandige
Statuut bijberoep van helper
Statuut bijberoep van werkn./ambtenaar
Omschrijving bijberoep zelfstandige
Omschrijving bijberoep helper
Omschrijving bijberoep
Uitleg bijberoep van werknemer/ambtenaar
Uren/week bijberoep zelfstandige
Uren/week bijberoep helper
Uren/week bijberoep van werkn./ambtenaar
Werkzoekende
Zoekt u momenteel naar (ander) werk ?
Iets ondernomen om werk te vinden
Ingeschreven bij een interim-bureau
Op eigen initiatief werkgevers geschreve
Werkgevers op eigen initiatief benaderd
Sollicitatie als reactie op advertentie
Zelf advertentie geplaatst
Zoeken via familie, vrienden, relaties
Via politieke verantwoordelijken
Ingeschreven bij interimbureau ?
Werkgevers aangeschreven ?
Werkgevers persoonlijk benaderd ?
Sollicitatie als reaktie op advertentie?
Andere stappen ondernomen ?
Welke andere stappen ondernomen ?
Niet-werkende
Andere situatie niet werkende
Situatie niet werkende
Betaalde werkzaamheden ? (niet werkende)
Zoekt u momenteel naar (ander) werk
Zoekt u momenteel naar (ander) werk ?
Arbeidsstatuut (occasioneel werkende)
Omschrijving occasioneel werk
Uren/week werkzaamheden (niet werkende)
Netto maandinkomen werkz.(niet werkende)
Zoekt u momenteel naar (ander) werk ?
Ingeschreven bij VDAB of BGDA ?
Iets ondernomen om werk te vinden ?
Ingeschreven bij interimbureau ?
Werkgevers aangeschreven ?
Werkgevers persoonlijk benaderd ?

Sollicitatie als reaktie op advertentie?
Zelf advertentie geplaatst ?
Zoeken via familie,vrienden,relaties ?
Via politieke verantwoordelijken ?
Andere stappen ondernomen ?
Welke andere stappen ondernomen ?
Had u ooit betaald werk ? (niet werkend)
Tot wanneer betaald werk? (niet werkend)
In welk jaar gestopt met werken
In welke maand gestopt met werken
Tot wanneer betaald werk? (niet werkend)
Vroeger arbeidsstatuut ? (niet werkende)
Wat was uw arbeidsstattuut
Laatste beroepsactiviteit
Voltijds/deeltijds laatste hoofdberoep
Werkuren/week vroeger kontrakt (nt werk)
Zorgverlening
Helpt u zieken,gehandikapten,bejaarden ?
Verzorgt u echtgenoot/partner ?
Verzorgt u ouder(s) ?
Verzorgt u schoonouder(s) ?
Verzorgt u kind(eren) ?
Verzorgt u een ander familielid ?
Verzorgt u iemand buiten de familie ?
Uren/week besteed aan zorg of hulp
Vrijetijdsbesteding
Doet u regelmatig vrijwilligerswerk ?
Uren/dag tv-kijken weekend/verlof
Uren/dag tv-kijken week/werkdag
Frekwentie bioskoop
Frekwentie sportmanifestaties
Frekwentie cafebezoek
Frekwentie restaurantbezoek
Frekwentie dancing/diskotheek
Frekwentie bowling/snooker
Frekwentie theater/ballet
Frekwentie koncerten/muziekevenementen
Frekwentie tentoonstellingen/musea
Wekelijks sport buitenshuis
Wekelijks kreatieve aktiv. buitenshuis
Opleiding
Volgt u momenteel voltijds onderwijs ?
Studierichting huidig voltijds onderwijs
Studierichting huidig voltijds onderwijs
Huidig studiejaar: commentaar

In 199. Kursussen i.v.m. werk ?
Inkomens
Inkomen uit arbeid in 199. ?
Werkloosheidsuitkering in 199. ?
Pensioen in 199. ?
Ziekte/invaliditeitsuitkering in 199. ?
Kinderbijslag in huishouden ?
Totaal maandbedrag kinderbijslag
Studiebeurzen in huishouden ?
Totaal jaarbedrag studiebeurzen hog.ond.
Totaal jaarbedrag studiebeurzen sek.ond.
In 199. Geld ontvangen (schenking, ...)?
Bedrag ontvangen giften in 199.
Hebt u recht op alimentatiegeld ?
Op hoeveel alimentatie hebt u recht ?
Ontvangt u alimentatiegeld ?
Hoeveel alimentatie ontvangt u effektief
In 199. Geld geschonken ?
Bedrag geschonken giften in 199.
Moet u alimentatiegeld betalen ?
Hoeveel alimentatie moet u betalen ?
Betaalt u alimentatiegeld ?
Hoeveel alimentatie betaalt u effektief?
Samenvoegen van alle inkomsten ?
Soc.zekerh.zelfstand. ? (helper)
Sociale zekerheidsregeling zelfstandigen
Gezondheid
Bent u gehandikapt/invalide ?
Bent u gehospitaliseerd in 199. ?
Hoeveel nachten in hospitaal in 199. ?
Je depressief voelen
Geen trek in eten hebben, vermageren
Slaapproblemen hebben
Niet uitgerust zijn, je futloos voelen
Niet stil kunnen zitten
Je schuldig voelen, jezelf onderschatten
Je niet kunnen koncentreren
Aan zelfmoord of de dood denken
Aan zelfmoord of de dood denken
Gemakkelijk wenen
Pessimistisch zijn
Sombere gedachten hebben
Vreemde gedachten hebben
Lichtgeraakt, prikkelbaar zijn
Nood hebben aan bevestiging

Je niet goed in je vel voelen
Fysische ziekteverschijnselen
Demografie
Geboortedatum
Eerste huidige nationaliteit
Tweede huidige nationaliteit
Huidige burgerlijke staat
Leeft u samen met uw echtgenoot
Leeft u samen met uw partner
Samenleven met echtgenoot/partner ?
Gemeente moeder bij geboorte
Land moeder bij geboorte
In welk jaar naar belgie gekomen
Sinds welk jaar onafgebroken in belgie ?
Gemeente moeder bij geboorte
Land moeder bij geboorte
Wanneer huwde u ? (enig huwelijk)
Datum laatste huwelijk
Echtgescheiden sinds
Gescheiden sinds
Verweduwd sinds
Huidige burgerlijke staat
Leeft u samen met echtgenoot/partner ?
Diverse info, meningen en taken
Jaar eerste maal betaald werk
Leeftijd toen u begon te werken
Hoogste diploma tot nu toe behaald
Leeftijd beeindigen studies
Niets voor elkaar verbergen
Vrije tijd grotendeels samen doorbrengen
Het eens zijn over essentiele zaken
Meningsverschillen altijd uitpraten
Persoonlijke vrienden apart ontmoeten
Vaak in gezelschap van vrienden zijn
Veel contact met familie hebben
Poetsen en schoonmaken
Boodschappen doen
Dagelijks koken
Wassen en strijken
Tuinwerk en kleine klusjes
Papieren in orde brengen, administratie
Beheer van de dagelijkse uitgaven
Regelen bankoperaties
Organisatie van het sparen
Keuze van een vakantieoord

Keuze van een wagen
Aankoop belangrijk huishoudapparaat
Aankoop belangrijk meubel
Keuze van een nieuwe verzekering
Keuze of en hoeveel er gespaard wordt
Heeft u kinderen die niet bij u wonen ?
Extern kind 1 : geboortejaar
Leeft uw vader nog ?
Leeft uw moeder nog ?
Nog thuis, terug thuis, eigen woonst ?
Tevredenheid : beroepsbezigheden
Tevredenheid : persoonlijke inkomsten
Tevredenheid : gezinsinkomsten
Tevredenheid : huisvesting
Tevredenheid : vrije tijd

35 HUISHOUDBUDGETONDERZOEK

35.1 DESCRIPTION

The first Belgian household budget survey was held in 1853 by impulse of Quételet. From then on, these surveys were held every 7 to 8 years. After three yearly surveys, starting in 1995, the surveys are done continuously starting in 1999. Every month about 300 private households are asked to write down all expenses and revenues in a household diary. Through additional questionnaires data is collected about the dwelling, amenities and the socio-economical and demographical characteristics of these households. The primary purpose of this survey is the calculation of the average yearly budget per individual, per household with possible disaggregating by region, number of actives in the household, household type or number of children to support.

35.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		NIS
Naam van het register		Huishoudbudget Onderzoek - HBO
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Consumption Population data
	Subdomein(en)	Expenditure Socio-economic status
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Socio-economisch
	Hoofddiscriminant(en)	Gezinnen
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	sample
	Zorglijn(en)	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	1995
	Continuïteit **Periodiciteit**	discontinu jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	Inkomsten- & uitgaven categorieën
	Specificaties	Maandelijks bevraging v.e. gestratificeerd staal van de Belgische bevolking

35.2 MANAGING ORGANISATION

Name: Federal Public Service Economy, SMEs, Self-Employed and Energy – Statistics DivisionStatistics Belgium (Acronym: NIS = National Institute for Statistics)

- Address: City-Atrium C, Rue du Progrès 50, 1210 Brussels
- And : Rue de Louvain 44 (statistics production)
- Telephone +32 [0]2.277.51.11
- NUTS level: BE

35.2.1 Responsible persons:

Véronique Renard

- Telephone 02 548 6236
- E-mail Veronique.Renard@statbel.mineco.fgov.be

35.2.2 Financing:

- Source: no info.
- Budget: no info.
- Number of people involved: no info.

35.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

See: http: //statbel.fgov.be/surveys/hbs.asp

35.3.1 Reasons for data

35.3.1.1 Legal aspects

There is no formal legal decision to organise the survey; this is not necessary since the selected households are free to collaborate. A Royal Decree of 17 January 1996 fixes the amount of the allowance to the households and another of 10 November 1996 fixes that of the pay to the interviewers.

35.3.2 Purpose of database

- Identifying the average yearly householdbudget spent on, controlled for individual characteristics, household characteristics (number and age of children), region
- To update the weighting of goods and services for the consumption price index and to provide the data to Eurostat and the Institute of National Accounts.
- To put the data at the disposal of universities, ministries, research institutions etc.

35.3.3 Users of data (organisations)

- The Commission responsible for the establishment of the consumer price index.
- Universities.
- Market research.
- Eurostat: voluntary Household Budget Survey (HBS: quintennial, last reference year: 1999, next: 2005). Because of its voluntary character, this survey faces difficulties with respect to the harmonisation of the methodology, which had to be done ex-post. The main focus in quality was on comparability of the statistics within the EU and timeliness. However, due to highly different social protection systems, expenditures for health are

not comparable. The data is in aggregated form available at the Server of Eurostat (NewCronos). Non-aggregated data are not available. These data are validated by the national statistical institutions.

- Institute of National Accounts (household consumption expenditures).

35.3.4 Applications

35.3.4.1 User experiences (problems)

Zie: Eindrapport van de AGORA studie "Billijkheid in de financiering van medische zorg" D. De Graeve, B. Cantillon, E. Schokkaert. Oktober 2003.

35.3.5 New evolutions

De meeste Europese Lidstaten waaronder België hebben deelgenomen aan het European Community Household Panel (ECHP) (communautair panel van huishoudens), dat op flexibele wijze (geen verordeningstekst, geen verplichte deelname) gecoördineerd werd door Eurostat.

In 2003/2004 werd een nieuwe enquête naar de levensomstandigheden van de huishoudens gelanceerd, het EU-SILC programma (European Statistics on Income and Living Conditions), rekening houdend met wat uit de ECHP geleerd werd. Er worden transversale (één referentiejaar) en longitudinale (vier opeenvolgende jaren) indicatoren gepland, waardoor bijvoorbeeld fenomenen van tijdelijke en structurele armoede kunnen bestudeerd worden. De methodologie van EU-SILC/ECHP verschilt wel van deze van het huishoudbudgetonderzoek. De SILC-data laten diepgaander onderzoek toe, maar zijn minder gedetailleerd bvb. voor de verschillende uitgavenposten.

35.4 CONTENTS

35.4.1 Information – Description documents on the contents

The actual survey consists of 3 documents :

- a household questionnaire,
- a budget diary and
- an individual questionnaire for household members aged 12 and above.

The results of the questionnaires are brought together into a Microsoft Access® database with thirteen tables (see annex), including two look-up tables with codes for expenses (6 digit) and revenues (3 digit). For the current surveys there are 894 6-digit products and services for the expenses, arranged in nine single digit classes and thirthy-eight 2-digit subclasses. For the revenues 89 4-digit codes are available, subdivided in five 1-digit classes and twenty-one 2-digit classes.

The household and individual questionnaires hold some socio-economic information respectively on dwelling, wealth and on professional status, employment and education. Few codes in the household diaries effectively deal with health care consumption (class: body and health care) or social protection

for health (class:). They are listed in the following two tables. All these items either render information about health care use or about financial matters (income, health care financing). They are not duplicated in the tables per concept below.

Table. Expenses codes related to health care

5.	**LICHAAMS- EN GEZONDHEIDSZORGEN**
5.1.	**GENEESMIDDELEN EN FARMACEUTISCHE PRODUKTEN**
5.1.0.1	*Geneesmiddelen*
5.1.0.1.01	Geneesmiddelen, ontsmettingsmiddelen, vitamines
5.1.0.1.02	Magistrale bereiding
5.1.0.2	*Andere farmaceutische producten en artikelen*
5.1.0.2.01	Koortsthermometers
5.1.0.2.02	Speciale breigoedartikelen en kousen in rubber
5.1.0.2.03	Watten, verbanden, kleefpleisters, verbandtrommels, sondes, warmwaterkruiken, ijszakken, enz.
5.1.0.3	*Apotheker*
5.1.0.3.01	Apotheker
5.2.	**THERAPEUTISCHE APPARATEN EN MATERIALEN**
5.2.0.1	*Therapeutische apparaten en materialen*
5.2.0.1.01	Behandelingslampen (infra-rood, ultra-violet)
5.2.0.1.02	Rolstoelen en wagens voor gehandicapten (met of zonder motor)
5.2.0.1.03	Brillen en contactlenzen (zonnebrillen uitgezonderd)
5.2.0.1.04	Orthopedische schoenen en zolen
5.2.0.1.05	Prothesen (kunsttanden, kunstgebit, kunstledematen), hoorapparaten, orthopedische apparaten (exclusief orthopedische schoenen), breukbanden, medische apparaten, enz.
5.2.0.2	*Huur en reparatie van therapeutisch materiaal*
5.2.0.2.01	Huur van therapeutisch materiaal (ook kinderweegschaal)
5.2.0.2.02	Reparatie van therapeutisch materiaal
5.3.	**DIENSTEN VAN ARTSEN, VERPLEEGSTERS EN ANDERE MEDISCH GESCHOOLDEN**
5.3.0.1	*Erelonen aan artsen*
5.3.0.1.01	Erelonen betaald aan huisartsen (dokter z.o. inbegrepen)
5.3.0.1.02	Erelonen betaald aan artsen-specialisten
5.3.0.1.03	Erelonen betaald aan tandartsen (exclusief prothesen)
5.3.0.2	*Controles en analyses, andere extra-hospitalisatie kosten*
5.3.0.2.01	Controles en analyses uitgevoerd in medische laboratoria of tandlaboratoria, radiografiën
5.3.0.2.02	Honorairen vroedvrouw, verpleegsters, kinesisten, traditionele geneeskunde
5.3.0.2.03	Ambulance dienst
5.3.0.2.04	Verblijfkosten in rusthuizenbetaald door derde
5.4.	**VERPLEGING IN ZIEKENHUIZEN EN SOORTGELIJKE**
5.4.0.1	*Verpleging in ziekenhuizen*
5.4.0.1.01	Erelonen betaald aan artsen, kinesitherapeuten e.d. ter gelegenheid van verblijf in

	ziekenhuizen, in kraaminrichtingen, enz.
5.4.0.1.02	Verblijfkosten en andere kosten in kraaminrichting en ziekenhuis in individuele kamer
5.4.0.1.03	Verblijfkosten en andere kosten in kraaminrichting en ziekenhuis in gemeenschappelijke kamer
5.4.0.1.99	Verblijfkosten en andere kosten in ziekenhuizen en kraaminrichtingen z.o.
8.	**ANDERE GOEDEREN EN DIENSTEN**
8.5	**FINANCIELE DIENSTEN EN VERZEKERINGEN**
8.5.2	**VERZEKERINGEN**
8.5.2.3	*Verzekeringen betreffende de gezondheid*
8.5.2.3.01	Bijdragen aan mutualiteiten
8.5.2.3.02	Persoonlijke ongevallen- en ziekteverzekering buiten het stelsel van de sociale verzekering

Table. Revenues related to sickness or invalidity

4.	**SOCIALE TOELAGEN, VERGOEDINGEN EN ANDERE INKOMENSOVERDRACHTEN**
4.2.00	*Vergoeding wegens werkonbekwaamheid of invaliditeit aan leden 1-9/A*
4.5.00	*Terugbetaling van kosten voor geneeskundige verzorging en geneesmiddelen van mutualiteit*
4.6.00	*Vergoeding wegens arbeidsongeval en beroepsziekte*
4.8.00	*Schadevergoedingen uitgekeerd door verzekeringsmaatschappijen*
4.8.02	Uitkeringen persoonlijke ongevallen- en ziekteverzekering

The tables above only contain the variables that are relevant for studying health care issues. Other parts have been left out. A complete overview of all variables in the different tables is in the annex 35.8 (French).

35.4.2 Population coverage

Every month more than 300 households write down expenses and revenues; the number of households to be followed during one year is over 3000. The data which are delivered by these households are extrapolated to the about four million households in Belgium. These statistics become available per region and for the country and deliver information about the detail of the expenses per product class and per service used, disaggregated by the age of the reference person[nnn] and his professional status.

- **Sample size (net):** the results of the survey 1999 are based on data of 3,745 households.
- **Sample design:** random (probability sampling)
- **Stratification:** three criteria of stratification:
  - geographical characteristics (regions: Flanders, Wallonia and Brussels)
  - five socio-professional categories (reference person): (1)non manual workers, (2)manual workers (3)self-employed persons, (4 and 5) inactive (pensioners or

[nnn] The adult household member which contributes most to the total income of the household (Eurostat definition)

not) combined with 2 age groups (less than 60 and 61 and more)

- household size (1, 2, 3, 4 and 5 or more persons)

- **Sample representativity:** the sample is big enough to obtain reliable data on the expenditure structure of the average household at the national and the regional level (Flanders, Wallonia, Brussels). This includes an oversampling of the Brussels area.
- **Sampling frame :** selection of 35 little geographical groups of households each month from the national population register. Each month asample is stratified of based on a short questionnaire completed by the households when they confirm their participation. The households in excess are refused.[ooo] The not complete strata are completed by households in excess in near stratum.
- **Response rate :** 9,93 % but the HBS is coupled (in 1999) to a Time Use Survey. (in the 1997-1998 survey it was 19% - 2213 households).
- **Substitution :** in the course of the month of survey a household drop-out is not replaced by another.
- Main concepts and definitions :
- **Coverage :** Private households having a residence on the national territory whatever their nationality. Regions have a different sampling rate to allow sufficient precision at regional level (Brussels is oversampled)
- **Definition of household :** One or more person(s) with or without family links, which occupy the same housing unit and live together on the Belgian territory (collective households are not included). Thus, members of a household are persons, whether

---

[ooo] This technique is also named "quota sampling": surveying no more than a fixed number of respondents per subgroup. Quota sampling often pre-specifies subgroups within the sample and then only allows a certain number of respondents per subgroup, thus ensuring that within each subgroup the number of respondents (and corresponding cost) does not exceed a certain threshold.
Quota sampling is a non-probabilistic, ad hoc sampling method having several disadvantages. First of all, its non-probabilistic nature causes the traditional theory of survey estimation (extrapolation and variance estimation) not to be applicable as such. Furthermore, sampling units which are prepared to participate in the survey can be refused irreversibly as soon as the quota has been reached in a given stratum or "quota group". If it appears afterwards that, because of drop-out, the final number of participants is (considerably) lower than the quota, the refused sampling units cannot be re-entered into the sample. Hence, this method often results in a number of participants that might be (far) below the number of participants that can be realised with the available budget.
The main advantage of quota sampling is that the budget can be closely controlled per "quota group", as no more participants than a pre-specified number (equal to the specified "quota" limit) can occur within each group, thus simplifying the financial administration for the survey.
Because of its various disadvantages, quota sampling is never applied in its pure form at Statistics Belgium, but only after some probabilistic sampling steps took place. Quota sampling techniques are used in the Household Budget Survey (HBS) at Statistics Belgium: randomly selected individuals are invited for participation, but positive responders can be removed if the corresponding quota group is "complete". Quota sampling has been introduced in the HBS for two reasons: it is intended to improve the representativity of the final respondent sample, and it is preferable (merely from an organisational point of view) to assign the same number of respondents to each interviewer.

related or not, living in the same dwelling and sharing at least part of the social life and the meals. Temporarily absent persons, such as children at boarding schools of persons in hospitals, are included (except if they are absent during the whole month of survey). Visitors are excluded.

- **Reference person :** In theory, it's the person who contribute most to the household's financial resources. In practice, the changes are not evermore done.
- **Child-adult definition :** persons older than 12 years complete an individual questionnaire (education, labour, personal income…).

35.4.3 Registration items

35.4.3.1 Health status

Level	
Individual	Individual questionnaire: (aged 12 and higher) ▪ Health ***Self assessed health (5 level scale)***

35.4.3.2 Access to Health Care

Level	
Individual	
Family/ Household	Household questionnaire: ▪ Regular expenses ***Insurances (yearly paid amounts)*** For compulsory health care insurance by independents For complementary health care insurance by independents ("small risks") For non-compulsory health care insurance by sickness funds by salaried For insurance against hospitalisation

35.4.3.3 Health Care Use

Level	
Family/ Household	See previous tables

35.4.3.4 General Information

Level	
Individual	Household member number [a] Relationship with the household reference person Household questionnaire: ▪ Regular expenses ***Insurances (yearly paid amounts)*** Life insurances Pension savings Individual questionnaire: (aged 12 and higher)

	▪ Professional status ***Status type (13 classes)*** ▪ Employment ***Full or Part-time*** ***Contract duration*** ***Professional class (10 classes)*** ▪ Searching employment ***Are you searching?*** ***Are you free to start?*** ***Actions taken during the last 4 weeks (different answers possible)*** ▪ Education ***Level of education currently taken*** ***Level of education attained*** ▪ Income ***Net monthly income commonly earned*** ***(10 different types of income)*** ▪ Absence ***Absent for at least two nights during the survey month*** ***Number of days absent*** ***Number of days food was not store bought***
Family/ Household	Anonymous Household number [1] Household questionnaire: ▪ Dwelling ***Type*** ***"Cadastral" Income*** ***Year of construction*** ***Number and area of rooms (per room type)*** ***Amenities (from a list)*** ***Heating source (select one from a list or other)*** ***Rent or owner (7 classes)*** ***Estimate of standard monthly rent*** ***Year of acquisition (for owners)*** ***Total value of real-estate (excluding dwelling)*** ***Financial arrangement for garbage collection*** ▪ Durable goods ***Car*** Number of cars Ownership ***Possession of durable goods at the end of the survey month*** Number (for each item in a list) ***Purchase of durable goods during the last 4 months*** Date of purchase Amount (for each item in a list) ▪ Regular expenses ***For the dwelling*** Periodicity Amount during the survey month Last amount before the survey month (for each item in a list)

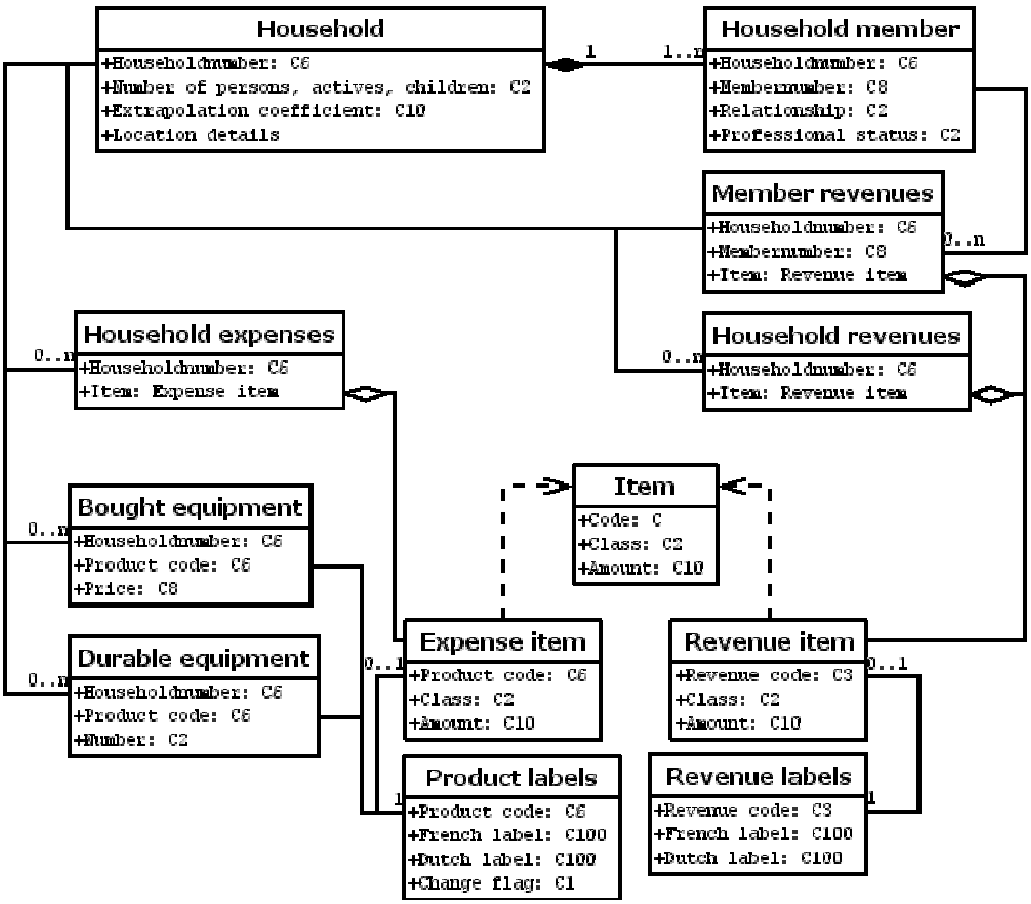
	Yearly water consumption and price
	Purchase by deferred payments, mortgage, personal loans
	Type and subject
	Date
	Periodicity
	Amount paid during survey month
	Usual amount

[a] The household member number is the number that results from the concatenation of the household number and the place of the household member within the household. '01' is reserved for the household reference person.

Amounts are given both in Belgian Francs as in Euro.

[l] The household number is also an indication of the month during which the household participated. The first two digits of this household number are the month's serial number (starting at 11/98='01', and currently at '85'). Within two years this number scheme should be extended beyond 99 or restart at 01.

An overview of the different tables in the Survey database is given in the figure below. Three tables are not included in this view: those with the results of the household questionnaire on (1) Insurances, (2) Dwelling, (3) Water consumption and the results of the individual questionnaire (one per household member aged 12 and above). The results in these tables are the coded answers on the individual questions and can be related to the other tables either by means of the index keys "Householdnumber" or "Membernumber".



35.5 TIME CHARACTERISTICS

35.5.1 Periodicity of updates

Annual as from 1995. Before 1995 the survey was carried out irregularly.

35.5.2 Longitudinality

Due to the sample selection, neither individuals nor households can be followed longitudinally. There were changes in the different items recorded. At times codes were aggregated into a single code, then codes were introduced or left out.

35.5.3 Period covered by the data

1853, 1891, 1910, 1921, 1929, 1957/58, 1961, 1963/64, 1973/74,

1978-1979, 1987-1988,

1995-1996, 1996-1997, 1997-1998, 1999-2005

Last results: 2002 (October 2005; 2004 results will be available 2006)

35.5.4 Date (of versions/updates)

The sampling methodology changed significantly starting with the 1999 survey, in part due to harmonization efforts on the European level. Formerly the sample

was based on the set of households that had responded to the labor force survey (LFS). Since 1999 it is independently based on a multi-phase selection from the national register.

Also the data collection changed (see §6.2).

35.6 DATA PROCESS

35.6.1 Information – description documents on the data-process

No info.

35.6.2 Data sources (organisations/databases)

Survey in a stratified sample (see §4.2).

The data collection process, differed significantly over different waves. To only quote the recent surveys, the septennial surveys used complete records of expenses and revenues during one year. Starting with the yearly surveys (1995), participants had to record only complete expenses and revenues during one month, and only high expenses (>1000 BEF in 1995 and > 1900 BEF in the 2nd and 3rd waves) during one year. In 1999 the data collection was spread over the year for the different participants (same number each month) and they had to record all expenses and revenues during one month (survey month) and record the purchase of each item from a limited list of durable goods for the last four months (including the survey month).

35.6.3 Data process plan

The households note their expenses and revenues in their housekeeping book and the interviewer answer with the household to the household and individual questionnaires. The NIS-centres in Brussels, Antwerp, Ghent, Liège and Charleroi are responsible for the encoding of all data using an electronic nomenclature (and dictionary) coding the expenses and revenues.

During the encoding controls are made.

35.6.3.1 ETL

Data post-stratification. As no substitution is done on households that abandon the survey, the post-survey population is not representative anymore. To correct for this, extrapolation factors are determined for every household (the same for all individuals in that household) to weigh their contribution to the total population. This is done by a post-stratification process for the variables: region of living (Brussels, Flanders, Wallonia), 5 socio-professional categories, size of the household and number of active individuals (i.e. those that earn a living) in the household (6 categories). There is an extrapolation coefficient for each stratum and each trimester. Some strata are regrouped because of small numbers.

All amounts are recalculated to an estimate of the yearly average budget by a two step process. First they are reduced to one month: the amounts in the diary are aggregated into single 6-digit expense codes or 3-digit revenue codes; the amounts over the last 4 months are divided by 4 and periodical expenses by their period. To obtain annualised amounts, the monthly amounts should be multiplied by the adapted extrapolation coefficient, which takes into account the

weight of each individual household over the different strata and throughout the year (i.e. per trimester). Finally, annualised results that are representative of the complete population, are obtained.

35.6.4 Data quality plan

During the encoding of the answers there are some controls built into the software. They serve to signal incoherence in the answers. After the encoding step, the control suite signals a number of errors, omissions and elements incompatible with the personal status of the respondent.

Before any results are published, a global validation is made for the complete year. This control step serves to eliminate the outlier households (e.g. households that were on vacation for more than 15 days during the month, households with too less food purchases, households where the shopping cart (in the supermarket) is not detailed…). After elimination, a correction is made for vacation days. If a households is for several days in a hotel, an extrapolation of the remaining food expenses are mode to compensate for this. Other checks are made between the results in the housekeeping book and the household questionnaire (e.g. for periodic expenses).

35.6.5 Data access procedure

Several pre-compiled tables with aggregated results are available from the NIS-website. (http: //www.statbel.fgov.be/figures/download_nl.asp#3).

35.6.5.1 Legal aspects

Law on Public Statistics (04/07/1962, adapted by the Law of 01/08/1985).

- "**Art. 15**. In afwijking van de artikelen 2, 6, 11 en 12 mogen de individuele inlichtingen die geen statistisch geheim uitmaken tot andere doeleinden dan deze bedoeld door genoemde artikelen benut worden wanneer de voorgestelde aanwending de belangen van de aangever niet kan schaden noch op gelijk welke wijze de nauwkeurigheid der toekomstige statistische opnamen kan in gevaar brengen.
- Voor de toepassing van deze beschikking wordt als statistisch geheim beschouwd, iedere inlichting waarvan men slechts op geoorloofde wijze kennis kan hebben door toedoen van de belanghebbende zelf.
- De Minister tot wiens bevoegdheid het Nationaal Instituut voor de Statistiek behoort beslist, voor iedere soort van gevallen, over de in het eerste lid bepaalde aanwending, na vooraf de Hoge Raad voor de Statistiek te hebben gehoord."
- Pour obtenir ces données individuelles, il faut faire un contrat de confidentialité (avec accord du ministre de l'Economie). Première chose à faire c'est une demande motivée (à quoi vont servir les chiffres) adressée au directeur général de l'INS.

35.7 RELATED EXTERNAL REFERENCE LISTS (LOOK UP TABLES)

- The national register forms the base of the sample selection
- COICOP/HICP international classification (Classification of Individual Consumption According to Purpose adapted to the needs of Harmonized Indices of Consumer Prices). Current version: 1999. http: //unstats.un.org/unsd/cr/family2.asp?Cl=5 http: //europa.eu.int/comm/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=DSP_GEN_DESC_VIEW&StrNom=HICP_2000&StrLanguageCode=EN&IntFamilyCode=&TxtSearch=&IntCurrentPage=2
  This classification complies with the ESA95 definitions and classifications, to be used in the development of the National Accounts.
  The harmonized classification COICOP/HBS 1997 (Eurostat).

35.8 ANNEX: DETAILED INFORMATION ABOUT THE HOUSEHOLD AND INDIVUAL VARIABLES

Source: NIS. Valid for the 2001 survey.

Les données de l'enquête continue sur le budget des ménages 2001.

Ces données sont fournies sous le format MS-Access 2000 dans les fichiers "EBMKit2001.mdb".

Certains montants sont donnés en francs belges et en euro (défaut). Dans ce cas, le nom des champs se termine, respectivement, par « b » ou « e ».

35.8.1 Les dépenses des ménages.

35.8.1.1 MenaDep2001 (360.150 lignes)

La table des dépenses contient 4 champs :

- **NoHousehold** (c6): numéro d'identification du ménage
- **Code6** (c6): code détaillé en 6 chiffres indiquant le type des dépenses réalisées par le ménage. Ce code correspond au niveau le plus détaillé de l'enquête. La signification des codes est donnée dans la nomenclature correspondante (LibDep2001).
- **Pc** (c2) précode caractérisant la classe de dépenses (voir nomenclature des dépenses)
- **Amount** (c10) le montant de la dépense réalisée par le ménage pour le type donné. Cette dépense a été annualisée. Pour extrapoler ce montant à l'univers de l'enquête, c'est-à-dire à l'ensemble des ménages du Royaume, il faut le multiplier par le coefficient d'extrapolation du ménage, fourni dans la table MenaStruc2001.

35.8.1.2 MenaAssurance2001 (3.726 lignes)

- La table des assurances contient les montants annuels pour les assurances souscrites et les emprunts hypothécaires:
- **NoHousehold** (c6) : numéro d'identification du ménage
- **mutugrb** (c8),**mutugre** (c8) : montant pour les gros risques (indépendant)
- **mutuprb** (c8),**mutupre** (c8) : montant pour les petits risques (indépendant)
- **cotisationb** (c8),**cotisatione** (c8) : cotisation pour la mutuelle (salarié)
- **hospib** (c8),**hospie** (c8) : prime pour une assurance hospitalisation
- **totassub** (c8),**totassue** (c8) : total pour assurance-vie ou épargne pension
- **emphypb** (c8),**emphype** (c9) : montant à rembourser pour emprunt hypothécaire (le dernier jour du mois de référence!)

35.8.2 Les revenus des ménages.

MenaRev2001 (7.806 lignes)

La table contient les revenus qui ne proviennent pas d'un de ses membres:

- **NoHousehold** (c6): numéro d'identification du ménage
- **Code3** (c3): code détaillé en 3 chiffres indiquant le type de revenus réalisé par le ménage. Ce code correspond au niveau le plus détaillé de l'enquête. La signification des codes est donnée dans la nomenclature correspondante (LibRev2001).
- **Pc** (c2): précode caractérisant la classe de revenus (voir nomenclature des revenus)
- **Amount** (c12): le revenu du ménage pour le code correspondant. Ce revenu a été annualisé. Pour extrapoler ce montant à l'univers de l'enquête, c'est-à-dire à l'ensemble des ménages du Royaume, il faut le multiplier par le coefficient d'extrapolation du ménage, fourni dans la table "MenaStruc2001".
- (Note: certains type de revenus peuvent être négatifs.)

35.8.3 Les revenus des membres des ménages.

MembRev2001 (7.153 lignes)

La table contient les revenus qui proviennent d'un de ses membres:

- **NoHousehold** (c6): numéro d'identification du ménage
- **NoMemb** (c8): numéro d'identification du membre
- **Code3** (c3): code détaillé en 3 chiffres indiquant le type de revenus réalisé par le membre. Ce code correspond au niveau le plus détaillé de l'enquête. La signification des codes est donnée dans la nomenclature correspondante (LibRev2001).
- **Pc** (c2): précode caractérisant la classe de revenus (voir nomenclature des revenus)
- **Amount** (c12): le revenu du membre pour le code correspondant. Ce revenu a été annualisé. Pour extrapoler ce montant à l'univers de l'enquête, c'est-à-dire à l'ensemble des ménages du Royaume, il faut le multiplier par le coefficient d'extrapolation du ménage, fourni dans la table "MenaStruc2001".
- (Note: certains type de revenus peuvent être négatifs.)

35.8.4 Principales caractéristiques des ménages.

35.8.4.1 MenaStruc2001 (3.726 lignes)

La table comprend les champs suivants:

- **NoHousehold** (c6): numéro d'identification du ménage
- **np** (c2): nombre de personnes
- **na** (c2): nombre d'actifs
- **ne** (c2): nombre d'enfants
- **City** (c5): code ins de la commune
- **Reg** (c2): région :
  - BR: région bruxelloise
  - VL: région flamande
  - WA: région wallonne
- **DensPopDetail** (c8): densité de population [hab/km]
- **Extrap** (c10): coefficient d'extrapolation du ménage, c'est-à-dire le nombre de ménages que représente le ménage concerné dans l'univers (ensemble des ménages du royaume)
- **Questions sur le logement provenant du « Questionnaire Ménage » 2001** (pour description voir le questionnaire) **:**

35.8.4.2 MenaLogement2001 (3.726 lignes)

- NoHousehold (c6)
- ,q1 (c1)
- ,rcb (c13),rce (c13) voir q2
- ,q3 (c1)
- ,q4ncu (c2),q4scu (c4),q4nss (c2),q4sss (c4),q4nsm (c2)
- ,q4ssm (c4),q4nsa (c2),q4ssa (c4),q4ncc (c2),q4scc (c4)
- ,q4nsb (c2),q4ssb (c4),q4nwc (c2),q4swc (c4),q4nau (c2)
- ,q4sau (c4)
- ,q5 (c8); contient 8 réponses O/J OUI & N NON
- ,q6 (c2); '00' si pas répondu
- ,q7 (c1)
- ,q8autresb (c13),q8autrese (c13) ; contient la q12 (montant dépensé pour ramassage des immondices)
- ,q9vallocb (c13),q9valloce (c13) ,q10an (c4),q10valachb (c13),q10valache (c13)
- ,q11valtotb (c13),q11valtote (c13)
- ,q12 (c1),q12psacb (c13)
- ,q12psace (c13)

Remarque concernant la question 4

"q4n…"	=> nbre de pièces
"q4s "	=> la superficie
"Cu"	=> cuisine
"SS"	=> salle de séjour
"SM"	=> salle à manger
"Sa"	=> salon
"CC"	=> chambre à coucher
"Sb"	=> salle de bain
"Wc"	=> wc
"Au"	=> autre pièce

Questions sur les biens d'équipement achetés provenant du « Questionnaire Ménage » 2001 (pour description voir le questionnaire) :

35.8.4.3 MenaEquipement2001 (5.029 lignes)

- **NoHousehold** (c6) : numéro d'identification du ménage
- **ligne** (c3) : numéro de ligne dans le questionnaire
- **code** (c6) : code détaillé en 6 chiffres indiquant le type d'équipement acheté par la ménage. Ce code correspond au niveau le plus détaillé de l'enquête. La signification des codes est donnée dans la nomenclature correspondante (LibDep2001).
- **produit** (c20) : descriptif du bien
- **dateach** (c10): date d'achat (DD/MM/YYYY)
- inconnu si blanc ou 99999999
- **prixb** (c8): le prix en BEF
- **prixe** (c8): le prix en EUR
- **Questions sur les biens d'équipement durables possédés provenant du « Questionnaire Ménage » 2001** (pour description voir le questionnaire) **:**

35.8.4.4 MenaBienDur2001 (66.616 lignes)

- **NoHousehold** (c6) : numéro d'identification du ménage
- **ligne** (c3) : numéro de ligne dans le questionnaire
- **code** (c6) : code détaillé en 6 chiffres indiquant le type d'équipement possédé par la ménage. Ce code correspond au niveau le plus détaillé de l'enquête. La signification des codes est donnée dans la nomenclature correspondante (LibDep2001).
- **produit** (c20) : descriptif du bien
- **nombre** (c2) : quantité
- **Questions sur la consommation annuelle d'eau provenant du « Questionnaire Ménage » 2001** (pour description voir le questionnaire) **:**

35.8.4.5 ➔ MenaEau2001 (3.407 lignes)

- **NoHousehold** (c6) : numéro d'identification du ménage
- **Consommation** (c13) : consommation en m
- **montantb** (c8): le prix en BEF
- **montante** (c8): le prix en EUR

35.8.5 Principales caractéristiques des membres des ménages.

35.8.5.1 MembStruc2001 (8.553 lignes)

La table comprend les champs suivants:

- **NoHousehold** (c6): numéro d'identification du ménage
- **NoMemb** (c8): numéro d'identification du membre
- **Siecle** (c1): 9 2000
- **Birth** (c6): date de naissance (YYMMDD); inconnu si blanc ou 999999
- **Par** (c2): lien avec la personne de référence

01	Personne de référence
02	Conjoint
03	Fils, fille
04	Bru, gendre
05	petit-enfant
06	père , mère
07	beau-père, belle mère
08	grand-père, grand-mère
09	soeur, frère
10	belle-soeur, beau frère
11	autre apparenté
12	autre non apparenté
13	fils, fille du conjoint
14	arrière-petit-enfant
15	partenaire cohabitant
16	fils ou fille du partenaire cohabitant

- Sexe (c1): 1 masculin; 2 féminin
- StaPB (c2): statut professionnel

00	Indépendant
01	Salarié
02	Chômeur, jamais travaillé
03	Chômeur, perdu son emploi
04	Pensionné
05	Invalide
06	Prépensionné
07	s'occupe de son ménage
08	bébé, écolier, étudiant
09	autres inactifs

Questions provenant du « Questionnaire Individuel » 2001 (pour description voir le questionnaire) **:**

35.8.5.2 Membqi2001 (7.237 lignes)

- NoHousehold (c6),NoMemb (c8)
- ,q1 (c2),q2 (c1),q3 (c1),q4 (c2),q5 (c1)
- ,q6(c1)
- ,q7(c9) ; 9 réponses possibles ' ' =NON & 'X'=OUI
- ,q8(c1),q9(c1)
- ,salaireb (c8),salairee (c8),revindb (c8),revinde (c8)
- ,revpropb (c8),revprope (c8),revimmb (c8),revimme (c8)
- ,pensionb (c8),pensione (c8),chomageb (c8),chomagee (c8)
- ,veuveb (c8),veuvee (c8),allocfamb (c8),allocfame (c8)
- ,allocmalb (c8),allocmale (c8),autreb (c8),autree (c8)
- ,q11 (c1),q12 (c2),q13a (c3),q13b (c3)

35.8.6 Libellés des dépenses.

LibDep2001 (1.088 lignes)

La table comprend les champs suivants:

- **Code Prod** (c6): numéro d'identification du libellé
- **LibelleFR** (c100): libellé en français
- **LibelleVL** (c100): libellé en néerlandais
- **Change2003** (c1): changements par rapport à l'année précédente (I=Insert)

35.8.7 Libellés des revenus.

LibRev2001 (40 lignes)

La table comprend les champs suivants:

- **Code Rev** (c3): numéro d'identification du libellé
- **LibelleFR** (c100): libellé en français
- **LibelleVL** (c100): libellé en néerlandais

35.8.8 Libellés des précodes

21	recettes
22	recettes en monnaie étrangère
23	partie gardée
27	recettes calculées
11	dépenses (cas général)
12	dépenses en monnaie étrangère (facultatif)
13	dépenses périodiques
14	dépenses professionnelles remboursables par l'employeur
15	dépenses professionnelles non remboursables par l'employeur
16	dépenses pour l'activité accessoire
17	dépenses calculées
35	production non professionnelle (ex.: produits du jardin)
41	dépenses mixtes
45	production de l'activité indépendante
46	dépenses du tableau 3.5 relatif aux indépendants
47	dépenses normales extraites des dépenses mixtes (dép.privées et professionnelles)
51	valeur totale de l'achat à tempérament
52	acompte de l'achat à tempérament
53	remboursement d'un achat à tempérament effectué pendant l'enquête
54	remboursement d'un achat à tempérament effectué avant l'enquête
56	solde payé ou montant débité (lignes 21 à 24 du journal des dépenses)
61	avantage en nature provenant de l'employeur
62	avantage en nature provenant d'un service social
63	avantage en nature provenant d'une autre institution
64	avantage en nature provenant d'un autre ménage
65	avantage en nature provenant de l'activité indépendante

Deel 9 : Eurostat

36 COMMUNITY STATISTICS ON INCOME AND LIVING CONDITIONS (SILC)

36.1 I DESCRIPTION

The EU-SILC are based on a survey with rotational design in a nationally representative probability sample in different countries of the EEA on social status. The survey is binding and applicable in all Member States of the European Union. It is the follow-up and reworked version of the former ECHP , which was not compulsory. For Belgium the international survey is also the replacement for the Panel Study of Belgian Households (PSBH).

The survey needs to deliver comparable and timely cross-sectional and longitudinal data on income and living conditions.

36.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		Eurostat
Naam van het register		EU-Survey on Income & Living Conditions SILC
Classificatie	**Hoofddomein**	Health determinants Population data
	Subdomein(en)	Lifestyles & environment Socio-economic status
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Socio-economisch
	Hoofddiscriminant(en)	Gezinnen
Bereik	**NUTS**	EU
	Doelpopulatie	sample
	Zorglijn(en)	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	2005
	Continuïteit **Periodiciteit**	discontinu jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	-
	Specificaties	Opvolger van PSBH

36.2 MANAGING ORGANISATION

- Name: Eurostat
  - Address: Bâtiment Joseph Bech, 5 Rue Alphonse Weicker, L-2721 Luxembourg
  - Website: http: //epp.eurostat.cec.eu.int
  - NUTS level: EU
- Name: National Institute for Statistics – Belgium (short: Statistics Belgium - NIS)
  - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie – Eenheid EU-SILC
  - Address: Leuvenseweg 44, 1000 Brussel
  - Website: http: //www.statbel.fgov.be/silc/
  - NUTS level: BE, BEij (up to the 2-digit province level: 10 provinces and Brussels Capital)

2.1 Responsible persons:

- Paloma Seoane
  - Role: Head of Project EU-SILC
  - Address: BECH Building D2/701, rue Alphonse Weicker 5, L-2721 Luxembourg
  - E-mail: Paloma.seoane@cec.eu.int
  - Tel.: +352 4301 34143; Fax: +352 4301 35979
- Edouard Wiliquet
  - Role : head of Project EU-SILC Belgium (NIS)
  - Telephone 02 548 63 97 (NL) / 02 548 63 25 (FR)
  - E-mail 872-SILC@statbel.mineco.fgov.be

2.2 Financing:

- Source: EU for the first four years of data collection (2004-2007)
- Budget: no info.
- Number of people involved: no info.

36.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

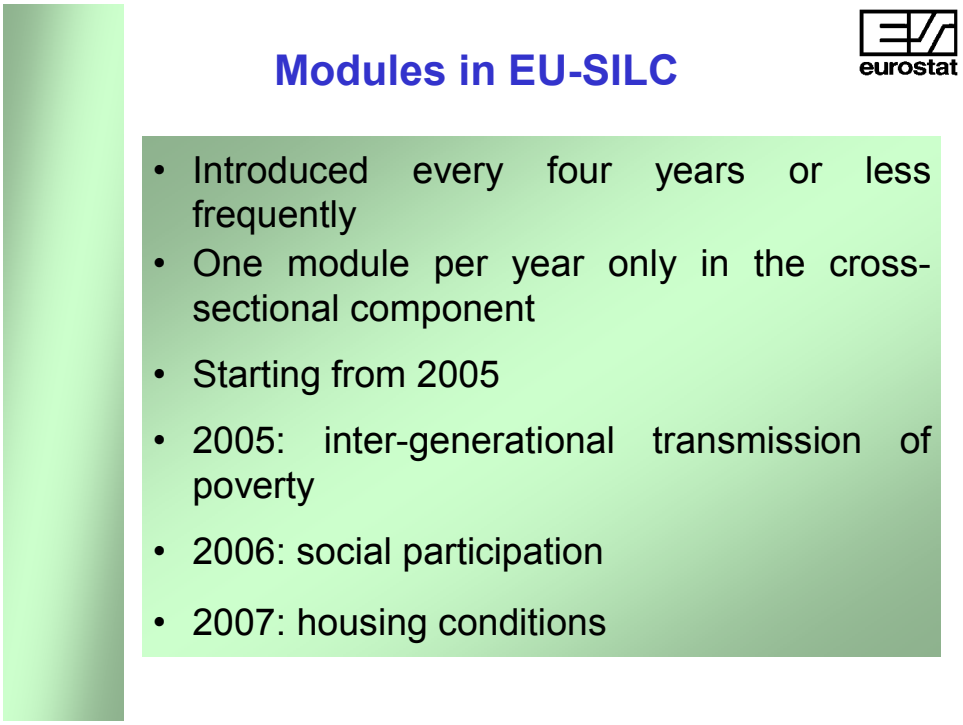
36.3.1 Reasons for data

At the Nice European Council in December 2000, Heads of State and Government reconfirmed and implemented their March 2000 (Lisbon) decision that the fight against poverty and social exclusion would be best achieved by means of the open method of coordination.

Key elements of this approach are the definition of commonly agreed objectives for the European Union (EU) as a whole (eg. The 'social policy agenda'), the development of appropriate national action plans to meet these objectives (eg.

2001-03, 2003-05), and the periodic reporting and monitoring of progress made.

It is in this latter context that the Laeken European Council in December 2001 endorsed best practice criteria for indicator design, and a first set of 18 common statistical indicators for social inclusion, which will allow monitoring in a comparable way of Member States' progress towards the agreed EU objectives. These indicators need to be considered as a consistent whole reflecting a balanced representation of EU social concerns. They cover four important dimensions of social inclusion (financial poverty, employment, health and education), which highlight the "multidimensionality" of the phenomenon of social exclusion. These indicators are often referred to as "the Laeken indicators"



36.3.1.1 Legal aspects (http: //europa.eu.int/eur-lex/)

- Framework: Regulation (EC) No 1177/2003 of the European Parliament and of the Council concerning Community statistics on income and living conditions (EU-SILC). ISSN 1725-2555, L 165, Vol. 46. 3 July 2003: pp. 1-9.
- Implementations: Commission Regulations (EC) No 1980-1983/2003 of 21 October 2003: Implementation of Regulation (EC) No 1177/2003. Official Journal of the European Union. ISSN 1725-2555, L298, Vol. 46. 17 Nov 2003: pp. 1-85.
    - Regulation (EU) No 1177 of the European Parliament and of the Council of 16 June 2003 concerning Community Statistics on income and living conditions (EU-SILC);
    - Commission Regulation (EC) No 1980/2003 of 21 October 2003 implementing Regulation (EC) no 1177/2003 of the European Parliament and of the

Council concerning Community Statistics on income and living conditions (EU-SILC) as regards definitions and updated definitions;

- Commission Regulation (EC) No 1981/2003 of 21 October 2003 implementing Regulation (EC) no 1177/2003 of the European Parliament and of the Council concerning Community Statistics on income and living conditions (EU-SILC) as regards the fieldwork aspects and the imputation procedures;
- Commission Regulation (EC) No 1982/2003 of 21 October 2003 implementing Regulation (EC) no 1177/2003 of the European Parliament and of the Council concerning Community Statistics on income and living conditions (EU-SILC) as regards the sampling and tracing rules;
- Commission Regulation (EC) No 1983/2003 of 21 October 2003 implementing Regulation (EC) no 1177/2003 of the European Parliament and of the Council concerning Community Statistics on income and living conditions (EU-SILC) as regards the list of target primary variables;

- Amendments, Reports, Additions:
  - Commission Regulation (EC) No 28/2004 of 5 January 2004 implementing Regulation (EC) no 1177/2003 of the European Parliament and of the Council concerning Community Statistics on income and living conditions (EU-SILC) as regards the detailed content of intermediate and final quality reports;
  - Commission Regulation (EC) No 16/2004 of 6 January 2004 implementing Regulation (EC) no 1177/2003 of the European Parliament and of the Council concerning Community Statistics on income and living conditions (EU-SILC) as regards the list of target secondary variables relating to the 'intergenerational transmission of poverty' (Module 2005);
  - Commission Regulation (EC) No 13/2005 of 6 January 2005 implementing Regulation (EC) no 1177/2003 of the European Parliament and of the Council concerning Community Statistics on income and living conditions (EU-SILC) as regards the list of target secondary variables relating to 'social participation' (Module 2006);
  - Regulation (EC) No 1553/2005 of 30 September 2005 of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 amending Regulation (EC) No 1177/2003 concerning Community statistics on income and living conditions (EU-SILC) (Implications of the enlargement of EU)

36.3.2 Purpose of database

To be able to keep the Commission informed of income distribution and of the level and composition of poverty and social exclusion in the Member States. This is implemented by the annual collection of comparable and timely cross-sectional and longitudinal micro-data at household and personal level and the annual compilation of Community statistics using harmonised methods and definitions at the national and European levels.

36.3.3 Users of data (organisations)

Eurostat, European Commission, NIS, NAPincl members,

36.3.4 New evolutions

The EU-SILC project was launched in 2003 on the basis of a 'gentleman's agreement', in six Member States (Belgium, Denmark, Greece, Ireland, Luxembourg, and Austria) as well as in Norway.

The starting date for the EU-SILC instrument under the European Parliament and Council Framework Regulation is 2004 for the EU-15 (with the exception of Germany, Netherlands and the UK who have derogations until 2005) as well as for Estonia, Norway and Iceland.

Germany, Netherlands and UK as well as the new Member States with the exception of Estonia are allowed to start in 2005 under the condition that they supply comparable data for the year 2004 for the cross-sectional common EU indicators that have been adopted by the Council in the context of the open method of co-ordination before 1 January 2003.

For the year 2006 (data on 2005), some new variables have been added concerning "Intergenerational transmission of poverty" (EU regulation 16/2004). Some of these variables were already included in the Belgian 2003 pilot, e.g. under the heading "Personal data: education".

For the year 2007 (data on 2006), some new variables have been added concerning Social Participation (EU Regulation 13/2005). Some of these variables were already included in the Belgian 2003 pilot, under the heading "Personal data: social integration".

36.4 CONTENTS

The survey collects both cross-sectional and longitudinal data. The former cover income, poverty, social exclusion and other living conditions as the latter are restricted to income, labour and a limited number of non-monetary indicators of social exclusion.

For the (current) cross-sectional component of EU-SILC 2003 the six participating members calculated a subset of the Laeken indicators (six indicators), equivalised disposable income and the gender pay gap.

In addition to these indicators Belgium already calculated several other indicators measuring non-monetary dimensions of poverty and social inclusion in particular. Several of these indicators are included in the Belgian 'National Action Plan on Social Inclusion' (NAPincl) .

For Belgium several indicators are disaggregated by the so-called 'Laeken-breakdowns': gender, age, most frequent activity status, household type, accommodation tenure status and work intensity.

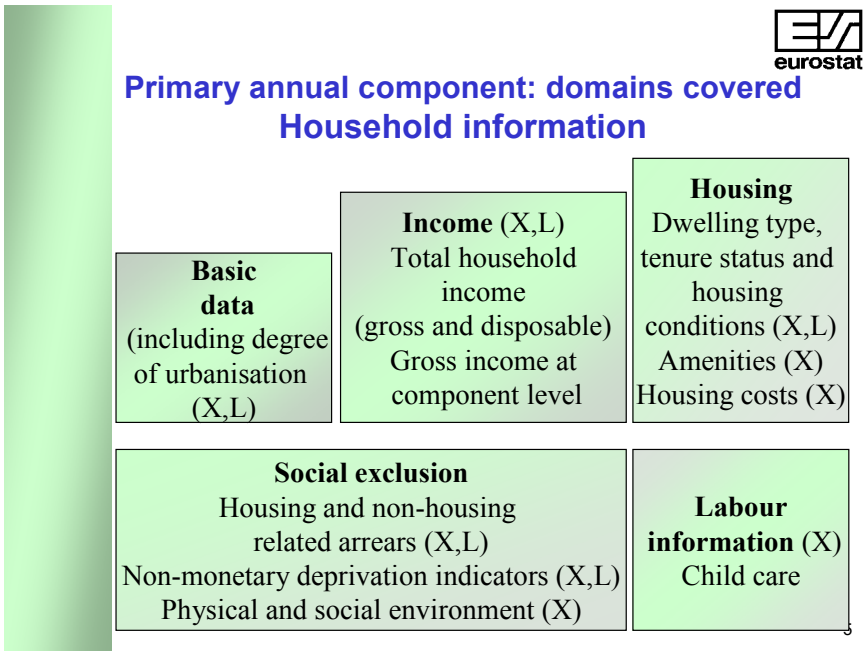
The two sets (cross-sectional and longitudinal) may be considered as independent. Linkage between the household and individual levels should always be possible. Longitudinal micro-data do not need to be linkable with cross-sectional micro-data.

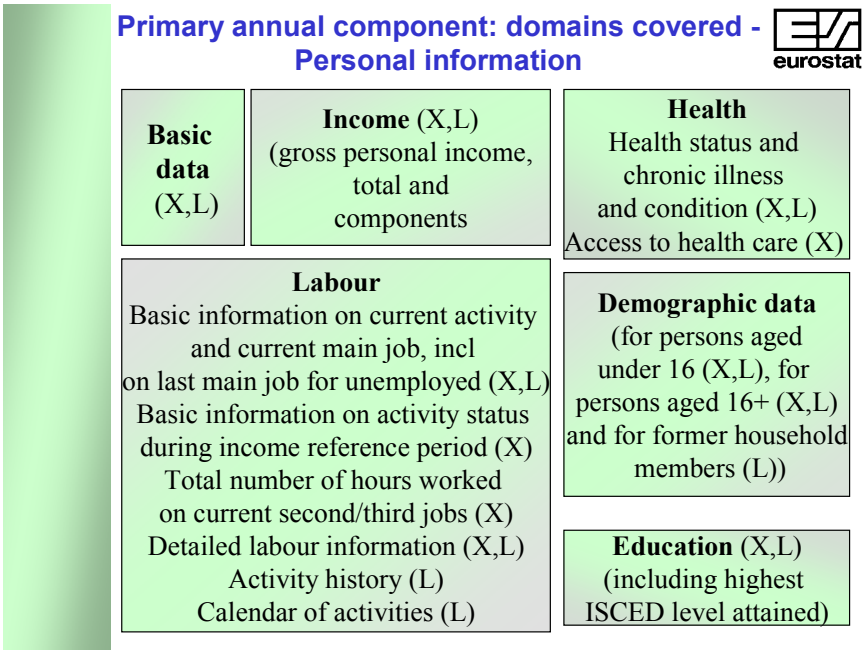
There are 4 data sets: one household register (including non-response) or D-file, one population register or R-file (including changes in household for the longitudinal data) and the household or H-file and population data or P-file.

In Belgium some 100 extra variables were added to the questionnaire and one complete section in the personal questionnaire on "social integration".

The lists of variables in the EU-SILC data files are included at the end of this part. These variables are those that are part of the pilot study from 2003. For the first official survey, which was held in 2004, there may be some minor differences concerning the content of the datasets. This information will become available in the first half of 2006.

In the next two figures the different domains of the datasets are shown for the household (H-file) and personal information (P-file), including whether it concerns the cross-sectional study (X) or longitudinal part (L).





36.4.1 Information – Description documents on the contents

- See : European legislations : commission regulations 1980-1983/2003 from 21 October 2003.
- Belgian implementation (documents available from Statistics Belgium)
- Classifications:
  - NACE (rev. 1: Statistical Classification Of Economic Activities)
  - ISCO-88 (COM) (International Standard Classification of Occupations)

36.4.2 Population coverage

General EU rule

A representative sample of households is selected. For each household there is a household questionnaire, to be filled in by (1) the person responsible for the accommodation or by (2) the person best fit to answer the questions.

Additionally, all persons at age 16 or above are requested to fill in a personal questionnaire. Dependent on their member status of the household, full or basic information is obtained. For the longitudinal data collection household members that leave the household. The minimum effective sample sizes (excluding non-responders and invalid information) for Belgium are set at:

Households		Personal interviews	
Cross-sectional	Longitudinal	Cross-sectional	Longitudinal
4 750	3 500	8 750	6 500

In Belgium the sampling design for the 2003 pilot used a 2-stage sampling with stratification of the sampling units, but no clustering. The first stage randomly selected 480 statistical letters with probability proportional to size and possible

repetitions. The secondary units consisted of 13675 households, drawn within each primary units: 32 per selection for the September phase and 17 to 37 for the November phase according to the response rate in September in each NUTS2 region (Province). This was done so that the response rate could be estimated. Half of the primary units (240) were selected for the September wave and the other for the November wave.

The stratification criterion is the region (NUTS2): i.e. 10 Belgian provinces and the Brussels Capital Region.

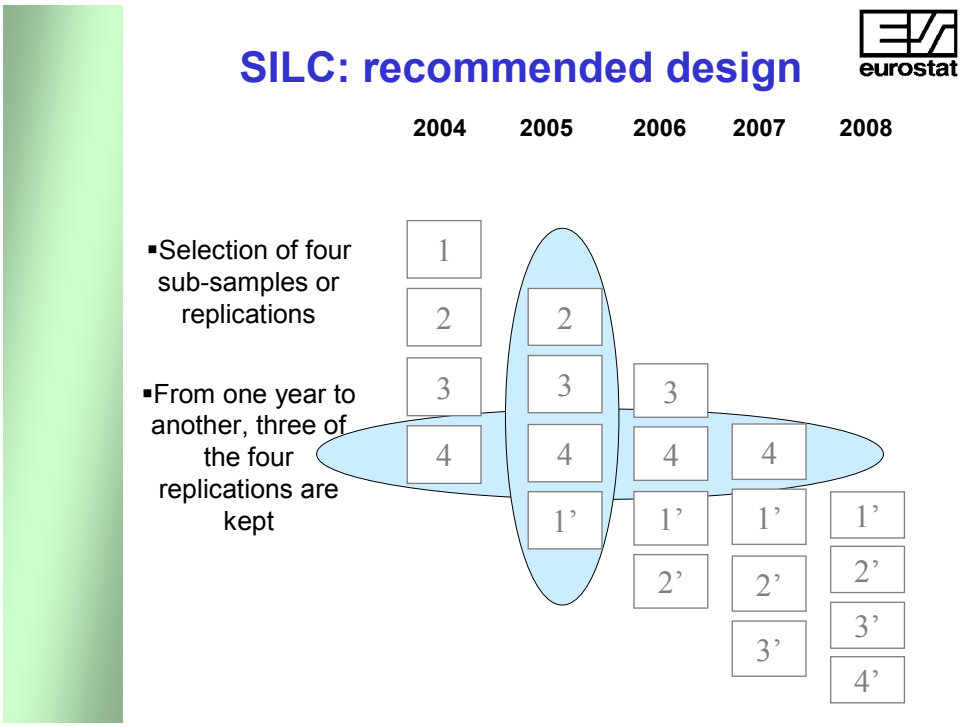
The sample allocation of 13675 households was designed to yield about 6000 responding households. The actual number of eligible households was 11254 of whom 6199 agreed to participate (response rate: 45.3%). These were distributed over the different provinces as given in the table:

NUTS2	Name	Drawn	Accepted (DB135=1)
BE10	Brussels	2704	1003
BE21	Antwerpen	1914	720
BE22	Limburg	804	367
BE23	Oost -Vlaanderen	1536	697
BE24	Vlaams-Brabant	1311	463
BE25	West-Vlaanderen	1083	669
BE31	Brabant Wallon	500	278
BE32	Hainaut	1664	752
BE33	Liège	1217	718
BE34	Luxembourg	371	199
BE35	Namur	571	333
Total	**Belgium**	**13675**	**6199**

For the individuals, 15154 persons out of 31373 answered the questionnaire (overall response rate of 48.3%). This is quite good compared to the other countries from the pilot study, except for Luxemburg that has response rate in excess of 60%. Only persons aged sixteen and over should respond to the personal questionnaire.

Due to this high (though expected) response rate, the required minimum effective sample size is easily surpassed, but this allows also to compensate for 1) the higher response rate in the southern part of Belgium and 2) the non-responses to individual questions.

About 10% of the personal interviews were done via a proxy.



In future about three quarters of the subjects are kept into the sample, to build the longitudinal component. How this should be done is shown in the next figure.

36.4.3 Registratuin items

36.4.3.1 Health status

Level	
Individual	P-file: Reason for working less than 30 hours (in main and other jobs): Personal illnes or disability Reason for change of job last year: sickness – disability General (self-reported) health Suffering from any chronic illness or condition Limitation in activities people usually do, because of health problems and for at least the last six months
Population	Self-defined health status by income quintile (Laeken indicator)

36.4.3.2 Access to Health Care

Level	
Individual	P-file: Unmet need for medical examination or treatment during the last 12 months Main reason for unmet need for medical examination or treatment Unmet need for dental examination or treatment during the last 12 months Reason for unmet need for dental examination or treatment Free help of someone of your household: transportation to doctor or

	hospital Free help from the nearest: transportation to doctor or hospital Free help by provision services: transportation to doctor or hospital
Family/ Household	H-file: Arrears on health cost in last 12 months Capacity to face unexpected financial expenses Capacity to pay unexpected expenses for about 1500

36.4.3.3 Health Care Use

Level	
Individual	P-file: Net sickness benefits Gross sickness benefits Net disability benefits Gross disability benefits Allowance within the framework of 'Vlaamse Zorgverzekering' Amount of the allowance

36.4.3.4 General Information

Level	
Individual	R-file: Month & year of birth Sex Information about intake in and withdrawal from the panel (longitudinal) Family links (father/mother/spouse or partner) P-file: (age 16 and over) Day (DDMMYYYY) of interview Month & year of birth Sex Family links (father/mother/spouse or partner) Marital status or consensual union Country of birth Citizenships ▪ Personal data: education (+ education and profession of parents) ▪ Personal data: labour information ▪ Personal data: income (net, gross, benefits and non-cash) ▪ Personal data: social integration
Family/ Household	D-file: Type of Household D-file linked to P-file by Household ID: Household composition H-file: Day (DDMMYYYY) of interview ▪ Household income variables ▪ Household social exclusion factors (+ non-monetary deprivation factors)

	▪ Household housing variables (conditions, amenities, costs…)
Group	▪ Laeken indicators by age, gender, activity status, household type, tenure status, region, income
Location/ Space	D-file: Country Region (NUTS-2) Urbanisation
Population	▪ Laeken indicators income

36.5 TIME CHARACTERISTICS

36.5.1 Periodicity of updates

Yearly from 2004.

36.5.2 Longitudinality

Limited. The survey utilises a panel with limited duration (possibly in a rotational design). Therefore individuals can be followed by at most the number of years that characterise the panel: i.e. with a four-year panel, subjects can be followed by at most four years (after a transition period). The Commission regulation states that for eight-year panels also children born to sample women should be included as sample persons.

As the survey is the replacement for the PSBH/ECHP pair, for few aggregated variables, information is available over a longer period. For more information about the differences between the ECHP and SILC surveys see the methodological paper at Eurostat.

36.5.3 Period covered by the data

Currently only data of the pilot survey (2003) are available from a limited set of countries. From 2004 onwards the data should be produced annually (except: UK, Netherlands, Germany from 2005).

36.5.4 Date (of versions/updates)

- 2003 (pilot), not available.
- 2004: first official survey. The information concerning the cross-sectional component of 2004 round will become available during the first half of 2006 (official date 02/2006). The first data of the longitudinal component will not be available before July 2007, when the first two waves will be finished. As such, the first results with a complete four-year panel (one fourth of the sample population) will not be available before July 2009.

36.6 DATA PROCESS

36.6.1 Information – description documents on the data-process

No info.

36.6.2 Data sources (organisations/databases)

The data were collected by Computer Assisted Personal Interviews (CAPI). This method allows smoother fieldwork, shorter interview duration, better data quality through automatic controls during data entry, improvement of the timeliness of the data and results.

36.6.3 Data process plan

The main part of the work on data processing took place from December 2003 until December 2004 (Processing survey data, Evaluation of interviewers, Payments of interviewers and households).

The steps in processing of the collected information are the following:

A first phase consisted of transforming the Blaise dataset into a usable SPSS dataset. Further, for a few variables correction and/or coding was necessary and outliers had to be checked.

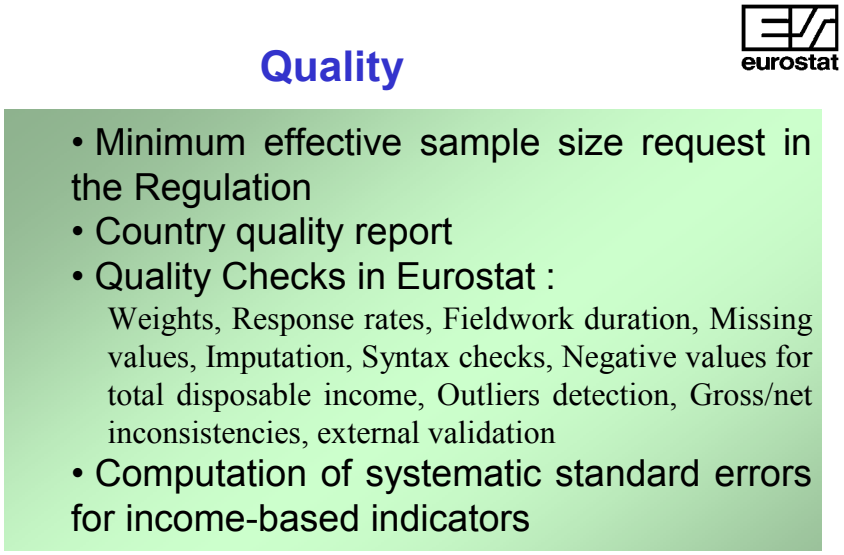
This phase was followed by a second phase of extensive work on imputation for missing, inconsistent or incorrect income data. Also, certain other survey data (such as company car) needed extra processing work. The imputation is the member state's responsibility. In Belgium an integrated strategy was applied of outlier detection, imputation and quality controls. The exact procedure will be presented on the website during the first half of 2006.

Further, weighting factors were calculated and the Eurostat target variables were created.

After running a final checking program of Eurostat and carrying out the necessary corrections, the Laeken indicators were produced and a quality report was created.

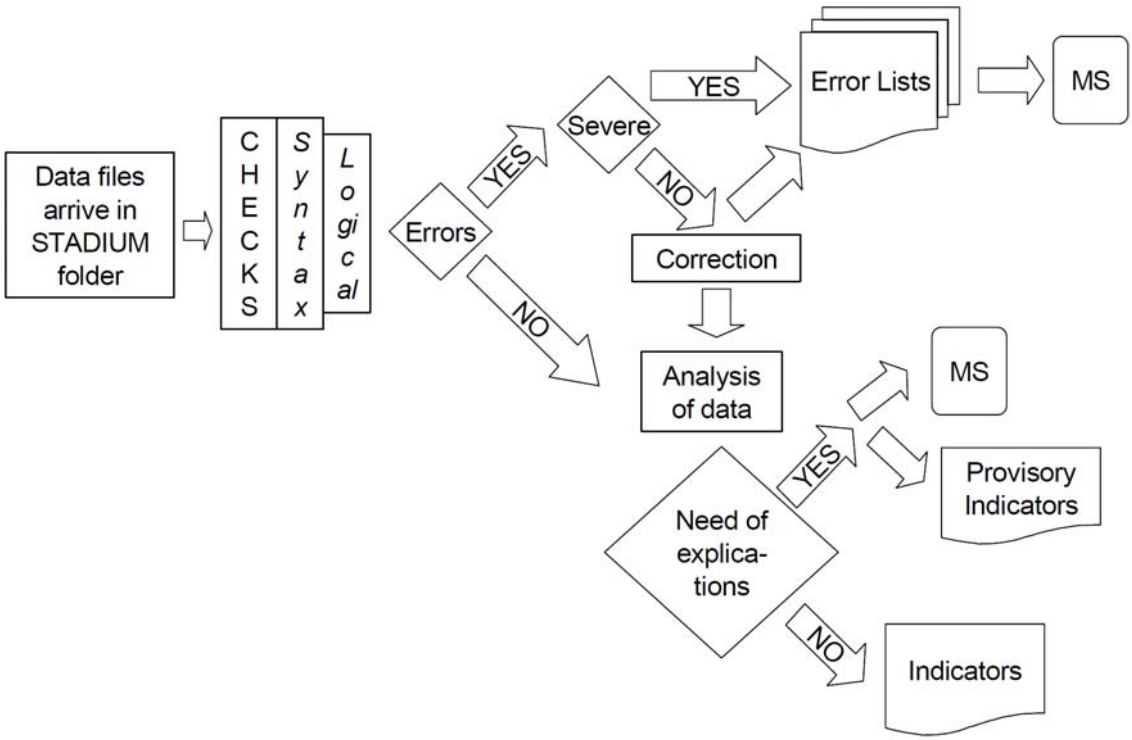
36.6.4 Data quality plan

Data quality is enforced by Eurostat, in part by the Regulation requirements, as well as by post-survey checks and analysis (see overview).



36.6.4.1 Validation

Graph 1 shows the EU-SILC process from the receipt of the data to the production of indicators. A two-step process is applied to the EU-SILC data validation: "process checks" and "data analysis".



Within the "process checks" stage, a "syntax program" checks the values, the flags, the coherence between both and compares the value against a former variable value if a relation exists. The "logical" program checks the structural coherence of the 4 files (Household register, personal register, household data, personal data), the plausibility of the relationship between members of the same household, income (total against components, variables against labour variables) and, in general, coherency between different variables of the same record and other records. In addition, the consistency of the weighting variables and the weighting procedure (design weight, non response correction, calibration) is checked manually on the basis of a standard procedure.

If severe errors are detected, error lists (commented where necessary) are sent back to the MS with a request to supply new data files. If only a few errors remain in the files, data may be corrected in EUROSTAT or lists sent to the MS.

Within the "data analysis" stage, the following issues are studied for each country:

- Response rates/ analysis of frequencies/ fieldwork duration
    - An analysis of abnormally low (negative, zero, positive) incomes
    - Inconsistencies between gross and net income
    - The tracking of anomalies by editing of the "extremes" defined by expert judgments or administrative information
    - The influence of imputation on the income distribution

- Detection and editing of outliers obtained from robust regression for major income components

If the analysis reveals anomalies, further explanations are requested from the MS, and if necessary new data files will be produced.

Furthermore, a macrodata analysis (to test the coherence with similar information produced from other data sources) is done.

Finally, indicators are calculated and SILC-2003 results are compared with the results based on ECHP (1995-2001) to highlight major differences/similarities. Some additional tests are done to check the impact on the indicators of some methodological changes between the two sources (e.g. introduction of a sample of international civil servants in Luxembourg; evolution of mean income by components; evolution of the distribution of the sample by household and personal characteristics; impact of change of income definition).

A report for the pilot wave of 2003 is available in the CIRCA documents database . The report for the 2004 wave will become available during the first half of 2006.

36.6.5 Data access procedure

Unfortunately, the Belgian pilot SILC2003 anonymous personal data cannot be distributed. It is the first large-scale pilot survey. Starting with the official 2004 wave a EU regulation will be the base to distribute the data via the users' group.

Eurostat considers the release of anonymised micro-data of prime importance. The timely release to researchers under Regulation 831/2002 is foreseen in the EU-SILC Framework Regulation 1177/2003. The data set that will be available will be slightly reworked with local suppressions, recoding or top-coding to protect individuals and outliers .

Agreement with Member States on conditions and details concerning the release of micro-data should not occur before the beginning of 2006. The main channel for release of the anonymised datasets will remain encrypted CDs sent to researchers under contractual agreement .

36.6.5.1 Legal aspects

COMMISSION REGULATION (EC) No 831/2002 of 17 May 2002 implementing Council Regulation (EC) No 322/97 on Community Statistics, concerning access to confidential data for scientific purposes

36.7 RELATED EXTERNAL REFERENCE LISTS (LOOK UP TABLES)

Variable list SILC 2003

36.7.1 Domains and areas

36.7.1.1 ♦ Household Register (D-file)

BASIC DATA (B)	Basic household data including degree of urbanization

36.7.1.2 ♦ Population Register (R-file)

BASIC DATA (B)	Basic household data including degree of urbanization

~~EDUCATION (E)~~[PPP]	~~Education, including highest ISCED level attained~~

36.7.1.3 ♦ Households (H-file)

BASIC DATA (B)	Basic household data
INCOME (Y)	Total household income (gross and disposable)
	Gross income components at household level
SOCIAL EXCLUSION (S)	Non-monetary household deprivation indicators, including problems in making ends meet, extent of debt and enforced lack of basic necessities
	Physical and social environment
LABOUR INFORMATION (L)	Child Care
HOUSING (H)	Dwelling type, tenure status and housing conditions
	Amenities in dwelling
	Housing costs

36.7.1.4 ♦ Persons (P-file)

BASIC DATA (B)	Basic personal data
	Demographic data
EDUCATION (E)	Education, including highest ISCED level attained
LABOUR INFORMATION (L)	Basic labour information on current activity status and on current main job, including information on last main job for unemployed
	Basic information on activity status during income reference period
	Total number of hours worked on current second/third …. job
	Detailed labour information
	Activity history
	Calendar of activities
HEALTH (H)	Health, including health status and chronic illness or condition
	Access to health care
INCOME (Y)	Gross personal income, total and components at personal level
SOCIAL INTEGRATION	Help from others, social participation

[PPP] The variables that are part of this list, where not included in the 2003 pilot study, since it was already started before the decision was made to include them in the survey. From 2004 onwards they will be part of the SILC datasets.

36.7.1.5 ♦ Laeken Indicators

36.7.2 Comments

The variables that are striked through are standard EU-SILC variables that are not present in the 2003 pilot wave.

The fields that are shaded in grey are variables that were added specifically for the Belgian survey. They are normally not included in the EU-SILC datasets for Belgium or other countries. However, it is foreseen that anonymous microdata for these variables will also become available for well described studies and under the conditions of a confidentiality agreement. The actual data will be available from the 2004 wave onwards. The information about which variables are included will be published during the first half of 2006 on the website.

36.7.3 Details

36.7.3.1 Household Register (D-File)

Basic Household Data (TOP)

Variable	Label
DB010	Year Of The Survey
DB020	Country
DB030	Household Id
DB040	Region
DB050	Primary Strata
DB060	PSU-1 (First Stage)
~~DB062~~	~~PSU-2 (Second Stage)~~
DB070	Order Of Selection Of PSU
DB075	Rotational Group
DB080	Household Design Weight
DB090	Household Cross-Sectional Weight
DB100	Degree Of Urbanisation
DB110	Household Status
DB120	Contact At Address
DB130	Household Questionnaire Result
DB135	Household Interview Acceptance
	Type of private household *

* To calculate the Laeken indicators for social exclusion

36.7.3.2 Personal Register (R-File)

Basic Personal Data (TOP)

Variable	Label
RB010	Year Of The Survey
RB020	Country
RB030	Personal Id
RB040	Current Household Id
RB050	Personal Cross-Sectional Weight
RB060	Personal Base Weight
RB070	Month Of Birth
RB080	Year Of Birth
RB090	Sex
RB100	Sample Person Or Co-Resident
RB110	Membership Status
RB120	Moved To
RB140	Month Moved Out Or Died
RB150	Year Moved Out Or Died
RB160	Number Of Months In Household During The Income Reference Period
RB170	Main Activity Status During The Income Reference Period
RB180	Month Moved In
RB190	Year Moved In
RB200	Residential Status
RB210	Basic Activity Status
RB220	Father Id
RB230	Mother Id
RB240	Spouse/Partner Id
RB245	Respondent Status
RB250	Data Status
RB260	Type Of Interview
RB270	Personal Id Of Proxy

Personal Data: Education (TOP)

Variable	Label
~~RL010~~	~~Education At Pre-School~~
~~RL020~~	~~Education At Compulsory School~~
~~RL030~~	~~Child Care At Centre-Based Services~~
~~RL040~~	~~Child Care At Day-Care Centre~~
~~RL050~~	~~Child Care By A Professional Child-Minder At Child's Home Or At Childminder's Home~~
~~RL060~~	~~Child Care By Grand-Parents, Others Household Members (Outside Parents), Other Relatives, Friends Or Neighbours~~

36.7.3.3 Household Data (H-File)

Basic Household Data (TOP)

Variable	Label
HB010	Year Of The Survey
HB020	Country
HB030	Household Id
HB040	Day Of Household Interview
HB050	Month Of Household Interview
HB060	Year Of Household Interview
HB070	Person Responding The Household Questionnaire
HB080	Person Responsible For The Accommodation
HB090	Person Responsible For The Accommodation
HB100	Number Of Minutes To Complete The Household Questionnaire

Household: Housing Data (TOP)

Variable	Label
HH010	Dwelling type
	Owners of a second residence
HH020	Tenure status
HH030	Number of rooms available to the household
HH031	Year of contract or purchasing or installation
HH040	Leaking roof, damp walls/floors/foundation, or rot in window frames or floor
HH050	Ability to keep home adequately warm
HH060	Current rent related to occupied dwelling
HH061	Subjective rent
HH070	Total housing cost
	Housing costs: - Basically insurance (fire, etc)
	Housing costs: - Garbage collection
	Housing costs: - Usual maintenance and small reparations
	Housing costs: - Assessment on waste water

	Housing costs: - Property deduction at source
	Housing costs: - Other costs
	Loan for renovation or mortgage for this dwelling
	Number of loans dwelling
	Original borrowed capital for loan n 1 (same for loan n 2,3,4 and 5)
	Total term of loan n 1 (same for loan n 2,3,4 and 5)
	Rate of interest of loan n 1 (same for loan n 2,3,4 and 5)
	Year of first discharge of the loan n 1 (same for loan n 2,3,4 and 5)
	Month of the first discharge of the loan n 1 (same for loan n 2,3,4 and 5)
	Discharge is per month /per 6 months /per year
	Discharge amount
	Interest monthly for the loan on your dwelling
HH080	Bath or shower in dwelling
HH090	Indoor flushing toilet for sole use of household
	Central heating system
	Hot running water

Household: Social Exclusion (TOP)

Variable	Label
HS010	Arrears on mortgage or rent payments
	Arrears On Mortgage Or Rent Payments in the last 12 months
HS020	Arrears on utility bills (Electricity, water, gas) in last 12 months
	Arrears on utility bills (Electricity, water, gas) in last 12 months – Frequency
HS030	Arrears on hire purchase instalments or other loan payments in last 12 months
	Arrears on hire purchase instalments or other loan payments (non housing related debts) in last 12 months – Frequency
	Arrears on health cost in last 12 months
	Arrears on fines in last 12 months
	Arrears on taxes in last 12 months
	Process-server due to not paying on time the rent/or obliged to move
	Process-server due to not paying on time the mortgage/or obliged to move
	Execution due to not paying on time the bills of electricity, water and gas; a closing offor a limited consumption overlaid
HS040	Capacity to afford paying for one week annual holiday away from home
HS050	Capacity to afford a meal with meat, chicken, fish (or vegetarian equivalent) every second day
HS060	Capacity to face unexpected financial expenses
	Capacity to receive at least once a month family or friends for a drink or dinner
	Capacity to pay unexpected expenses for about 1500 (60.000 BEF): - Get a loan by a bank or another finance company for the total sum
	Capacity to pay unexpected expenses for about 1500 (60.000 BEF):

	- Be able to pay the total sum with help from family or friends
	Capacity to pay unexpected expenses for about 1500 (60.000 BEF): - Pay this sum one or another way
	Capacity to pay unexpected expenses for about 1500 (60.000 BEF): Other solution
HS070	Do you have a telephone (including mobile phone)?
	Possession of a mobile phone
HS080	Do you have a colour TV?
HS090	Do you have a computer?
HS100	Do you have a washing machine?
HS110	Do you have a car?
	Possession of an internet connection
HS120	Ability to make ends meet
HS130	Lowest monthly income to make ends meet
HS140	Financial burden of the total housing cost
HS150	Financial burden of the repayment of debts from hire purchases or loans
HS160	Problems with the dwelling: too dark, not enough light
HS170	Noise from neighbours or from the street
HS180	Pollution, grime or other environmental problems
HS190	Crime violence or vandalism in the area
	Out of the way and difficult to reach with public transport
	A not genteel neighboorhood

Household: Income Data (n= net income, g= gross income) (TOP)

Variable	Label
HY010	Total gross household income
HY020	Total disposable household income
HY022	Total disposable household income before social transfers except old-age and survivor's benefits
HY023	Total disposable household income before social transfers including old-age and survivor's benefits
HY025	Within-household non-response inflation factor
HY030g/HY030n	Imputed rent
HY061g/HY061n	Subjective rent (only for proprietor)
HY040g/HY040n	Income from rental of a property or land
	Net income from rental of part of own dwelling
	Net income from rental of property or land except the own dwelling
HY090g/HY090n	Interest, dividends, profit from capital investments in unincorporated business
HY050g/HY050n	Family/children related allowances
	Family/children related allowances – Birth or adoption contribution
	Family/children related allowances – Payments according to parental leave

	Family/children related allowances – Payments according to maternal leave
HY060g/HY060n	Social exclusion not elsewhere classified
	Subsistence level, social wage or another contribution/allowance
HY070g/HY070n	Housing allowances
	Housing allowances – Build-or buy premium
	Housing allowances – Renovation, adaptation or improvement premium
	Housing allowances – rent allowances
HY080g/HY080n	Regular inter-household cash transfer received
HY100g/HY100n	Interest repayments on mortgage
HY110g/HY110n	Income received by people aged under
HY120g/HY120n	Regular taxes on wealth
HY130g/HY130n	Regular inter-household cash transfer paid
HY140g/HY140n	Tax on income and social contributions
HY145n	Repayments/receipts for tax adjustment

36.7.3.4 Personal Data (P-File)

Basic Personal Data (TOP)

Variable	Label
PB010	Year Of The Survey
PB020	Country
PB030	Personal Id
PB040	Personal Cross-Sectional Weight
PB050	Personal Base Weight
PB060	Personal Cross-Sectional Weight For Selected Respondent
PB070	Personal Design Weight For Selected Respondent
PB080	Personal Base Weight For Selected Respondent
PB090	Day Of The Personal Interview
PB100	Month Of The Personal Interview
PB110	Year Of The Personal Interview
PB120	Minutes To Complete The Personal Questionnaire
PB130	Month Of Birth
PB140	Year Of Birth
PB150	Sex
PB160	Father Id
PB170	Mother Id
PB180	Spouse/Partner Id
PB190	Marital Status
PB200	Consensual Union
PB210	Country Of Birth

PB220a	Citizenship
PB220b	Citizenship

Personal: Education (TOP)

Variable	Label
PE010	Current education activity
PE020	ISCED level currently attended
	Education level currently attended
PE030	Year when highest level of education was attained
PE040	Highest ISCED level attained
	Highest level of diploma currently attained
	Highest diploma father
	Age father went to school
	Highest diploma mother
	Age mother went to school
	Profession father when respondent was 15 years old
	Sector of activity of respondents' father
	Profession mother when respondent was 15 years old
	Sector of activity of respondents' mother

Personal: Health (TOP)

Variable	Label
PH010	General Health
PH020	Suffer From Any A Chronic (Long-Standing) Illness Or Condition
PH030	Limitation In Activities Because Of Health Problems
PH040	Unmet Need For Medical Examination Or Treatment
PH050	Main Reason For Unmet Need For Medical Examination Or Treatment
PH060	Unmet Need For Dental Examination Or Treatment
PH070	Main Reason For Unmet Need For Dental Examination Or Treatment

Personal: Labour (TOP)

Variable	Label
PL015	Person has ever worked
PL020	Actively looking for a job
PL025	Available for work
PL030	Self-defined current economic status
PL035	Worked at least hour during the previous week
	Even if you did not do paid work during the reference week, did you have a job or business from which you were away (because of maternity or parental leave, holidays, own illness, injury or temporary, bad weather etc.) And to which you expect to return?
PL040	Status in employment
	Status in employment (extension – 11 categories compared to only 4 in PL040)

	Employment sector
PL050	Occupation (ISCO-88 (COM) – 2 digits)
PL060	Number of hours usually worked per week in main job
PL070	Number of months spent at full-time work
PL072	Number of months spent at part-time work
PL080	Number of months spent in unemployment
PL085	Number of months spent in retirement
PL087	Number of months spent studying
PL090	Number of months spent in inactivity
PL100	Total number of hours usually worked in second, third… jobs
	More than one job?
PL110	NACE (2 digits)
PL120	Reason for working less than hours
PL130	Number of persons working at the local unit
PL140	Type of contract
PL150	Managerial position
PL160	Change of job since last year
PL170	Reason for change (added 4 categories)
PL180	Most recent change in the individual's activity status
PL190	When began first regular job age started first regular job
PL200	Number of years spent in paid work
	Change of main job/ activity since 2002
PL210a	Main activity on January
PL210b	Main activity on February
PL210c	Main activity on March
PL210d	Main activity on April
PL210e	Main activity on May
PL210f	Main activity on June
PL210g	Main activity on July
PL210h	Main activity on August
PL210i	Main activity on September
PL210j	Main activity on October
PL210k	Main activity on November
PL210l	Main activity on December
	What sort of income did you receive in January, February… December.
	Which documents used by the respondent for answering the questions about income?

Personal: Income (n= net income, g=gross income) (TOP)

Variable	Label
PY010g/PY010n	Employee cash or near cash income
	Income during how many months?
	Did you receive: meal tickets, an extra income for the making of overtime hours, an extra income from commission wages, fees, selling-or production benefits, end of year benefit, thirteenth month, fourteenth month, paid holiday, distribution of profit, shares of the company where you work, extra compensations for work in an other country or for work in special circumstances or locations (=no expense compensation but a real extra compensation), other extra income? [+ amount]
PY020g/PY020n	Non-cash employee income
	Company car: Trademark
	Company car: Type of model
	Company car: Year of registration
	Company car: For how many months did you use this company car for private goals?
PY030g	Employer's social insurance contribution
PY035g/PY035n	Contributions To Individual Private Pension plans
PY050g/PY050n	Cash benefits or losses from self-employment
	Source of net cash profits or losses from self-employment
	Independents: other family members concerned in the independent activity?
PY070g/PY070n	Value of goods produced by own-consumption
PY080g/PY080n	Pension From Individual Private plans
PY090g/PY090n	Unemployment benefits
	Unemployment benefits: - Waiting payment for school-leavers
	Unemployment benefits: - Payments for unemployment
	Unemployment benefits: - Payments for career interruption, credit of time
	Unemployment benefits: - Income guarantee-payment (forced part-time work)
	Unemployment benefits: - Payment out of fund for social security
	Unemployment benefits: - Surcharge for attending professional education
	Unemployment benefits: - Nursery or mobility compensation
	Unemployment benefits: - A compensation which deals with unemployment but you don't know which (removal compensation VDAB/ONEM, youth vacation compensation, compensation according to temporary unemployment, resumption of work surcharge, temporary compensations, etc.)
	Pre-pension amount
PY100g/PY100n	Old-age benefits
	Old-age benefits: - Survival pension (widow, orphans)
	Old-age benefits: - Old-age benefit
	Old-age benefits: - Guaranteed income for elder or income guarantee for the elderly
	Old-age benefits: - Supplements by the guaranteed income for handicapped elderly

	Old-age benefits: - When the sort of pension is unknown, then give the global lawful pension
PY110g/PY110n	Survivor' benefits
PY120g/PY120n	Sickness benefits
PY130g/PY130n	Disability benefits
PY140g/PY140n	Education-related allowances
PY200g/PY200n	~~Gross~~ monthly earnings for employees
	Allowance within the framework of 'Vlaamse Zorgverzekering'
	Amount of allowance

Personal: Social Integration (TOP)

Variable	Label
	Free help of someone of your household when you need it
	Free help from the nearest (family, friends, neighbours) when you need it
	Free help by provision services (private or public) when you need it
	Work as a volunteer
	Take part at sportive activities, recreational activities or an artistic activity and this outside
	Member of a collective or an association
	Satisfaction about: - The comfort and quality of your dwelling
	Satisfaction about: -Your family situation
	Satisfaction about: - Contact with others, your friends or neighbours
	Satisfaction about: - Your free time you dispose over, and can do what you want
	Satisfaction about: - The organisation of the community where you live in

36.7.3.5 Laeken Indicators (TOP)

Variable	Label
	At-risk-of –poverty rate, by age and gender
	At-risk-of –poverty rate, by most frequent activity status and gender
	At-risk-of –poverty rate, by household type
	At-risk-of poverty rate, by accommodation tenure status
	Inequality of income distribution S80/S20 income quintile share ratio
	At-persistent-risk-of-poverty rate, by age and gender (60% median)
	Relative median at –risk-of –poverty gap, by age and gender
	Regional cohesion (dispersion of regional employment rates)
	Long term unemployment rate, by gender
	Persons living in jobless households, by age and gender
	Early school leavers not in education or training, by gender
	Self defined health status by income quintile
	Dispersion around at-risk-of-poverty threshold
	At-risk-of-poverty rate anchored at a moment in time

	At-risk-of-poverty rate before social transfers, by age and gender
	Inequality of income distribution Gini coefficient
	At-persistent-risk-of-poverty rate, by age and gender (50% median)
	Long term unemployment share, by gender
	Very log unemployment rate by gender
	Persons with low educational attainment, by age and gender

37 SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE (SHARE)

37.1 DESCRIPTION

The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) is a multidisciplinary and cross-national data base of micro data on health, socio-economic status and social and family networks of some 22,000 Continental European individuals over the age of 50.

SHARE is co-ordinated centrally at the Mannheim Research Institute for the Economics of Aging. Eleven countries have contributed micro data to the 2004 SHARE baseline study. They are a balanced representation of the various regions in Europe, ranging from Scandinavia (Denmark and Sweden) through Central Europe (Austria, France, Germany, Switzerland, Belgium, and the Netherlands) to the Mediterranean (Spain, Italy and Greece). Further data are currently being collected in Israel.

The Belgian Research group is funded by DWTC (Science Policy Office Belgium) with the nickname SHARB.

37.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		Eurostat
Naam van het register		Survey on Health Ageing Retirement Europe SHARE
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Population data
	Subdomein(en)	Disabilities, lifestyle Socio-economic status
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Socio-economisch
	Hoofddiscriminant(en)	Personen > 50 jr. + partner
Bereik	**NUTS**	EU
	Doelpopulatie	sample
	Zorglijn(en)	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	2004
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	-
	Specificaties	Eerste gegevens 2004

37.2 MANAGING ORGANISATION

- Name: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA)
  - Address: L 13, 17 68131 Mannheim, Germany
  - NUTS level: BE (EU)
  - Internet: http: //www.mea.uni-mannheim.de

37.2.1 Responsible persons:

- Prof. dr. SCHOKKAERT Erik (KULeuven)
  - Katholieke Universiteit Leuven, Centrum voor Economische Studiën Departement Economie
  - Adres : Naamsestraat 69, 3000 LEUVEN
  - Telefoon : 016/32.68.03
  - Fax : 016/32.67.96
  - E-mail : erik.schokkaert@econ.kuleuven.ac.be
- Prof. dr. CANTILLON Bea (UA)
  - **Universiteit Antwerpen - UFSIA, Centrum voor Sociaal Beleid**
  - **Adres :** Prinsstraat 13, 2000 ANTWERPEN
  - **Telefoon :** 03/220.43.38
  - **Fax :** 03/220.43.25
  - **E-mail :** Bea.Cantillon@ufsia.ac.be
  - **Web site :** www.ufsia.ac.be/~csb/voorstel.htm
- Prof. dr. PERELMAN Sergio (U Liège)

Université de Liège, CREPP

  - **Adres :** Bd. Du Rectorat 7, Bât. B 31, 4000 Liège
  - **Telefoon :** 04/366 30 98
  - **Fax :** 04/366 31 06
  - **E-mail : sergio.perelman@ulg.ac.be**
- Dr. BORSCH-SUPAN Axel
  - Role : Coordinator of European Survey
  - Telephone +49-621-181 1862
  - Fax +49-621-181 1863

37.2.2 Financing:

- Source

The SHARE data collection has been mainly funded by the European Commission through the 5th framework programme (project QLK6-CT-2001). Additional funding was received from the U.S. National Institute on Aging

(U01AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08293, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OGHA 04-064), the Austrian Science Fund, the Belgian Science Policy Office (SHARB: Onderzoeksproject AG/GG/099) and the Swiss Federal Office of Education and Science.

- Budget: no info.
- Number of people involved: no info.

37.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

37.3.1 Reasons for data

Ageing is one of the major challenges faced today by the Belgium society, as well as by most of European and industrialized countries. The implications of this evolution are multiple for the organization of the society as a whole, but in the first place for the sustainability of social protection schemes.

Several studies are undertaken in order to anticipate the expected changes in the society and the budgetary cost of the ageing process, but too often these studies are restrained to a defined institutional environment, that prevailing in Belgium at a particular point in time. The main purpose of this project is to enrol Belgium in a new international, multidisciplinary and longitudinal survey project: SHARE, Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe. SHARE addresses these limitations by interviewing every two years a representative sample of the population aged 50 years and more in several European countries.

37.3.1.1 Legal aspects

Subjects and households are free to enrol. An informed consent is signed regarding the treatment of the collected data to comply with privacy laws.

37.3.2 Purpose of database

The objective of this project is to fill the knowledge and information gaps with respect to ageing and to foster cross-national and multidisciplinary research using longitudinal data on households and individuals. The main innovation of the SHARE project lies in its multidimensional design, which combines multidisciplinarity, cross-national comparability, and longitudinality.

37.3.3 Users of data (organisations)

Not yet.

37.3.3.1 Applications

A first report has been produced with the 2004 data[qqq]. This doesn't include the Belgian data yet.

[qqq] Health, Ageing and Retirement in Europe; ISBN 3-00-015812-X
First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
Edited by A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, G. Weber
Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA) - L 13, 17; 68131 Mannheim

37.3.4 New evolutions

No info.

Contents

SHARE has been designed after the role models of the U.S. Health and Retirement Study (HRS) and the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA).Compared to HRS and ELSA, SHARE has the advantage to encompass cross-national variation of public policies, cultures and histories in a variety of European countries. This advantage makes SHARE a unique and innovative data set.

Data collected include health variables (e.g. self-reported health, physical functioning, cognitive functioning, health behaviour, use of health care facilities), psychological variables (e.g. psychological health, well-being, life satisfaction), economic variables (e.g. current work activity, job characteristics, opportunities to work past retirement age, sources and composition of current income, wealth and consumption, housing, education), and social support variables (e.g. assistance within families, transfers of income and assets, social networks, volunteer activities).

In addition, the SHARE data base includes variables and indicators created by the AMANDA RTD-project under the European Union's 5th framework programme. The data is freely available to the entire research community.

37.3.5 Information – Description documents on the contents

All available documents can be found on the Website of the SHARE-project: http: //www.share-project.org/.

The SHARE main questionnaire consists of 20 modules (supplemented by a self-completion – drop off – questionnaire). Some modules concerning the household rather than the individual are only answered by the designated financial, family, or housing respondent.

Modules			
GI	General Information		
MN	System Variables	**DO**	Drop off
1. CV	Coverscreen (household)	**11. CH**	Children
2. DN	Demographics	**12. SP**	Social Support
3. PH	Physical Health	**13. FT**	Financial Transfers
4. BR	Behavioural Risks	**14. HO**	Housing
5. CF	Cognitive Function	**15. CO**	Consumption
6. MH	Mental Health	**16. HH**	Household Income
7. HC	Health Care	**17. AS**	Assets
8. EP	Employment and Pensions	**18. AC**	Activities
9. GS	Grip Strength	**19. EX**	Expectations
10. WS	Walking Speed	**20. IV**	Interviewer Observations

37.3.6 Population coverage

Based on probability samples in all participating countries, SHARE represents the non-institutionalized population aged 50 and older. Spouses are also interviewed if they are younger than 50.

37.3.6.1 The sample design.

In the participating SHARE countries the institutional conditions with respect to sampling are so different that a uniform sampling design for the entire project was infeasible. Good sampling frames for our target population of individuals 50+ and households with at least one 50+ individual did not exist or could not be used in all countries. In most countries there were registers of individuals that permitted stratification by age. In some countries these registers were administered at a regional level, Germany and The Netherlands are two examples. In these cases we needed a two or multi-stage design in which regions were sampled first and then individuals selected within regions. In the two Nordic countries Denmark and Sweden we could draw the samples from national population registers and thus use a relatively simple and efficient design. In France and Spain it became possible to get access to population registers through the co-operation with the national statistical office, while in other countries no co-operation was possible. In four countries, Austria, Belgium, Greece and Switzerland we had to use telephone directories as sampling frames and pre-screening in the field of eligible sample participants. As a result the sampling designs used vary from simple random selection of households to rather complicated multi-stage designs. These differences are reflected in the design weights that are all equal in Denmark, that use simple random sampling of households, but very different in, for instance, Italy. There are also national differences in efficiency. The simple Nordic designs are likely to be more efficient than some of the complex multi-stage designs used in central and southern Europe.

In the four countries that used telephone directories and in Denmark the final sampling unit was a household, while in all other countries the final unit of selection was an individual. Since all 50+ individuals of a household and any of their partners were included in the sample independently of how it was selected, the inclusion probability of a household is by design the same as that of any of the included household members. In the countries that used an individual as the finite unit of selection, the inclusion probabilities are proportional to the number of household members 50+, data that only became available in the interviews. In these countries it was thus only possible to compute design weights for responding households.

Unit non-response was compensated by adjusting the design weights. This was done in a calibration approach. In most countries the calibration was done to national population totals decomposed by age and gender, in two countries more information could be used and in two countries just national totals by gender were used.

37.3.7 Registration items

37.3.7.1 Life Style

Physical activity was asked using the questions of the English ELSA study.

Level	
Individual	Part: ▪ Subpart ***Variables*** Main: ▪ Behavioural risks (BR) ***Tobacco consumption*** ***Alcohol consumption*** ***Vigorous sports*** ***Activities requiring a moderate level of energy***

37.3.7.2 Health status

Level	
Individual	Main: ▪ Health (PH) ***Self-reported health*** ***Long-term illness*** ***Limited activities*** ***Diagnoses of illness*** ***Bothered by symptoms*** ***Drug use*** ***Weight, height*** ***Eyes: eyesight, glasses*** ***Ears: hearing, hearing aids*** ***Dental: prosthesis, bite hard food*** ***Health and activities: problems and help with activities*** ▪ Mental Health (MH) ***Depression*** ***Feelings*** ***Sleep, Appetite*** ***Interests, concentration*** ▪ Grip strength (GS) ***Test conditions*** ***Measurements*** ▪ Walking speed (WS) ***Eligible and feasible?*** ***Results*** ***Floor type*** ***Walking aids used*** Drop off (self-completed): ▪ Health

	Joint pain Since more than 6 months? Location of pain Every day?

The SHARE schedules include the EURO-D scale which has been validated in an earlier cross-European study of depression prevalence, EURODEP.

37.3.7.3 Access to Health Care

Level	
Individual	Main: ▪ Health Care (HC) ***Forego of care*** Because of costs Because unavailable ***Expenses for health care*** Paid out of pocket: in-patient, out-patient, drugs Paid out of pocket: day care, nursing home, home based care ***Basic health insurance category and status*** ***Voluntary (supplementary) health insurance*** ▪ Employment and pensions (EP) ***Amount of care insurance payments*** Drop off (self-completed): ▪ Health ***Have a GP*** ***Was advised a flu vaccination*** ***Recommendation by a health care provider for sigmoidoscopy or colonoscopy to check for colon cancer (last 10 yrs)*** ***Recommendation for a stool test to detect occult blood*** ***Consulted a GP or doctor about your joint pain?*** ***Advised joint surgery or replacement for your joint pain?***

37.3.7.4 Health Care Use

Level	
Individual	Main: ▪ Health (PH) ***Health and activities: help with problematic activities*** ▪ Mental Health (MH) ***Ever treated for depression?*** ***Admitted to psychiatric ward?*** ▪ Health Care (HC) ***Contact with GP*** ***Contact with specialists*** ***Waiting time for last consult of specialist*** ***Contact with dentist*** ***Admission to hospital:*** duration of stay

	psychiatric stay? (planned) surgical intervention waiting time for planned surgical intervention ***Outpatient surgical intervention*** ***Admission to a nursery home: frequency, duration*** ***Received home care? (duration)*** Type of care Drop off (self-completed): ▪ Health ***Have a GP*** ***Had a flu vaccination*** ***Had an eye exam by an eye care professional*** ***Had a breast mammogram (in the last 2 years; women)*** ***Had sigmoidoscopy or colonoscopy*** ***Had a stool test to detect occult blood detection*** ***Using medication against joint pain?*** ***Sent to a physi-therapist for joint pain?*** ***Sent to a orthopaedic surgeon for joint pain?***

37.3.7.5 Quality of Care

The indicators have been developed with the collaboration of members of the ELSA project

Level	
Individual	Drop off (self-completed): ▪ Health ***Have a GP*** ***Frequency of questiosn about*** physical activity, falls, gait, weight, drugs? ***Had a flu vaccination*** ***Had an eye exam by an eye care professional*** ***Had a breast mammogram (in the last 2 years; women)*** ***Had sigmoidoscopy or colonoscopy*** ***Had a stool test to detect occult blood detection*** ***Using medication against joint pain?*** ***Medication against joint pain helps?*** ***Sent to a physi-therapist for joint pain?*** ***Sent to a orthopaedic surgeon for joint pain?***

37.3.7.6 General Information

Level	
Individual	Main: ▪ Demographics (DN) ***Citizenships*** ***Country, Month + year of birth*** ***Year of immigration*** ***Highest educational level (own + partner)*** ***Civil state***

	Age + birth year of partner *Last job of partner* *Information about parents (alive, last job, distance, health…)* *Number of brothers, sisters alive* *Place of respondent in the parents' family* ▪ Cognitive function (CF) *Several questions that assess the cognitive functions (math, memory, verbal fluency, sense of time…)* ▪ Employment and pensions (EP) *Current job situation (paid, sector, firm characteristics, …)* *Opinions about current job* *(pre-)Pension forecast* *Frequency and gross, net amounts of payment* *Yearly net profits from work* *Past (last) job situation (paid, sector, firm characteristics, …)* *Reason for (early) retirement, unemployment* *Sources of income and average payment or benefits per year* *Type and characteristics of (future) pension* ▪ Children (CH) *Number* *Sex* *Year of birth* *Distance of living place (country)* *Own child?* *Marital status* *Frequency of contact* *Period of leave from family* *Occupation* *Education* *Number grandchildren* *Great-grandchildren?* ▪ Social Support (SP) *Received help* By whom Type of help Frequency of help Hours help received *Given help* To whom Type of help Frequency of help Hours help given ▪ Financial Transfers (FT) *Financial support given* To whom

	Amount Reason ***Financial support received*** From whom Amount Reason ***Gifts received or inherited*** Year received Value ▪ Activities (AC) ***Type of activities*** ***Frequency of activities*** ***Motivation, satisfaction, appreciation*** ▪ Expectations (EX) ***Concerning wealth, income, living standard, life expectancy*** <u>Drop off (self-completed):</u> ▪ Opinions, feelings, expectations, responsibilities, … ▪ Housing ***Accomodations*** ***Environment*** ***Pets*** ▪ Other ***Religion*** ***Prayer frequency*** ***Educated religiously?*** ***Preferred political party*** ***Sex*** ***Birth year***
Family/ Household	<u>Main:</u> ▪ Coverscreen (CV) ***Household composition*** Month + year of birth Relationships Sex ▪ Housing (HT) ***Owner, tenant or rent-free*** ***Rent payment: amount + frequency*** ***Payments for charges and services*** ***Acquisition*** ***Mortgage or loans?: years left; amount still to pay; frequency and amounts of payments*** ***Behind with payments? (rent, mortgage, loans)*** ***Subletting?*** ***Value of real estate*** ***Secondary homes?*** ***Received income or rent*** ***Number of rooms***

	Special features? *Years in this accommodation, this community* *Type of building* *Number of front door steps* *Part-time in another location during the year?: location* ▪ Household income (HH) *Income other household members* *Additional income from other sources* ▪ Consumption (CO) *Amount spent for*Food (at home, outside), telephones, goods & services *Can make ends meet* *Situation improved since last year?* ▪ Assets (AS) *Savings and investments* *Amount and interests bank account* *Government bonds, stocks, mutual funds: interests, dividends* *Individual retirement accounts (own + partner)* *Life insurance* *Time spent on managing* *Own firm company business: value, share* *Number and value of cars* *Owe money to someone?*

A question in the coverscreen (CV) determines whether these questions are answered for the household or per individual respondent.

37.4 TIME CHARACTERISTICS

37.4.1 Periodicity of updates

This is the first survey of this kind. Due to the delay in the collection of the Belgian data, these data are added for the first update of the data (winter 2006). It is foreseen to have a follow-up survey every two years.

37.4.2 Longitudinality

The design is longitudinal, but since only data on the first survey are available, no longitudinal data is present yet.

37.4.3 Period covered by the data

2004.

37.4.4 Date (of versions/updates)

2005.

37.5 DATA PROCESS

37.5.1 Information – description documents on the data-process

No info.

37.5.2 Data sources (organisations/databases)

Although the actual fieldwork in SHARE was carried out by a different agency for each country, the programming of the individual instruments was done centrally by CentERdata, a survey research institute affiliated with Tilburg University in the Netherlands. The data were collected using a computer assisted personal interviewing (CAPI) program, supplemented by a self-completion paper and pencil questionnaire. The set-up of this CAPI program allowed each country involved to use exactly the same underlying structure of meta-data and routing. The only difference across countries was the language. This mechanism, where question texts are separated from question routing, enforces the comparability of all country specific translations with a generic questionnaire.

The CAPI program was written in Blaise: a computer-assisted interviewing system and survey processing tool for the Windows operating system, developed by Statistics Netherlands and also used by the US Health and Retirement Survey. The generic CAPI instrument was directly implemented in Blaise, and the generic texts (in English) were stored in an external database. After several rounds of revisions of the generic instrument, the different countries translated their versions of the instrument using the Internet and the so-called Language Management Utility (LMU), developed by CentERdata. Another program was written converting the translated question texts, interviewer instructions, answer categories, fill texts and other instrument texts (like error messages) from the (LMU) database into a country specific survey instrument, based on the blueprint of the generic version. Yet another program was developed to process a paper version of the separate country specific CAPI instruments, as well as the generic English version.

There were only few exceptions to the generic blueprint of the questionnaire. Country specific parts were introduced when institutions were fundamentally different, e.g. in the health care section. Second, country specifics could be introduced by skipping irrelevant answer categories and by adding new country specific answer categories in the LMU. These exceptions never led to a different sequence of questions for a specific country.

Next to the CAPI instrument, a Case Management System (CMS) was developed to manage the co-ordination of the fieldwork. Only three countries used their own system: France, Switzerland, and The Netherlands. The CMS basically consists of a list of all households in the gross sample that should be approached by the interviewer. Contact notes and registrations, appointments with respondents, and area and case information could be entered in the system, and the system enforced common procedures for re-contacting respondents and how to handle non-response.

Some additional tools that converted the CMS into a complete Sample Management System (SMS) were developed. One tool facilitated the merging of all CMS databases that came back from the field, the preparation for sending the interview data, and the actual sending (via FTP) to the central management

team. Another tool generated a progress report on the basis of the CMS databases.

37.5.3 Data process plan

All data that came back from the field were processed, converted to SPSS and STATA data files and put on a secured web site. The so-called keystroke files, files that register all keystroke activity during the fieldwork, formed the basis for additional files containing information about times spent on different modules and the interview in total.

37.5.3.1 ETL

- Comparable Health index

Subjective data, such as self-assessed health can be subject to cross-country bias for several reasons. However, there is a fairly straightforward possibility to compute a single measure of health, that is comparable across countries. The main requisite are objective data on the respondents health: self reported diagnosed chronic conditions, mental illnesses, symptoms (especially pain), or functional limitations. If available, one also uses medical records, and measurements and tests like blood samples, grip strength, balance, gait speed, etc. The absence of any conditions, symptoms, or limitations, implies perfect health, i.e. an index value of 1. The presence of a condition reduces the health index by some given amount or %age, the so-called disability weight. The disability weight of each condition or symptom is assumed to be the same for each respondent.

Disability weights are often derived by expert judgements or surveys specialised to elicit health preferences, using time trade-off or standard gambles. In SHARE, we are able to compute disability weights from within our sample (Cutler and Richardson 1997) by estimating ordered probability (e.g. probit) models of self-reported health (which ranges e.g. from „excellent“ to „poor“) on a large number of variables representing chronic conditions, symptoms, ADL problems, depression, physical functioning, height, weight, and cognitive functioning. We can also include our measures of grip strength and walking speed, and basic demographic variables like age and sex. The health index is then computed as the linear prediction from this regression (the latent variable), normalised to 0 for the worst observed health state (often referred to as „near death“) and 1 for the best observed health state (referred to as „perfect health“). This procedure implies disability weights for each condition or impairment that are equal to the respective (also normalised) regression parameters. Since the variable on which we base this measurement is self-reported health itself (and thus potentially subject to cross-cultural bias), we account for country specific reporting styles by modelling the latent variable thresholds as a function of country of residence (i.e. we basically have fixed country effects at each threshold). Thus thresholds are allowed to vary across countries, while disability weights are constrained to be the same in each country.

- Income imputation

For studies that use income or income components, wealth or wealth components, etc., as one of the right-hand variables, missing information on one of these variables is a problem. Deleting observations with missing information is often an unattractive option for two reasons. The first reason is that a smaller sample size results in an efficiency loss. The second reason is that deleting missing data may yield biased inferences when item non-response is related to the variable of interest. For instance, the reason for item nonresponse may be related to the same factors that drive income or health of the respondent and deleting missing data would then lead to a selective sample.

Therefore, instead of deleting missing data, the missing values are replaced by imputed values, i.e., observed values of other respondents that are similar to the respondent considered in certain relevant aspects. The imputed values are flagged (i.e., an indicator variable is constructed indicating the level of imputation) and flags and imputed variables will be included in the public release of the data. More refined imputation methods will be applied to later data releases.

37.5.4 Data quality plan

As common in household surveys, respondents sometimes answered questions with "I don't know" (DK) or "I'd rather not say" (RF, refusal). This behaviour is called item non-response. For an overwhelmingly large majority of the variables in SHARE, item non-response is a minor problem since the percentage of DKs or RFs is quite small. For example, there is hardly any item non-response in physical or mental health variables, in well-being, labour force status and job satisfaction, or in basic demographics and information on children. Somewhat larger item non-response rates are found for qualitative questions on pension entitlements, expectations, asset ownership or the nature of the assets.

The type of questions that suffers substantially from item non-response are questions on amounts of income, expenditure, or values of assets. In this respect, however, SHARE does not differ much from comparable surveys like ELSA or HRS.

37.5.5 Data access procedure

The data collected in the 2004 SHARE baseline study are available for scientific use, free of charge.

Users have to sign a statement confirming that (a) under no circumstances the data will be used for other than purely scientific purposes, and (b) information about individual persons, households etc. will not be released to others. In case of doubt whether or not the data will be used for purely scientific research, the principal investigator of SHARE (Axel Börsch-Supan) will decide if a password will be granted. Users from non-EU countries (including Switzerland) also need to sign the standard clauses for exporting data to third countries. Data will only be made available after these documents have been received, by mail or fax (care of Josette Janssen; address: CentERdata, Tilburg University, P.O. Box 90153, 5000 LE Tilburg, The Netherlands; fax +31 13 466 2764). The required forms can be downloaded from this website using the above hyperlinks. Upon request a copy by fax can be sent. Upon receipt of the signed statements you will receive a username and password enabling you to download the data.

Users are requested to provide references to all papers based on the SHARE data to the SHARE co-ordination team. Moreover, Whenever a paper is being written using the early release 1 of the SHARE data, a disclaimer and an acknowledgement should be included in the following form:

- "This paper uses data from the early release 1 of SHARE 2004. This release is preliminary and may contain errors that will be corrected in later releases. The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through the 5th framework programme (project QLK6-CT-2001-00360 in the thematic programme Quality of Life). Additional funding came from the US National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OGHA 04-064). Data collection in Austria (through the Austrian Science Fund, FWF), Belgium (through the Belgian Science Policy Office) and Switzerland (through BBW/OFES/UFES) was nationally funded. The SHARE data set is introduced in Börsch-Supan et al. (2005); methodological details are contained in Börsch-Supan and Jürges (2005)."

When new releases become available the same disclaimer and acknowledgement apply, except for a new reference to the release number.

Data users should not make copies of the data available to others. Anyone wanting to use the data is to contact CentERdata directly to request a copy of the data.

Users of the data will be included in the list of users of the SHARE project.

In case of doubt whether or not the data have been used for purely scientific research, the principal investigator of SHARE (Axel Börsch-Supan) will decide whether the password will be removed and legal action will be taken.

37.5.5.1 Legal aspects

An informed consent is signed by the respondents regarding the treatment of the collected data to comply with privacy laws.

Deel 10 : Gemeenschappen & Gewesten

38 DONNEES D'AGREMENT REGIONALES DES INSTITUTIONS DE SOINS

38.1 DESCRIPTION

Bases de données d'agrément de la Vlaamse Gemeenschap, Région Wallonne, Commission Communautaire Commune et Communauté Germanophone concernant les institutions de soins (hôpitaux, MR-MRS, maisons de soins psychiatriques)

Données descriptives et informations de contact sur les institutions de soins.

38.1.1 Typology of the database

Gegevenscollectoren		Gewesten en Gemeenschappen
Naam van het register		Erkenningen zorginstellingen
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care Production
	Subdomein(en)	Resources Technology , Infrastructure Human capital (P&O), Specific healthcare programs
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Diverse erkenningen & zorgactiviteiten Contactinfo & organisatie
	Hoofddiscriminant(en)	Zorginstellingen
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	volledig
	Zorglijn(en)	intramuraal transmuraal dagv transmuraal $Z
Tijdsaspecten	**Start**	2006?
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	Codificatie zorginstellingen & -diensten
	Specificaties	Alle ziekenhuizen

38.2 MANAGING ORGANISATION

Vlaamse Gemeenschap

Name: Ministerie of Vlaamse Gemeenschap

Address:

Administratie Gezondheidszorg, Afdeling Verzorgingsvoorzieningen, Markiesstraat 1 - 4de verdieping, 1000 Brussel

Région Wallonne

Name: Ministère de la Région Wallonne

Address:

Direction générale de l'action sociale et de la santé, Avenue Bovesse, 100, 5100 NAMUR

Communauté Germanophone

Name: Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Address:

Abteilung Familie, Gesundheit und Soziales, Abteilungsleitung, Gospertstraße 1, 4700 Eupen

Commission Communautaire Commune

Name: Commission communautaire commune

Address:

Service santé

Avenue Louise 153

1050 Bruxelles

NUTS level: regional

38.2.1 Responsible persons:

Vlaamse Gemeenschap

- Name Herwin Dekind

  Telephone: 02 553.34.53

  E-mail: Herwin.Dekind@wvc.vlaanderen.be

Région Wallonne -hôpitaux

- Name: Mme C. Bierme, Direction de la Santé curative

  Telephone: 081/32.72.40

E-mail: c.bierme@mrw.wallonie.be

Région Wallonne – MR- MRS

- Name: Mr Marc Delwaide et Mr Pierre Gillet

  Telephone: 081/327.318 et 081/327.337

  E-mail: M.Delwaide@mrw.wallonie.be et P.Gillet@mrw.wallonie.be

Communauté germanophone

- Name: Mme Piraprez

Telephone: 087/59.63.49.

Commission Communautaire Commune

- Name: Mme Poot

  Telephone: 02 552.01.28

  E-mail: epoot@ccc.irisnet.be

38.2.2 Financing:

Source: Regions ou Communautés

Budget: pas de details connus

Number of people involved: pas de details connus

38.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

38.3.1 Reasons for data

La Communauté Flamande, Française et Germanophone, ainsi que la Commission Communautaire Commune, en ce qui concerne les institutions bilingues établies sur le sol de la Région Bruxelloise, sont légalement compétentes pour:

- L'agrément, conformément aux normes fédérales, des hôpitaux généraux et psychiatriques, des maisons de repos et de soins (MRS), des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée pour patients psychiatriques et des centres de jour ;
- l'application des règles de base pour la programmation des hôpitaux, des maisons de repos et de soins, des hôpitaux psychiatriques et des initiatives d'habitation protégée pour patient psychiatriques;
- la fixation des conditions d'agrément pour les maisons de repos (MR), les centres de coordination de soins et les services de soins à domicile, et les services de santé mentale.

A partir du 1er janvier 1984, les compétences de la Communauté Française ont été transférées à la Région Wallonne.

38.3.2 Purpose of database

Centralisation régionale des données concernant les institutions de soins.

Utilisation interne des données (échéances, titres de fonctionnement, diffusion d'informations, programmation et prévisions, ...)

38.3.3 Users of data (organisations)

- SPF Santé Publique (cf. art 5§2 de la loi spéciale coordonnée des réformes institutionnelles du 8 août 1980 : « les Gouvernements des Communautés informent l'autorité fédérale compétente de leurs décisions en matière d'agréation, de fermeture et d'investissements concernant les matières personnalisables)

- INAMI
- Universités et centres de recherche.

38.3.4 Applications

Vlaamse Gemeenschap - hôpitaux

Un ensemble de tableaux est disponible pour le public sur le site suivant:

http: //mis.vlaanderen.be/cognos7/cgi-bin/upfcgi.exe (username = gast, password = gast)

Section beleidsinformatie/volksgezondheid/ziekenhuizen

Vlaamse Gemeenschap – maisons de soins psychiatriques et habitations protégées

Un ensemble de tableaux est disponible pour le public sur le site suivant:

http: //mis.vlaanderen.be/cognos7/cgi-bin/upfcgi.exe (username = gast, password = gast)

Section beleidsinformatie/volksgezondheid/ Psychiatrische Verzorgingstehuizen ou Beschut Wonen

Région Wallonne - hôpitaux

Un tableau est disponible pour le public sur le site suivant:

http: //mrw.wallonie.be/dgass/

Section hôpitaux

(dernière mise à jour: avril 2001)

Pas d'information disponible sur les hôpitaux psychiatriques.

Région Wallonne – maisons de repos

Une liste des MR, centres de jour et résidences-services existants est disponible sur http: //mrwcf1.wallonie.be/scripts/newspics/746/168FRDocD21Li01MD.xls

38.3.5 New evolutions

Détails non connus

38.4 CONTENTS

38.4.1 Information – Description documents on the contents

Vlaamse Gemeenschap- hôpitaux

Les descriptions des différents tableaux mis à la disposition du public sont sur

http: //mis.vlaanderen.be/cognos7/cgi-bin/upfcgi.exe (username = gast, password = gast)

Section beleidsinformatie/volksgezondheid/ziekenhuizen

Vlaamse Gemeenschap – maisons de soins psychiatriques et habitations protégées

Les descriptions des différents tableaux mis à la disposition du public sont sur

http: //mis.vlaanderen.be/cognos7/cgi-bin/upfcgi.exe (username = gast, password = gast)

Section beleidsinformatie/volksgezondheid/ Psychiatrische Verzorgingstehuizen ou Beschut Wonen

Région Wallonne - hôpitaux

Pas de description de la base de données, mais un questionnaire en vue de la prorogation d'agrément (hôpitaux et services hospitaliers) est disponible sur

http: //mrw.wallonie.be/dgass/

Section hôpitaux

Région Wallonne – maisons de repos

Pas de document décrivant la base de données.

Communauté germanophone

Pas de description de la base de données.

Commission Communautaire Commune

Pas de description de la base de données.

38.4.2 Evolution of contents

Détails non connus

38.4.3 Variables

38.4.3.1 Vlaamse Gemeenschap – hôpitaux

Adresse et téléphone de l'hôpital

Type d'hôpital

Hôpital général

Hôpital psychiatrique

Numéro d'agrément

Adresse des différents sites d'exploitation

Date de décision

Date de début d'agrément

Date de fin d'agrément

Statut (agrément provisoire, prolongation d'agrément, …)

Nombre total de lits agréés

Nombre de lits agréés pour les services d'hospitalisation

A(d+n) : Service neuropsychiatrique d'observation et de traitement

A(d) : Hospitalisation de jour en service A

A(n) : Hospitalisation de nuit en service A

C : Service de diagnostic et de traitement chirurgical

$C_{(i)}$: Lits C de soins intensifs

D : Service de diagnostic et de traitement médical

$D_{(i)}$: Lits D de soins intensifs

CD: service d'hospitalisation mixte C + D

$CD_{(i)}$: Lits CD de soins intensifs

E: Service de pédiatrie

$E_{(i)}$: Lits D de soins intensifs

G : Service exclusivement gériatrique

K(d+n) : Service de neuropsychiatrique infantile

K(d) : Hospitalisation de jour en service K

K(n) : Hospitalisation de nuit en service K

L: Service des maladies contagieuses

M: Service de maternité

MIC : Service de soins intensif maternels

NIC : Service de soins néonatals intensifs

Sp-Card: Service spécialisé pour affections cardio-pulmonaires

Sp-Loco: Service spécialisé pour affections locomotrices

Sp-Neur: Service spécialisé pour affections neurologiques

Sp-Pall: Service spécialisé pour soins palliatifs

Sp-Chro: Service spécialisé pour maladies chroniques

Sp-Psyg: Service spécialisé pour psycho-gériatrie

T (d+n) : Service neuropsychiatrique de traitement

T(d) : Hospitalisation de jour en service T

T(n) : Hospitalisation de nuit en service T

Tg (d+n) : Hospitalisation de jour et de nuit pour patients gériatriques nécessitant un traitement neuropsychiatrique

Fonctions hospitalières reconnues

Tf-bed : Assistance médicale à domicile – lits (pour hôpitaux psychiatriques)

Tf-pl : Assistance médicale à domicile – places (pour hôpitaux psychiatriques)

ZA : Officine hospitalière

Pall fie : Soins palliatifs

Spoed gesp. : Soins d'urgence spécialisés

Spoed (e/o) : Première prise en charge des urgences

Dagzh : Hospitalisation chirurgicale de jour

IZ : Soins intensifs (nombre de lits)

IZ(C) : lits de soins intensifs C

IZ(CD) : lits de soins intensifs CD

IZ(D) : lits de soins intensifs D

IZ(E) : lits de soins intensifs E

N* : Soins néonatals locaux

P* : Soins périnatals régionaux

MUG : Service mobile d'urgence

Services médicaux agréés

Transplant. : Centre de transplantation

Services médico-techniques agréés

CT : CT scan (nombre)

MRT : RMN (nombre < ou > à 1 Tesla)

PET scan (nombre)

Radiothérapie

Niercentr : Centre de dialyse

Zh : Service d'hémodialyse chronique en milieu hospitalier

Cad : Service d'autodialyse collective

Peritd : Service de dialyse péritonéale ambulante

Thuisd : Service de dialyse à domicile

Ped : Service de dialyse hospitalière pédiatrique

Programmes de soins reconnus

IvfA : Médecine reproductive de type A

IvfB : Médecine reproductive de type B

Card pat A : Programme de soins cardiologie A

Card pat B1 Programme de soins B1 cardiologie invasive

Card pat B2 Programme de soins B2 cardiologie interventionnelle

Card pat B3 Programme de soins B3 cardiochirurgie

Card pat C Programme de soins C chirurgie cardiaque enfantine

Card pat E Programme de soins cardiologie E (electrophysiologie)

Card pat P Programme de soins cardiologie P (stimulateur cardiaque)

Card pat T Programme de soins cardiologie T (transplantation)

Oncol bas : Programme de soins de base d'oncologie

Oncol : Programme de soins d'oncologie

38.4.3.2 Vlaamse Gemeenschap – maisons de soins psychiatriques et habitations protégées

Maisons de soins psychiatriques

Numéro d'agrément

Nom et adresse de la maison de soins

Adresses des différents sites d'exploitation

Nombre total de lits agréés ; dont lits agréés pour l'accueil d'handicapés mentaux

Nombre total de lits définitifs ; dont lits agréés pour l'accueil d'handicapés mentaux

Nombre total de lits appelés à disparaître (« uitdovend bedden ») ; dont lits agréés pour l'accueil d'handicapés mentaux

Habitations protégées

Nom et adresse de l'habitation protégée

Numéro d'agrément

Nombre de places agréées

Nombres d'habitations individuelles

38.4.3.3 Région Wallonne – hôpitaux

La structure de la base de données n'a pas été fournie. Cependant, les variables disponibles les plus importantes sont :

Adresse et téléphone de l'hôpital

Numéro d'agrément

Adresse des différents sites d'exploitation

Nombre total de lits agréés

Nombre de lits agréés pour les services d'hospitalisation (total + par site)

A(d) : Hospitalisation de jour en service A

A(n) : Hospitalisation de nuit en service A

C : Service de diagnostic et de traitement chirurgical

Nombre de chambres à 1 lit

Nombre de chambres à 2 lits

Nombre de chambres à > 2 lits

D : Service de diagnostic et de traitement médical

$C+D_{(i)}$: Lits C+ D en unité de soins intensifs

E: Service de pédiatrie

$E_{(i)}$: Lits D de soins intensifs

G : Service exclusivement gériatrique

K: Service de neuropsychiatrique infantile

M: Service de maternité

MIC : Service de soins intensif maternels

NIC : Service de soins néonatals intensifs

Sp-Card: Service spécialisé pour affections cardio-pulmonaires

Nombre de chambres à 1 lit

Nombre de chambres à 2 lits

Nombre de chambres à > 2 lits

Sp-Loco: Service spécialisé pour affections locomotrices

Nombre de chambres à 1 lit

Nombre de chambres à 2 lits

Nombre de chambres à > 2 lits

Sp-Neur: Service spécialisé pour affections neurologiques

Nombre de chambres à 1 lit

Nombre de chambres à 2 lits

Nombre de chambres à > 2 lits

Sp-Pall: Service spécialisé pour soins palliatifs

Nombre de chambres à 1 lit

Nombre de chambres à 2 lits

Nombre de chambres à > 2 lits

Sp-Chro: Service spécialisé pour maladies chroniques

Nombre de chambres à 1 lit

Nombre de chambres à 2 lits

Nombre de chambres à > 2 lits

Sp-Psyg: Service spécialisé pour psycho-gériatrie

Nombre de chambres à 1 lit

Nombre de chambres à 2 lits

Nombre de chambres à > 2 lits

T: Service neuropsychiatrique de traitement

Fonctions hospitalières agréées

Officine hospitalière

Soins palliatifs

Soins d'urgence spécialisés (SUS)

Première prise en charge des urgences (PPCU)

Hospitalisation chirurgicale de jour

Nombre de salles d'opération spécifiques

Soins intensifs

Nombre de lits

Nombre de lits par unité

N* : Soins néonatals locaux

P* : Soins périnatals régionaux

Service mobile d'urgence (SMUR)

Section agréée

Mort subite du nourrisson

Services médicaux agréés

Transplant. : Centre de transplantation

Services médico-techniques agréés

Génétique humaine

PET scan

Nombre d'admissions durant l'année écoulée

En hospitalisation classique

En hospitalisation de jour

Nombre d'examens effectués durant l'année écoulée

Examens oncologiques

Examens pour autres indications

% d'examens avec remboursement INAMI

Nombre d'examens effectués avec gamma caméra de coïncidence durant l'année écoulée

Nombre moyen d'explorations du corps entier auquel l'appareillage peut répondre par jour (compte tenu du délai de transport des traceurs)

Nombre de PET scans

Type-marque

Année de construction et d'installation

CT scan

Nombre d'examens/an

Nombre de scanners

Type-marque

Année de construction et d'installation

Nombre d'appareillage d'angiographie digitalisée

RMN

Nombre d'examens/an

Nombre de RMN

Type-marque

Année de construction et d'installation

Nombre de Tesla

Radiothérapie

Nombre d'accélérateurs nucléaires

Type-marque

Année de construction et d'installation

Nombre d'appareils de cobalt

Type-marque

Année de construction et d'installation

Nombre d'appareils pour la thérapie de surface et de contact (50 kV)

Type-marque

Année de construction et d'installation

Autodialyse

Nombre de dialyses chroniques effectuées les 3 dernières années (avant demande d'agrément)

Dans le service d'hémodialyse chronique

Dans le service d'autodialyse collective

Nombre de dialyses aiguës effectuées pendant l'année précédente (de la demande d'agrément)

Nombre de transplantés à partir du centre depuis les 10 dernières années

% retournés en hémodialyse

Programmes de soins agréés

Médecine reproductive de type A

Médecine reproductive de type B

Programme de soins cardiologie A

Nombre de défibrillations réalisées durant l'année écoulée

Nombre de thrombolyses coronaires réalisées durant l'année écoulée

Nombre de placements d'un stimulateur cardiaque provisoire réalisés durant l'année écoulée

Nombre de monitorings des pressions cardiaques droites et intra artérielles réalisés durant l'année écoulée

Nombre d'échocardiographies réalisées durant l'année écoulée

Nombre de monitorings de Holter réalisés durant l'année écoulée

Programme de soins cardiologie B

Nombre de coronarographies diagnostiques réalisées durant l'année précédente et en moyenne au cours des 3 dernières années

Nombre de salles de cathétérisme cardiaque

Nombre de salles équipées pour la cardiologie interventionnelle

Nombre de salles d'opération équipées pour la chirurgie cardiaque

Nombre de lits de soins intensifs occupés en moyenne par des patients en chirurgie cardiaque

Programme de soins C chirurgie cardiaque enfantine

Programme de soins cardiologie E (electrophysiologie)

Programme de soins cardiologie P (stimulateur cardiaque)

Nombre de premiers placements de stimulateurs cardiaques effectués durant l'année écoulée

Nombre de réimplantations durant l'année écoulée

Programme de soins cardiologie T (transplantation)

Programme de soins de base d'oncologie

Programme de soins d'oncologie

Liste du staff médical avec spécialisation, affectation et temps de prestation

Liste du staff infirmier avec formation, affectation et temps de prestation

Liste du staff para-médical avec formation, affectation et temps de prestation

Nombre de salles d'opération au sein du Q.O

Nombre de salles d'opération en dehors du Q.O

Nombre de lits de la salle de réveil

Nombre de salles d'accouchement

Nombre de salles de travail

Nombre de salles mixtes accouchement-travail

Nombre de boxes d'isolement en pédiatrie

38.4.3.4 Région Wallonne – maisons de repos

Numéro d'agrément

Type d'institution

MR

Centre de jour

Résidence-service

Nom et adresse de l'institution

Type de pouvoir organisateur

ASBL

SPRL

SCRL

SA

Personne privée

CPAS

Intercommunale

Commune

Nombre de lits agréés

Capacité de court séjour en lits

Agrément spécial pour personnes âgées désorientées (capacité)

38.5 TIME CHARACTERISTICS

38.5.1 Periodicity of updates

La remise à jour se fait lors des nouvelles demandes d'agrément ou des prorogations d'agrément. La durée des agréments varie selon les Régions et Communautés.

38.5.2 Longitudinality

Détails non connus

38.5.3 Period covered by the data

Détails non connus

38.5.4 Date (of versions/updates)

La remise à jour se fait lors des nouvelles demandes d'agrément ou des prorogations d'agrément.

38.6 DATA PROCESS

38.6.1 Information – description documents on the data-process

Détails non connus

38.6.2 Data sources (organisations/databases)

Institutions de soins

38.6.3 Data process plan

Détails non connus

38.6.4 Data quality plan

Détails non connus

38.6.5 Data access procedure

Détails non connus

39 OVERLIJDENSREGISTERS

39.1 DESCRIPTION

Deze wettelijke registratie houdt een overzicht bij van de overlijdens en de doodsoorzaken van de inwoners van België.

39.1.1 Typology of the database

Gegevenscollectoren		Gemeenschappen
Naam van het register		Overlijdenssregister
Classificatie	**Hoofddomein**	Health status
	Subdomein(en)	Mortality causes
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Administratief Doodsoorzaken
	Hoofddiscriminant(en)	Inwoners België
Bereik	**NUTS**	BE1 – BE2 – BE3
	Doelpopulatie	volledig
	Zorglijn(en)	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	1999
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	ICD-9 periode 1993-1997 ICD-10 sinds 1998
	Specificaties	Wallonië slechts beschikbaar tot 1998 VL & BRX tot 2003

39.2 MANAGING ORGANISATIONS

Name: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn – Brussels Hoofdstedelijk Gewest

- Address: Louizalaan 183, 1050 Brussel
- NUTS level: BE1

Name: Vlaamse Gemeenschap - Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: Zorg en Gezondheid (IVA)

- Address: Markiesgebouw - Markiesstraat 1, 1000 BRUSSEL
- NUTS level: BE2

Name: Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS)

- Address: Place de la Wallonie, 1 Bat II, 5100 JAMBES
- Tél: 081 33.30.50 - Fax: 081 33.30.55
- E-mail: info@iweps.wallonie.be
- NUTS level: BE3

39.2.1 Responsible persons:

Myriam De Spiegelaere

- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn – Brussels Hoofdstedelijk Gewest
- Role : Directeur
- Telephone 02 552 01 89
- Fax 02 502 59 05
- E-mail observat@ggc.irisnet.be

Herwin De Kind & Heidi Cloots

- Vlaamse Gemeenschap – Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: Zorg en Gezondheid (IVA)
- Telephone 02-553 35 10
- Fax 02-553 36 35
- E-mail herwin.dekind@wvc.vlaanderen.be, heidi.cloots@wvc.vlaanderen.be

NN

- Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS)
- Address: Place de la Wallonie, 1 Bat II, 5100 JAMBES
- Tél: 081 33.30.50 - Fax: 081 33.30.55
- E-mail: info@iweps.wallonie.be

39.2.2 Financing:

De registraties worden gefinancierd door de regionale overheden (Vlaanderen, Brussel, Wallonië). Het Brusselse Observatorium voor Gezondheid en Welzijn heeft een conventie afgesloten met de Vlaamse Gemeenschap om de taken inbreng van de gegevens en codering uit te besteden.

39.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

39.3.1 Reasons for data

Overlijdensregistratie vormt , samen met de geboortregistratie, een essentieel element voor de overheid tot het bijhouden van de actuele bevolkingssstatus (burgerlijke stand).

- Wet van 20/08/1948 betreffende de verklaringen van overlijden en van vermoedelijk overlijden, alsmede betreffende de overschrijving en de administratieve verbetering van sommige akten van overlijden.
- Koninklijk besluit van 17/06/1999 (BS 04/09/1999) waarbij het opmaken van een jaarlijkse statistiek van de overlijdensoorzaken wordt voorgeschreven.
- Ministrieel besluit van 11/08/2000 (BS 13/09/2000) tot wijziging van de bijlagen van het KB van 17/06/1999 waarbij het opmaken van een jaarlijkse statistiek van de overlijdensoorzaken wordt voorgeschreven.

39.3.2 Purpose of database

Opmaak van de statistieken van overlijdens en doodsoorzaken.

39.3.3 Users of data (organisations)

- FOD Economie - Algemene Directie Statistiek (NIS)
- Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid (WIV)
- Internationale organisaties (WHO, OECD, EuroSTAT,…)

39.3.4 Applications

De Vlaamse administratie stelt de analyses van de gegevens ter beschikking van het publiek. In de toekomst zal dit enkel nog via het internet gebeuren en niet meer op papier. In principe neemt dit een half jaar in beslag, zodat de gegevens van jaar J beschikbaar zijn halfweg jaar J+2.

De Vlaamse administratie stelt ook de "statistiek van doodsoorzaken" ter beschikking, zowel elektronisch als op papier.

De Vlaamse administratie stelt op basis van de bestanden de zogenaamde gezondheidsindicatoren samen, die onder meer de epidemiologie van sterfte van de Vlaamse bevolking beschrijft en analyseert[rrr].

Het Brussels Observatorium voor Gezondheid en Welzijn analyseert haar gegevens en rapporteert jaarlijks.

Het NIS[sss] brengt de gegevens van de verschillende landsgedeelten samen. Ze geeft ze door aan het WIV[ttt] voor de epidemiologische verwerking ervan tot sterftetabellen, *standardized mortality ratio's*, levensverwachting…

[rrr] http: //www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren/
[sss] Zie gezondheidstoestand - http: //statbel.fgov.be/figures/d364_nl.asp
[ttt] Standardized Procedures for Mortality Analysis (SPMA):

De nationale gegevens dienen als input voor de dataverzamelingen van internationale organisaties, zoals WHO, OECD, Eurostat.

39.3.5 User experiences (problems)

Er zijn geen nationale data meer beschikbaar vanaf 1998. België slaat hier internationaal een zeer pover figuur.

39.3.6 New evolutions

Geen.

39.4 CONTENTS

De inhoud van de registratie is wettelijk geregeld, door de publicatie in het staatsblad van de te gebruiken formulieren. Er bestaan twee modellen van formulieren:

- Model IIIC: voor de aangifte van het overlijden van een persoon van een jaar of ouder
- Model IIID: voor de aangifte van het overlijden van een kind jonger dan een jaar of van een doodgeboorte[uuu].

Het model IIID verschilt op een aantal belangrijke punten van dat van model IIIC en sluit beter aan bij het formulier model I, dat gebruikt wordt voor de aangifte van een geboorte van een levend kind. Voor meer informatie zie de peri-natale registers (Studiecentrum Perinatale Epidemiologie, IKAROS, ONE-BDMS).

Elk model bestaat uit 4 stroken. Strook A bevat de identiteitsgegevens en wordt ingevuld door de geneesheer en bewaard bij de gemeentelijke administratie. Strook B wordt eveneens ingevuld door de geneesheer en gecontroleerd door de gemeentelijke administratie alvorens deze met de rest van het formulier wordt overgemaakt aan de verantwoordelijke geneesheer-ambtenaar. Strook C, dat de medische gegevens bevat, wordt ingevuld door de geneesheer en in een gesloten omslag overgemaakt (deze informatie is dus niet toegankelijk voor de gemeentelijke administratie). De omslag wordt pas geopend onder bevoegdheid van de verantwoordelijke geneesheer-ambtenaar. Strook D bevat de administratieve sociale gegevens en wordt aangevuld door de gemeentelijke administratie.

39.4.1 Information – Description documents on the contents

- http: //www.observatbru.be/nl/Sante/bulletins.asp
- http: //www.bruxelles.irisnet.be/nl/other/searchresults.shtml?query=bevolking&section=&x=14&y=10
- http: //statistiques.wallonie.be/dyn/14/page11.ihtml?ID_SITE=14&ID_CATEGORIE=155&TYPE=&CAT=11

http: //www.iph.fgov.be/epidemio/spma/

[uuu] enkel die doodgeboren kinderen met een geboortegewicht vanaf 500 gram, of waarvan de zwangerschapsduur tenminste 22 weken bedraagt, of met een lichaamslengte van ten minste 25 cm (WHO richtlijn).

- http: //aps.vlaanderen.be/statistiek/Frameset_over_cijfers.htm

39.4.2 Population coverage

In principe worden alle overlijdens geregistreerd. Door de bevoegdheidsverdeling worden ze wel in elk gewest apart verwerkt. Het NIS is er voor verantwoordelijk om de nationale gegevens te compileren. Dit is niet meer mogelijk geweest sinds 1997.

39.4.3 Variabelen

Level	
Individual	Strook C: ▪ Aard van het overlijden ▪ Omstandigheden van de niet-natuurlijke dood ▪ Ongeval ***Plaats van het ongeval*** ***Datum en uur van het ongeval*** ▪ Doodsoorzaak ***Ziekte of aandoening die rechtstreeks de dood tot gevolg had*** ***Geassocieerde oorzaken*** ▪ Vrouwelijke overledene ***Zwanger in de loop van het jaar voor overlijden*** ***Bevallen in de loop van het jaar voor overlijden*** ▪ Autopsie of aanvullende onderzoeken ▪ Attesterende geneesheer = behandelende geneesheer? ▪ Nummer medisch dossier ▪ Datum van attest

39.4.3.1 General Information

Level	
Individual	Strook B: ***Datum en uur van overlijden*** ***Plaats van het overlijden*** ***Geslacht van de overledene*** Strook D: ▪ Gemeente van overlijden ***Naam*** ***NIScode*** ▪ Nummer overlijdensakte ▪ Gemeente of land waar de overledene gewoonlijk verbleef ***Naam*** ***NIScode*** ▪ Geboortedatum ▪ Opleiding (hoogst voltooide opleiding of diploma) ▪ Huidige beroepstoestand ▪ Sociale staat in het laatst uitgeoefend beroep ▪ Uitgeoefende beroepen

	Naam *NIScode* ▪ Nationaliteit *Huidige* *NIScode* ▪ Burgerlijke staat van de overledene *Geboortedatum echtgenote* *Datum laatste huwelijk* ▪ Leefsituatie overledene (alleen, privéhuishouden, instelling)

39.5 TIME CHARACTERISTICS

39.5.1 Periodicity of updates

Jaarlijks.

39.5.2 Longitudinality

Gezien het over overlijdensregistratie gaat, is de longitudinaliteit van persoonsgegevens niet aan de orde. Epidemiologisch kan men wel het belang van verschillende doodsoorzaken jaar per jaar volgen en dit uitgesplitst naar geslacht en woonplaats.

39.5.3 Period covered by the data

- 1993-2003 (Vlaanderen)
- 1993-2003 (Brussel). Voor 1998 waren de gegevens niet volledig voor Brussel.
- 1993-1998 (Wallonië)

39.5.4 Date (of versions/updates)

Sinds 1998 wordt gecodeerd met versie 10 van de ICD. Voor 1998 werd versie 9 gebruikt. De inhoud van de certificaten werd in 1998 ook aangepast (zie wetgeving), waardoor de indeling in doodsoorzaken, het aantal en de inhoud van de variabelen gewijzigd werden.

39.6 DATA PROCESS

39.6.1 Information – description documents on the data-process

Geen info.

39.6.2 Data sources (organisations/databases)

De geneesheer die het overlijden vaststelt, vult de stroken A,B en C in en maakt ze over aan de dienst burgerlijke stand van de gemeente waar het overlijden heeft plaatsgevonden. De dienst burgerlijke stand vult de strook D verder in.

Zoals hierboven uitgelegd, bestaat de wettelijke registratie uit 4 luiken (A-D). Het A-luik blijft op de gemeente, de rest wordt doorgestuurd. Het C-luik, of het medische luik van de registratie is steeds op papier en wordt door de gemeente onder gesloten omslag verstuurd. Voor Vlaanderen worden de gegevens overgemaakt aan de Administratie Gezondheidszorg van de Vlaamse Gemeenschap, die instaat voor de verdere verwerking ervan. In het Brussels Hoofdstedelijk gewest worden de gegevens overgemaakt aan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie die ze overhandigt aan het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. In Wallonië gaan de formulieren naar de Franstalige Gemeenschap. De luiken B en D (socio-demografische gegevens) worden in principe ook op papier verstuurd, maar 19 Vlaamse gemeenten sturen die nu al elektronisch door.

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest worden de formulieren een eerste maal nagekeken en worden bij ontbrekende of foutieve gegevens de gemeentelijke administratie gecontacteerd. Daarna worden de formulieren verzonden naar de dienst Gezondheidsindicatoren van de Vlaamse Gemeenschap.

39.6.3 Data process plan

Formulieren of gegevens die in Vlaanderen binnengebracht worden, kijkt men eerst na (zie data quality). Indien goed bevonden, worden ze naar de codeurs gebracht, die de geregistreerde doodsoorzaken omzetten naar een ICD-10 code. Daarna worden de gegevens ingebracht in de database, door middel van een software programma op PC.

De Vlaamse administratie verwerkt ook de formulieren van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Er is geen info m.b.t. de Waalse gegevens.

39.6.4 Data quality plan

In Vlaanderen is er veel aandacht voor de kwaliteit van de gegevens. Deze wordt in belangrijke mate bepaald door de software die gebruikt wordt om de gegevens in te geven. De manier van werken bestaat erin om fouten te voorkomen en gemaakte fouten zo vroeg mogelijk op te sporen.

De papieren formulieren worden bij het binnenkomen gecontroleerd op volledigheid. Er wordt gekeken of verplichte velden werden ingevoerd. Zo nodig wordt met de gemeente contact opgenomen. Aktenummers dienen binnen één gemeente uniek te zijn. Dit laatste wordt bij het tellen van de formulieren gecontroleerd.

De software is een gebruiksvriendelijk programma (een Microsoft® Access applicatie). Door gebruik te maken van keuzelijsten, invoerbeperkingen (vb NIS-code) en controles (vb chronologie van datums) wordt een goede datakwaliteit bekomen.

De elektronische gegevens (luik B en D) worden op volledigheid gecontroleerd en waar nodig aangevuld. Net zoals voor het Rijksregister zijn de gegevens over het (laatste) beroep weinig gevalideerd en dus onbetrouwbaar.

Dezelfde controles worden ook uitgevoerd bij de inbreng van de Brusselse gegevens.

Enkele keren per jaar worden een reeks van controles op de Vlaamse databank uitgevoerd. Er zijn veldcontroles, recordcontroles en bestandcontroles. Bij de veldcontroles wordt nagegaan in hoeverre de inhoud van een veld vreemde

codes bevat. Bij recordcontroles worden verschillende velden binnen één record met elkaar vergeleken en inconsequenties of weinig waarschijnlijke toestanden worden gemeld (vb baarmoederhalskanker bij een mannelijk persoon). Vooral verkeerde registraties van gemeenten moeten nagegaan worden omdat er naamsverwarring kan ontstaan (bv. Moerbeke-Waas en Moerbeke-Geraardsbergen). Ook de ICD-10 codes worden gecontroleerd volgens de internationaal voorgeschreven aanbevelingen. De bestandcontroles dienen om na te gaan of het aantal records overeenkomt met het aantal formulieren dat werd ontvangen per gemeente.

Er is geen info m.b.t. de Waalse gegevens.

39.6.5 Data access procedure

Vlaamse niet-geaggregeerde gecodeerde persoonsgegevens kunnen eventueel ter beschikking worden gesteld voor wetenschappelijk onderzoek. Voorwaarde is dat door de onderzoeker aangifte wordt gedaan bij de privacycommissie en dat er een overeenkomst met de administratie wordt afgesloten waarin de doelstellingen van het onderzoek worden vermeld en verder wordt bepaald dat de gegevens enkel voor het onderzoek kunnen worden gebruikt. Het is verboden de gegevens aan derden door te geven en de gegevens moeten vernietigd worden na het onderzoek.

Er is geen info m.b.t. de Waalse gegevens.

39.7 RELATED EXTERNAL REFERENCE LISTS (LOOK UP TABLES)

ICD-10 codes voor doodsoorzaken sinds 1998.

Daarvoor ICD-9.

40 KANKERREGISTER

40.1 DESCRIPTION

Het kankerregister registreert alle nieuwe kankergevallen. Er wordt anoniem bijgehouden wie, wanneer en op welke leeftijd kanker kreeg, om welke soort kanker het gaat en hoe die persoon behandeld werd. De gegevens worden verwerkt tot (epidemiologische) statistieken en basisgegevens over kanker.

40.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		SKR
Naam van het register		Kankerregister
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Health Care
	Subdomein(en)	Morbidity Utilization, D&T specifications
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Personalia Klinische gegevens D&T
	Hoofddiscriminant(en)	Kankerpatiënt
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	onvolledig
	Zorglijn(en)	Intramuraal
Tijdsaspecten	**Start**	(1983) 1997
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	ICD-O-3, ICD10 TNM, CODEP
	Specificaties	Tot 1996 anonieme registratie via de VI's; nadien persoonsidentificator & vrijwillige registratie door uitgebreid netwerk ZH, pathologielabo's & clinici Exhaustiviteit in VL beantwoordt aan internationale criteria Vanaf 2003 registratie verplicht (zorgprogramma oncologie)

40.2 MANAGING ORGANISATION

Name: Stichting Kankerregister

- Address: Koningsstraat 215, 1210 Brussels
- NUTS level: BE2 (Flanders) - BE

40.2.1 Responsible persons:

Elisabeth Van Eycken

- Role : Directeur Stichting Kankerregister
- Telephone 02 250 1010

- Fax 02 250 1011
- E-mail elizabeth.vaneycken@kankerregister.org

40.2.2 Financing:

- Sources:
  - Federale overheid (onder de begrotingsprogramma's: 53/6 - Medisch-sociale voorzorg, 52/4. - Organisatie en modernisering van de medische praktijk 2004-2005)
  - Vlaamse Gemeenschap
- Budget: (2004): 695.000 (Vlaamse Gemeenschap, ±160.000 voor VLK); ±275.000 (11.000.000 BEF - Federaal, ±75.000 voor NKR)
- Number of people involved : momenteel is er een team van 3 personen. Dit team zal in de toekomst uitgebreid worden bij het verder opstarten van de Stichting Kankerregister.

40.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

40.3.1 Reasons for data

Kankerregistratie vormt de basis voor beschrijvend en analytisch epidemiologisch onderzoek. Door informatie over nieuwe kankergevallen te registreren en te verwerken, wordt het mogelijk de aard en de omvang van deze aandoeningen te beschrijven. Kankerregistratie is voor de behandelende specialist ook een belangrijk instrument bij de evaluatie van de uitgevoerde behandelingen en de beschikbare infrastructuur. De registratie is onmisbaar om de impact van preventieve maatregelen zoals (borstkanker)screening te evalueren. Bovendien kan een goede kankerregistratie een bijdrage leveren aan het onderzoek naar de oorzaken van kanker.

Historiek

Binnen het Belgisch Werk tegen Kanker (BWK), een instelling van openbaar nut dat in de jaren 50 van vorige eeuw werd opgericht, werd op initiatief van enkele landsbonden van de mutualiteiten een nationaal kankerregister opgericht. Het Nationaal Kankerregister (NKR) verzamelde sinds 1983 de gegevens van de ziekenfondsen. Dit register werd ondersteund door een jaarlijkse bijdrage vanuit de federale overheid.

De staatshervormingen van 1980 en 1993 herverdeelden de bevoegdheden voor gezondheid tussen de federale overheid, de gewesten en de gemeenschappen. Dit zorgde ervoor dat de Vlaamse Gemeenschap in 1994 naast provinciale initiatieven (Antwerps Kanker Register – AKR, Limburgs Kankerregister – LIKAR) ook een Vlaamse Kankerliga (later: Vlaamse Liga tegen Kanker – VLK) subsidieerde onder meer voor de uitbouw van het vrijwillige kankerregistratienetwerk in Vlaanderen. Dit deed ze met de bedoeling om het werk van vele versnipperde initiatieven te groeperen en voor de ondersteuning van de analyse van de gegevens van de kankerregistratie voor Vlamingen. Door beperkte financiering aan Waalse zijde, werd de kankerregistratie in het Franstalige landsgedeelte niet verder uitgebreid.

Tot 1996 werden de gegevens anoniem aangeleverd door 6 landsbonden van verzekeringsinstellingen. Vanaf 1996 maakt men gebruik van een netwerk van

vrijwillige leveranciers (zie §6.2) voor de gegevensverzameling, bestaande uit ziekenhuisdiensten, pathologen en hematologen en de verzekeringsinstellingen en de andere kankerregistraties (AKR, LIKAR, Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding – VRGT). Dit vrijwilligersnetwerk is in de loop van de jaren stelselmatig uitgebreid, zodat een hoge mate van exhaustiviteit bereikt wordt voor het Vlaamse landsgedeelte. Alle registratiegegevens zijn steeds samengebracht door het NKR, die er ook de eigenaar van bleef.

Vanaf 2003 is de registratie in principe wettelijk verplicht in het kader van de oprichting van het zorgprogramma Oncologisch Basiszorg en het Multidisciplinaire Oncologisch Consult.

Sinds 2004 is het BWK in vereffening. Na de oprichting in juni 2005 van de Stichting Kankerregistratie door de verzekeringsinstellingen en de overheid werden de activa en passiva (inclusief de gegevens) van het NKR overgedragen aan de Stichting Kankerregistratie. Deze Stichting is verantwoordelijk voor de kwaliteitsvolle invulling van de wettelijke kankerregistratie ondermeer door de uitbouw van het registratienetwerk over het gehele Belgische grondgebied.

Legal aspects

- Het KB n 78 van 10/11/1967 met betrekking tot de uitoefening van de gezondheidsberoepen bevat volgend artikel (ingevoegd door de programmawet van 09/07/2004): "Art. 45quater. - De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de gegevens preciseren die moeten worden geregistreerd, evenals de regelen inzake registratie en inzake veiligheid die moeten worden nageleefd met betrekking tot bepaalde ziekten of anomalieën."
- De klinische gegevens die verzameld worden, zijn deze die voorzien zijn in het KB van 21/03/2003 (art. 11) over de erkenningsnormen voor het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie. De gegevens moeten binnen zes maanden na het verstrijken van het registratiejaar overgedragen worden aan de minister die volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en aan het college voor oncologie. De uitvoering van deze wet wordt geregeld door de oplegging van een standaardformulier voor de geuniformiseerde registratie van de oncologische aandoening (Verordening tot uitvoering van artikel 22, 11 , van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Hoofdstuk VIII, art. 22 - 28/07/2003 (BS 29/08/2003)).
- Een nieuw KB dat de oprichting en werking van de Stichting Kankerregister en de datacollectie en verwerking regelt is momenteel in behandeling (oktober 2005).
- Een samenwerkingsakkoord zal moeten opgesteld worden tussen de Federale Overheid en de Gemeenschappen om de werking van de Stichting te ondersteunen.

40.3.2 Purpose of database

De doelstellingen van de kankerregistratie bestaan uit het realiseren of het mogelijk maken van

- rapporten betreffende de incidentie van de verschillende vormen van kanker evenals de prevalentie ervan en de overleving van de patiënten;
- studies (case-control en cohort-studies) over de oorzaken van kanker
- monitoring, kwaliteitsbewaking en evaluatie van de screeningsprogramma's voor kanker, zoals bij de campagnes voor vroegtijdige opsporing van borstkanker en baarmoederhalskanker (Protocolakkoord 25/11/2000 – BS 22.12.2000)
- evaluatie van de kwaliteit van de behandelingen en de planning van de zorgstructuren en de zorg in het kader van het Zorgprogramma Oncologie
- analyse van de geografische spreiding van de verschillende vormen van kanker, de incidentie, de trends en de gevolgen ervan, zodat mogelijke oorzaken kunnen worden onderzocht, risicofactoren kunnen worden vergeleken en strategieën voor preventie kunnen worden bepaald
- rapporten aan de bevoegde internationale instanties zoals de Wereldgezondheidsorganisatie en de International Agency for Research on Cancer.

40.3.3 Users of data (organisations)

Het nieuw Koninklijk Besluit, onderscheidt drie groepen van gebruikers van de gegevens: (1) de Gemeenschappen en de gewesten, (2) het kenniscentrum, IMA en RIZIV, (3) andere instellingen en het WIV voor onderzoeksdoeleinden.

40.3.4 Applications

De gegevens voor Vlaanderen worden sinds 2002 opgenomen in 'Cancer Incidence in Five Continents', de gezaghebbende publicatie van de Internationale Organisatie van Kankerregisters (IARC) (vanaf de registratiejaren 1997-1998).

Daarnaast worden de gegevens ook ter beschikking gesteld van de European Network of Cancer Registries (ENCR).

User experiences (problems): geen info.

40.3.5 New evolutions

Geen info.

40.4 CONTENTS

Minimale gegevens volgens het KB van 21/03/2003:

1. Unieke patiëntenidentificatie inclusief demografische parameters (geboortedatum, geslacht, postnummer) en unieke identificatie van het zorgprogramma en het ziekenhuis;
2. Diagnose volgens internationale classificatie inclusief incidentiedatum;
3. Tumorstadium (cTNM);

4. Conclusie van pathologisch verslag (inclusief pTNM);
5. Behandeling met verwijzing naar richtlijnen of verantwoording van afwijking;
6. Follow-up plan;
7. Bijwerkingen;
8. Ziektevrije overleving en overleving (behandelingsresultaat);
9. Datum van overlijden.

Aan de laboratoria worden volgende gegevens opgevraagd, die sommige gegevens dupliceren van de MOC-registratie. Deze dubbele registratie verhoogt de betrouwbaarheid van het register.

1. identificatie (zie hierboven)
2. Geboortedatum
3. Geslacht
4. Postcode
5. Biopsiedatum
6. Orgaan (topologie)
7. Lateraliteit
8. Histologie
9. Zekerheidsgraad (niet verplicht)
10. Pathologisch verslag (pTNM, niet verplicht)
11. Biopsienummer (vrij te kiezen code van 20 tekens)

Alle invasieve en in-situ maligniteiten, inclusief de niet-invasieve blaaskankers, met uitzondering van het basaalcelcarcinoom van de huid worden geregistreerd. In het geval van multipele tumoren bij één patiënt worden de regels van het IACR (International Association of Cancer Registries) toegepast voor de bepaling van de incidentiecijfers. Deze regels worden niet strikt toegepast bij de registratie omdat er dan te veel informatie zou verloren gaan.

Daarnaast worden ook longitudinale gegevens bijgehouden in de databank: b.v. de pathologiegegevens van een recidief. Alle ontvangen gegevens worden geregistreerd, ook diegenen die niet gebruikt worden voor de jaarrapportering.

40.4.1 Information – Description documents on the contents

Gebruikte classificaties voor tumorkarakteristieken :

- International Classification of Diseases for Oncology
  - 2nd edition – Engelstalig (ICD-O-2)
  - 3rd edition – Nederlands (2e versie, 2004) en Engelstalig (ICD-O-3)
- TNM-classificatie
  - 4th edition, 1992
  - 5th edition, 1997
  - momenteel: update 2002 (UICC)
- CODAP-classificatie
- Code voor Histopathologische Diagnosen. Vooral gebruikt door de Nederlandstalige laboratoria. Deze classificatie is afgeleid van de "Leidse code" door de universiteiten van Leuven (KULeuven, UCL).

Diagnoseclassificatie: International Classification of Diseases, editie 10 (ICD-10).

Daarnaast is er het MOC-formulier (zoals voorzien in de bijlage van het uitvoeringsbesluit (BS 29/08/2003)) dat in detail aangeeft welke gegevens gevraagd worden voor de registratie. Voor de laboratoria is een gelijkaardig formulier opgesteld door het Kankerregister.

40.4.2 Population coverage

In principe moet de populatie alle gediagnosticeerde kankergevallen bevatten. In praktijk wordt deze exhaustiviteit niet bereikt. Hoewel 99% van de bevolking aangesloten is bij een ziekenfonds, zijn het voornamelijk gehospitaliseerde patiënten die geregistreerd worden. Om de volledigheid na te gaan, kan men gebruik maken van voor de leeftijd gestandaardiseerde incidentiegegevens van andere kankerregisters en een vergelijking te maken tussen de incidentiecijfers en de sterftestatistieken.

Voor de jaren 1993 tot 1995 komt men zo tot een schatting van de onderregistratie van 20-25 procent. Deze onderregistratie zal ook verschillen naar tumorlocatie. Door de uitbouw van het Vlaamse registratienetwerk is de volledigheid van de registratie stelselmatig opgetrokken, zodat de cijfers van 2001 voor Vlaanderen voor het eerst aanvaard zijn door de internationale organisatie (IARC). In het zuiden van het land moeten er nog verder afspraken gemaakt worden, zodat alle ziekenhuisdiensten en laboratoria meewerken aan de registratie en de volledigheid beter benaderd wordt.

40.4.3 Variabelen

40.4.3.1 Health status

Level	
Individual	Base of diagnosis Date of incidence Primary site of tumour (ICD-O) Laterality Histology and behaviour Degree of differentiation Clinical staging (cT,cN,cM and others FIGO, DUKES, Ann Arbor, …) Pathological staging (pT,pN,pM) WHO-score at the time of diagnosis Date of decease

40.4.3.2 Health Care Use

Level	
Individual	Chronological list of treatment types up to one year after start of treatment Date of start of treatment (since 2003)
Health System	Care Program Identificator Unique Hospital Identificator

40.4.3.3 Quality of Care

Level	
Individual	(Tumour-free) survival

40.4.3.4 General Information

Strictly, the new royal decree will allow adding some socio-economic data to the registry (available from the sickness funds). However, it is expected that these data will only be available through a posterior linkage of the databases on an ad-hoc basis. Also, more detailed location information can be demanded up to statistical sector. At the international level (IACR), socio-economic parameters are not of interest, except perhaps ethnicity (as a health determinant).

Level	
Individual	Unique Patient Identificator[a] Soundex* of first name Sex Date of Birth (LIKAR-dataset: only Month/Year of Birth) ZIP-code of residence
Location/ Space	ZIP-code of residence

[a] This identificator was introduced from 1996 onwards to uniquely identify patients. Before 1996 all data were collected anonymously. The identificator is a one-way hashing (first MD-5, later RIPEMD-160) of a unique concatenation of personal data (name, birthday, sex). Before inclusion

of the data in the database, the hash is again recoded to prevent identification of an individual by application of the hashing algorithm to commonly known personal data. In the new Royal Decree, a truly unique patient identificator (initially the social security number) may be used.

* Soundex: a phonetic coding of a word. Vowel information is either partially or wholly suppressed because of its instability. Certain consonants with similar sounds are replaced by a standard character. Other coding systems are ONCA, NYSIIS.

° This variable is currently not available, but can possibly be added after approval of the new Royal Decree.

40.5 TIME CHARACTERISTICS

40.5.1 Periodicity of updates

Yearly (on basis of incidence dates).

40.5.2 Longitudinality

In principle, a unique patient identificator is present in the data, since 1996. This allows to link patient data from different years (e.g. a relapse) together.

The coverage of the sample is expected to further increase due to the legal base of the registry and the amelioration of the collection network in Wallonia. This should be taken into account when constructing trends over the years.

There are small differences in the methodology, one should be aware of, during the first years (1997-2000). Currently this has been stabilized.

40.5.3 Period covered by the data

1997-2001. Before 1997, the data were incomplete and anonymous. Due to slow responses from the voluntary participating centres, a 4-year delay in data delivery is present. The timeliness and punctuality of the data is an action point of the future quality improvement plan.

40.5.4 Date (of versions/updates)

Geen info.

40.6 DATA PROCESS

40.6.1 Information – description documents on the data-process

Geen info.

40.6.2 Data sources (organisations/databases)

- Oncologische en radiotherapiediensten van samenwerkende ziekenhuizen
- Diensten voor pathologische anatomie en hematologie
- *Intermediaire organisaties:*
- landsbonden ziekenfondsen (met de medewerking van de behandelende artsen-specialisten zoals chirurgen, oncologen, radiotherapeuten, internisten, ...)
- Antwerps Kankerregister (AKR)
- Limburgs Kankerregister (LIKAR)
- Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT). Deze organisatie verzorgde van 1990 tot 1998 de registratie van de bronchuscarcinomen. Daarna werd dit register overgenomen door het netwerk van de Vlaamse Liga tegen Kanker.

Voorstel van nieuw Koninklijk Besluit:

- Oncologisch coördinator (zie KB 21/03/03) of behandelende specialist: rechtstreeks naar Stichting Kankerregister (SKR) of via de adviserende geneesheer van de verzekeringsinstelling

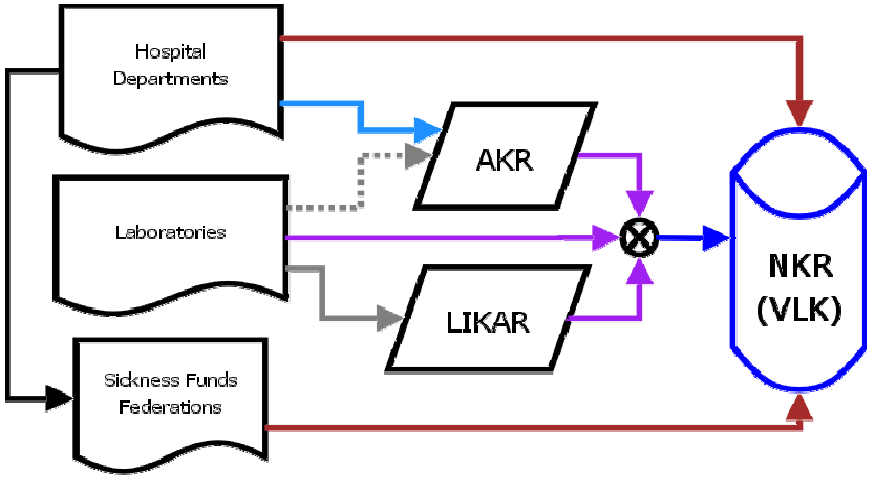


Figure 1 Datastromen van het kankerregister (oude situatie)

- Laboratoria: enerzijds de pathologen en anderzijds de hematologen of klinisch biologen.

40.6.3 Data process plan

De start van de registratie lag traditioneel bij de verzekeringsinstellingen[vvv] die op basis van de gegevens die hen worden bezorgd in het kader van de verplichte

[vvv] "De verzekeringsinstellingen zijn bijzonder goed geplaatst voor de verzameling van de gegevens en de controle op de kwaliteit ervan. Het registratieformulier van de multidisciplinaire raadpleging

ziekteverzekering, de detectie doen van elk nieuw kankergeval. Op dat moment wordt een registratieaanvraag gedaan bij de behandelende arts. Na ontvangst en codering (op basis van internationale classificaties, zie §4.1) sturen de ziekenfondsen deze registratiegegevens door naar het Kankerregister (zie figuur).

Vanuit de rechtstreekse samenwerking met sommige ziekenhuisdiensten en een steeds groter aantal laboratoria, worden de registratiegegevens steeds meer rechtstreeks aan het kankerregister bezorgd in gecodeerde vorm via een vastgesteld elektronisch formaat. Daartoe ontvangen deze organisaties de nodige ondersteuning in de vorm van software en opleiding. De Stichting zorgt voor het opstellen of vaststellen van de codeernormen en de controle op de codering. Een beperkt aantal laboratoria werkt nog niet met deze software. Voor deze laboratoria wordt de codering gedaan door de Stichting Kankerregister en zij worden gevraagd hun protocols aan de Stichting te bezorgen. Ook de weinige papieren registraties worden nog manueel verwerkt door de medewerkers van het Kankerregister. Deze zouden echter op termijn moeten verdwijnen.

40.6.3.1 Antwerps Kankerregister

Het AKR is vertrokken vanuit de oncologische centra in 1990 en vanaf incidentiejaar 2000 worden in alle ziekenhuizen in de provincie Antwerpen elk nieuw geval van kanker geregistreerd. De registratiemedewerkers van AKR verzamelen op een actieve wijze de gegevens uit de medische dossiers in de ziekenhuizen zelf. Alle aldus verzamelde gegevens worden gebundeld en verwerkt op de vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde van de Universiteit Antwerpen. Jaarlijks wordt de database overgedragen aan het nationaal kankerregister.

40.6.3.2 Limburgs Kankerregister

Het LIKAR heeft samenwerkingen opgezet met diverse pathologen en hematologen, die het de basisinformatie verstrekken voor zijn registratie.

40.6.3.3 Vlaamse Liga tegen Kanker

Door de financiële ondersteuning van de Vlaamse Gemeenschap werd naast de twee provinciale registers een netwerk uitgebouwd dat de Vlaamse populatie vrijwel volledig dekt. Momenteel is het grootste deel van de gegevens (95%) in de database verzameld via dit kanaal.

---

oncologie, op grond waarvan de terugbetaling gebeurt, bevat immers de diagnostische, klinische en therapeutische gegevens van de patiënt.
Dat document bevat tevens de anatoompathologische codificatie waarop elke diagnose van een kankeraandoening berust. De kankerregistratie is gebaseerd op dat formulier, ongeacht of het om een nieuw kankergeval gaat of om een recidief. Ook bij niet-multidisciplinaire raadpleging wordt hetzelfde document gebruikt.
De juistheid en volledigheid van de gegevens moet uiteraard bij de registratie ervan worden gecontroleerd. In sommige gevallen moet contact worden opgenomen met de artsen om de gegevens te preciseren, te verbeteren of te vervolledigen. De kwaliteitscontrole berust dus op een analyse van de gegevens en op de vergelijking met andere registers."
[Minister R. Demotte in antwoord op een vraag van François Roelants du Vivier – Plenaire vergadering Senaat 25/11/2004]

De persoonlijke identiteit van de patiënt wordt niet rechtstreeks doorgegeven, maar in de vorm van een unieke irreversibele hashing code[www]. Elke bron gebruikt hiervoor hetzelfde algoritme (RIPEMD-160) en dezelfde gegevens (geboortedatum, geslacht en achternaam). Het nadeel van deze methode is dat indien de achternaam niet juist wordt gespeld of indien de geboortedatum verkeerd is geregistreerd, er een andere hashing code wordt gegenereerd die het deterministisch koppelen van de klinische en labo-informatie verhindert. (zogenaamde vals-negatieve niet-koppelingen of synoniemfouten). Na goedkeuring van het ingediende Koninklijk Besluit over de kankerregistratie, zal een unieke patiëntidentificator gebruikt kunnen worden voor de deterministische koppeling van de informatie: initieel het sociaal zekerheidsnummer (INSZ), eventueel later een nog te definiëren uniek nummer voor gezondheidsgegevens.

In het nationale kankerregister ondergaat elk tumorrecord een geautomatiseerde kwaliteitscontrole (zie §6.4). Na positieve controle worden de tumorrecords voor eenzelfde kankergeval, maar die afkomstig zijn van verschillende bronnen, met elkaar gekoppeld door middel van een unieke patiëntidentificator (hashing code of INSZ). Wanneer deze records met dezelfde identificator gegevens bevatten over eenzelfde tumor, worden ze samengevoegd tot een definitief tumorrecord. Op die manier worden ook de dubbels geëlimineerd. Ook dit proces loopt grotendeels automatisch. Er blijken maar een zeer beperkt aantal vals-positieve koppelingen of homonym-fouten te zijn (koppelingen tussen records van verschillende individuen).

Records die niet gekoppeld kunnen worden, worden manueel vergeleken voor overeenkomsten. Indien de gegevensfout voor de hand ligt, wordt ze gecorrigeerd en gaat de koppeling alsnog door. In het andere geval worden de records via een standaard procedure teruggestuurd naar de bron ter verbetering. Deze aanvraag tot verbetering kan tot driemaal uitgevoerd worden. Ook in het geval de records onvolledig zijn ingevuld (dit wordt volgens internationale en eigen criteria voor elke variabele afzonderlijk bepaald), worden ze teruggestuurd naar de bron ter vervollediging.

Eenmaal een volledige record is goedgekeurd wordt ze toegevoegd aan de dynamische database van de Stichting. Deze database wordt voortdurend aangepast met nieuw beschikbare gegevens. Voor de rapportering worden hieruit éénmalige statische views getrokken.

2.2 Data quality plan

De geautomatiseerde kwaliteitscontrole bij receptie van de gegevens bestaat uit een driestapsproces:

- De eigenlijke input (voor de koppeling). Dit houdt in dat zowel het formaat als de inhoud van elk veld op zich wordt nagekeken. Voor een beperkt aantal records moet de bron opnieuw gecontacteerd worden ter verbetering of aanvulling. Voor bepaalde velden wordt niet geëist dat ze ingevuld zijn: bv. de behandeling (indien ze (nog) niet gestart is) of de stageing (omdat de informatie niet beschikbaar is). De persoonskenmerken moeten wel voor 100% beschikbaar zijn. Uit de gegevens van 1997-1999 van de VLK blijkt dat de belangrijke internationaal

[www] Van Eycken E., Haustermans K., Buntinx F., Ceuppens A., Weyler J., Wauters E., Van Oyen H., De Schaever M.,Van den Berge D., Haelterman M., Evaluation of the encryption procedure and record linkage in the Belgian national cancer registry. Arch Public Health 2000; 58(6): 281-294.

aanvaarde gegevens (basis van de diagnose, percentage bevestigde tumoren) hoger scoren dan 80%.

- Een vergelijking van de bronnen (tijdens de koppeling). Indien de gegevens van verschillende bronnen niet overeenkomen, worden ze teruggestuurd ter verbetering. Indien ze wel overeenkomen, wordt er nagegaan of het geen dubbele registratie betreft van dezelfde persoon.
- Interne validatie (na de koppeling). Ook de inhoud van de velden in relatie tot andere velden wordt onderzocht op inconsistenties. Hier gaat het voornamelijk over relaties tussen topografie en geslacht, topografie en histologie, leeftijd en tumorgegevens. Deze controles zijn gebaseerd op de richtlijnen van het IACR (International Association of Cancer Registries). Er is tot op heden nog geen studie gedaan naar de correctheid van het invullen van de registratie, b.v. door een vergelijking met de medische dossiers. Wel is nagegaan of de lateraliteit van bepaalde orgaantumoren (borstcarcinoom) wel juist wordt genoteerd. Uit de studie bleek dat er nog ruimte is voor verbetering.

De exhaustiviteit van de registratie (volledige populatie of niet?) kan nagegaan worden door te vergelijken met mortaliteits-incidentieratio's. Ratio's groter dan 1 wijzen op onderregistratie of onnauwkeurige sterftestatistieken. Daarnaast geeft het aantal bronnen per tumor een ruw idee van de volledigheid. De redenering is dat hoe hoger het gemiddelde aantal bronnen is, des te vollediger het registratieproces zal zijn omdat tumorgevallen minder kans hebben om niet geregistreerd te worden. Een studie uitgevoerd op de deelpopulatie van de Vlaamse pediatrische gevallen toonde aan dat althans voor deze deelpopulatie de registratie bevredigend was:

http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren/GI2002/Koppeling_kankerregistratiegegevens.htm

De data kwaliteit wat betreft exhaustiviteit moet voldoen aan de internationale normen van de IACR alvorens ze in hun publicaties worden opgenomen. Deze criteria zijn:

- Stabiliteit van de incidentierates in de tijd
- Vergelijking van incidentierates tussen verschillende populaties
- Leeftijdsspecifieke incidentiecurves
- Voorkomen van kanker bij kinderen
- % Maligne tumoren met histologische bevestiging
- Mortaliteit/incidentie ratio
- Gebruik van overlijdenscertificaten.

De kwaliteit van de gegevens is niet constant over het grondgebied van België.

40.6.4 Data access procedure

De toegang tot de gegevens zal gewijzigd worden door het nieuwe KB (zie hieronder). De oude procedure was afhankelijk van het detail dat gevraagd werd.

Geaggregeerde gegevens tot en met arrondissement: iedereen kan hierover beschikken mits schriftelijke of mondelinge aanvraag

Geaggregeerde gegevens op kleiner niveau dan arrondissement: een aanvraag richten met onderzoeksprotocol en doelstellingen naar én commissie medische ethiek en begeleidingscommissie kankerregister. Er is een goedkeuring van beiden nodig.

Alle andere vragen (recordniveau, koppelingen, ...): de aanvraag richten met **omstandig** onderzoeksprotocol en doelstellingen naar én commissie medische ethiek en begeleidingscommissie kankerregister: De goedkeuring van beiden is nodig en er moet vooraf een onderzoeksconventie opgesteld worden.

Legal aspects

Het nieuwe KB specifieert de voorwaarden voor toegang tot de gegevens van het Kankerregister. Het vermeldt enerzijds de mogelijke gebruikers:

- de Gemeenschappen en de gewesten,
- het Kenniscentrum, IMA en RIZIV,
- andere instellingen en het WIV voor onderzoeksdoeleinden

De eerste twee groepen krijgen toegang na een machtiging van het sectoraal comité voor de gezondheidsgegevens. De laatste groep van gebruikers krijgt toegang na een machtiging van het sectoraal comité en na het voorleggen van een onderzoeksplan aan de (nog op te richten) Coördinatieraad van de Stichting Kankerregister.

40.7 RELATED EXTERNAL REFERENCE LISTS (LOOK UP TABLES)

- ICD-O-3 : International Classification of Diseases for Oncology
- TNM-classification: UICC-classificatie
- CODAP-classificatie
- ICD-10

41 IKAROS

41.1 DESCRIPTION

IKAROS, het geIntegreerd Kind Activiteiten Regio OndersteuningsSysteem, is het informaticasysteem dat regioteamleden van Kind en Gezin (regio-verpleegkundigen en gezinsondersteuners) ondersteunt in hun dagelijkse taken. Ikaros bestaat uit twee belangrijke delen: de agenda en het kinddossier.

In de agenda kunnen de regioteamleden hun planning van huisbezoeken, consultaties, bezoeken in de kraamkliniek, gehoortesten en vaccinaties terugvinden. Het kinddossier bevat administratieve, medische, sociale en verpleegkundige gegevens.

41.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		Kind & gezin
Naam van het register		IKAROS
Classificatie	**Hoofddomein**	Health status Health Care Consumption Population data
	Subdomein(en)	D&T specifications Utilization Demographics, SES
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	D&T Epidemiologisch Administratief
	Hoofddiscriminant(en)	Kinderen tot 3 jaar
Bereik	**NUTS**	BE2
	Doelpopulatie	onvolledig
	Zorglijn(en)	extramuraal
Tijdsaspecten	**Start**	1999
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu 'real time'
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	N.v.t.
	Specificaties	Uitwisseling met Vaccinet

41.2 MANAGING ORGANISATION

Name: Kind en Gezin

- Address: Hallepoortlaan 27, 1060 Brussel
- NUTS level: BE2 (Vlaanderen en BE1: Nederlandstalig Brussel Hoofdstedelijk Gewest).

41.2.1 Responsible persons:

Name Bea Buysse

- Role : wetenschappelijk adviseur
- Address Kind en Gezin. Algemene Diensten. Hallepoortlaan 27, 1060 Brussel
- Telephone 02 533 14 22
- E-mail bea.buysse@kindengezin.be

Name Christel Massa

- Role : Projectleider Ikaros - Mirage
- Telephone +32(0)2 533 14 45
- E-mail christel.massa@kindengezin.be

Website www.kindengezin.be

41.2.2 Financing:

- Source : Kind en Gezin
- Budget: geen info.
- Number of people involved: geen info.

41.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

41.3.1 Reasons for data

Door een goede registratie en opvolging kan een zorgverlening op maat aangeboden worden.

Naast de operationele ondersteuning biedt Ikaros ook tactische en strategische ondersteuning voor het provinciale en centrale management bij de opvolging en ondersteuning van de preventieve zorgverlening.

41.3.2 Purpose of database

- Opvolging van de activiteiten door Kind en Gezin op het domein van de preventieve zorg, met rapportering aan het Directiecomité en de Raad van Bestuur: opvolging van de mate waarin jonge kinderen worden bereikt met het preventief zorgaanbod (kraambezoeken, huisbezoeken, consulten, gehoortest, vaccinaties), algemeen, naar kansengroepen en naar andere achtergrondkenmerken van de kinderen.
- opvolging van de realisatie van het programma

41.3.3 Users of data (organisations)

- Vandaag : de Raad van Bestuur van Kind en Gezin, het Directiecomité,de personeelsleden van Kind en Gezin met een beleidvoorbereidende rol en personeelsleden met een hierarchische verantwoordelijkheid in het domein van de preventieve zorg, de regioteamleden, artsen en andere medische zorgverstrekkers voor de vaccinatiegegevens (bijv. CLB's).
- De gegevens worden ook gebruikt door onderzoekers en studenten.
- Toekomst : ouders, CLB (meer dan alleen vaccinatiegegevens), gemeenten
- Daarnaast is er een koppeling met de Vlaams Vaccinatiedatabank 'Vaccinnet'. De vaccinatiegegevens over kinderen t.e.m. 3 jaar worden in beide richtingen uitgewisseld.

41.3.4 Applications

- Over een aantal gegevens wordt jaarlijks gerapporteerd in het "Jaarverslag van Kind en Gezin" en in "Het kind in Vlaanderen". Deze publicaties zijn gratis verkrijgbaar bij Kind en Gezin, en staan ook volledig op de website van Kind en Gezin.
- Op vraag kunnen ook specifieke tabellen worden aangemaakt.

41.3.5 New evolutions

Geen info.

41.4 CONTENTS

Er zijn eigenlijk drie delen: de agenda, het kinddossier en de vaccinatiegegevens.

In de agenda worden de kinderen vermeld die tijdens bv. een consultatie aanwezig zullen zijn, samen met het programma waarvoor zij komen. Voor elk kind worden dan afzonderlijk de acties gekoppeld die tijdens de consultatie moeten uitgevoerd worden. Wanneer deze uitgevoerd en de waarden of informatie genoteerd worden, wordt dit direct gekoppeld aan het kinddossier van dat bepaalde kind.

41.4.1 Variabelen:

- Geboortedatum van het kind, geslacht, woonplaats bij geboorte en huidige woonplaats, nationaliteit, kraaminfo, geboorte-info, keuze medisch toezicht
- Biometrie (lengte, gewicht en hoofdomtrek), vaccinatiegegevens, resultaten van de testen afgenomen door Kind en Gezin (o.a. gehoortest), ,
- Gegevens over voeding (aard van de startvoeding en duur van de borstvoeding),
- Eventueel datum overlijden

- Adoptie
- Gegevens over de moeder
- Gegevens over het gezin van de kinderen: kansarmoede in het gezin, taal moeder/kind, taal dienstverlening, begeleid wonen, precaire verblijfsituatie
- *Indicatoren:*
- Percentage kinderen dat leeft in een kansarm gezin
- Percentage kinderen in Vlaams Gewest dat wordt bereikt met kraambezoek, op huisbezoek, op consultatiebureau (totaal en naar leeftijdsjaar)
- Percentage kinderen dat het volledig programma van huisbezoeken en consulten kreeg (totaal en naar leeftijdsjaar)
- Percentage kinderen door Kind en Gezin gevaccineerd
- Percentage vaccins toegediend in de aanbevolen leeftijdsrange
- Percentage kinderen dat wordt bereikt met de gehoortest
- Percentage kinderen dat borstvoeding als startvoeding krijgt
- Jaarlijks vaccinatie en –algorapport

41.4.2 Information – Description documents on the contents

De opgenomen velden in het overzicht zijn objecten uit het datawarehouse "preventieve gezinsondersteuning (PGO)". Een document is beschikbaar bij de wetenschappelijke adviseur met een volledig overzicht.

Naast de hier vermelde variabelen, zijn er in het datawarehouse ook classificatievelden voor intern gebruik, en velden voor de opvolging van de dienstverlening (informatie over de kindcontacten, activiteiten, personeel, vaccinaties, …)

41.4.3 Population coverage

Alle kinderen tot en met 3 jaar die in het Vlaamse Gewest wonen en kinderen die in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen en een beroep doen op de dienstverlening van Kind en Gezin.

Voor het Vlaamse Gewest registreert Kind en Gezin omzeggens alle kinderen, ook kinderen van asielzoekers en kinderen die illegaal in het land verblijven.

41.4.4 Variabelen

41.4.4.1 Health status

Level	
Individual	Geboorte: ***Aantal borelingen*** ***Pariteit van het kind*** ***Eerstgeborene?*** ***Zwangerschapsduur (weken)***

	Prematuriteit (ja/nee) ***Geboortegewicht*** ***Geboortelengte*** ***Hoofdomtrek*** Overlijden: ***Leeftijd bij overlijden (dagen, weken, maanden, jaren)*** ***Levendgeboren?*** (22/04/2003) ***Overleden?*** ***Overlijden binnen 1 jaar?*** (22/04/2003) ***Tijdstip zuigelingensterfte (5 categorieën)*** (22/04/2003) Zorgverleningstoestand: ***Risicofactor om medische redenen*** ***Risicofactor om psychische, pedagogische of sociale redenen*** ***Kind heeft een door een arts vastgestelde handicap***

41.4.4.2 Health Care Use

Level	
Individual	Kraam en kraambezoek: ***dossiernummer*** ***datum kraambezoek*** ***plaats bevalling (thuis, kraamkliniek)*** (22/4/2003) ***type bevalling (thuis, poliklinisch, klassiek)*** (22/4/2003) ***Aantal kraambezoeken per zorgverlener (regioverpleegkundige, ervaringsdeskundige kansarmoede, interculturele medewerker)*** Geboorte: ***Hielprik*** ***Prenataal toezicht*** ***Uitdrijving*** Medische opvolging (22/4/2003): ***Soort medisch toezicht gekozen voor het kind*** ***Weigering doorgeven medische gegevens*** Huisbezoeken: ***Aantal huisbezoeken per levensfaze (neonataal tot 3e levensjaar)*** ***Aantal huisbezoeken volgens programma (0-15 weken)*** ***Aantal huisbezoeken per zorgverlener*** Consulten: ***Aantal consulten per levensfaze*** ***Aantal consulten per programma leeftijd door regioverpleegkundige (0-156 weken)*** ***Aantal consulten per zorgverlener*** Vaccinaties (1/1/2001): ***Zijn de vaccinaties op schema (6,12,18 maanden)*** ***Vaccinaties per ziekte-antigen en per voorziene periode van toediening (difterie, haemophils infl. B, Hep. B*** (1/1/2004)***, Meningokokken C, Pertussis, Polio., Tetanus, Bof, Mazelen, Rubella)*** Algo testen (gehoortest):

	Type algo test ***Resultaat algo test*** ***Weigering algo test***
Health System	Kraamkliniek: ***Naam*** ***Ligging (gemeente, NIS-codes)***

41.4.4.3 General Information

Level	
Individual	Identificatie: ▪ Kind ***Unieke sleutel*** ***Leeftijd (dagen)*** ***Nationaliteit*** ▪ Moeder ***Leeftijd bij geboorte*** ***Nationaliteit*** ***Oorspronkelijke nationaliteit*** ***Opleidingsniveau*** (22/04/2003) ***Taal moeder-kind*** (22/04/2003) ***Nationaliteit partner*** Geboorte: ***Geboortedatum*** ***Geslacht*** Overlijden: ***Overlijdensdatum*** Locaties: ▪ Woonplaats (domicilie) ***Deelgemeente, gemeente, arrondissement, provincie, gewest*** ***NIS-codes*** ***LOGO (Locaal gezondheidsoverleg)*** ▪ Bezoekplaats ***Deelgemeente, gemeente, arrondissement, provincie, gewest*** ***NIS-codes*** ***LOGO (Locaal gezondheidsoverleg)*** ▪ Woongemeente bij geboorte (1/1/2001) ***Gemeente, arrondissement, provincie, gewest*** ***NIS-codes*** Zorgverleningstoestand: ***Risicofactor om psychische, pedagogische of sociale redenen*** ***Adoptiekind*** ***Begeleid wonen ouder(s)*** ***Aanwezigheid diagnose vertrouwenscentrum kindermishandeling*** ***Precaire verblijfssituatie*** Kansarmoede (correct vanaf de leeftijd van 15 weken): ***Kansarmoede in het gezin*** ***Beschikbaar maandinkomen is een zorgwekkende factor***

	Opleiding ouders is een zorgwekkende factor *Arbeidssituatie ouders is een zorgwekkende factor* *Stimulatieniveau kinderen (volgen kleuteronderwijs, verzorging)* *Huisvestiging is een zorgwekkende factor* *Gezondheid is een zorgwekkende factor* *Aantal kansarmoede criteria*

41.5 TIME CHARACTERISTICS

41.5.1 Periodicity of updates

Continu.

41.5.2 Longitudinality

Het is een kindgerichte databank. Dit betekent dat een kind kan gevolgd worden in de tijd aan de hand van zijn unieke identificator. Er is geen link met de huishoudensdatabank, zodat verschillende kinderen van éénzelfde moeder of huishouden niet kunnen gevolgd worden.

41.5.3 Period covered by the data

Gegevens uit de operationele database zijn beschikbaar sinds 1997. Sommige variabelen zijn pas beschikbaar vanaf een latere datum (veelal vanaf 22 april 2003)

41.5.4 Date (of versions/updates)

Er zijn wijzigingen in bepaalde velden, de informatie hierover wordt verstrekt bij een eventuele datalevering.

Nieuwe variabelen werden geïntroduceerd vanaf 1/1/2001. Nieuwe variabelen en wijzigingen van variabelen werden ingevoerd vanaf 1/4/2003 en 22/4/2003.

41.6 DATA PROCESS

41.6.1 Information – description documents on the data-process

Geen informatie gevonden.

41.6.2 Data sources (organisations/databases)

De gegevens worden primair verzameld door de regioteamleden van Kind & Gezin. Er zijn drie grote bronnen:

- Geboortegegevens van de kraamklinieken
- Gegevens van de consultaties (thuis en/of consultatiebureau's)
- Vaccinatiegegevens. Deze gegevens komen enerzijds van de registratie van de vaccinaties van kinderen tot en met 3 jaar op de consultatiebureau's, maar worden anderzijds ook uitgewisseld en vervolledigd met de gegevens van de Vlaamse Vaccinatiedatabank (Vaccinnet).

Daarnaast kunnen ook de gegevens van het Rijksregister opgevraagd worden.

41.6.3 Data process plan

De gegevens worden verzameld door de regioteamleden (zie hierboven) en ingebracht in het systeem via de schootcomputer van elk regioteamlid. Deze informatie wordt dan centraal samengebracht en via het replicatiemechanisme binnen IKAROS gedeeld met de andere regioteamleden van het regioteam in kwestie.

41.6.4 Data quality plan

Er is momenteel nog geen datakwaliteitsplan, al is er wel enige aandacht voor de kwaliteit van de gegevens. Zo zorgt ondermeer een opleidingsprogramma van 4 weken met terugkomdagen voor een correct gebruik.

Een audit van 2000 door het rekenhof vat de analyse van de betrouwbaarheid van de gegevens als volgt samen:

Box 11: betrouwbaarheid van gegevens in het IKAROS systeem van K&G (Rekenhof 2000)

De instelling wenst een redelijke zekerheid te verkrijgen over de betrouwbaarheid door de toepassing van de volgende technieken en controles:

Gericht op een correcte en uniforme toepassing:

a. het gebruik van handleidingen: IKAROS Help Systeem, afsprakenbundel, Help desk en programma op de notebook;

b. procedures: zitten verweven in de handleidingen; er is geen geheel van geschreven procedures van registratie tot rapportering opgemaakt (zie ook vorige punten);

c. opleidingen: uitvoerige opleiding van ongeveer 4 weken bij de introductie van het systeem, aangevuld met terugkomdagen voorzien in het vormingsplan, alsook provinciale IKAROS-vergaderingen.

Interne controles op het proces:

a. regelmatige queries op foutmeldingen op provinciaal vlak: de queries hebben onder meer betrekking op de volgorde van de kinderen en dubbele registraties van namen of adressen; aan de foutmeldingen moeten de verpleegkundigen zelf gevolg geven met feedback naar provincie en eventueel centraal bestuur; de verantwoordelijkheid van de betrouwbaarheid van de gegevens ligt decentraal bij de provinciale afdelingen;

b. benchmarking als controle-instrument: vergelijkingen in de tijd en tussen regio's; anomalieën worden gemeld;

c. controle van geaggregeerde gegevens: bij de redactie van het jaarverslag vinden nog extra controles plaats.

Interne controle door de bedrijfscultuur:

De teamwerking binnen de regio's zorgt voor een efficiënte sociale controle (inzage in de agenda van de teamleden, vervangingen bij bepaalde prestaties,); het kinddossier wordt door verscheidene teamleden ingekeken en gebruikt.

De instelling maakt momenteel geen gebruik van volgende instrumenten: interne audit, conform de standaarden van het IIA[7], externe evaluaties van de betrouwbaarheid van het systeem (IKAROS is nog maar recent volledig operationeel).

De validatie gebeurt aan de inbrengzijde door middel van geautomatiseerde controles in de software. De gebruiker ontvangt dan foutmeldingen en/of info-boodschappen die de juistheid van de gegevens moet ondersteunen. Het voorkomen van deze foutboodschappen wordt regelmatig opgevolgd. De verantwoordelijkheid voor de betrouwbaarheid van de gegevens ligt decentraal bij de provinciale afdelingen.

Er worden ook controlerapporten opgesteld om de validiteit van de gegevens op te volgen. Deze laten een vergelijking in de tijd en tussen regio's toe.

Bij de redactie van het jaarverslag vinden nog extra controles plaats op de geaggregeerde gegevens.

Voor bepaalde gegevens kan gebruik gemaakt worden van externe (geaggregeerde) bronnen ter validering: aantal geboorten, gehandicapte kinderen (EuroCAT registratie) en risico-indicatoren.

41.6.5 Data access procedure

De geanonimiseerde gegevens staan ter beschikking voor wetenschappelijke verwerking door onderzoeksinstellingen en studenten. Bestanden voor verdere verwerking worden meestal in excelformaat doorgegeven. Een goedkeuring van de privacycommissie is vereist. Gegevens met onvolledige registraties worden niet ter beschikking gesteld. De aanvraag voor gegevens moet gericht worden aan de wetenschappelijk adviseur.

De Vaccinatiedatabank is toegankelijk voor de artsen (huisartsen, kinder-artsen,…), de Centra voor LeerlingenBegeleiding (CLB's) en de kinderdagverblijven die medisch toezicht organiseren.

Er is een deontologische code voor het gebruik van de gegevens door Kind en Gezin medewerkers.

42 BANQUE DE DONNÉES MEDICO-SOCIALES

42.1 DESCRIPTION

La Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE, appelée communément BDMS est une base qui contient des données médico-sociales concernant le suivi préventif en structure ONE de la (future) mère et de l'enfant.

42.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		ONE
Naam van het register		Banque de Données Médico-Sociales BDMS
Classificatie	**Hoofddomein**	Health status Health Care Consumption Population data
	Subdomein(en)	D&T specifications Utilization Demographics, SES
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Administratief Epidemiologisch
	Hoofddiscriminant(en)	Zwangeren, neonati, KK tot 3 jr.
Bereik	**NUTS**	BE1 BE3
	Doelpopulatie	onvolledig
	Zorglijn(en)	Alle zorglijnen
Tijdsaspecten	**Start**	1994
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	N.v.t.
	Specificaties	1983-1993: onvolledig Geen thuisgeboortes

42.2 MANAGING ORGANISATION

Name: Office de la naissance et de l'enface (ONE)

- Address: Chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles
- Tél: (02) 542.12.11
- Fax: 02. 542.12.51
- NUTS level: BE3 (Wallonie (sans partie germanophone) + Bruxelles francophone (BE1)

42.2.1 Responsible persons:

Mauroy Marie-Christine

- Role : Maître du Fichier et Médecin coordinateur
- Telephone 02 542 1211
- Fax 02 537 35 03
- E-mail mc.mauroy@one.be

M. Sommer,

- Directrice du Service Etude, E-Mail: myriam.sommer@one.be

Chercheurs

- C. De Jonghe, E-Mail : cedric.dejonghe@one.be
- A. Liesse, E-Mail : anne.liesse@one.be
- S. Ndame, E-Mail : samuel.ndame@one.be

Secrétariat,

F. Dexpert, Mail (Interne): Frédérique Dexpert

Website: http: //www.one.be/banque/pres.htm

42.2.2 Financing:

- Source: ONE (communauté francaise)
- Budget: pas d'information.
- Number of people involved: pas d'information.

42.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

42.3.1 Reasons for data

Outil d'évaluation interne à l'ONE, elle permet d'apprécier rapidement l'efficacité et l'adéquation de ses actions et se révèle un outil indispensable pour orienter la politique de l'ONE dans le domaine médico-social de la petite enfance.

A coté de cela, elle diffuse des données relatives à la prévention médico-sociale de la (future) mère et du petit enfant auprès des chercheurs, des étudiants, des acteurs de santé et des responsables politiques.

Legal aspects

- Le décret de 8 février 1999 (MB 16/06/1999) modifiant le décret du 30 mars 1983 portant création de l'O.N.E. précise en son article 1er intitulé "Les missions de l'ONE" le rôle de cet organisme qui consiste notamment à : "Mener des recherches et constituer une documentation dans toutes les disciplines intéressées, recueillir et traiter des données médico-sociales à caractère personnel relatives à la santé des mères ou des futures mères et des enfants".

- Arrêté Royal (22/05/1996) : "Pour autant que les finalités soient déterminées et légitimes et que les données soient utilisées de manière compatible avec ces finalités, le traitement de données est autorisé lorsqu'il est nécessaire aux fins de médecine préventive, de diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de gestion de service de santé, à condition qu'il soit effectué par un praticien de l'art de guérir ou un autre professionnel de la santé soumis légalement au secret professionnel".

42.3.2 Purpose of database

42.3.2.1 Au niveau interne

La BDMS est d'abord un outil d'évalution interne à l'ONE. Elle lui permet d'apprécier rapidement l'efficacité et l'adéquation de ses actions.

Par ailleurs, elle se révèle un outil indispensable pour orienter la politique de l'ONE dans le domaine médico-social de la petite enfance.

42.3.2.2 Au niveau externe

Elle diffuse des données relatives à la prévention médico-sociale de la (future) mère et du petit enfant auprès des chercheurs, des étudiants, des acteurs de santé et des responsables politiques.

Les Missions de BDMS s'articulent autour de la santé de la mère et de l'enfant.

L'un des atouts majeurs de la BDMS est en effet d'effectuer un recueil systématique de données sur la prévention psycho-médico-sociale de la future mère et du jeune enfant.

Son deuxième atout est d'être à même de réunir des données sur le suivi longitudinal, depuis la gestation de l'enfant jusqu'à l'âge d'un an révolu.

Le troisième atout de la BDMS est sa capacité à produire des résultats fiables rapidement accessibles : directement disponibles sur le site web.

42.3.3 Users of data (organisations)

- Au niveau local et régional : partenaire dans la démarche de la Santé Publique et de Santé Communautaire en étroite collaborations avec les Travailleurs Médico-Sociaux (TMS), les médecins, les coordinateurs et les conseillers médicaux.
- Au niveau de l'Administration Centrale : apport des informations permettant à l'administration de tendre à une répartition optimale des ressources de l'ONE à la fois comme service universel et comme protection des plus vulnérables
- Au niveau de la Communauté française : développement des collaborations avec différents organismes de santé publique extérieurs.

42.3.4 Applications

Les premières expériences de saisie automatisée des données à partir des dossiers médicaux informatisés seront mises en place en 2005.

42.3.5 New evolutions

L'année 2004 a permis l'élaboration de conventions entre l'ONE et les maternities. Ces conventions seront passées avec la plupart des maternités collaborant avec l'ONE pour fin 2005. Le rôle du Travailleurs Médico-Sociaux (TMS) en ce compris le recueil de données, y est clairement défini.

Les premières expériences de saisie automatisée des données à partir des dossiers médicaux informatisés seront mises en place en 2005.

L'introduction en 2004 comme test des « Bilans de santé 18 et 30 mois » est suivi par la généralisations de ces bilans en 2005.

42.4 CONTENTS

Les données sont recueillies régulièrement à l'aide de quatre questionnaires fermés administrés par les Travailleurs Médico-Sociaux de terrain. Les quatre questionnaires sont : le « Suivi prénatal ONE », l' « Avis de naissance », le « Premier contact » et le « Volet 0-1 an », qui est remplacer par des « Bilans à 9, 18 et 30 mois » à partir de 2004.

Le "**Volet Prénatal**" (CPN) récolte des données sur les mères enceintes suivies dans le cadre des Consultations Prénatales de l'ONE. Il recueille des caractéristiques générales (âge, nationalité, état civil, lieu de résidence), des données qui permettent d'établir un profil médical (gestité, parité, facteurs de risques, tabagisme) ainsi que des données qui concernent le suivi de la grossesse par l'ONE. Lorsque la grossesse est accompagnée jusqu'à l'accouchement, des données relatives à la naissance (date d'accouchement, nombre de semaines de gestation, nom de la maternité,nombre de nouveau-nés, poids de l'enfant) sont récoltées.

L' « **Avis de naissance** » est divisé en trois rubriques. La première rubrique reprend le nom, le prénom et l'adresse du nourrisson afin de pouvoir l'identifier et le suivre à domicile. La seconde rubrique reprend ses caractéristiques générales et médicales. La troisième rubrique concerne des données relatives à l'accouchement (présentation, expulsion, induction, analgésie, malformation) et, périnatales (moment de la mise au sein et tabagisme).

Le « **Premier Contact** » est proposé à toutes les mères qui ont accouché dans les structures où l'ONE est présent (il concerne environ 90% des femmes). Cette couverture est encore améliorée par des recoupements avec les registres de naissances communaux (principalement à Bruxelles) effectués pour obtenir les coordonnées des naissances survenues en dehors des structures où l'ONE est présent. Lorsque la visite de premier contact est souhaitée par les parents, le TMS chargé de la surveillance effective de l'enfant se présente le plus rapidement possible, après le retour de la maternité, au domicile du nouveau-né.

Ce "premier contact" fait également l'objet d'un questionnaire. Il reprend les coordonnées de l'enfant, le type d'alimentation et le type de surveillance prévue pour l'enfant (ONE ou privée). Ce dernier a été revu afin de mieux répondre aux besoins du terrain et est opérationnel depuis le 1er avril 2003.

Depuis 2003, la notion de « **Volet 0-1 an** » reprenant des éléments s'étant déroulés pendant toute la première année de vie de l'enfant, est remplacée par la notion de « Bilan de santé » à des âges clefs. Les « **Bilans de santé 9, 18 et 30 mois** » ont été revus de manière à correspondre aux recommandations du Guide de Médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant aux différents

âges retenus. Ils peuvent de ce fait être très rapidement complétés et ce de manière fiable. Quelqes indicateurs socio-économiques y sont associés. L'âge de ces bilans de santé a été fixé à 9 mois, 18 mois et 30 mois. Les Bilans de santé 9 mois ont été réalisés systématiquement à partir d'octobre 2003. Les bilans de ansté à 18 et 30 mois ont chacun fait l'objet d'une période de test de 2 mois en 2003.

Le bilan de santé à 9 mois est réalisé dans les faits entre 7 et 11 mois. Il pose les questions de l'alimentation, de la Mort Subite Inexpliquée du Nourrisson, des premières vaccinations et de la situation socio-familiale.

Le bilan à 18 mois est effectué entre 18 et 20 mois. Il s'interesse à la suite des vaccinations aux premiers dépistages et à la situation socio-familiale.

Le bilan à 30 mois correspond au bilan réalisé avant d'entrer à l'école et est réalisé entre 30 et 32 mois. Il fait le point sur le développement psychomoteur et les dépistages bucco-dentaires, audition et langage, vision et allergies ainsi que la situation socio-familiale.

42.4.1 Information – Description documents on the contents

http: //www.one.be/banque/pres.htm

42.4.2 Population coverage

Tous les clients de l'ONE. L'ONE ne suit ni toutes les femmes enceintes, ni tous les enfants. Les femmes enceintes sont suivies dans le cadre des Consultation Prénatales de l'ONE. L'implantation des Consultations Prénatales résulte de l'évolution historique et des besoins de chaque province. Ainsi, la province du Luxembourg ne propose pas de Consultation Prénatales depuis 1994. Environ 22% des grossesses sont suivies par l'ONE. La très grande majorité des naissances seront quand même connues par l'ONE grâce à sa présence dans les maternités. Les naissances inconnues se situent principalement à Bruxelles. Ceci est dû aux naissances néerlandophones qui sont prises en charge par « Kind en Gezin » (environ 10%) et aux maternités dont l'accès à l'ONE est limité ou fermé. Ainsi, en 1998, 85,9% des naissances de droit en Communauté française[xxx] sont connues par l'ONE ; pour à près la moitié des enfants réellement suivis l'ONE dispose d'un « Volet 0-1 an ». En 2003, 91.2% des naissances répertoriées par l'INS sont ainsi connues de l'ONE.

Par des causes techniques, pour 2004 les données « Avis de Naissance » pour la région de Liège sont incomplètes, bien que représentatives.

Pour la période qui s'étend d'avril à décembre 2003 en Communauté française, l'ONE a enregistré 25082 fiches de « Premier contact », ce qui représente une couverture d'environ 75% des naissances sur la même période.

La couverture des « bilans de santé à 9 mois » diffère fortement selon les provinces. Les données récoltées pour la province du Luxembourg et le Brabant wallon couvrent plus de 2/3 de la population des enfants de 9 mois suivis à l'ONE. Par contre, nous n'avons que 10% des données sur les enfants suivis dans la province du Hainaut.

La BDMS dispose via les fiches CPN de données correspondant à 20% des naissances pour lesquelles une fiche "Avis de Naissance" est rédigée. Néanmoins

[xxx] Bruxelles inclut les naissances néerlandophones, Liège inclut les naissances germanophones.

les données issues de la Direction des Consultations et des visites à domicile, montrent que l'ONE suit 25% des futures mères.

42.4.3 Information enregistrée

42.4.3.1 Life Style

Level	
Individual	Volet Prénatal: Tabagisme de la mère Diminution de la consommation de tabac pendant la grossesse Avis de naissance: ▪ Mère Attitude concernant la mise au sein à la naissance Allaitement à la sortie de la maternité Tabagisme (nombre de cigarettes par jour) Suivi de l'enfant: Allaitement maternel Alimentation adaptée Présence d'une ou plusieurs personnes qui fume quotidiennement dans l'habitation

42.4.3.2 Health status

Level	
Individual	Volet Prénatal: Gestité Parité Pathologies durant la grossesse Décès maternel (<13 jours post-partum) IVG Fausse-couche Avis de naissance: ▪ Enfant Mortinatalité Type de présentation de l'enfant lors de l'accouchement Mode d'accouchement Poids de Naissance Prématurité Scores APGAR 1+5 minutes de vie. Postmaturité Périmètre crânien Taille à la naissance ▪ Mère Nombre d'enfants nés lors de cet accouchements Gestité Parité Grossesses multiples Durée gestationelle

	Suivi de l'enfant: Risque de Mort Subite Inexpliquée du Nourrisson Surdité de perception Santé bucco-dentaire Allergies à 30 mois Marche de l'enfant à 18 mois Mots prononcés à 18 mois Développement psychomoteur à 18 mois et à 30 mois Excès pondéral : Indice de Mass Corporelle (9, 18, 30 mois)

42.4.3.3 Health Care Use

Level	
Individual	Volet Prénatal: Séjour de l'enfant en NIC Avis de naissance: ▪ Mère Type de surveillance prénatale Analgésie Induction Suivi de l'enfant: Vaccinations Risque de MSIN : polysomnographie Dépistage des troubles visuels (30 mois) Dépistage des surdités de transmission (30 mois)

42.4.3.4 General Information

Level	
Individual	Volet Prénatal: Age de la mère (date de naissance) Commune ou pays de résidence habituelle Nationalité: à la naissance, actuelle, nombre d'années vivante en Belgique Situation d'isolement de la mère : état civil, entourée Situation professionnelle de la mère Niveau d'instruction de la mère Date de l'accouchement Maternité Avis de naissance: ▪ Enfant Date de naissance enfant Numéro de maternité Poids naissance enfant L'ordre de sortie de l'enfant lors de cet accouchement ▪ Mère Date de naissance mère Commune de résidence Situation d'isolement de la mère

	Nombre d'enfants nés de cet accouchement Nationalité de la mère (avant mariage) Suivi de l'enfant: Sexe Age de l'enfant Poids de naissance Taille de l'enfant Age de la mère à l'accouchement Activité principale de la mère Le niveau d'enseignement le plus élevé de la mère Situation familiale de l'enfant Nombre et type de revenu Mère est capable de parler français Habitation de moins ou plus de 5 ans en Belgique (pour des mères étrangères)
Location/ Space	Volet Prénatal: Commune
Health System	Volet Prénatal: Maternité

42.5 TIME CHARACTERISTICS

42.5.1 Periodicity of updates

Continuous.

42.5.2 Longitudinality

Suivi longitudinal de l'enfant depuis la gestation jusqu'à l'âge d'un an révolu.

42.5.3 Period covered by the data

Mise en route en 1983 dans le cadre d'une recherche-action coordonnée par les Docteurs Leleux et Delvoye, la BDMS a connu un développement progressif débutant par une récolte d'indicateurs relatifs au suivi des grossesses en prénatales ONE dans le Hainaut. En quelques années, la Banque de Données, outil primordial d'évaluation interne, a récolté des données pour toutes les Provinces en couvrant outre le suivi des grossesses en prénatale ONE, l'épisode de l'accouchement, celui du premier contact à domicile et le suivi préventif des enfants depuis la naissance jusqu'à l'âge de un an.

A partir de 1994 on considère d'avoir des données complétées de manière standardisée par les acteurs de terrains.

42.5.4 Date (of versions/updates)

Les premières expériences de saisie automatisée des données à partir des dossiers médicaux informatisés seront mises en place en 2005.

42.6 DATA PROCESS

42.6.1 Information – description documents on the data-process

http: //www.one.be/banque/pres.htm

42.6.2 Data sources (organisations/databases)

Les données étaient récoltées à 4 moments du suivi de la (future) mère et de l'enfant : pendant la grossesse, à la naissance, lors du premier contact de l'enfant avec la structure ONE et pendant la première année de vie de l'enfant. A chaque moment de ce suivi correspond une fiche de reccueil de données complétée par le TMS et le médecin. Il s'agit du "Volet prénatal", de l'"Avis de Naissance", du "Premier contact" et du "Volet 0-1an".

Dès 2004, les données sont récoltées à 6 moments du suivi de la (future) mère et de l'enfant : pendant la grossesse, à la naissance, après le retour à domicile de l'enfant, à 9 mois, à 18 mois et à 30 mois. A chaque moment de ce suivi correspond une fiche de recueil de données complétée par le TMS et/ou le médecin. Le dernier suivi est remplacé par trois suivis et les fiches correspondantes sont des "Bilans à 9, 18 et 30 mois".

Une fois complétées, ces fiches sont envoyées au Conseiller Médical de la subrégion yyy qui les transmets aux Encodeuses. Les fichiers sont rapatriés régulièrement à l'Administration centrale où ils sont nettoyés, traités et analysés par l'équipe de la BDMS.

42.6.3 Data process plan

Un des points forts de la BDMS est son respect constant de la confidentialité. Les données sont rangées dans des fichiers séparés et spécifiques. Une série de procédures d'une extrême fiabilité rendent leur traitement totalement anonyme.

L'"Avis de Naissance" est complété à la maternité par le TMS et permet d'assurer une liaison entre la Maternité et le TMS de terrain qui suivra l'enfant. Dans les maternités où l'ONE a accès, un TMS rencontre chaque mère qui vient d'accoucher.

Lors de la visite à la maternité, le TMS complète le questionnaire "Avis de naissance", établi en quatre exemplaires. L'original est adressé au TMS qui aura la surveillance effective de l'enfant. Un exemplaire est remis aux parents. Un autre exemplaire est destiné à la Banque de Données Médico-Sociales. Le dernier exemplaire est conservé par le TMS qui a assuré la liaison.

Dès que l'enfant se présente dans une structure ONE pour un suivi préventif, le médecin ouvre un "Dossier médical". Le "Dossier médical" est un triple feuillet qui contient des données médico-sociales qui permettront de suivre l'enfant. Si l'enfant se présente une deuxième fois dans la structure, un questionnaire "Volet 0-1 an" est ouvert. Selon le mode d'organisation de l'équipe, il sera complété au fur et à mesure ou lorsque l'enfant aura 1 an. Une fois complété, il sera renvoyé au Comité subrégional pour encodage.

---

yyy L'Office est décentralisé en six Comités subrégionaux dont la compétence territoriale s'étend à la région de Bruxelles capitale et aux provinces du Brabant Wallon, du Hainaut, de Liège, du Luxembourg et de Namur.

Les fiches arrivent dans les 6 comités subrégionaux au nom des Conseillers Médicaux garants de la confidentialité des données. Chaque comité procède à la vérification du codage : c.à.d. le contrôle des codes manquants ou erronés. Elles sont alors encodées aussi rapidement que possible par des encodeurs assermentés. Les encodeurs peuvent alors sortir des données locales pour leur subrégion à la demande de tout acteur de l'ONE ou de l'extérieur, suivant une procédure bien définie. Toutes les données sont anonymisées.

Les données sont aussi traitées et analysées au niveau de la Communauté française par le service Etudes et Stratégies de l'ONE. Pour ce faire, les 6 bases sont rapatriées à l'Administration centrale pour être fusionnées et donner ainsi une vision globale de l'état de santé des futures mères et des enfants suivis dans les structures de l'ONE.

L'équipe qui analyse ces données répond également à toutes les demandes internes et externes à l'ONE selon des règles de diffusions précises afin d'éviter tout abus dans leur utilisation.

Entre novembre 1998 et juin 1999, la BDMS a été réécrite en langage Delphi pour s'intégrer dans le paysage informatique de l'ONE. En 2002, il s'avérait que le service informatique arrivait au bout des possibilités d'évolution de cette application et qu'elle devait absolument et de façon urgente être modifiée pour que la BDMS puisse continuer à exister. Il a été décidé de réaliser "en interne" une application intermédiaire qui permettrait de sauver ce qui existait et de faire le pont en attendant une nouvelle réécriture de la BDMS. En 2003, la base de données de transition a été mise en place. Elle présente la grand avantage d'être autogerée, ce qui permet de corresponder au mieux à l'évolution des programmes de santé dans des délais rapides.

42.6.4 Data quality plan

Le premier contrôle de qualité des données (codes manquants ou erronés) est fait par les Comités Subrégionaux. Une fois elles sont rapatriées et centralisées à la BDMS, elles peuvent alors être nettoyées sur écran. Les doublons et les aberrations sont éliminés. Il s'agit du second contrôle de qualité des données. Par ailleurs, annuellement , lorsque les volets de toutes les naissances de l'année civile sont encodés, les caractéristiques générales de la population ONE sont comparées à celles de la Communauté française à l'aide des données de l'INS et des données publiées dans la littérature. De plus, de recoupements entre les fichiers de la Banque de Données Médico-Sociales sont également réalisés afin de contrôler la cohérence des données entre-elles.

Certains résultats sont difficiles à collecter : p.ex. la question concernant le tabagisme de la mère dans l' « Avis de Naissance » reste peu posée car elle est ressentie par les acteurs de terrains comme pouvant être culpabilisante si l'enfant a un petit poids de naissance. De même, la question portant sur la situation sociale de la mère est souvent jugée délicate à poser.

42.6.5 Data access procedure

Contacter Mauroy Marie-Christine, Maître du Fichier et Médecin coordinateur

Telephone 02 542 1211 - E-mail mc.mauroy@one.be

43 DATABANK SPE

43.1 DESCRIPTION

Het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie verzamelt meerdere gegevens betreffende zwangerschappen en alle bevallingen die plaats vonden in de Vlaamse kraamklinieken (en enkele Brusselse ziekenhuizen, waaronder het AZ-VUB) en de meeste thuisbevallingen (het obstetrisch en perinataal dossier), alsook gegevens van kinderen die opgenomen worden op de N*-en / of NIC-dienst (het neonataal dossier). De kraamklinieken werken mede op vrijwillige basis. Een systeem van codering waarborgt geheimhouding. Identificatie van een bepaalde kraamkliniek is voor derden praktisch onmogelijk. De gegevens die worden verzameld zijn overwegend basisgegevens met vaste definities, zoals aangegeven, waarover een consensus bestaat.

43.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		SPE
Naam van het register		Studiecentrum Perinatale Epidemiologie
Classificatie	**Hoofddomein**	Health status Health Care Consumption Population data
	Subdomein(en)	D&T specifications Utilization Demographics, SES
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Obstetrische en neonatale gegevens moeder & kind
	Hoofddiscriminant(en)	Zwangeren & neonati
Bereik	**NUTS**	BE1 BE2
	Doelpopulatie	onvolledig
	Zorglijn(en)	intramuraal transmuraal dagv transmuraal $Z extramuraal
Tijdsaspecten	**Start**	(1987) 1996
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	N.v.t.
	Specificaties	Alle ziekenhuisgeboortes (BRX enkel VUB) Nagenoeg volledig m.b.t. thuisgeboorten VL Integratie Euronatal, Peristat, Mosaic

43.2 MANAGING ORGANISATION

Name: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie

Address: Hallepoort 27, 1060 Brussel

NUTS level: BE2 (Flanders)

43.2.1 Responsible persons:

Name Prof. Dr. P. Defoort

- Role : Voorzitter
- E-mail paul.defoort@pandora.be

Name Prof. dr. H. Cammu

- Role : Voorzitter Wetenschappelijke Commissie

Name Guy Martens

- Role : Directeur
- Telephone 02 533 12 10

Fax 02 534 13 82

E-mail guy.martens@kindengezin.be

Website http: //www.vvog.be/doc_frame.dhtml?id=31124003,section=browse

43.2.2 Financing:

- Source: geen info.
- Budget: geen info.
- Number of people involved: geen info.

43.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

43.3.1 Reasons for data

De registratie (obstetrisch en perinataal dossier) van het SPE bevat het medische luik van de geboorteaangifte, zoals voorzien in het KB van 14/06/1999 (BS 05/10/1999) en haar bijlage "Model I – Strook C", in te vullen door de geneesheer of de vroedvrouw en van de overlijdensaangifte van een kind jonger dan 1 jaar of een doodgeborene (KB 17/06/1999) en de bijlage "Model III-D – Strook C", zoals gewijzigd door het ministrieel besluit van 11/08/2000 (BS 13/09/2000).

Door een overeenkomst met het Vlaams gewest (sinds 1999) zorgt het SPE voor de verwerking van de geboorteaangiftes zoals voorzien in het KB van 10/06/1999. De samenwerking tussen het Brusselse en Vlaamse Gewest voor de verwerking van de registraties van het Brussels Hoofdstedelijk gewest zorgt er ook voor dat het SPE deze registraties verwerkt, maar ze maken geen deel uit van de (Vlaamse) databank.

Legal aspects

- Het KB van 10/06/1999 dat de registratie en statistiek van geboortes bepaalt
- Het KB van 17/06/1999 dat de registratie van de doodgeborene bepaalt
- De omzendbrief van de minister van justitie van 10/06/1999; de aangifte van een levenloos geboren kind mag slechts door de burgerlijke stand geacteerd worden indien de geboorte minstens 6 maanden na de conceptie plaatsvond; deze omzendbrief kan een onderschatting inhouden in de officiële doodsoorzaken-statistieken van het aantal foetale sterfgevallen tussen de 22ste en 26-28ste zwangerschapsweek, aangezien er geen verplichting bestaat om deze doodgeboren kinderen aan te geven bij de burgerlijke stand.
- Het ministrieel besluit van 11/08/2000.

43.3.2 Purpose of database

Het doel van de SPE is het bevorderen van de perinatale epidemiologie en het bestuderen van de maternale en perinatale mortaliteit en morbiditeit. Dit doel zal worden nagestreefd met alle middelen waaronder een permanente perinatale registratie en het opzetten van een gegevensbank voor perinatale geneeskunde.

Daarnaast ontvangt elke kraamkliniek ook een jaarverslag van haar eigen activiteiten, en, een profilering die toelaat, anoniem, deze activiteiten tegenover de 73 andere Vlaamse kraamklinieken te situeren. Dit laat zelfbeoordeling toe die tot kwaliteitsverbetering moet leiden. Het jaarverslag en profiel zouden dan ook het document bij het uitstek kunnen zijn voor de LOK-vergaderingen

43.3.3 Users of data (organisations)

De gegevens worden mee verwerkt in internationale studieprojecten zoals de Euronatal, Peristat, Mosaic.

43.3.4 Applications

- Jaarverslag 'Perinatale activiteiten in Vlaanderen'
- Individuele rapporten en profielen van elke kraamkliniek.
- Engelstalige meerjaarlijkse overzichtsrapporten.

43.3.5 User experiences (problems)

Ook het Nationaal Instituut voor de Statistiek beschikt over cijfers over het aantal geboorten, deze zijn evenwel gebaseerd op gegevens van het Rijksregister (en dus niet op de registratie van levend- en doodgeboren kinderen van 500 gram of meer in kraamafdelingen en bij thuisbevallingen).

43.3.6 New evolutions

Geen info.

43.4 CONTENTS

Er zijn twee SPE formulieren: het obstetrisch en perinataal dossier en het neonatal dossier N*-dienst. Het eerste wordt ingevuld bij elke geboorte. Het laatste wordt slechts ingevuld indien de baby naar een neonatale afdeling wordt overgebracht. De inhoud van deze formulieren is mede op basis van de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO).

Daarnaast is er het Model I - Strook D van de geboorteaangifte en het Model IIID – Strook D met socio-demografische gegevens.

43.4.1 Information – Description documents on the contents

SPE-formulieren.

43.4.2 Population coverage

De gegevens betreffen alle ziekenhuisgeboorten in de 72 Vlaamse kraamafdelingen (+ AZ-VUB) en de 462 thuisbevallingen (situatie in 2003). Alle cijfers in deze databank hebben betrekking op levend- en doodgeboren kinderen met een geboortegewicht van 500 gram of meer.

43.4.3 Registratie items

43.4.3.1 Health status

Level	
Individual	<u>Obstetrisch en perinataal dossier:</u> Geboorten voor deze zwangerschap Aantal levend/dood geboren; aantal nog in leven Datum laatste bevalling Keizersnede bij vorige zwangerschap Pariteit Ontstaan van de zwangerschap Hypertensie Diabetes Meerlingzwangerschap HIV Duur zwangerschap (weken) en zekerheid van deze duur Ligging voor de geboorte Inductie van de baring Groep B Streptococcen (GBS)-kolonisatie Wijze van verlossing Episiotomie Hoofdindicatie voor sectio Geboortegewicht APGAR-score 1+5 min

	Beademing van de pasgeborene Aangeboren misvormingen (+ uitgebreid formulier[zzz]) Perinatale sterfte (+ datum/tijdstip) Maternale morbiditeit en mortaliteit (reden + ev. datum) Neonataal dossier: Reden van opname Specifieke pathologie Bestemming van het kind Toestand bij ontslag Datum/tijdstip/oorzaak van overlijden Obductie Classificatie van de doodsoorzaak

43.4.3.2 Health Care Use

Level	
Individual	Obstetrisch en perinataal dossier: Epidurale analgesie GBS-profylaxe Sectio Methode van beademing pasgeborene Transfer naar een neonatale afdeling (N* of NIC) Neonataal dossier: Transfer naar NIC-dienst Naam van de dienst Opnamedatum van het kind in het ziekenhuis Ontslagdatum van het kind

43.4.3.3 General Information

Level	
Individual	Obstetrisch en perinataal dossier: Geboortedatum moeder Postcode – woonplaats moeder Geslacht kind Geboortedatum kind Tijdstip geboorte (uur/min) Neonataal dossier: Geboortedatum kind Geboortedatum moeder Strook D: Gemeente of land van geboorte (kind) Nummer van de geboorteakte Geboortedatum vader en moeder Hoogst voltooide opleiding of diploma vader en moeder

[zzz] Dit extra formulier wordt ingevuld indien er aangeboren misvormingen zijn. Het wordt in deze annex niet besproken.

	Huidige beroepstoestand vader en moeder
	Sociale staat in het huidige beroep (vader en moeder)
	Huidig of laatst uitgeoefend beroep (vader en moeder)
	Nationaliteit: oorspronkelijke en huidige (vader en moeder)
	Gewone verblijfplaats moeder (gemeente of land)
	Burgerlijke staat van de moeder
	Gezinstoestand van de moeder
	Datum van het huidige huwelijk
	Aantal vorig geboorten uit het huidige huwelijk (levend/dood geboren)

43.5 TIME CHARACTERISTICS

43.5.1 Periodicity of updates

Jaarlijkse statistiek. Afhankelijk van het dataproces, maandelijkse tot jaarlijkse gegevensinput (zie hieronder).

43.5.2 Longitudinality

De databank bevat gegevens van meer dan 1 miljoen geboorten sinds 1987.

43.5.3 Period covered by the data

Vanaf 1996 registreert de SPE - op een niet-significant aantal thuisbevallingen na - de peripartale en neonatale gegevens van alle levend- en doodgeboren kinderen met een geboortegewicht van 500 gram of meer. Dit is ruimer dan voorzien wordt door de wetgever, die de geboorten pas registreert vanaf 180 dagen zwangerschapsduur.

De strook D met socio-economische gegevens is pas beschikbaar vanaf 1999 (omwille van de invoering ervan door de wet). Vanaf dat jaar zijn ook de gegevens uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest beschikbaar.

43.5.4 Date (of versions/updates)

Geen.

43.6 DATA PROCESS

43.6.1 Information – description documents on the data-process

Geen info.

43.6.2 Data sources (organisations/databases)

Alle 74 kraamklinieken van het Vlaams Gewest (+ AZ-VUB) nemen deel aan de verwerking van het register. Deze data wordt op vrijwillige basis verzameld, geregistreerd en ingezonden door alle betrokken gynaecologen, pediaters en vroedvrouwen.

43.6.3 Data process plan

Maandelijks of om de twee maanden sturen de kraamklinieken de dossiers van de door hen geregistreerde verlossingen naar het SPE-verwerkingscentrum. Daar worden de gegevens via een eigen ontworpen inbrengprogramma ingebracht. Na controle van de ingebrachte gegevens worden deze per kraamkliniek gecontroleerd d.m.v. een foutendetectieprogramma.

Lijsten van ontbrekende en/of foutieve gegevens worden naar de verantwoordelijke arts van elke kraamkliniek teruggestuurd met de vraag deze correct te willen invullen. Soms worden heikele punten ter plaatse uitgevlooid door de directeur. Na ontvangst in het verwerkingscentrum worden deze nieuwe gegevens toegevoegd en de definitieve versie wordt per ziekenhuis gestockeerd. Een laatste controle bestaat erin de SPE-gegevens te toetsen aan de gegevens van de Administratie Gezondheidszorg van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.

Twintig kraamklinieken werken op een automatische basis, d.w.z. dat het verwerkingscentrum de gegevens eenmaal per jaar toegestuurd krijgt op diskette of via e-mail. (status 2003).

Elk jaar wordt voor iedere deelnemende kraamkliniek een jaarrapport opgemaakt, met daarin een profileringsbalans, waarbij de mogelijkheid geboden wordt de eigen resultaten te vergelijken met deze van andere kraamklinieken. Ten slotte ontvangt iedere kraamkliniek een evaluatie van de registratie in haar totaliteit.

43.6.4 Data quality plan

Zie 6.3.

43.6.5 Data access procedure

Toegang tot geïnformatiseerde en anonieme gegevens is mogelijk door schriftelijke aanvraag aan de Wetenschappelijke Commissie, die zes maal per jaar vergadert.

44 TUBERCULOSE REGISTER

44.1 DESCRIPTION

De VRGT is de Vlaamse vereniging van deskundigen terzake, die tuberculose actief opzoekt en patiënten opvolgt tijdens hun behandeling. Ze doet dit met de financiële steun van de Vlaamse en Brusselse overheid en in samenwerking met de gezondheidsinspecties. De Franstalige zusterorganisatie FARES heeft dezelfde doelstellingen en krijgt hiervoor steun van de Franstalige Gemeenschap. Beide organisaties zijn ontstaan uit het "Belgisch Werk tot bestrijding van de Tuberculose".

Actieve tuberculose omvat alle pulmonale en extra-pulmonale tuberculosevormen bevestigd door een bacteriologisch, radiologisch of anatomopathologisch onderzoek of door een associatie van deze. Haar aangifte aan de Gezondheidsinspectie is verplicht. Het register is gebaseerd op de aangiften aan de provinciale gezondheidsinspectie. De betrouwbaarheid van de gegevens wordt gecontroleerd door navraag te doen bij de behandelende arts. In het Vlaams Gewest gebeurt de analyse van de gegevens door de Gezondheidsinspectie, in het Waals Gewest door de FARES en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest door VRGT en FARES samen.

Jaarlijkse registratie van het aantal nieuwe TBC-gevallen.

De tuberculoseregisters van het Vlaams, Waals en Brussels Gewest kunnen bijeengevoegd worden dankzij de goede samenwerking van de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg (VRGT) en zusterorganisatie Fonds des Affections Respiratoires (FARES) met de Vlaamse en Franse Gemeenschap, de Brusselse Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de referentielaboratoria van het netwerk voor de surveillance van de tuberculoseresistentie.

44.1.1 Typology of the database

Gegevenscollectoren		VRGT + FARES
Naam van het register		Tuberculoseregister
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Health Care
	Subdomein(en)	Morbidity Utilization, D&T specifications
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Personalia Klinische gegevens D&T
	Hoofddiscriminant(en)	TBC-patiënten
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	volledig
	Zorglijn(en)	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	1995
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-

Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	-
	Specificaties	Gebaseerd op de aangiften aan de provinciale gezondheidsinspectie Systematische screening van risicogroepen & migranten

44.2 MANAGING ORGANISATION

Gezondheidsinspectie van de Vlaamse gemeenschap - Coördinatie infectieziekten

- Address: Markiesstraat 1, 1000 BRUSSEL
- Telephone: 02-553 35 85
- Fax: 02-553 36 16
- NUTS level: BE2 (Vlaanderen)
- Website: http: //www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsinspectie/

VRGT (Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding)

- Address: Eendrachtstraat 56, 1050 Brussel
- NUTS level: BE2 (Vlaanderen) en BE1 (Brussel Hoofdstedelijk gewest)
- Website: http: //www.vrgt.be/

FARES (Fonds des Affections Respiratoires)

- Address: 56, rue de la Concorde - 1050 Bruxelles
- NUTS level: BE3 (Wallonië) en BE1 (Brussel Hoofdstedelijk gewest)
- Website: http: //www.fares.be/

44.2.1 Responsible persons:

Dr. An Aerts (VRGT)

- Role : Directeur
- Telephone 02 510 60 90
- Fax 02 511 46 14
- E-mail info@vrgt.be

Dr. M. Wanlin (FARES)

- Role : Directrice médicale
- Telephone 02 512 29 36
- Fax 02 511 14 17
- E-mail maryse.wanlin@fares.be

Patrick de Smet (FARES/VRGT)

- Role : Datamanager

- E-mail pdesmet@ulb.ac.be

44.2.2 Financing:

Source: Vlaamse gemeenschap (VRGT) en Franstalige gemeenschap (FARES)

Budget: geen info;

Number of people involved: geen info.

44.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

44.3.1 Reasons for data

De belangrijkste pijlers van de tuberculosebestrijding zijn:

- vroegtijdige opsporing en adequate behandeling van tuberculosepatiënten
- nauwgezet onderzoek van alle contactpersonen van de tuberculosepatiënten
- systematische screening van de risicogroepen

44.3.2 Purpose of database

Ondersteuning van het onderzoek

44.3.3 Users of data (organisations)

Gewoonlijk voor onderzoek (VRGT, FARES, Institut Pasteur pour Epidemiologie, Universiteiten,…)

44.3.4 Applications

- Jaarlijks wordt een rapport opgemaakt met epidemiologische en statistische gegevens rond de aangiftes, diagnosestelling van het afgelopen jaar (YY) en de behandeling van de patiënten, gediagnosticeerd tijdens het voorafgaande jaar (YY-1). Er is ook aandacht voor resistentie (sinds 2000).
- De gegevens voor België worden ook doorgegeven aan de Europese organisatie EuroTB (www.eurotb.org), een WHO collaborating centre in Frankrijk, gesteund door DG SANCO van de EC.

44.3.5 New evolutions

Geen info.

44.4 CONTENTS

De gegevens worden doorgegeven via twee verschillende formulieren: een uitgebreid formulier “Registratie” met persoonsgegevens, opsporing, diagnose en behandeling en een follow-up formulier met opnieuw enkele persoonsgegevens (voor de koppeling), wijziging van diagnose, medicatie,

aanwezigheid van een heelkundige behandeling, bacteriologische resultaten en uitkomst van de behandeling.

44.4.1 Information – Description documents on the contents

Geen info.

44.4.2 Population coverage

Alle gediagnosticeerde gevallen in België met inbegrip van de vreemdelingen en asielzoekers.

44.4.3 Variables

44.4.3.1 Life Style

Level	
Individual	Risicofactoren: ***Dakloze*** ***IV druggebruiker*** ***>10% onder het ideale lichaamsgewicht*** ***Chronisch alcoholisme***

44.4.3.2 Health status

Level	
Individual	Diagnose: ▪ Vorm en lokalisatie ▪ Datum en resultaat bacteriologisch onderzoek ▪ Datum en resultaat patholoog-anatomisch onderzoek ▪ Datum en resultaat antibiogram (voor behandeling) ▪ Identificatie tuberkelbacil ▪ Tuberculose antecedenten ***Jaar*** ***Duur behandeling*** ***Type behandeling*** Risicofactoren: ***HIV+*** ***Immunosuppressieve behandeling*** ***Pneumoconiose (silicose e.a.)*** ***Hoofd- of halscarcinoma, leukemie, Hodgkin lymfoma*** ***Recent (<2jr) contact met besmettelijke TB patiënt*** ***Nierinsufficiëntie*** ***Fibrotische laesies op RX thorax*** ***Diabetes Mellitus*** ***>10% onder het ideale lichaamsgewicht*** ***Chronisch alcoholisme*** Bacteriologische resultaten (follow-up): ▪ Bij begin behandeling

	▪ Na de beëindiging van de initiële fase ▪ Bij het einde van de behandeling ▪ Gevoeligheidsbepalingen voor het instellen van de behandeling ***Datum en uitkomst antibiogrammen***

44.4.3.3 Health Care Use

Level	
Individual	<u>Opsporing:</u> ▪ Datum ▪ Sector ▪ Aanleiding <u>Huidige behandeling:</u> ▪ Datum begin behandeling ▪ Type behandeling ***Tuberculostatica*** ***Heelkunde*** ▪ Behandeling onder supervisie ***Noodzakelijk?*** ***Door wie?*** <u>Medicatie:</u> ▪ Totale duur ▪ Tuberculostatica (initiële fase) ▪ Andere tuberculostatica ▪ Frequentie van medicatietoediening ***Initiële fase*** ***Consolidatiefase*** ▪ Therapietrouw

44.4.3.4 Quality of Care

Level	
Individual	<u>Bacteriologische resultaten (follow-up):</u> ▪ Na de beëindiging van de initiële fase ▪ Bij het einde van de behandeling <u>Uitkomst van de behandeling:</u> ***Beëindigd*** ***Overleden*** ***Gefaald*** ***Defaulted*** ***Nog in behandeling na 12 maanden***

44.4.3.5 General Information

Level	
Individual	Persoonsgegevens: ***Registratiejaar*** ***Postcode patient*** ***Geslacht patient*** ***Geboortedatum*** ***Geboorteland*** ***Nationaliteit*** ***Datum van aankomst in België*** ***Hoogst bereikte niveau van opleiding*** Risicofactoren: ***Gedetineerde*** ***Asielzoeker*** ***Illegale*** ***Dakloze*** ***Kansarme*** ***HIV+*** ***IV druggebruiker*** ***Persoon werkzaam met één van bovenvermelde groepen*** ***Gezondheidswerker (incl. stagiairs en vrijwilligers)***
Health System	***Postcode huisarts*** ***Postcode specialist***

44.5 TIME CHARACTERISTICS

44.5.1 Periodicity of updates

Jaarlijks

44.5.2 Longitudinality

De behandeling van individuele patiënten wordt opgevolgd.

44.5.3 Period covered by the data

1995-2003

44.5.4 Date (of versions/updates)

Sinds 2000 worden ook gegevens over resistentie verzameld.

44.6 DATA PROCESS

44.6.1 Information – description documents on the data-process

Gee info.

44.6.2 Data sources (organisations/databases)

Sinds de defederalisering van de preventieve gezondheidssector raakte de tuberculosebestrijding in België erg gefragmenteerd. Meerdere actoren zijn nu verantwoordelijk voor de opsporing en opvolging van recente infecties rond een besmettingsbron (contactinvestigaties).

Op 5 april 1995 is een decreet van de Vlaamse Regering verschenen over de profylaxe van besmettelijke ziekten: iedere arts (huisarts, specialist, arbeidsgeneesheer, gezondheidsinspecteur, ziekenfondsarts, arts van het medisch schooltoezicht) of hoofd van een laboratorium voor klinische biologie die een geval van actieve tuberculose kent of vermoedt moet dit binnen de 48 uur aangeven aan de provinciale gezondheidsinspecteur.

Deze meldingsplicht is vooral bedoeld om een goede profylaxe te verzekeren. Daartoe werkt de gezondheidsinspecteur nauw samen met de VRGT (Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculose), waarvan de verpleegkundigen moeten instaan voor de coördinatie van het opsporingsonderzoek in de omgeving van de tuberculosepatiënt. Het is hun taak de behandelende arts bij te staan door aan de patiënt en zijn contactpersonen informatie te verstrekken over ziekte en behandeling, door tuberculinetests te plaatsen en door de therapietrouw van de patiënt desgevallend persoonlijk te controleren. Radiologisch thoraxonderzoek van contactpersonen kan kosteloos verricht worden in de dispensaria en door de mobiele röntgenopsporingsequipes van de VRGT.

Recent nam ook de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) van het Brussels Gewest deze maatregel over (in 2004). De tuberculoseaangiftes dienen daar te gebeuren aan de gezondheidsinspecteur van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werken VRGT en FARES nauw samen zowel voor de registratie als voor de socioprofylaxe.

Voor de Franse gemeenschap geldt het Koninklijk Besluit van 1 maart 1971 dat dezelfde maatregel voorschrijft i.v.m. de aangifte van tuberculose, echter zonder tijdslimiet, en staat de FARES (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé) in voor de socioprofylaxe.

In Vlaanderen (+ deel Brussel) worden de meldingen aan de gezondheidsinspectie opgenomen in het register en verder naar de VRGT doorgezonden. Zij staat in voor de verdere op puntstelling, de bron- en contactopsporing en de coördinatie in samenwerking met de provinciale gezondheidsinspecties. In Wallonië (+deel brussel) is de FARES verantwoordelijk. Het register wordt verder aangevuld met de hulp van de pneumologen, huisartsen en het paramedisch personeel van de FARES en VRGT.

Om de opname van de gegevens te vereenvoudigen en te standardiseren is er een papieren vragenlijst (van de FARES/VRGT) om 10 essentiële variabelen[aaaa] te verzamelen op nationaal niveau.

[aaaa] Localisation du patient, date de naissance, date de dépistage, sexe, nationalité, localisation(s) de la maladie, examen direct microscopique sur specimen respiratoire (si approprié), résultat de culture sur 8 types de prélèvement, résultat antibiogramme pour INH, RMP, EMB, identification de la mycobactérie, notion d'antécédent de maladie tuberculeuse. (+statut demandeur d'asile ou autre séjour).

44.6.3 Data process plan

De codering van de gegevens gebeurt in Vlaanderen op provinciaal niveau door de gezondheidsinspecties en elders door de FARES. Er is ook een software voor het beheer van de databank die via een formulier toelaat de anonieme gegevens voor 10 essentiële variabelen gestandardiseerd in te brengen.

44.6.4 Data quality plan

Nadat de gegevens in de nationale database zijn samengebracht, worden verschillende testen uitgevoerd om de kwaliteit na te gaan of te verbeteren:

- recherche des doubles enregistrements ;
- record linkage et vérification de l'exhaustivité et de la concordance des données bactériologiques du registre avec les données bactériologiques des laboratoires ;
- >10 tests de cohérence des informations; en cas de problème, des bordereaux « papier » standardisés sont imprimés et renvoyés aux fournisseurs de données pour correction ; les corrections sont encodées au niveau central ;
- le taux de disponibilité des 10 variables essentielles est examiné en détail annuellement notamment après stratification pour la provenance géographique des données; l'historique (rétrospectives sur 4 ans) de la disponibilité des variables posant problème (<90%) est présenté et commenté annuellement;
- selon un rythme biennal, les interrelations entre la plupart des variables essentielles sont étudiées et comparées à un standard externe ; les déviations sont présentées et commentées; pour la comparaison on utilise les mesures obtenues sur les données d'un ensemble de pays européens dont
    - les caractéristiques démographiques sont comparables aux nôtres
    - l'épidémiologie de la maladie est similaire à celle qui prévaut chez nous
    - la qualité du processus de collecte est particulièrement élevée
- la base de données de données est transmise chaque année à un organisme centralisateur international qui effectue également des tests de qualité;
- ponctuellement une enquête ad hoc est implémentée (p ex registre 2003, en région wallonne) étude de la validité de la distinction entre « décès lié à la tuberculose » et « décès autre cause » ;

De sociale gegevens worden ingevuld door de zorgverlener. Deze is niet altijd op de hoogte van de juiste situatie. Er is ook geen validatie van deze gegevens. De kwaliteit ervan moet dus in vraag gesteld worden.

2.3 Data access procedure

Door een officiële aanvraag te richten aan de coördinator met onder meer de opgave van de doelstelling van de studie en na goedkeuring door het wetenschappelijke comité.

45 VLAAMSE ZORGVERZEKERING

45.1 DESCRIPTION

Registratie met betrekking tot de aangeslotenen van de Vlaamse Zorgverzekering, hun zorgindicatiestellingen, de tenlastenemingsdossiers en de gegevens van de mantelzorgers.

45.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		Vlaams zorgfonds
Naam van het register		Vlaamse Zorgverzekering
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Care
	Subdomein(en)	Utilization
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Administratief Rechten & gebruik
	Hoofddiscriminant(en)	Vlaamse gemeenschap
Bereik	**NUTS**	BE1 + BE2
	Doelpopulatie	onvolledig BE1 - volledig BE2
	Zorglijn(en)	extramuraal
Tijdsaspecten	**Start**	2001
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	Recordtypes A, B, D & M
	Specificaties	Gegevens van alle zorgkassen behorende tot het Vlaams Zorgfonds Brussel Hoofdstedelijk Gewest - enkel Vlaamse ingeschrevenen

45.2 MANAGING ORGANISATION

Name: Vlaams Zorgfonds.

Address: North Plaza B-gebouw, 5de verdieping, Koning Albert II-laan 7 , 1210 Brussel

Web-site: http://www.wvc.vlaanderen.be/zorgverzekering/documentatie/zorgfonds.htm

Telephone: 02-553 46 90

Fax: 02-553 46 59

E-mail: e-mail zorgverzekering@vlaanderen.be

NUTS level: BE2 (Vlaanderen); BE1 (Vlaamse ingeschrevenen in het Brussels Hoofdstedelijk gewest)

45.2.1 Responsible persons:

Luc Huybrechts

- Role : Projectleider-directeur
- Telephone : 02 553 4691
- E-mail : luc.huybrechts@wvc.vlaanderen.be

Roberto Castelli

- Role : Gegevensbeheerder
- E-mail : roberto.castelli@wvc.vlaanderen.be

Marc Morris

- Role : Leidend ambtenaar

45.2.2 Financing:

Source : Vlaamse Gemeenschap

Budget : er is geen specifiek budget voor de gegevensverzameling. Zowel het Zorgfonds als de zorgkassen krijgen een budget voor de ondersteunende taken.

Number of people involved: geen info.

45.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

45.3.1 Reasons for data

De bestanden dienen om de opdrachten van het Vlaams Zorgfonds te kunnen uitvoeren: ambtshalve aansluitingen bepalen, controles van de zorgkassen, statistieken maken.

Legal aspects

Decreet van 30/03/1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering: art. 16 legt een verplichte registratie op.

45.3.2 Purpose of database

Het Vlaams Zorgfonds werd opgericht als een openbare instelling[bbbb] met als opdrachten:

- verstrekken van subsidies aan de zorgkassen; het Vlaams <Zorgfonds> treedt daarbij eveneens op als compensatiefonds om structurele verschillen in risico tussen de zorgkassen te compenseren
- aanleggen en beheren van financiële reserves met het oog op de dekking van toekomstige uitgavenverplichtingen
- onverminderd de controle door de Controledienst der Verzekeringen en de Controledienst der Ziekenfondsen,

[bbbb] Decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering, Vlaamse Regering 30/03/1999, BS 28/05/1999. Momenteel een "intern verzelfstandigd agentschap" (decreet van 7 mei 2004).

uitoefenen van het toezicht en de controle op het beheer, de werking en de financiële situatie van de zorgkassen

- verzamelen en verwerken van gegevens van de zorgkassen die nuttig zijn voor de toepassing van dit decreet

De gegevensinzameling moest oorspronkelijk toelaten : (handleiding 01/10/2001)

- voorschotten op de subsidies te betalen aan de zorgkassen
- de budgettaire weerslag van de gefaseerde invoering van de zorgverzekering te meten
- dubbele aansluitingen zo snel mogelijk vast te stellen

Daartoe was de gegevensverzameling maandelijks voor de jaren 2001-2002. Sinds 2003 is de gegevensverzameling driemaandelijks en momenteel dient de gegevensverzameling vooral voor de opmaak van jaarstatistieken ten behoeve van het beleid en voor de controle van de zorgkassen. Onder meer omwille van kwaliteitsaspecten worden de bestanden nog niet gebruikt voor de subsidiëring van de zorgkassen.

45.3.3 Users of data (organisations)

Veel gemeentebesturen en provincies zijn geïnteresseerd in het aantal zorgbehoevenden in hun gemeente of provincie. Er zijn draaitabellen voor deze gebruikers beschikbaar op de website.
http: //www.wvc.vlaanderen.be/zorgverzekering/documentatie/cijfers/dossiers/index.htm

45.3.4 Applications

User experiences (problems): geen info.

45.3.5 New evolutions

Geen info.

45.4 CONTENTS

De gegevens zijn gestructureerd in vier bestanden per indienmaand en per zorgkas (YYYYMMXXX{A,B,D,M}) met XXX de code van de zorgkas (zie bijlage)

- Bestand A of ledenbestand
- Bestand B met de tenlastenemingsdossiers
- Bestand D met de indicatiestellers en de resultaten van indicatiestelling
- Bestand M of mantelzorgbestand (sinds 2004).

Opmerking: deze bestanden bevatten nauwelijks demografische gegevens. Sommige hiervan moeten wettelijk beschikbaar zijn bij de zorgkassen (Naam, adres, geboortedatum, geslachte en nationaliteit). Ze kunnen ook bekomen worden door de gegevens van het zorgfonds te koppelen aan de gegevens van het Rijksregister.

45.4.1 Information – Description documents on the contents

Zie de gepubliceerde handleidingen in het Belgisch Staatsblad (§3.1)

45.4.2 Population coverage

Alle leden van de erkende zorgkassen. Aansluiting is verplicht voor alle Belgische inwoners en niet-buitenlandsverzekerde vreemdelingen van het Nederlandse taalgebied (concreet nu: Vlaams Gewest?) en ouder dan 25 jaar. Bij niet-aansluiting wordt men ambtshalve aangesloten bij de Vlaamse Zorgkas.

Niet-buitenlandsverzekerde inwoners van het tweetalige Brussels Hoofdstedelijk Gewest kunnen vrijblijvend aansluiten.

Er is slechts een tegemoetkoming op aanvraag en indien men aan de gestelde voorwaarden voldoet. Het resultaat van het onderzoek naar de voorwaarden wordt geregistreerd.

45.4.3 Health status

Level	
Individual	Bestand B: ***Resultaat indicatiestelling*** ***Code bijkomend onderzoek*** ***Resultaat indicatiestelling bijkomend onderzoek*** ***Resultaat indicatiestelling bij controle*** Bestand D: ***Resultaat van de indicatiestelling****

* Ook de indicatiestellingen die geen aanleiding geven tot een tussenkomst van de zorgverzekering (< 35) moeten geregistreerd worden.

45.4.3.1 Health Care Use

Level	
Individual	Bestand B: ***Code zorgvorm*** ***Einddatum uitvoering tenlastenemingen*** ***Code positief/negatief saldo*** ***Saldo van de bedragen voor het kalenderjaar*** Bestand D: ***Datum van de uitbetaling indicatiesteller*** ***Datum van de terugvordering indicatiesteller***
Family/ Household	
Group	Bestand B: ***Zorgkas*** Bestand D: ***Zorgkas*** ***Datum van de uitbetaling indicatiesteller*** ***Datum van de terugvordering indicatiesteller***

45.4.3.2 General Information

Level	
Individual	Bestand A: ***Rijksregisternummer van het lid*** ***Geboortejaar*** ***NIS-code fusiegemeente waar het lid laatst woonachtig was*** ***Datum aanvang aansluiting*** ***Datum betaling laatste ledenbijdrage*** ***Verwerkingsdatum van de aanvang van aansluiting*** ***Code aansluiting*** ***Code regularisatie*** ***Datum beëindiging aansluiting*** ***Verwerkingsdatum beëindiging aansluiting*** ***Code beëindiging aansluiting*** ***Betaald bedrag kalenderjaar (door lid)*** ***Verhoogde verzekeringstegemoetkoming*** ***Aantal maanden schorsing of wachtijd*** ***Resterende maanden schorsing of wachttijd***
	Bestand B: ***Rijksregisternummer van het lid*** ***Geboortejaar*** ***NIS-code fusiegemeente*** ***Code aanvraag, herziening of verlenging*** ***Datum van aanvraag of datum van start tenlasteneming*** ***Code indicatiesteller*** ***Datum indicatiestelling bijkomend onderzoek*** ***Code beslissing*** ***Datum beslissing*** ***Datum laatste wijziging zorgvorm*** ***Code beslissing na controle*** ***Datum beslissing na controle***

Level	
	Bestand D: ***Rijksregisternummer van het lid*** ***Geboortejaar*** ***NIS-code fusiegemeente*** ***GKB[cccc]-nummer indicatiesteller*** ***Code indicatiesteller*** ***Datum aanvraag of tenlasteneming*** ***Datum indicatiestelling***
	Bestand M: ***Rijksregisternummer van de zorgbehoevende*** ***Rijksregisternummer van de mantelzorger*** ***Relatie zorgbehoevende-mantelzorger***
Family/ Household	
Group	Bestand A: ***Zorgkas*** Bestand B: ***Zorgkas*** ***Code indicatiesteller*** Bestand D: ***Zorgkas*** ***GKB-nummer indicatorsteller*** ***Code indicatiesteller*** Bestand M: ***Zorgkas***
Location/ Space	Bestand A: ***NIS-code fusiegemeente waar het lid laatst woonachtig was*** Bestand B: ***NIS-code fusiegemeente*** Bestand D: ***NIS-code fusiegemeente***

45.4.4 Structuur van de bestanden

De vier bestanden zijn aan elkaar koppelbaar door gebruik van het rijksregister-nummer. Het geboortejaar laat toe om een onderscheid te maken tussen de eeuwen (19xx en 20xx).

[cccc] Gemeenschappelijk klantenbestand. Een noodzakelijke voorwaarde voor het Management-InformatieSysteem van het Vlaamse departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) is een geïnformatiseerd bestand van de klanten. Klanten zijn de personen of de organisaties waarop de dienstverlening van de overheid gericht is. In 1997 werd het Gemeenschappelijk Klantenbestand (GKB) opgestart. Alle instellingen, organisaties of particulieren die een of andere vorm van erkenning, subsidiëring of steun vragen of ontvangen van het departement, zullen op termijn deel uitmaken van dat bestand. Het GKB zal de basis vormen voor de uitbouw van een klantenrepertorium. Dat zal de burger in staat stellen om via het internet zelf op zoek te gaan naar de coördinaten van alle door WVC erkende of gesubsidieerde voorzieningen, zoals bijvoorbeeld rusthuizen, musea en centra voor geestelijke gezondheidszorg.

45.5 TIME CHARACTERISTICS

45.5.1 Periodicity of updates

Trimestrieel worden de bestanden A, B en D opgevraagd. De bestanden zijn cumulatief : ze bevatten ook de historische gegevens van het boekjaar. De bestanden M zijn jaarlijks. De gegevens van het voorgaande jaar moeten uiterlijk op 31 maart geleverd worden (Decreet 17/07/2000 art. 8).

45.5.2 Longitudinality

In principe zijn de gegevens longitudinaal, daar elk lid kan gevolgd worden op basis van het rijksregisternummer. In de Bestanden A, kan men ook terugvinden of het lid zijn aansluiting heeft beëindigd bij een zorgkas en waarom. Daar in de bestanden B en D het nationaal nummer pas werd ingevoerd vanaf 1/1/2003, kunnen de gegevens van deze bestanden maar vanaf die datum longitudinaal gevolgd worden. Ook zijn sommige gegevens uit het bestand B verwijderd of werd de definitie gewijzigd vanaf die datum.

45.5.3 Period covered by the data

Sinds de start van de zorgverzekering op 1 oktober 2001. In praktijk bruikbaar vanaf 1/1/2003.

45.5.4 Date (of versions/updates)

Zie § 3.1. Aanpassing periodiciteit van de bestanden (maandelijks naar trimestrieel) op 1/1/2003.

Bestand	*Datum*	*Velden*
A	1/1/2003	Toevoeging velden 1) geboortejaar (b) 2) betaald bedrag (l) 3) verhoogde verzekeringstegemoetkoming (m)
A	1/1/2005	Toevoeging velden 4) aantal maanden schorsing/wachttijd 5) aantal maanden resterend
B	1/1/2003	Toevoeging velden 6) rijksregisternummer 7) Code decentraal punt zorgkas Schrapping velden 8) NIS-code aanvraaggemeente 9) Geslacht 10) Code zorgvorm bij aanvraag + Aanpassing volledige inhoud en definities van de andere velden! (zie handleidingen)
B	1/1/2005	Schrapping velden 11) Bedrag openstaand krediet

Bestand	Datum	Velden
D	1/1/2003	Toevoeging velden 12) Rijksregisternummer 13) NIS-code gemeente 14) Code decentraal punt zorgkas Schrapping velden 15) Code zorgvorm
M	1/1/2004	Toevoeging van bestand (zonder beschrijving)
M	1/1/2005	Beschrijving van de velden

45.6 DATA PROCESS

45.6.1 Information – description documents on the data-process

Geen info.

45.6.2 Data sources (organisations/databases)

Alle gegevens worden rechtstreeks opgevraagd bij de verschillende (8) zorgkassen, die wettelijk verplicht zijn ze te leveren.

45.6.3 Data process plan

De gegevens worden niet geconsolideerd in een database. Per jaar worden vier Access97 databestanden aangemaakt (volgens de 4 types documenten: A, B, D en M).

Er is momenteel een applicatie in de aanmaak, met aandacht voor geautomatiseerde controles.

Jaarlijkse statistieken worden aangemaakt voor de rapportering van de werking van het Zorgfonds en het gebruik van de Zorgverzekering.

45.6.4 Data quality plan

Momenteel is er weinig aandacht voor de kwaliteit, die daarom ook ondermaats is. In principe zijn er regels afgesproken voor de A- en B- bestanden, maar die worden niet consequent toegepast door de zorgkassen. Dit blijkt uit een trimestriële foutenanalyse op basis van boekhoudkundige gegevens. Een geïndividualiseerd overzicht van de gevonden fouten wordt toegestuurd aan elke zorgkas, die geacht wordt de verbeterde gegevens binnen het trimester aan te leveren. Een project is in voorbereiding om de verwerking van de gegevens te verbeteren met aandacht voor kwaliteitsaspecten.

45.6.5 Data access procedure

Gegevens kunnen schriftelijk en gemotiveerd aangevraagd worden bij en in overleg met het Vlaams Zorgfonds. Het Vlaams Zorgfonds kan anonieme gegevens ter beschikking stellen.

Legal aspects: Wet op de privacy (zie ook Decreet van 30/03/1999)

45.7 RELATED EXTERNAL REFERENCE LISTS (LOOK UP TABLES)

- Lijst van instellingen gerefereerd met het GKB-nummer.
- Lijst van zorgkassen

180 = CM-zorgkas

280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen

380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten

480 = Zorgkas van de liberale ziekenfondsen

580 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

680 = Vlaamse zorgkas

780 = Ethias Zorgkas

880 = Zorgkas DKV Belgium

Deel 11 : Academische researchgroepen

46 DIABETES REGISTRY

46.1 DESCRIPTION

Het Belgisch Diabetes Register of BDR is sinds haar oprichting in 1989 uitgegroeid tot een national network van artsen, onderzoekers en hun medewerkers die samenwerken aan epidemiologische, klinische en biologische wetenschappelijk studies omtrent diabetes. De voornaamste taak van het BDR bestaat uit het verzamelen van gegevens bij diabetespatiënten en hun verwanten met als doel de omvang van het ziekteprobleem te omschrijven en te volgen en de ziekte te helpen behandelen, genezen of vermijden.

46.1.1 Typology of the database

Gegevenscollector		Diabetesfonds
Naam van het register		Diabetesregister BDR
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Health Care
	Subdomein(en)	Morbidity Utilization, D&T specifications
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Personalia Klinische gegevens D&T
	Hoofddiscriminant(en)	Diabetespatiënt Eerstegraadsverwanten <40 jr.
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	onvolledig
	Zorglijn(en)	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	1989
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	-
	Specificaties	Opname in register mits informed consent patiënt

46.2 MANAGING ORGANISATION

Name: Belgian Diabetes Registry (BDR) vzw

- Address: (VUB) Laarbeeklaan 101, 1090 Brussels
- Telephone: 02-477.45.46
- Fax: 02-477.45.63
- E-mail: bdr@vub.ac.be
- NUTS level: BE

46.2.1 Responsible persons:

Prof. Daniel Pipeleers

- Role : Voorzitter

Dr. Ilse Weets

- Role : Coördinator, contactpersoon
- Telephone 02 477 45 46
- Fax 02 477 45 63
- E-mail Ilse.Weets@az.vub.ac.be, contact@bdronline.be

46.2.2 Financing:

- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
- Ministerie van de Franse Gemeenschap, Département de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé
- Diabetes Fonds, Egmontstraat 5, 1050 Brussel

46.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

46.3.1 Reasons for data

- De omvang van het probleem diabetes in kaart brengen. Dit gebeurd door jaarlijks de incidentie van alle vormen van diabetes te registreren ontdekt in patiënten voor de leeftijd van 40 jaar en wonende in België.
- Het verzamelen van gegevens bij diabetespatiënten en hun eerstegraadsverwanten.
- Voorbereiden, uitwerken en ondersteunen van nieuwe experimentele behandelingen en het opstellen van internationale studies aan Belgische instellen om:
    - het ontstaan van diabetes bij risicoverwanten te vertragen of te vermijden en
    - het ontwikkelen van chronische complicaties bij patiënten te vertragen of te vermijden.
- Informeren over nieuwe ontwikkelingen. Het verstrekken van informatie en adviezen aan de overheid, de geneesheren, patiënten met hun familieleden en de algemene bevolking, onder meer over veranderingen in het aantal nieuwe gevallen van de aandoening.

46.3.2 Purpose of database

De doelstellingen van de registratie zijn:

- Het opsporen van eventuele trends in het aantal nieuwe gevallen in de tijd en naargelang het seizoen;
- het onderzoeken van risicofactoren die deze trends kunnen verklaren;
- de evaluatie van het effect van preventie op het aantal nieuwe gevallen.

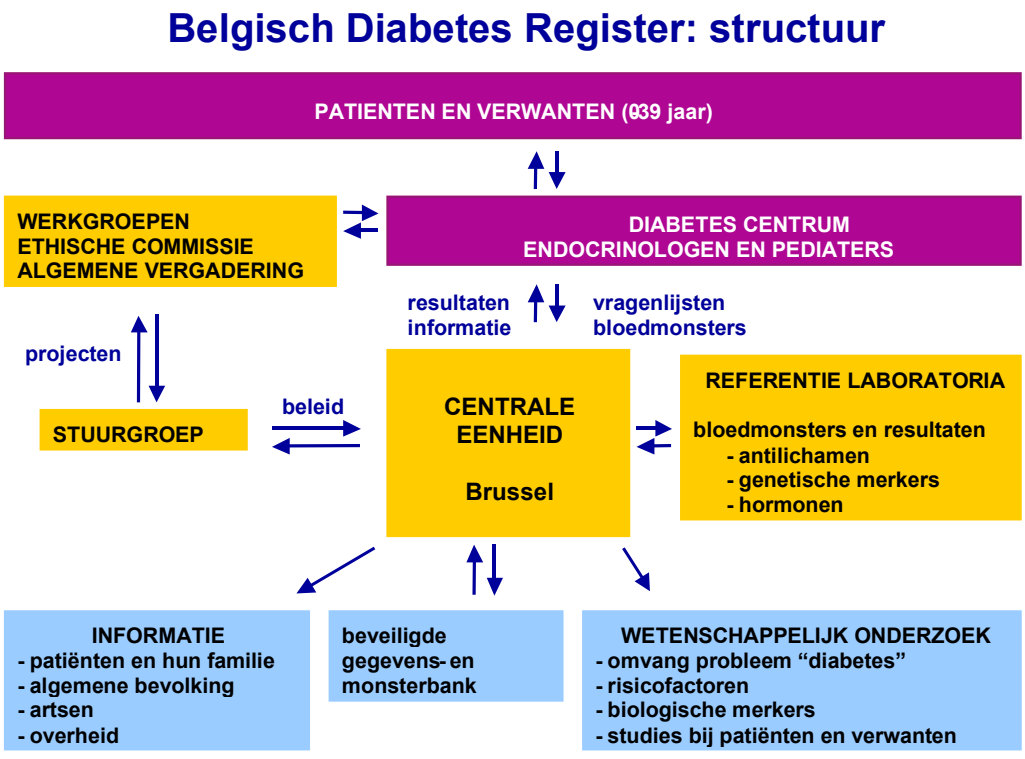
De doelstellingen van de gegevensverzameling van patiënten en familieleden zijn:

- het onderzoeken van de relatie tussen erfelijke, levensstijl en/of omgevingsfactoren en het verschijnen van de ziekte;
- het ontwikkelen en toepassen van nieuwe vroege merkers van diabetes zodat de evolutie van de ziekte beter kan voorspeld worden:
    - identificatie van eerstegraadsverwanten met een hoog risico op diabetes;
    - opsporing van patiënten met een hoog risico op chronische complicaties.

Voor de eigen onderzoeksprojecten: voorspellen, uitstellen of voorkomen afremmen en genezen van diabetes type I.

46.3.3 Users of data (organisations)

Zie figuur.



46.3.4 Applications

Geen informatie gevonden.

46.3.5 New evolutions

Geen informatie gevonden.

46.4 CONTENTS

Er zijn gegevens over de patiënt zelf en over zijn verwanten. Het contactformulier voor de patiënt bestaat uit twee delen: een diagnosedeel en een follow-updeel. De meeste gegevens worden verzameld in het eerste deel.

46.4.1 Information – Description documents on the contents

Zie: http: //www.bdronline.be/langN.htm

46.4.2 Population coverage

De registratie is volledig vrijwillig. De patient (of de ouders van een minderjarige) moeten een geïnformeerde toestemmingsverklaring ondertekenen. Weigeringen worden niet bijgehouden.

De registratie van verwanten is vrijwillig en op eigen initiatief. Indien zij geïnteresseerd zijn in registratie en risicobepaling, kunnen zij ofwel rechtstreeks met BDR contact opnemen ofwel via de behandelende diabetoloog van de patiënt in de familie.

46.4.3 Registratie-items

46.4.3.1 Health status

Level	
Individual	Patiënten: ▪ Diagnose ***Datum diagnose*** ***Datum start insuline*** ***Klinische classificatie*** ***Symptomen (bij diagnose)*** ▪ Antropometrie ***Gewicht bij geboorte*** ***Gewicht op 18 jaar*** ***Huidige lengte*** ***Huidig gewicht*** ***Huidige Taille- en heupomtrek*** ▪ Biologische gegevens ***Glycemie*** ***pH*** ***Bicarbonaat*** ***HbA_{1C}***

	C-peptide ***Ketonen*** ▪ Andere ***Andere autoimmune aandoeningen*** ***Andere auto-antistoffen*** Verwanten: ▪ *Biologische merkers* ***Diabetes-geassocieerde antilichamen*** ***Genetische merkers van type I diabetes*** ***Hormonale merkers*** Follow-up Patiënten: ▪ Diagnose ***Datum bloedafname*** ***Klinische (her)classificatie*** ***Klinische remissie*** ▪ Chronische complicaties ▪ Biologische gegevens ***Glycemie*** ***HbA_{1C}*** ***C-peptide***
Family/ Household	Patiënten: ▪ Familiale geschiedenis ***Andereeersterangsverwanten met diabetes en hun verwantschap*** Geboortedatum type diabetes jaar diagnose Follow-up Patiënten: ▪ Familiale geschiedenis ***Nieuwe diabetespatiënt in de familie?***

46.4.3.2 Health Care Use

Level	
Individual	Patiënten: ▪ Behandeling na stabilisatie ***Insuline-injecties of insulinepomp + dagdosis*** ***Orale antidiabetica*** ***dieet*** Follow-up Patiënten: ▪ Onderhoudsbehandeling ***Insuline: types, dagdoses en aantal injecties*** ***Insulinepomp*** ***Orale antidiabetica*** ***Dieet***

46.4.3.3 General Information

Level	
Individual	Patiënten: ▪ Demografie ***Initialen*** ***Geboortedatum*** ***Geslacht*** ***Taal*** ***(datum bloedafname: koppelsleutel - resultaten)*** ***Etniciteit*** Verwanten: ▪ Demografie ***Woonplaats*** ***Etniciteit*** ***Leeftijd*** ***Geslacht*** ▪ Familiale geschiedenis van diabetes ▪ Antropometrie ***Lengte*** ***Gewicht*** ***Taille- en heupomtrek*** Follow-up Patiënten: ▪ Antropometrie ***Lengte*** ***Gewicht*** ***Taille- en heupomtrek***

46.5 TIME CHARACTERISTICS

46.5.1 Periodicity of updates

Geen info.

46.5.2 Longitudinality

Er is een opvolging mogelijk van de individuele patiënten.

46.5.3 Period covered by the data

Geen info.

46.5.4 Date (of versions/updates)

Geen info.

46.6 DATA PROCESS

46.6.1.1 Information – description documents on the data-process

Geen info.

46.6.2 Data sources (organisations/databases)

Artsen die samenwerken met BDR (meer dan 200 endocrinologen, diabetologen, pediaters) vullen papieren vragenlijsten in en zorgen voor de bloedafname bij de patiënt. De registratie is volledig vrijwillig.

Voor de verwanten zorgen de medewerkers van het BDR voor de organisatie van "bloedafnamedagen" over het ganse land waar de vragenlijsten worden ingevuld en bloedafnames worden uitgevoerd.

46.6.3 Data process plan

De verzamelde gegevens worden al dan niet onder gecodeerde vorm in de databank ingebracht. Er is een opleiding en scholing voorzien voor de medewerkers die hiervoor verantwoordelijk zijn.

De persoonsgegevens worden geanonimiseerd bij het inbrengen in de database.

46.6.4 Data quality plan

De volledigheid van de registratie wordt geverifieerd via een "capture-recapture" methode waarbij het aantal gevallen gerapporteerd door de registrerende artsen (primaire bron) worden vergeleken met het aantal gerapporteerd via een combinatie van onafhankelijke secundaire bronnen.

In 2004 werden in Vlaanderen meer dan 75% van de nieuwe gevallen onder de leeftijd van 40 jaar geregistreerd. In het Franstalig landsgedeelte ligt dat percentage lager maar het gaat er in stijgende lijn.

De methodes voor de bepaling van biologisch merkers worden gevalideerd door regelmatige deelname aan internationale kwaliteitscontroleprogramma's: Immunology of Diabetes Workshop, Proficiency Testing Program en Diabetes Antibody Standardisation Program (DASP).

Kritische gegevens worden na het ingeven door één medewerker nagekeken door een andere medewerker. De medewerker verantwoordelijk voor het onderhoud van de databank doet regelmatige controles op mogelijke fouten.

46.6.5 Data access procedure

Er is een stuurgroep, geleid door dr. Pipeleers, die verantwoordelijk is voor de projecten. Tot hiertoe werden de gegevens nog niet gebruikt buiten de ledengroep van het BDR.

47 MUCOVISCIDOSE REGISTER

47.1 DESCRIPTION

Register met vooral anonieme epidemiologische en medische gegevens van personen met mucoviscidose in België opgezet als een wetenschappelijk project, ontwikkeld aan de Vrije Universiteit Brussel (VUB).

47.1.1 Typology of the database

Gegevenscollectoren		BVSM-ABLM
Naam van het register		Mucoviscidoseregister
Classificatie	**Hoofddomein**	Health Health Care
	Subdomein(en)	Morbidity Utilization, D&T specifications
Primaire finaliteit	**Kerngegevens**	Personalia Klinische gegevens D&T
	Hoofddiscriminant(en)	Mucoviscidose patiënten
Bereik	**NUTS**	BE
	Doelpopulatie	onvolledig
	Zorglijn(en)	N.v.t.
Tijdsaspecten	**Start**	1998
	Continuïteit **Periodiciteit**	continu jaarlijks
	Stop	-
Bijkomende info	**Specifieke codeerlijst(en)**	-
	Specificaties	Database herzien in 2005 voor gegevens vanaf 2003

47.2 MANAGING ORGANISATION

Name: Belgisch Register voor Mucoviscidose (BMR-RBM)

- Address: Faculteit Geneeskunde VUB, GESG, Laarbeeklaan 103, 1090 Brussel
- NUTS level: BE

47.2.1 Responsible persons:

Name: Dr. Claude Sevens

- Role : Coordinator
- Telephone 02 477.42.29
- E-mail bmrrbm@vub.ac.be
- Website: http: //homepages.vub.ac.be/~bmrrbm/

47.2.2 Financing:

Financiering is een van de problemen van het register. Er worden besprekingen gevoerd om het register onder te brengen bij het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) als ondersteuning voor de medische kwaliteitszorg. Momenteel wordt het register gefinancierd door de BVSM, het fonds Forton en de VUB.

47.3 BACKGROUND: PURPOSE AND USES OF THE DATABASE

47.3.1 Reasons for data

Het Belgisch Mucoviscidose Register is een wetenschappelijk project, ontwikkeld aan de Vrije Universiteit Brussel (VUB) naar aanleiding van een initiatief van de leden van het Medisch comité van de Belgische Vereniging voor de Strijd tegen Mucoviscidose (BVSM-ABLM).

47.3.2 Purpose of database

De fundamentele doelstelling van het BMR-RBM is de natuurlijke evolutie van mucoviscidose in België op te volgen. Onder deze zeer algemene doelstelling worden volgende onderdelen opgenomen:

- het jaarlijks inzamelen van gegevens van zoveel mogelijk personen met mucoviscidose in België;
- de mucoviscidosepopulatie omschrijven door middel van eenvoudige statistische middelen;
- objectieve informatie betreffende ziekteparameters verschaffen aan zorgverstrekkers;
- informatie overmaken aan derden (vb. aan families van/ en personen met mucoviscidose, aan gezondheidsinstanties);
- nationale studies bevorderen op basis van de verzamelde data, door bijzondere onderwerpen uit te diepen (infecties met Pseudomonas aeruginosa, opvolging van getransplanteerde patiënten, groeipatronen, sociale gegevens enz.) ;
- de Belgische gegevens toetsen aan deze van gelijkaardige studies en in een later stadium met andere Europese nationale registers samenwerken.

47.3.3 Users of data (organisations)

De referentiecentra voor mucoviscidose en – op vraag – wetenschappers en personen die mucoviscidose wensen te situeren.

47.3.4 Applications

Er wordt jaarlijks een rapport gemaakt met de belangrijkste resultaten in tabelvorm. Deze worden niet becommentarieerd of geïnterpreteerd.

Jaarlijks wordt er, sinds 1998, een verslag geproduceerd. Dit verslag wordt na goedkeuring door het wetenschappelijk comité, aan de gebruikers vrijgegeven. Nu de database herwerkt is, zal het verslag (vanaf 2004) kunnen geproduceerd

worden. Ook is er voor elk centrum een feed-back van de eigen gegevens, vergeleken met de nationale, voorzien.

Het register wordt gebruikt voor specifieke studies (oa. de Europese pilootstudie). In de nabije toekomst is een socio-economische studie voorzien met medewerking van alle centra en de BVSM-ABLM.

47.3.5 New evolutions

De databank werd recent opgekuist en geactualiseerd en overgebracht naar een MS-Access omgeving.

Men probeert een gelijkaardige registratie op te zetten op Europese schaal, tot hiertoe afgezien van een aantal pilootstudies, zonder succes, door gebrek aan financiële steun. Hiervoor is de European Cystic Fibrosis Society (ECFS) voor verantwoordelijk. Dit initiatief wordt mee ondersteund door de BRM en legt de nadruk op de noodzaak tot internationale vergelijkbaarheid van het register.

47.4 CONTENTS

Het register bevat vooral anonieme epidemiologische en medische gegevens van personen met mucoviscidose. De gegevens kunnen onderverdeeld worden in basisgegevens en klinische gegevens van het afgelopen jaar.

Er wordt sinds 1998 ook een studie microbiologie uitgevoerd met specifieke gegevens. Ze richt zicht tot een deel van de mucoviscidose populatie. Deze wordt hier niet verder besproken, omdat ze nog nooit gerapporteerd werd, onder meer omdat een statische vergelijking met de gegevens uit het algemeen formulier niet mogelijk was met de oude toestand van de database.

Beide formulieren maken gebruik van een gemeenschappelijke code, analoog aan deze gebruikt in het Duitse register, die een koppeling toelaat. Deze code van 18 tekens omvat:

- nummer van het centrum (3 posities, niet gekend door de gebruikers, gegeven door het register)
- geslacht van de persoon (1 positie)
- geboortedatum van de persoon (6 posities)
- rang in de familie (2 posities)
- geboortedatum van de moeder (6 posities)

47.4.1 Information – Description documents on the contents

Geen documentatie gevonden.

47.4.2 Population coverage

Het gaat over personen die verzorgt en behandeld worden voor mucoviscidose. Voor het merendeel worden deze personen behandeld in de, sinds 1999, 7 Belgische door het RIZIV erkende referentiecentra voor mucoviscidose. Het aantal personen in het register neemt met de jaren stelselmatig toe en bereikt momenteel een vrij groot percentage van de patiënten (zeker in vergelijking met de andere Europese registers):

1998	1999	2000	2001	2002	2003
564	604	762	788	826	866

47.4.3 Registration intems

47.4.3.1 Health status

Level	
Individual	Diagnose: ***Datum*** ***Aanleidingen tot diagnose*** ***Zweettest:*** type, datum, resultaat ***Genotype:*** datum en resultaten ***Transepitheliale potentiaalverschillen:*** resultaat Observatie: ***Oorzaken van overlijden*** ***Consultatiedatum*** ▪ Longfunctie: , ***FVC, ESW, FEF25-75*** ▪ Microbiologie ***Uitgevoerd op specimen?*** ***Resultaat*** ▪ Complicaties ***Ademhalingsstelsel*** ***Spijsverteringsstelsel*** ***Varia*** Zwangerschap/vaderschap

47.4.3.2 Health Care Use

Level	
Individual	Diagnose: ***Datum*** ***Aanleidingen tot diagnose*** ***Zweettest:*** type, datum, resultaat ***Genotype:*** datum en resultaten ***Transepitheliale potentiaalverschillen:*** resultaat Observatie ***Consultatiedatum*** ▪ Longfunctie: ***FVC, ESW, FEF25-75*** ▪ Microbiologie ***Uitgevoerd op specimen?*** ***Resultaat*** ▪ Behandeling van complicaties ***Ademhalingsstelsel*** ***Spijsverteringsstelsel*** Therapie

	Aantal consultaties ***Aantal hospitalisaties*** ▪ Ademhalingsstelsel: ***Antibiotica:*** toediening, aantal dagen, plaats ***O_2 therapie:*** tijdstip ***Inhalatie therapieën*** ***Onstekingsremmers*** ▪ Spijsverteringsstelsel: ***Pancreasextracten*** ***Vetoplosbare vitaminen*** ***Ursodeoxycholinezuur*** ***Enterale voeding*** ***Parenterale voeding*** ▪ Varia: ***Insulinetherapie*** ***Kinesitherapie:*** aantal per week, per dag Transplantatie ▪ Fase ▪ Type ***Long: datum*** ***Hart-long: datum*** ***Lever: datum***

47.4.3.3 General Information

Level	
Individual	Identificatie: ***Woonplaats*** ***Patiëntstatus*** (nieuw, regelmatig, …) ***Geslacht*** ***Geboortedatum*** ***Geboorteplaats*** ***Geboorteland*** Observatie: ***Overleden? (datum)*** ***Antropometrie*** (gewicht en lengte) Sociale gegevens: ▪ School ***Schoolgaand?*** ***Hoogste opleidingsniveau op 31/12*** ▪ Professioneel ***Werkend? (vol/deeltijds)*** ▪ Financiële tegemoetkomingen ***Bijkomende kinderbijslag*** ***Inkomensvervanging*** ***Integratie*** ***Mindervalide*** ***WIGW***

Family/ Household	Identificatie: ***Nationaliteit of land van oorsprong van de ouders*** Sociale gegevens: ▪ Gezinssamenstelling ***Aantal kinderen (broers,zussen,patiënt)*** ***Rangorde van de patiënt*** ***Aantal broers/zussen met mucov.*** ***Aantal broers/zussen overleden aan mucov.***

47.5 TIME CHARACTERISTICS

47.5.1 Periodicity of updates

Jaarlijks.

47.5.2 Longitudinality

De geregistreerde patiënten kunnen jaarlijks gevolgd worden (indien gegevens worden ingediend door de behandelende geneesheer).

47.5.3 Period covered by the data

1998-2003

47.5.4 Date (of versions/updates)

Een nieuwe inzamelingsprocedure werd ingesteld vanaf 1998, met slechts kleine wijzigingen over de tijd (niet gedocumenteerd).

47.6 DATA PROCESS

47.6.1 Information – description documents on the data-process

Geen documentatie gevonden.

47.6.2 Data sources (organisations/databases)

De gegevens worden op vrijwillige basis rechtstreeks doorgegeven door de behandelende geneesheren, na een informed consent van de patiënt. De geïnformeerde toestemming van de patiënt (of haar/zijn wettelijke verantwoordelijke) tot verwerking van persoonlijke gegevens, wordt door het mucoviscidose centrum of door elke onafhankelijke arts bewaard.

47.6.3 Data process plan

De gegevensverzameling gebeurt vandaag nog manueel met behulp van een standaard formulier van ongeveer 200 items. Het wordt ingevuld ofwel door de clinicus, ofwel door een bevoegde medewerker. Waar nodig zijn vrije invulvelden voorzien (bijvoorbeeld voor de resultaten van het microbiologisch onderzoek van sputum of voor de toediening van medicatie).

De vragenlijst gaat enerzijds over basisgegevens, die elke vijf jaar opnieuw worden geëvalueerd, en anderzijds over klinische gegevens verzameld tijdens de jaarlijkse observatie op de laatste raadpleging of op de laatste hospitalisatiedag van het registratiejaar.

Momenteel wordt gewerkt aan een CD-ROM met ingebouwde veiligheden voor de elektronische verzameling van de gegevens. Men wenst geen web-gebaseerde applicatie.

Na ontvangst worden alle gegevens ingebracht en verwerkt in een database, geïmplementeerd in Microsoft Access. Dit gebeurt onder de verantwoordelijkheid van een coördinator, bijgestaan door een wetenschappelijke raad (4 leden afgevaardigd door het medisch comité van de BVSM-ABLM).

De resultaten van elk registratiejaar worden gebundeld in een Engelstalig verslag onder de vorm van beschrijvende statistiek die de belangrijkste parameters analyseert en ter beschikking gesteld van diegenen die patiëntengegevens insturen. De longitudinale evolutie werd tot in 2002 niet ingelast in het verslag maar wel voorgesteld op verschillende nationale of internationale vergaderingen. De reden voor deze terughoudendheid lag in het nastreven van een stabiele situatie en het niet verkondigen van punctuele resultaten van kleine reeksen die lezers op een verkeerd interpretatiespoor hadden kunnen brengen.

47.6.4 Data quality plan

Onder meer omwille van kwaliteitsredenen, kreeg de database recent een grondige update en herziening. De gegevens van 2003 werden als proef manueel ingebracht in de nieuwe versie van de database.

De huidige interface heeft ingebouwde veiligheids- en validatietesten. De definitieve validatie gebeurt door één of een groep van, in deze materie, bevoegde geneesh(e)er(en) die alle dubieuze gevallen (met on-line inzage van longitudinale vergelijkingen) voor ogen krijgt.

Er is steeds ook een kwaliteitsfeedback voorzien naar de gebruikers. Deze bevat uitleg over eventuele wijzigingen (aanvaard in een algemene vergadering) en legt ook nadruk op bepaalde rubrieken die bijvoorbeeld te weinig, onvolledig of foutief worden ingevuld.

Er is ook een validatie voorzien met de resultaten beschikbaar op internationaal niveau. Daaruit blijkt dat de bekomen resultaten goed vergelijkbaar zijn met deze van andere landen waaronder sommige reeds meer dan 20 jaar actief zijn.

47.6.5 Data access procedure

De gegevens zijn beschikbaar voor zover het wetenschappelijk comité van het BMR de vragen naar informatie wetenschappelijk en ethisch verantwoord acht. Het wetenschappelijk comité bestaat uit 4 leden afgevaardigd door het Medisch Comité van de BVSM en superviseert het BMR. Weinig sociale gegevens werden tot hiertoe overgemaakt aan derden, tenzij via wetenschappelijk voordrachten. Een aanvraag wordt aan de coördinator gericht.

This page is left intentionaly blank.

Wettelijk depot : D/2006/10.273/16

KCE reports

1. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. D/2004/10.273/1.
2. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase 1). D/2004/10.273/2.
3. Antibioticagebruik in ziekenhuizen bij acute pyelonefritis. D/2004/10.273/5.
4. Leukoreductie. Een mogelijke maatregel in het kader van een nationaal beleid voor bloedtransfusieveiligheid. D/2004/10.273/7.
5. Het preoperatief onderzoek. D/2004/10.273/9.
6. Validatie van het rapport van de Onderzoekscommissie over de onderfinanciering van de ziekenhuizen. D/2004/10.273/11.
7. Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. D/2004/10.273/13.
8. Financieringssystemen van ziekenhuisgeneesmiddelen: een beschrijvende studie van een aantal Europese landen en Canada. D/2004/10.273/15.
9. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel 1. D/2005/10.273/01.
10. De kost van tandprothesen. D/2005/10.273/03.
11. Borstkankerscreening. D/2005/10.273/05.
12. Studie naar een alternatieve financiering van bloed en labiele bloedderivaten in de ziekenhuizen. D/2005/10.273/07.
13. Endovasculaire behandeling van Carotisstenose. D/2005/10.273/09.
14. Variaties in de ziekenhuispraktijk bij acuut myocardinfarct in België. D/2005/10.273/11.
15. Evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg. D/2005/10.273/13.
16. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid. Fase II : ontwikkeling van een actuarieel model en eerste schattingen. D/2005/10.273/15.
17. Evaluatie van de referentiebedragen. D/2005/10.273/17.
18. Prospectief bepalen van de honoraria van ziekenhuisartsen op basis van klinische paden en guidelines: makkelijker gezegd dan gedaan.. D/2005/10.273/19.
19. Evaluatie van forfaitaire persoonlijk bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst. D/2005/10.273/21.
20. HTA Moleculaire Diagnostiek in België. D/2005/10.273/23, D/2005/10.273/25.
21. HTA Stomamateriaal in België. D/2005/10.273/27.
22. HTA Positronen Emissie Tomografie in België. D/2005/10.273/29.
23. HTA De electieve endovasculaire behandeling van het abdominale aorta aneurysma (AAA). D/2005/10.273/32.
24. Het gebruik van natriuretische peptides in de diagnostische aanpak van patiënten met vermoeden van hartfalen. D/2005/10.273/34.
25. Capsule endoscopie. D/2006/10.273/01.
26. Medico–legale aspecten van klinische praktijkrichtlijnen. D2006/10.273/05.
27. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg. D2006/10.273/07.
28. Voorlopige richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek in België. D2006/10.273/10.
29. Nationale Richtlijnen College voor Oncologie: A. algemeen kader oncologisch kwaliteitshandboek B. wetenschappelijke basis voor klinische paden voor diagnose en behandeling colorectale kanker en testiskanker. D2006/10.273/12.
30. Inventaris van databanken gezondheidszorg. D2006/10.273/14.
31. Health Technology Assessment prostate-specific-antigen (PSA) voor prostaatkankerscreening. D2006/10.273/17.
32. Feedback : onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport : deel II. D/2006/10.273/19.