

# Annexe 6

## Glossaire

**Aide à la télétransmission** : subvention versée aux professionnels et aux établissements de santé qui transmettent numériquement les feuilles de soin électroniques et autres pièces justificatives. Ce dispositif d'incitation financière vise à prendre en charge une partie des frais induits par l'acquisition et l'utilisation du matériel de télétransmission. Pour les médecins, l'aide à la télétransmission est devenue en 2012 une composante de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

**Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)** : aide financière annuelle visant à alléger le coût d'un contrat de complémentaire santé pour les ménages modestes mais non éligibles à la CMU-C. Le montant versé est croissant avec l'âge du bénéficiaire. L'ACS donne aussi droit à une dispense totale d'avance de frais sur la part obligatoire et, depuis juillet 2015, au tiers payant intégral (y compris la part complémentaire) ainsi qu'à l'exonération des franchises médicales et des participations forfaitaires. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Depuis juillet 2015, l'ACS est en outre réservée à des contrats de complémentaires santé sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence par appel d'offres, en vue d'en améliorer le rapport qualité-prix. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, l'ACS et la CMU-C ont fusionné en un seul dispositif, dénommé Complémentaire santé solidaire (voir CSS).

**Automatisation des listes (ADELI)** : système d'information national dénombrant les professionnels de santé relevant du Code de la santé publique, du Code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue.

**Aide médicale d'État (AME)** : dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve de remplir certaines conditions de ressources et de résidence.

**Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)** : veille à la préservation de la stabilité du système financier, à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des banques et assureurs opérant en France. Elle délivre en particulier les agréments et autorisations d'exercer. L'ACPR collecte aussi les états comptables, prudentiels et statistiques auprès des organismes complémentaires, utilisés pour la production des comptes de la santé.

**Autres biens médicaux** : optique, matériels et pansements, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques inscrits à la liste des produits et prestations de l'Assurance maladie (voir LPP).

**Contrats au premier euro** : contrats d'assurance santé à destination des personnes, travailleurs frontaliers ou expatriés par exemple, qui ne sont pas affiliés à l'assurance maladie obligatoire.

**Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos)** : introduits par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011, ils permettent à l'Assurance maladie et aux agences régionales de santé d'accompagner pendant trois ans les établissements publics de santé dont les dépenses prescrites de transports et/ou de médicaments ont sensiblement progressé, au-delà des taux d'évolution fixés. Ces contrats ont été renouvelés en avril 2017 pour effet au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

**Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)** : dispositif en faveur des ménages à revenus modestes permettant une prise en charge plus complète que celle assurée par les régimes de base d'assurance maladie. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. La CMU-C est gérée soit par la caisse d'assurance maladie de l'assuré (organisme de base), soit par un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurance, institution de prévoyance) habilité à gérer la CMU-C. Les garanties offertes sont les mêmes dans les deux cas. Dans les comptes de la santé, les dépenses complémentaires des bénéficiaires de la CMU-C gérés par leur caisse d'assurance maladie sont regroupées dans l'item « CMU-C organismes de base ». Cette dépense globale est conventionnellement regroupée dans les comptes avec les dépenses de l'État qui recouvrent, outre l'AME et les soins urgents, les prestations versées aux invalides de guerre. À l'inverse, les dépenses complémentaires des bénéficiaires de la CMU-C gérées par un organisme complémentaire sont intégrées dans les comptes de la santé aux dépenses des organismes complémentaires. Enfin, les dépenses de base des bénéficiaires de la CMU-C, qu'ils soient gérés par un organisme de base ou par un organisme complémentaire, sont incluses dans les dépenses de la Sécurité sociale, le système d'information ne permettant pas de les distinguer des autres bénéficiaires. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, l'ACS et la CMU-C ont fusionné en un seul dispositif, dénommé Complémentaire santé solidaire (voir CSS).

**Comptes de la santé** : comptes satellites de la comptabilité nationale visant à retracer la production, la consommation et le financement de la fonction santé, définie comme l'ensemble des actions concourant à la prévention et au traitement d'une perturbation de l'état de santé.

**Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)** : la consommation de soins et de biens médicaux représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD) ; elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense, relatives notamment à la

gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisés par ailleurs dans la dépense courante de santé au sens international (DCSI) [voir annexe 1].

**Complémentaire santé solidaire (CSS) :** Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C et l'ACS ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). La CSS est une aide permettant la prise en charge des dépenses de santé non remboursés par la Sécurité sociale pour les ménages aux ressources modestes. Concrètement, le dispositif induit un remboursement total des dépenses de santé dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale.

Outre la prise en charge à 100 %, les bénéficiaires disposent également des droits suivants :

- pas de dépassements d'honoraires ;
- le remboursement du forfait journalier ;
- la dispense de paiement des franchises médicales ;
- l'absence d'avance de frais médicaux (tiers-payant) ;
- forfaits de remboursement pour prothèses dentaires, lunettes et aides auditives ;
- forfaits de remboursement pour des dispositifs médicaux comme des cannes, fauteuils roulant ou pansements.

La CSS est accessible avec ou sans contribution financière, selon la situation et les ressources du bénéficiaire.

**Consommation effective des ménages :** inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait, ou non, l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend donc les biens et les services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, mais aussi les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individualisable des administrations publiques ou des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

**Dépenses de consommation finale des ménages :** comprennent les dépenses effectivement réalisées par les ménages résidents pour acquérir des biens et des services destinés à la satisfaction de leurs besoins.

**Dépenses de consommation individualisables des administrations publiques :** recouvrent les dépenses dont le consommateur effectif est identifiable et dont le bénéfice ultime revient aux ménages (dépenses d'éducation et de santé pour l'essentiel, mais aussi de culture, d'aides au logement, etc.).

La dépense de consommation finale des administrations publiques est ainsi séparée entre les dépenses individualisables et les dépenses collectives.

**Dépense courante de santé au sens international (DCSI) :** (voir annexe 1).

**Effet qualité :** concept de comptabilité nationale intervenant dans un partage du volume, qui découle lui-même d'un partage de la valeur entre volume et prix (voir annexe 4). L'effet qualité et l'effet quantité, sont les deux

sous-composantes de l'évolution du volume. L'effet qualité mesure la variation des volumes qui n'est pas liée à une variation de la quantité (mesure physique de l'activité). L'effet qualité est un concept comptable qui ne doit pas être assimilé à une mesure de la qualité thérapeutique d'un traitement.

**Forfait CAPI :** rémunération forfaitaire versée aux médecins après signature d'un contrat d'amélioration des pratiques individuelles, permettant de renforcer la prévention et d'améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. Ce dispositif a été remplacé par la ROSP (voir ci-dessous) en 2012.

**Forfait hospitalier :** le forfait hospitalier correspond à la participation du patient aux frais liés à son hospitalisation dans le public comme dans le privé. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Son montant est fixé par arrêté ministériel. Jusqu'en 2017, il s'élevait à 18 euros par jour (13,5 euros par jour pour les séjours en service psychiatrique des établissements de santé). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, il s'élève à 20 euros par jour (15 euros par jour pour les séjours en service psychiatrique des établissements de santé). Le forfait hospitalier n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

**Forfait patientèle médecin traitant :** créé par la convention médicale d'août 2016, ce forfait se substitue dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 aux différentes rémunérations forfaitaires qui étaient versées jusqu'à présent au médecin pour le suivi des patients en sa qualité de médecin traitant (majoration pour personnes âgées, forfait médecin traitant, rémunération médecin traitant). Il se substitue également à la valorisation prévue pour l'établissement du « volet de synthèse médicale » des patients, incluse auparavant dans la ROSP (voir ROSP ci-dessous).

**Forfait structure :** créé par la convention médicale d'août 2016, le forfait remplace, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017, les précédents indicateurs de la ROSP (voir ROSP ci-dessous) qui portaient sur l'organisation du cabinet. Ce forfait constitue désormais une rémunération à part entière indépendante de la ROSP, pouvant être versée à tout médecin libéral.

**Franchise :** la franchise médicale est déduite des remboursements effectués par l'Assurance maladie sur les médicaments (0,5 euro par boîte), les actes paramédicaux (0,5 euro par acte) et les transports sanitaires (2 euros par transport). Elle est plafonnée à 50 euros par an et par assuré.

**Générique :** médicament ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, et la même forme pharmaceutique que la spécialité de référence (princeps) et ayant démontré la bioéquivalence avec cette dernière, c'est-à-dire la même biodisponibilité (même vitesse et même intensité de l'absorption) dans l'organisme et, en conséquence, la même efficacité. Sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans). Depuis 2012, le prix d'un générique doit être inférieur à 60 % de

celui du princeps. Un groupe générique est défini, dans le répertoire générique, par le médicament de référence (princeps) et les médicaments génériques de celui-ci.

Depuis 1999, les pharmaciens peuvent délivrer un générique à la place d'un princeps (droit de substitution) et y sont encouragés au travers de plusieurs mécanismes financiers (en particulier, depuis 2012, à travers la ROSP).

**Honoraires de dispensation :** depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, les pharmaciens perçoivent des honoraires supplémentaires destinés à valoriser le rôle de conseil au moment de la dispensation des médicaments. L'esprit de la réforme consiste également à rendre les rémunérations des pharmaciens d'offices moins dépendantes du prix et du volume des médicaments remboursables, dans un contexte de baisse durable du prix des médicaments. Le dispositif initial prévoit deux catégories d'honoraires :

- un honoraire au conditionnement (0,82 euro TTC par boîte de médicament remboursable en 2015 puis 1,02 euro TTC à partir de 2016) ;
- un honoraire d'ordonnance dite complexe pour les ordonnances comportant au moins cinq médicaments ou spécialités pharmaceutiques remboursables et délivrées en une seule fois (0,51 euro TTC par ordonnance puis 1,02 euro TTC à partir de 2020).

Les avenants 11 et 14 à la convention pharmaceutique (signés en juillet 2017 et novembre 2018) ont mis en place trois nouveaux honoraires de dispensation entrés en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019 :

- un honoraire perçu pour l'exécution de toute ordonnance de médicaments remboursables (0,51 euro TTC) ;
- un honoraire pour l'exécution d'ordonnance pour des enfants de moins de 3 ans et des patients de plus de 70 ans (0,51 euro TTC puis 1,58 euro TTC à partir de 2020) ;
- un honoraire pour l'exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments listés comme spécifiques (2,04 euros puis 3,57 euros à partir de 2020).

Le remboursement de ces honoraires est pris en charge à 70 % par l'Assurance maladie et à 30 % par l'assurance complémentaire du patient s'il en a une, à condition que la délivrance fasse suite à une prescription médicale de médicaments remboursables.

**Hospitalisation complète :** on parle d'hospitalisation complète lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée supérieure à 24 heures.

**Hospitalisation partielle :** venues en anesthésie et en chirurgie ambulatoire, et séjours dont la durée est inférieure à un jour (hors séances).

**Lits de soins aigus :** lits réservés aux soins curatifs, hors soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation.

**Liste des produits et prestations (LPP) :** répertoire des biens médicaux remboursables par l'Assurance maladie, distinguant quatre types de produits :

- titre I : dispositifs médicaux, aliments, pansements ;
- titre II : orthèses et prothèses externes ;
- titre III : dispositifs médicaux implantables (DMI), implants, greffons ;
- titre IV : véhicules pour handicapés physiques.

**Liste en sus :** le financement des médicaments administrés au cours d'un séjour hospitalier est principalement assuré de manière forfaitaire. Afin de favoriser la diffusion technologique, certaines spécialités et dispositifs médicaux, innovants et souvent onéreux, sont inscrits sur une liste dite « liste en sus », et peuvent être facturés en plus du forfait lié au séjour hospitalier du patient.

**Médecin traitant :** il désigne un médecin généraliste ou spécialiste, exerçant en ville ou à l'hôpital. Il assure notamment le premier niveau de recours aux soins, coordonne et oriente le suivi médical des patients, établit un protocole de soins en cas d'affection de longue durée et assure une prévention personnalisée.

**Médecin généraliste :** par commodité, le terme médecin généraliste est employé dans l'ouvrage pour désigner les médecins omnipraticiens, qui regroupent à la fois les médecins spécialistes en médecine générale au sens strict et les médecins à exercice particulier (MEP).

**Médicaments en ambulatoire :** ensemble des dépenses liées à la délivrance des médicaments en officines de ville (y compris rémunération forfaitaire : honoraires de dispensation [HDD] et rémunération sur objectifs de santé public [ROSP]) et à la délivrance des médicaments en pharmacies hospitalières dans le cadre de la rétrocession.

**NM – nouveaux membres :** la moyenne NM regroupe les pays ayant adhéré à l'Union européenne à partir de 2004 et pour lesquels les données du système international des comptes de la santé sont disponibles, c'est-à-dire l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la République slovaque, la République tchèque et la Slovaquie. Les NM-13 regroupent l'ensemble des 13 pays ayant adhéré à l'Union Européenne à partir de 2004.

**Optam et Optam-co :** depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, les deux options de pratiques tarifaires maîtrisées Optam et Optam-co sont ouvertes aux médecins de secteur 2 (autorisés à facturer des dépassements d'honoraires) en remplacement du contrat d'accès aux soins :

- l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins de secteur 2 ;
- l'option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique (Optam-co) est ouverte aux médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable. En souscrivant l'une ou l'autre de ces options, le médecin s'engage à respecter un taux moyen de dépassement, ce qui permet à ses patients d'être mieux remboursés. En contrepartie, le médecin

bénéficie d'une prime ou d'une majoration de certains actes selon l'option.

**Organismes complémentaires :** mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance. Ils assurent une couverture santé en sus de celle apportée par l'assurance maladie obligatoire de base.

**Parcours de soins coordonné :** consiste, pour un patient, à consulter en priorité un médecin traitant (voir ci-dessus) pour son suivi médical. L'assuré garde la possibilité de consulter directement un médecin sans passer par son médecin traitant, mais il est alors moins bien remboursé par la Sécurité sociale. Le parcours de soins coordonné a été instauré par la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004.

**Parité de pouvoir d'achat (PPA) :** ce sont les taux de conversion monétaire qui ont pour objet d'égaliser les pouvoirs d'achat des différentes monnaies en éliminant les différences de niveaux des prix entre pays. Le panier de biens et services dont les prix sont déterminés est un échantillon de tous ceux qui composent la dépense finale, à savoir la consommation finale des ménages et des administrations publiques, la formation de capital et les exportations nettes. Cet indicateur est mesuré par l'OCDE en unités monétaires nationales par dollar US et est converti en euros, de sorte qu'un euro PPA en France soit égal à un euro courant.

**Parité de pouvoir d'achat en santé :** Eurostat et l'OCDE calculent régulièrement les PPA pour environ 50 catégories de produits, dont la santé. Depuis quelques années, certains pays cherchent à mesurer les prix des produits et services de santé selon l'optique de la production. C'est notamment essentiel pour évaluer les services de santé publics qui sont souvent gratuits pour les ménages. Cette méthodologie est employée pour calculer les PPA de la santé et des hôpitaux, qui sont désormais incorporées dans le calcul global des PPA du PIB. Dans le calcul de la PPA santé deux situations sont possibles pour établir les prix des biens de santé :

- s'il s'agit d'achats auprès de producteurs marchands, les PPA sont calculées avec les prix d'achat recueillis auprès d'un échantillon de points de vente ;
- s'il s'agit des services de santé produits par les pouvoirs publics (producteurs non marchands), les dépenses sont estimées en additionnant les coûts de production des biens et services.

Les prix des biens médicaux et des équipements achetés par les ménages, mais aussi par l'État, sont bien pris en compte. Le niveau des rémunérations des praticiens à l'hôpital ou en cabinet de ville également (médecins, infirmiers, autres professions médicales, mais aussi les emplois non médicaux à l'hôpital). Les soins en ambulatoires comme à l'hôpital sont étudiés dans le cadre de la parité de pouvoir d'achat en santé. Pour en savoir plus : Eurostat-OECD (2012). *Methodological Manual on Purchasing Power Parities* Luxembourg, Publications Office of the European Union.

**Personnel soignant non médical des établissements de santé :** personnel d'encadrement du personnel soignant, infirmiers diplômés d'État, aides soignant, agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux, rééducateurs, psychologues

**Personnel non médical non soignant des établissements de santé :** personnel administratif, personnels éducatifs et sociaux, personnel médico-technique et personnel technique

**Personnel médical :** médecins, odontologistes, pharmaciens, internes et sages-femmes.

**Programme de retour à domicile organisé (PRADO) :** permet d'accompagner la sortie de maternité de la mère et de son enfant, grâce à la visite d'une sage-femme libérale dès le retour à domicile. Ce programme est destiné aux mères de plus de 18 ans ayant eu un accouchement par voie basse, sans complication, avec un enfant né à terme ne nécessitant pas un suivi particulier.

**Prévention institutionnelle :** fraction des dépenses totales de prévention sanitaire, résultant principalement de programmes organisés. Elle n'inclut pas la prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluses par ailleurs dans la CSBM.

**Produit intérieur brut (PIB) :** principal agrégat de la comptabilité nationale. Il est égal à la somme des emplois finaux, moins les importations. Il est aussi égal à la somme des rémunérations versées aux salariés par les unités résidentes, des excédents bruts d'exploitation de ces unités et des impôts liés à la production et à l'importation versés, nets des subventions d'exploitation reçues.

**Protection maladie universelle (Puma) :** dispositif ayant succédé à la Couverture maladie universelle (CMU) de base au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Avec la Puma, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé. Par rapport à l'ancienne CMU de base, les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées. Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte. Les personnes sans activité professionnelle bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence en France.

**Quasi-consommation de soins et de biens médicaux (Quasi-CSBM) ou CSBM au sens international :** à partir de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), il est possible de reconstituer un agrégat très proche de la CSBM : « la quasi-CSBM ». La quasi-CSBM est obtenue en additionnant les fonctions suivantes des dépenses de santé identifiées au sein du *System of Health Accounts* (SHA), base de données internationales sur les dépenses de santé gérée par l'OCDE, Eurostat et l'OMS :

- Les « soins courants curatifs » (HC1 « *curative care* » dans SHA) ;
- Les « soins courants de réhabilitation » (HC2 : « *rehabilitative care* ») ;

- Les « services auxiliaires » (HC4 : « *ancillary services [non specified by function]* ») ;
- Les « biens médicaux » (HC5 : « *medical goods [non-specified by function]* »).

L'écart entre la CSBM et la quasi-CSBM est de l'ordre de 1 % en 2019 en France.

**Remises pharmaceutiques** : des remises sont versées par les laboratoires pharmaceutiques aux caisses de Sécurité sociale. Ces remises, conventionnelles, sont définies par des clauses particulières dans les conventions signées entre les laboratoires et le comité économique des produits de santé (CEPS) [accords prix/volume par exemple]. D'autres types de remises conventionnelles existent (qui peuvent aussi concerner les dispositifs médicaux) et, depuis 2014, des remises spécifiques pour les traitements de l'hépatite C ont également été instaurées, en lien avec la diffusion des nouveaux traitements. Les montants des remises pharmaceutiques, qui viennent réduire la dépense de santé, sont retracés dans les subventions au système de soins.

**Reste à charge des ménages** : part de la dépense de santé restant à la charge des ménages après prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, de l'État, et des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance). Il est calculé par solde.

**Revenu disponible brut (RDB), revenu disponible brut ajusté (RDBA)** : selon l'Insee, le **revenu disponible brut (RDB)** est le revenu dont disposent les ménages pour consommer ou investir, après opérations de redistribution. Il comprend l'ensemble des revenus d'activité (rémunérations salariales y compris cotisations légalement à la charge des employeurs, revenu mixte des non-salariés), des revenus de la propriété (intérêts, dividendes, revenus d'assurance-vie, etc.) et des revenus fonciers (y compris les revenus locatifs imputés aux ménages propriétaires du logement qu'ils occupent). On y ajoute principalement les prestations sociales en espèces reçues par les ménages et on en retranche les cotisations sociales et les impôts versés. Le **revenu disponible brut ajusté (RDBA)**, est égal au RDB augmenté des transferts sociaux en nature, contrepartie des consommations individualisables incluses dans les dépenses des administrations publiques et des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), en particulier les dépenses de santé.

**Réforme « 100 % santé »** : mise en place progressivement entre janvier 2019 et janvier 2021, cette réforme propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements dans un panier spécifique pour trois postes de soins : aides auditives, optique et dentaire. À terme, les paniers « 100 % santé » regrouperont des actes intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires :

- « 100 % santé » audiologie : les assurés peuvent bénéficier de paniers d'offres de mieux en mieux remboursés avec une diminution de leur reste à charge de 200 euros par appareil

en 2019, puis 250 euros en 2020 et un remboursement total sans reste à charge en 2021.

- « 100 % santé » dentaire : en parallèle de la mise en place du panier « 100 % santé », des modifications tarifaires sont réalisées pour réorienter l'activité des chirurgiens-dentistes vers davantage de prévention et de soins courants dits « conservateurs ». Ainsi, les tarifs de base de remboursement par la Sécurité sociale de certains soins conservateurs ont été revalorisés au 1<sup>er</sup> avril 2019, tandis que les tarifs d'un ensemble d'actes prothétiques sont plafonnés.
- « 100 % santé » optique : dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020, les opticiens proposeront une gamme « 100 % santé » (lunettes et verres) intégralement prise en charge par l'Assurance maladie et la complémentaire santé.

Ces offres seront accessibles à tous les Français ayant adhéré à un contrat de complémentaire santé responsable.

**Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)** : ce dispositif de rémunération à la performance a été mis en place en 2012. Cette rémunération est versée en avril  $n+1$  sur l'activité de l'année  $n$ , selon le degré de réalisation des objectifs fixés. Pour les médecins, les 29 objectifs portaient jusqu'en 2016 sur l'organisation du cabinet (5 objectifs) et la qualité de la pratique médicale (24 objectifs). Pour les pharmaciens, les objectifs portaient notamment sur la délivrance de médicaments génériques. La ROSP a été renouvelée par la convention médicale d'août 2016 avec la création de 17 nouveaux indicateurs de pratique clinique et la modification de 4 des indicateurs déjà existants. La partie de la ROSP auparavant consacrée à l'organisation du cabinet a été réaffectée au nouveau forfait structure et au forfait patientèle médecin traitant. Dans les comptes de la santé, la ROSP est rattachée par convention à l'année au titre de laquelle elle a été versée.

**Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)** : répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les médecins et chirurgiens-dentistes. Il remplace le répertoire ADEL depuis novembre 2011.

**Rétrocession** : la rétrocession hospitalière consiste en la vente de médicaments par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé de médicaments (appelés « médicaments rétrocédables ») à des patients en ambulatoire, dans le respect de certaines conditions (médicaments présentant notamment des contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration, ou nécessitant un suivi de la prescription ou de la délivrance). Ces médicaments, facturés à l'Assurance maladie, ne pèsent pas sur les budgets hospitaliers, puisque leur prise en charge est retracée dans l'enveloppe « soins de ville ».

**Santé publique France** : établissement public administratif sous tutelle du ministre chargé de la Santé, l'Agence nationale de santé publique a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi



de modernisation du système de santé. Chargée de protéger efficacement la santé des populations, elle réunit depuis le 1<sup>er</sup> mai 2016, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

**Secteur hospitalier public** : il comprend les hôpitaux de statut juridique public, les établissements de statut juridique privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (dits « PSPH ») et d'anciens établissements à prix de journée préfectoral, également à but non lucratif (dits « ex-PJP »), ayant opté au 1<sup>er</sup> janvier 1998 pour la dotation globale.

**Secteur privé hospitalier** : il comprend les établissements privés à but lucratif et d'anciens établissements à but non lucratif à prix de journée préfectoral ayant opté au 1<sup>er</sup> janvier 1998 pour le régime conventionnel.

**Statistic on Income and Living Conditions (SILC)** ou, en France, Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) : enquête réalisée dans les pays membres de l'Union européenne. Elle recueille des indicateurs structurels dans les domaines de la répartition des revenus et de la pauvreté, et permet de disposer de statistiques sur les ressources et les conditions de vie comparables entre États membres.

**Système national des données de santé (SNDS)** : cette base de données médico-administratives en cours de construction est constituée essentiellement des bases rassemblées par la CNAM (Sniiram, PMSI), qui sont complétées par des bases de taille plus réduite (base sur les causes de décès du CepiDC, et à terme données sur le handicap issues des maisons départementales des personnes handicapées et échantillon représentatif des données de l'assurance maladie complémentaire). Ces données sont réunies à des fins de connaissance, pour être mises à disposition de personnes autorisées à les traiter dans des conditions définies par la loi. Le SNDS est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2017, à la suite de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016, qui en fixe le cadre, et le décret du 26 décembre 2016 relatif au traitement de données à caractère personnel, qui en définit les accès et la gouvernance.

**Soins de ville** : au sens des comptes de la santé, il s'agit des soins dispensés par les médecins, les sages-femmes, les dentistes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) auxquels sont ajoutées les dépenses au titre des analyses médicales et des cures thermales. Les soins de ville ne comprennent pas les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires inclus dans le concept de soins de ville habituellement employé par les régimes d'assurance maladie.

**Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie (Sniiram)** : permet de recueillir les informations sur l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les organismes de base gérant l'assurance maladie. Les informations collectées concernent la démographie des professions de santé (âge, sexe, lieu d'installation), ainsi que leur activité (nombre d'actes et de coefficients, prescriptions) et les honoraires perçus.

**Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)** : tarif de remboursement d'un médicament princeps par l'Assurance maladie sur la base du prix du générique.

**Taxe de solidarité additionnelle (TSA)** : introduite en 2010 sur l'ensemble des contrats d'assurance, le taux de cette taxe est de 7 % des cotisations en assurance santé.

**Ticket modérateur** : le ticket modérateur est la partie des dépenses médicales qui reste à la charge de l'assuré après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Le ticket modérateur existe depuis la création de la Sécurité sociale et s'applique sur tous les frais de santé remboursables. Le pourcentage du ticket modérateur varie selon l'acte ou le traitement, et le respect ou non du parcours de soins coordonné (voir ci-dessus).

**Unité standard (médicament)** : plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillerée, etc.).

**Note** : Les définitions concernant la comptabilité nationale sont en grande partie issues du site Insee.fr.