

Aide à la télétransmission

Subvention versée aux professionnels et aux établissements de santé qui transmettent numériquement les feuilles de soins 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 qui visait à réduire le coût d'un contrat de complémentaire santé pour les ménages modestes mais non éligibles à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). La CMU-C et l'ACS ont été remplacés par la complémentaire santé solidaire (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 de l'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).

Centre de santé

Les centres de santé doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé (ARS) en même temps que leur règlement intérieur. Ils sont

appelés à conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence. On compte plus de 2 200 centres de santé (dont 455 pluriprofessionnels). À l'exception des centres de soins infirmiers, ils sont implantés majoritairement en milieu urbain.

Complémentaire santé solidaire (C2S)

Ce dispositif permet de bénéficier de la prise en charge, à titre gratuit ou moyennant une contribution financière modeste selon le niveau de ressources de l'assuré, de la part complémentaire de ses frais de santé. La C2S a remplacé la CMU-C et l'ACS depuis le 1^{er} novembre 2019. La C2S permet d'avoir accès au tiers payant intégral et donc, à une dispense d'avance des frais médicaux et de bénéficier de tarifs sans dépassements d'honoraires, quel que soit le secteur (1 ou 2), sur un large panier de soins. Ce panier comprend notamment les consultations médicales, hospitalisations, médicaments, analyses médicales, ainsi que les lunettes, prothèses dentaires et auditives du panier 100 % santé.

Comptes de la santé

Compte satellite 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) [annexe 1].

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.

Contrats au premier euro

Les contrats dits au « premier euro » sont des 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^{er} 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 condition de résidence et de ressources. La CMU-C a été remplacée par la complémentaire santé solidaire en 2019. La CMU-C était 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 gérées 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 Sécurité sociale, le système d'information ne permettant pas de les distinguer des autres bénéficiaires.

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

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 bénéficiaire 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.

Données de consommation interrégimes (DCIR)

Base de données du SNDS qui permet de réaliser des études et des statistiques sur les soins qui ont été réalisés en ville et présentés au remboursement de l'Assurance Maladie. Ces soins peuvent également être chaînés aux bases du PMSI et serviront à reconstituer le parcours de soins ville-hôpital des patients. Le DCIR sert également à connaître l'activité des professionnels de santé libéraux ou à réaliser des études sur les pathologies. Les causes de décès peuvent également être utilisées à cet effet, conjointement avec les données du DCIR.

Dispositif d'indemnisation à la perte d'activité (DIPA)

Indemnité versée aux praticiens libéraux par l'Assurance maladie afin de compenser la baisse d'activité provoquée par les restrictions sanitaires mises en œuvre pour lutter contre l'épidémie de Covid-19.

Dotation de fonctionnement (clinique privé) : voir MIGAC.

Enfance inadaptée

Ensemble des enfants éprouvant des difficultés à s'intégrer au milieu familial ou scolaire, et à ce titre, faisant l'objet d'une politique qui vise à leur réinsertion dans un cadre normal par des traitements adaptés à leur cas particulier.

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-après*) à compter de 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 (13,50 euros par jour pour les séjours en service psychiatrique des établissements de santé). Depuis le 1^{er} 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^{er} 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-après*).

Forfait structure

Créé par la convention médicale d'août 2016, le forfait remplace, à partir du 1^{er} janvier 2017, les précédents indicateurs de la ROSP (*voir ROSP ci-après*) 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 (0,50 euro par boîte), les actes paramédicaux (0,50 euro par acte) et les transports sanitaires (2 euros par transport). Elle est plafonnée à 50 euros par an et par assuré.

Garantie de financement

Indemnité versée par l'Assurance maladie aux cliniques privées afin d'assurer un niveau de financement au moins équivalent à celui observé avant la crise épidémique. Ce dispositif, mis en place en 2020, a été reconduit en 2021 et 2022.

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 (vingt 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^{er} 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'officines 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^{er} 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 chirurgie ambulatoire, et séjours dont la durée est inférieure à un jour (hors séances).

Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)

Est généralisée dès 2016 à l'ensemble des hôpitaux et cliniques pratiquant la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et l'hospitalisation à domicile (HAD) puis étendue, en 2017, aux structures de soins de suite et de réadaptation (SSR).

L'objectif de ce dispositif est d'introduire une part liée à la qualité dans le financement des établissements de santé.

Indices des prix à la consommation harmonisés (IPCH) et précision sur les dépenses de santé

Les IPCH sont conçus pour permettre de réaliser des comparaisons internationales donnant une mesure comparable de l'inflation. Ils sont calculés selon des définitions harmonisées entre les États membres de l'Union européenne et quelques pays hors UE-27 (États-Unis, Japon, etc.). L'IPCH est conçu pour être une mesure de la variation pure des prix des biens et services relevant de la dépense monétaire de consommation finale des ménages. Il mesure l'évolution du coût d'un panier fixe de produits à des prix différents au fil du temps. Ces produits ne sont pas identiques entre les pays, mais constituent le panier de biens courants pour un ménage dans le pays.

L'IPCH n'est pas conçu pour être un indice du coût de la vie, c'est le rôle de la parité de pouvoir d'achat (*voir ci-dessous*), mais de connaître la variation des prix dans un pays.

Dans de nombreux pays, les services produits par les secteurs de la santé sont en partie fournis gratuitement par les États sans participation des ménages. Bien qu'un ménage puisse consommer ces services, ils sont financés par l'impôt ou les cotisations sociales. Dans ce cas, la consommation (et le coût de production) de ces biens et services particuliers n'est pas incluse dans l'IPCH. Pour les biens et services partiellement subventionnés par l'État ou une caisse publique de sécurité sociale, les dépenses engagées par le ménage doivent servir de base au calcul de l'indice. Par exemple, si le système de santé rembourse 75 % d'un dispositif

médical, alors seulement les 25 % restants du coût entrent dans le champ de l'IPCH.

Les IPCH sont produits et publiés en utilisant une période de référence commune d'indice (2015 = 100).

Pour en savoir plus : Eurostat (2012). *Harmonised Index of Consumer Prices (HICP) Methodological Manual*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.

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

Le médecin traitant est 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.

Médicaments en ambulatoire

Ensemble des dépenses liées à la délivrance des médicaments en officines de ville et à la délivrance des médicaments en pharmacies hospitalières dans le cadre de la rétrocession. La consommation est enregistrée nette des remises conventionnelles et y compris rémunération forfaitaire : honoraires de dispensation (HDD) et rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC)

Cette dotation permet de financer les activités des établissements de MCO qui ne sont pas tarifées à l'activité. Les missions d'intérêt général sont limitativement énumérées et recouvrent notamment les activités d'enseignement et de recherche, le

financement des Samu et des Smur, de certains centres de référence, etc. L'aide à la contractualisation permet de financer le développement d'activités ou l'investissement des établissements.

Nouveaux membres (NM)

L'ensemble des 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.

Optam et Optam-co

Depuis le 1^{er} 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

Le 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

Les parités de pouvoir d'achat (PPA) 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 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 ambulatoire 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*, Eurostat/OECD. Luxembourg, Publications Office of the European Union.

Personnel soignant (hôpital)

Sages-femmes, encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, rééducateurs, psychologues.

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 reçues.

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le PMSI permet de décrire de façon synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé. Il repose sur l'enregistrement de données médico-administratives normalisées dans un recueil standard d'information.

Il comporte 4 « champs » :

- Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)
- Soins de suite ou de réadaptation (SSR)
- Psychiatrie sous la forme du RIM-Psy (recueil d'information médicale en psychiatrie)
- Hospitalisation à domicile (HAD)

Programme de retour à domicile organisé (PRADO)

Ce dispositif vise à 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.

Protection maladie universelle (Puma)

Dispositif ayant succédé à la couverture maladie universelle (CMU) de base au 1^{er} 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.

Réforme du 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 mises en place 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^{er} avril 2019, tandis que les tarifs d'un ensemble d'actes prothétiques sont plafonnés.

- 100 % santé optique : dès le 1^{er} 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.

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 déduits des dépenses des médicaments selon leurs lieux d'exécution (à l'hôpital, en clinique privée ou en officine de ville). Voir également annexe 2.

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.

Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

Ce dispositif de rémunération à la performance des médecins et des pharmaciens 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 Adeli depuis novembre 2011.

Rétrocession

La rétrocession hospitalière consiste en la vente 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^{er} 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^{er} 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^{er} janvier 1998 pour le régime conventionnel.

Statistic on Income and Living Conditions (SILC) ou, en France, Statistique sur les revenus et conditions de vie (SRCV)

Enquête réalisée dans les pays membres de l'Union européenne, harmonisée par l'institut de statistique européen Eurostat. 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.

Soins courants

Les soins courants regroupent les soins de base fournis par les professionnels de santé et incluent des consultations et actes médicaux curatifs ou de réadaptation, par opposition aux soins de longue durée.

Soins de longue durée

Les soins de longue durée sont constitués des dépenses médico-sociales liées à la perte d'autonomie à destination des personnes âgées ou en situation de handicap. La définition de ses dépenses est harmonisée au niveau international. Elles incluent les aides relatives à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (aides pour se lever, s'habiller, se nourrir, etc.). En revanche, les aides pour l'accomplissement des activités domestiques (courses, ménages, préparation des repas) ne sont pas comptabilisées dans ce poste.

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 des données de santé (SNDS)

Unique en Europe, voire au monde, le Système national des données de santé (SNDS) constitue une avancée considérable pour analyser et améliorer la santé de la population. Géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), le SNDS permettra de chaîner :

- les données de l'Assurance maladie (base SNIIRAM) ;
- les données des hôpitaux (base PMSI) ;
- les causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm) ;
- les données relatives au handicap (en provenance des MDPH – données de la CNSA) ;
- un échantillon de données en provenance des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Les deux premières catégories de données constituaient la première version du SNDS. Les causes médicales de décès ont été introduites en 2017. Les données en provenance de la CNSA et des organismes complémentaires ont enrichi le SNDS respectivement en 2018 et 2019.

Système national d'information interrégime 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, cette taxe a un taux 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