

100 % santé : voir Réforme du 100 % santé.

A

Accord national interprofessionnel (ANI) :

accord de 2013 transposé dans la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, qui porte sur les conditions de travail et les garanties sociales dont peuvent bénéficier les salariés au sein des entreprises. Il est issu d'un dialogue avec les partenaires sociaux, et concerne l'ensemble des secteurs d'activité. Plusieurs dispositions de l'accord ont un effet direct sur le marché de la complémentaire santé en France. Il y est notamment inclus la généralisation du dispositif de complémentaire santé d'entreprise au 1^{er} janvier 2016. Désormais, l'ensemble des établissements employeurs de droit privé, à l'exception des particuliers employeurs, ont l'obligation de proposer une complémentaire santé collective à leurs salariés et d'en financer au moins la moitié ; ceux-ci ayant, de leur côté, l'obligation de la souscrire. Certains salariés peuvent cependant demander une dispense d'adhésion (voir Dispense d'adhésion). Par ailleurs, les salariés en contrat à durée déterminée (CDD) ou en mission de moins de trois mois ayant fait une demande de dispense ont droit à une aide de la part de leur employeur pour financer leur complémentaire santé, appelée « versement santé ». Une autre mesure de l'ANI concerne l'extension de la portabilité des droits pour les chômeurs jusqu'à un an après la perte d'emploi, contre neuf mois auparavant. Celle-ci permet aux salariés ainsi qu'à leurs ayants droit de continuer à bénéficier de la complémentaire santé d'entreprise après la fin du contrat de travail, ce à titre gratuit. Le dispositif est financé soit par l'employeur seul, soit par un système de mutualisation financé en partie par l'employeur et en partie par les cotisations des salariés de l'entreprise.

Affection de longue durée (ALD) : maladie reconnue par l'assurance maladie obligatoire (AMO) comme nécessitant un suivi et des soins prolongés, et faisant l'objet d'une prise en charge spécifique. L'ensemble des soins relatifs à ces affections sont notamment pris en charge par l'AMO à 100 %, dans la limite du tarif de la Sécurité sociale (et hors franchises, participations forfaitaires, et forfaits journaliers hospitaliers).

Aide au paiement d'une complémentaire santé

(ACS) : dispositif qui visait, jusqu'en octobre 2019, à alléger le coût d'un contrat de complémentaire santé pour les ménages modestes mais non éligibles à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), remplacé depuis le 1^{er} novembre 2019 par la complémentaire santé solidaire payante (CSS-p) [voir Complémentaire santé solidaire].

Aide médicale de l'État (AME) :

dispositif qui permet un accès gratuit à un panier de soins sans reste à charge plus restreint que celui de la CSS (à quelques exceptions près) pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis au moins trois mois et dont les ressources sont inférieures au plafond de la CSS gratuite (CSS-g).

Assurance maladie complémentaire (AMC) :

système d'assurance maladie qui complète celui de l'assurance maladie obligatoire pour financer les frais de santé. Elle est essentiellement privée (en dehors du dispositif public de CSS, voir Complémentaire santé solidaire). Les contrats sont proposés par différents types d'organismes : mutuelles, entreprises d'assurance ou institutions de prévoyance.

Assurance maladie obligatoire (AMO) :

désigne les trois types de régimes de protection sociale (la Sécurité sociale pour le régime général et pour les indépendants, le régime agricole, les

régimes spéciaux) couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, la maternité et les accidents privés ou professionnels, les maladies professionnelles et les couvertures d'invalidité. En fonction de son statut professionnel, chaque individu est rattaché à l'un de ces régimes obligatoires.

Assuré d'un contrat de complémentaire santé :

dans cet ouvrage, il s'agit de l'assuré principal au nom duquel le contrat de complémentaire santé est établi, ou autrement dit l'ouvrant droit du contrat.

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) :

autorité administrative chargée du contrôle des banques et des assurances. Elle veille à la préservation de la stabilité du système financier et à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des personnes soumises à son contrôle. Elle assure également la mission de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le Code monétaire et financier établit son indépendance pour l'exercice de ses missions et l'autonomie financière. Pour son fonctionnement, l'ACPR est adossée à la Banque de France, qui lui procure ses moyens, notamment humains et informatiques. L'ACPR supervise le secteur des assurances dans le cadre d'une harmonisation de la réglementation européenne promue par l'Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles (EIOPA, ou AEAPP) et à laquelle l'ACPR participe activement.

Autres charges techniques : partie des charges d'un organisme assureur incluant les autres charges liées à l'évolution des systèmes d'information, des exigences réglementaires, etc.

Ayant droit d'un contrat de complémentaire santé :

bénéficiaire d'un contrat autre que l'ouvrant droit, généralement un conjoint ou un enfant.

B

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) : tarif de référence à partir duquel est

calculé le montant remboursé par la Sécurité sociale pour chaque prestation de santé, selon les taux de remboursement en vigueur. On parle aussi de « tarif de convention », de « tarif de responsabilité » ou de « tarif de la Sécurité sociale ». La BRSS sert aussi de référence aux complémentaires santé pour fixer leurs niveaux de remboursement.

Base Restes à charge (base RAC) :

base constituée par la DREES à partir des données exhaustives du Système national des données de santé (SNDS), afin de produire, pour une année donnée, des données synthétiques relatives aux dépenses de santé et aux restes à charge associés, regroupées par grand poste de soins (voir annexe 2).

Bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé :

personnes couvertes par un contrat, incluant l'ouvrant droit (dans ce cas on parle aussi de l'assuré) et les éventuels ayants droit (conjoint, enfants...) couverts par le même contrat.

C

Charges de gestion :

charges liées au fonctionnement des organismes pour leur activité d'assurance correspondant aux frais de gestion des sinistres, frais d'acquisition, frais d'administration et autres charges techniques nettes.

Complémentaire santé :

voir Assurance maladie complémentaire.

Complémentaire santé solidaire (CSS) :

dispositif qui vise, depuis le 1^{er} novembre 2019, à faciliter l'accès des personnes les plus modestes à une couverture complémentaire santé et qui offre une couverture unique à tous ses bénéficiaires, avec une prise en charge d'un panier de soins sans reste à charge incluant notamment le 100 % santé en optique, en dentaire et en audiologie. La CSS remplace la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Selon le revenu des bénéficiaires, cette couverture est gratuite (CSS-g)

ou payante (CSS-p) avec une participation financière de 8 à 30 euros par mois selon l'âge du bénéficiaire.

Consommants : personnes ayant consommé au moins une fois des soins de santé remboursables par la Sécurité sociale et présentés au remboursement dans l'année considérée.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : agrégat central des comptes de la santé, elle 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 liées notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisées dans la dépense courante de santé. La CSBM couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national par les assurés sociaux relevant des régimes français et les personnes prises en charge au titre de l'aide médicale de l'État (AME) ou des soins urgents (soins des personnes en situation irrégulière sur le territoire français).

Contrat de complémentaire santé d'entreprise : contrat de complémentaire santé collectif conclu par un employeur pour ses salariés, et qui complète les remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Depuis la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise de 2016, tous les salariés sont concernés, sauf quelques cas de dispenses d'adhésion (voir Accord national interprofessionnel).

Contrat d'accès aux soins (CAS) : les médecins généralistes ou spécialistes de secteur 2 adhérant à ce contrat, entré en vigueur en 2013, s'engagent à respecter un taux de dépassement moyen calculé sur la base de leur activité passée ainsi qu'une certaine part de tarifs opposables. En contrepartie, ils obtiennent plusieurs avantages, dont un

allègement de charges sociales. Les patients qui se tournent vers les professionnels adhérant au CAS peuvent, eux, profiter de tarifs plus avantageux et d'un montant de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) plus élevé. Il est remplacé par l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) et l'option de pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (Optam-Co) en 2017.

Contrat au premier euro : contrat d'assurance santé à destination des personnes, travailleurs frontaliers ou expatriés par exemple, qui ne sont pas affiliées à l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Contrat collectif : contrat de complémentaire santé de groupe souscrit par une personne morale (une entreprise, un organisme, une association, etc.) au bénéfice de personnes qui ont un lien avec elle (salariés, adhérents à l'association). Il est défini dans le Code de la Sécurité sociale aux articles L. 932.1 (adhésion obligatoire) et L. 932-14 (adhésion facultative), et dans le Code de la mutualité à l'article L. 221-2.

Contrat individuel : contrat de complémentaire santé souscrit directement par un assuré. Il s'adresse principalement aux étudiants (pour ceux qui ne sont pas couverts en tant qu'ayants droit de leurs parents), aux salariés de la fonction publique, aux indépendants, aux chômeurs et aux retraités.

Contrat de surcomplémentaire : contrat de complémentaire santé à adhésion facultative souscrit via un employeur ou directement par l'assuré en complément d'un contrat de base afin de renforcer les remboursements sur un ou plusieurs postes de soins. La surcomplémentaire s'adresse notamment aux salariés qui souhaitent une meilleure couverture que celle offerte par la complémentaire santé imposée par leur entreprise.

Contrat relevant du 1^{er} art. 998 du Code général des impôts (CGI) : cet article prévoit une exonération de taxe pour les assurances de groupe

et les opérations collectives souscrites par une entreprise ou un groupe d'entreprises au profit de leurs salariés ou par un groupement professionnel représentatif d'entreprises au profit de ses salariés ou par une organisation représentative d'une profession non salariée ou d'agents des collectivités publiques au profit de leurs membres, et dont 80 % au moins de la prime ou de la cotisation globale sont affectés à des garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident, à l'exclusion des remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou dentaires.

Contrat responsable : pour qu'un contrat de complémentaire santé soit qualifié de « responsable », il doit encourager le respect du parcours de soins, prendre en charge certains frais de santé et respecter des planchers et plafonds de remboursements. Les conditions d'un contrat responsable sont prévues au sein des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale (voir annexe 1). Le respect des obligations et limites de remboursement des contrats santé solidaires et responsables permet à l'employeur et au salarié de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales (voir annexe 1 bis).

Contrat solidaire : un contrat de complémentaire santé est solidaire lorsque l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts et ne recueille aucune information médicale à leur sujet (voir annexe 1). Le respect des obligations et limites de remboursement des contrats santé solidaires et responsables permet à l'employeur et au salarié de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales (voir annexe 1 bis).

Contribution sociale généralisée (CSG) : prélèvement obligatoire proportionnel créé en 1991, qui participe au financement de la Sécurité sociale et, depuis 2018, de l'assurance chômage. Elle remplace certaines cotisations prélevées sur les salaires.

Convention de substitution : permet à une mutuelle (dite « substituée ») de transférer tout ou partie de son risque assurantiel à une autre mutuelle (dénommée « substituante »), tout en conservant une autonomie juridique et la relation avec ses adhérents. La conclusion d'une telle convention n'entraîne pas la disparition de l'entité substituée, contrairement à la fusion, opération au terme de laquelle la mutuelle absorbée est dissoute. La substitution diffère de la réassurance principalement sur le plan juridique : les mutuelles substituées ne sont pas soumises aux dispositions fixant les règles prudentielles et n'ont donc pas besoin d'un agrément pour exercer leur activité. En revanche, la substituante doit obligatoirement être agréée pour les branches prises en substitution. Pour une mutuelle substituante, les opérations prises en substitution sont considérées comme des opérations directes et doivent être intégrées dans les comptes de l'organisme.

Cotisation : voir Prime.

Couverture maladie universelle (CMU) de base : régime d'affiliation à l'Assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière dès lors qu'elle ne bénéficie pas d'une couverture de base dans un autre régime. Elle est remplacée par la protection universelle maladie (Puma) depuis le 1^{er} janvier 2016, qui permet la prise en charge par l'Assurance maladie sans rupture de droit pour toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière. La CMU ne doit pas être confondue avec la CMU-C.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) : ancien dispositif en faveur des ménages les plus modestes permettant une prise en charge plus complète que celle des régimes de base d'assurance maladie, remplacé depuis le 1^{er} novembre 2019 par la complémentaire santé solidaire gratuite (CSS-g) [voir Complémentaire santé solidaire]. Elle pouvait être gérée, au choix du bénéficiaire, soit par son organisme d'assurance maladie d'affiliation, soit par un organisme

complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour la gérer. La CMU-C ne doit pas être confondue avec la CMU.

D

Dépense courante de santé au sens international (DCSi) : définie par le *System of Health Accounts* (SHA) dans le cadre harmonisé de présentation des statistiques sur les dépenses de santé de façon à assurer la comparabilité entre pays, elle couvre un champ plus large que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), puisqu'elle inclut également les dépenses de prévention, les soins de longue durée et les dépenses de gouvernance.

Dépassements : montants de dépenses relatives aux soins qui dépassent la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), au titre de la liberté tarifaire. Ils concernent aussi bien les actes ou dispositifs médicaux (y compris sur les équipements du panier 100 % santé), que les consultations (voir Dépassements d'honoraires).

Dépassements d'honoraires : sous certaines conditions, les professionnels de santé sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire à facturer des prestations au-delà des tarifs fixés par la Sécurité sociale. C'est le cas, par exemple, des médecins exerçant en secteur 2. Pour fixer le montant des dépassements d'honoraires, les praticiens doivent faire preuve « de tact et de mesure », selon le Code de la santé publique (article 53). La situation financière du patient, la notoriété du praticien ainsi que la complexité de l'acte et le temps nécessaire à son exécution doivent être pris en compte.

Dispense d'adhésion : possibilité laissée au salarié de refuser la complémentaire santé que propose l'entreprise. Elle s'applique dans les cas suivants : s'il est déjà couvert par une autre complémentaire santé collective (celle d'un membre de sa famille ou s'il est couvert du fait d'un autre emploi) ou s'il est couvert par une complémentaire santé

individuelle jusqu'à échéance de son contrat ; s'il était déjà dans l'entreprise au moment où la complémentaire santé a été mise en place par décision unilatérale de l'employeur ; s'il est bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (CSS) ; s'il est salarié à temps très partiel (moins de 15 heures par semaine) ; s'il est en contrat à durée déterminée (CDD), en contrat de mission ou apprenti, ou s'il bénéficie d'un régime d'assurance maladie obligatoire spécial.

E

Entreprises d'assurance (sociétés d'assurance) : sociétés soumises au Code des assurances. Deux grands types d'entreprises d'assurance existent. D'une part les compagnies d'assurance, qui sont des sociétés commerciales à but lucratif. Le financement de ces sociétés s'effectue d'abord par les actionnaires qui reçoivent ensuite les bénéfices sous forme de dividendes. D'autre part les sociétés d'assurance mutuelles (ou mutuelles d'assurance), qui sont des sociétés civiles à but non lucratif. Le financement de ces sociétés se fait par les cotisations mensuelles des assurés, alors dénommés sociétaires. Les bénéfices sont réinvestis au service de l'activité d'assurance, dans les cotisations, les prestations, les niveaux des garanties, l'action sociale, etc. Les entreprises d'assurance constituent l'une des trois grandes familles d'organismes de complémentaire santé.

Enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) : enquête de la DREES visant à décrire les contrats commercialisés par les organismes complémentaires (voir annexe 2).

Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017 : enquête réalisée conjointement par la DREES et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), sur la couverture complémentaire santé et la prévoyance d'entreprise, auprès des entreprises et de leurs salariés (voir annexe 2).

Enquête santé européenne (European Health Interview Survey) [EHIS] 2019 : enquête sur la santé, l'accès aux soins et la couverture santé, menée par la DREES, avec l'appui de l'Irdes et de l'Insee, auprès de la population âgée de 15 ans ou plus (voir annexe 2).

Enquête Santé et Protection sociale (ESPS) : enquête historique de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture santé en France menée par l'Irdes jusqu'en 2014 (voir annexe 2).

Enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) : enquête obligatoire annuelle de l'Insee qui s'inscrit dans le cadre européen EU-SILC (*European Union Statistics on Income and Living Conditions*), relative à la répartition des revenus, à la pauvreté et à l'exclusion (voir annexe 2).

F

Forfait journalier hospitalier (FJH) : participation du patient hospitalisé aux frais d'hébergement. Il s'élève à 20 euros par jour à l'hôpital ou en clinique et à 15 euros par jour pour les séjours en psychiatrie. Il est facturé pour chaque jour d'hospitalisation, y compris le jour de sortie, sauf en cas de décès ou de transfert. Il n'est pas remboursé par la Sécurité sociale mais par les contrats de complémentaire santé responsables, sans limitation de durée.

Forfait patientèle médecin traitant (FPMT) : complément de rémunération pour les médecins traitants. Entré en vigueur au 1^{er} janvier 2018, il remplace les anciens forfaits qui jouaient un rôle similaire avant 2018. Le FPMT est cofinancé par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et les organismes complémentaires.

Frais d'acquisition : partie des charges des organismes assureurs qui inclut les commissions d'acquisition, les frais des réseaux commerciaux et des services chargés de l'établissement

des contrats, de la publicité, du marketing, ou exposés à leur profit.

Frais d'administration : partie des charges d'un organisme assureur incluant les commissions d'apéritition (commissions versées par les co-assureurs à l'apériteur [l'organisme qui gère pour le compte de tous les co-assureurs]) versées par les co-assureurs éventuels, de gestion et d'encaissement, les frais des services chargés de la surveillance du portefeuille de contrats, de la réassurance, du contentieux lié aux cotisations.

Frais de gestion des sinistres : partie des charges des organismes assureurs qui inclut les frais occasionnés par le traitement des dossiers sinistres (ouverture des dossiers, règlement, etc.), les commissions versées au titre de la gestion des sinistres ainsi que les frais de contentieux liés aux sinistres. Dans le Code des assurances, le terme utilisé est « frais de règlement des sinistres ».

Franchise : montant déduit des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Elle s'applique aux médicaments (0,50 euro par boîte avant le 31 mars 2024), aux actes paramédicaux (0,50 euro par acte avant le 31 mars 2024) et aux transports sanitaires (2 euros par transport sanitaire avant le 31 mars 2024). Elle est plafonnée à 50 euros par an, à 2 euros par jour pour les actes paramédicaux, et à 4 euros par jour pour les transports sanitaires. Depuis le 31 mars 2024, ces franchises, ainsi que leurs plafonds journaliers associés, ont doublé de valeur ; le plafonnement annuel reste de 50 euros. La franchise ne peut être prise en charge par les contrats de complémentaire santé responsables.

Fusion (transfert/absorption) : les organismes peuvent fusionner avec d'autres entités en transférant leur portefeuille de contrats avec les droits et obligations qui s'y rattachent. Les organismes considérés comme absorbés sont dès lors intégralement dissous. Cette procédure est validée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et fait l'objet d'une publication au *Journal officiel*.

G

Garantie : couverture d'un risque par l'organisme assureur en contrepartie d'une cotisation.

H

Hospitalisation complète : hospitalisation durant laquelle le patient est hébergé dans un établissement de santé pour une durée supérieure à un jour et pour une nuit au moins. Un séjour dont la durée est inférieure à 24 heures (hors séances) est une hospitalisation partielle.

I

Ines-Omar : outil de microsimulation construit par la DREES à partir du rapprochement de plusieurs bases de données pour simuler au niveau individuel le partage de la dépense entre la Sécurité sociale, l'organisme de complémentaire santé et la personne, ainsi que pour analyser la redistribution opérée par l'Assurance maladie (voir annexe 2).

Institutions de prévoyance : personnes morales de droit privé à but non lucratif régies par le Code de la Sécurité sociale. Elles ont été créées par la loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés obligeant la séparation des activités retraite et prévoyance-santé au sein des caisses de retraite complémentaire. Les institutions de prévoyance sont dirigées paritairement par les représentants des employeurs et des salariés. Les risques qui peuvent être couverts par une institution de prévoyance sont l'assurance vie, la santé, les autres dommages corporels (incapacité, invalidité, dépendance) et le chômage. Elles constituent l'une des trois grandes familles d'organismes de complémentaire santé.

L

Liberté tarifaire : voir Dépassements.

Liste des produits et prestations (LPP) : répertoire des biens médicaux remboursables par l'assurance maladie obligatoire (AMO), distinguant quatre types de produits : dispositifs médicaux, aliments, pansements (titre I) ; orthèses et prothèses externes (titre II) ; dispositifs médicaux implantables (DMI), implants, greffons (titre III) ; véhicules pour personnes en situation de handicap (titre IV) ; dispositifs médicaux invasifs non éligibles au titre III (titre V).

M

Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) : terme utilisé pour désigner les activités de soins aigus de courte durée réalisées dans les établissements de santé, en hospitalisation (avec ou sans hébergement) ou en consultation externe.

Médecin traitant : médecin référent déclaré par tout assuré social, dans le cadre du parcours de soins coordonnés. 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 (ALD) et assure une prévention personnalisée.

Médicament : substance active visant à prévenir ou traiter une maladie. Les médicaments constituent, avec les dispositifs médicaux, les produits de santé.

Mutuelles : personnes morales de droit privé à but non lucratif relevant du Code de la mutualité. Les mutuelles sont financées par les cotisations de leurs adhérents. Les mutuelles ne peuvent assurer que certains risques comme la santé, le chômage, l'invalidité suite à un accident du travail, l'assurance-vie, la protection juridique et la caution immobilière. Certaines mutuelles, dites « du livre II », pratiquent des opérations d'assurance, de réassurance et de capitalisation, tandis que d'autres, dites « du livre III » pratiquent la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales. L'article L. 111-1

du Code de la mutualité précise les activités que peuvent exercer les mutuelles, et indique en particulier qu'elles doivent choisir de façon exclusive entre les activités du livre II et celles du livre III. Une exception réside dans le fait que les mutuelles du livre II (assurance) peuvent exercer des activités du livre III, mais uniquement de façon accessoire. Les mutuelles constituent l'une des trois grandes familles d'organismes de complémentaire santé.



Opposabilité des tarifs : droit permettant de ne pas se voir appliquer des dépassements d'honoraires par les médecins, que ceux-ci exercent en ville ou à l'hôpital et quel que soit leur secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2). Ce principe d'opposabilité des tarifs s'applique à tout bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (CSS) et, jusqu'en 2019, à tout bénéficiaire de la CMU-C et de l'ACS.

Option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) : le 1^{er} janvier 2017, l'Optam pour les médecins de secteur 2, et l'Optam-Co pour les chirurgiens et obstétriciens, ont remplacé le contrat d'accès aux soins (CAS). L'Optam se différencie du CAS par la durée du contrat (un an par tacite reconduction, contre trois ans) et par des avantages financiers pour le médecin légèrement différents.

Optique complexe : équipement de correction visuelle avec des verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et + 8,00 dioptries (unité de mesure de la correction nécessaire pour bénéficiaire d'une vision nette), ou encore avec des verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries, ou avec des verres à simple foyer dont la sphère est inférieure à - 6,00 ou supérieure + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00.

Optique simple : équipement de correction visuelle avec des verres à simple foyer dont la sphère est

comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

Organismes complémentaires : mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance. Ils assurent une couverture santé en sus de celle apportée par l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Organisme de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS) : depuis le 1^{er} janvier 2018, les contrats de retraite professionnelle supplémentaire peuvent être gérés par ce nouveau type d'organismes. Créés par la loi relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique du 9 décembre 2016, dite « loi Sapin II », ils bénéficient d'une contrainte de fonds propres moins élevée que celle en vigueur auparavant. Les organismes d'assurance ont eu la possibilité de transférer leurs portefeuilles de retraite existants vers des ORPS jusqu'à la date limite du 31 décembre 2022. Un ORPS peut être soit un fonds de retraite professionnelle supplémentaire (FRPS), s'il est régi par le Code des assurances, soit une institution de retraite professionnelle supplémentaire (IRPS), s'il est régi par le Code de la Sécurité sociale, soit une mutuelle de retraite professionnelle supplémentaire (MRPS), s'il est régi par le Code de la mutualité.

Ouvrant droit d'un contrat de complémentaire santé : assuré principal au nom duquel le contrat de complémentaire santé est établi.



Parcours de soins coordonnés : circuit instauré par la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004, que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, et disposer d'un meilleur remboursement de leurs soins. Le parcours de soins coordonnés consiste, pour un patient, à consulter en priorité son médecin traitant pour son suivi médical, avant que celui-ci ne le redirige, le cas échéant, vers un spécialiste. L'assuré garde la possibilité de consulter

directement un spécialiste sans passer par son médecin traitant, mais il est alors moins bien remboursé par la Sécurité sociale (sauf exceptions).

Participation forfaitaire : participation à la charge des patients âgés de plus de 18 ans pour les consultations ou actes réalisés par un médecin, ainsi que pour les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. Initialement fixée à 1 euro, elle s'élevait à 2 euros depuis le 15 mai 2024. Elle est plafonnée à 8 euros par jour (4 euros avant le 15 mai 2024) pour un même professionnel de santé et par laboratoire, et à 50 euros et par an par assuré. Elle est déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire (AMO), et ne peut être prise en charge par les complémentaires santé responsables.

Participation forfaitaire spécifique aux actes lourds : participation de 24 euros à la charge des patients âgés de plus de 18 ans pour des actes lourds particulièrement coûteux (dont la base de remboursement de la Sécurité sociale [BRSS] est supérieure ou égale à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60). Il peut s'agir d'actes réalisés au cours d'un séjour hospitalier ou en soins de ville. Elle est déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire (AMO), mais est prise en charge par les complémentaires santé responsables.

Portabilité des contrats : possibilité laissée aux salariés de continuer à bénéficier de la complémentaire santé de l'entreprise après la fin de leur contrat de travail, sous certaines conditions. Ils doivent avoir adhéré à la couverture complémentaire santé d'entreprise, avoir fait l'objet d'une rupture de contrat de travail pour un motif autre que la faute lourde. De plus, il est nécessaire que la cessation du contrat de travail ouvre droit à l'assurance chômage. L'employeur doit informer l'organisme assureur de la rupture du contrat de travail du salarié concerné. Le salarié doit quant à lui adresser un justificatif de sa prise en charge par l'assurance chômage à l'organisme assureur. La loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a généralisé ce dispositif

de portabilité à l'ensemble des entreprises et sa durée a été allongée.

Prestation de santé : soin prodigué ou matériel médical fourni par un professionnel de santé.

Prévention : ensemble des actions menées pour éviter ou diminuer l'apparition de maladies et de troubles dans la population. La prévention institutionnelle correspond à la fraction des dépenses totales de prévention sanitaire, résultant principalement de programmes organisés. La prévention non institutionnelle est à l'initiative des patients ou des professionnels de santé, hors programmes de santé publique.

Prévoyance : couverture des risques « autres dommages corporels » (incapacité de travail – indemnités journalières, invalidité, dépendance, etc.), décès (vie entière, temporaire), perte d'emploi et famille. La prévoyance permet, selon les garanties souscrites, d'assurer un maintien partiel ou total des revenus, de bénéficier d'un complément financier ou de percevoir un capital ou une rente. Elle complète les prestations des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Prime (ou cotisation) : somme payée directement par un assuré ou indirectement par son employeur en contrepartie des garanties accordées par l'assureur.

R

Réassurance : la réassurance correspond à un contrat par lequel une société spécialisée (le réassureur ou le cessionnaire) prend en charge une partie des risques souscrits par un organisme assureur auprès de ses assurés. Par cette opération, le réassureur s'engage à rembourser à l'organisme assureur, en cas de réalisation du risque, une partie des sommes versées au titre des sinistres et perçoit en contrepartie une cotisation ou une portion des cotisations originales versées par le ou les assurés. La réassurance permet de mieux disperser les risques.

Réforme du 100 % santé : mise en œuvre progressivement entre 2019 et 2021, cette réforme permet aux personnes couvertes par un contrat responsable d'être remboursées intégralement de la dépense de certains équipements en optique et en prothèses dentaires et auditives. Les biens concernés sont soumis à des prix limites de vente et leur coût est supporté par l'assurance maladie obligatoire (AMO) ainsi que par l'assurance maladie complémentaire (AMC).

Régime d'assurance maladie : statut de rattachement à un groupe d'assurés, en fonction de sa situation personnelle et professionnelle. Les principaux régimes sont le régime général, le régime des indépendants et le régime agricole.

Responsable : voir Contrat responsable.

Reste à charge : montant restant à payer par une personne après intervention d'un assureur.

Reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC) : montant restant à payer par le patient après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par l'assurance maladie complémentaire (AMC), c'est-à-dire le montant dont le patient devra lui-même finalement s'acquitter. S'il n'est pas couvert par un contrat de complémentaire santé, ce montant est égal au RAC AMO.

Reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) : montant restant à payer par le patient après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Ce montant est à payer soit par le patient lui-même, soit par sa complémentaire santé éventuelle qui peut le prendre en charge intégralement (à l'exception des participations forfaitaires et des franchises) ou partiellement.

Reste à charge opposable : part de la dépense composée du ticket modérateur (TM), du forfait

journalier hospitalier (FJH), des franchises médicales et des participations forfaitaires.

Résultat technique : différence entre les ressources (cotisations et produits financiers) et les charges (indemnisation des sinistres, charges de gestion, etc.) liées à un périmètre d'activité assurantielle.

Revenu disponible : le revenu disponible est le revenu à la disposition du ménage pour consommer et épargner. Il comprend les revenus d'activité nets des cotisations sociales, les indemnités de chômage, les retraites et pensions, les revenus du patrimoine (fonciers et financiers) et les autres prestations sociales perçues, nets des impôts directs. Ces derniers incluent l'impôt sur le revenu, la taxe d'habitation, la contribution sociale généralisée (CSG), la contribution à la réduction de la dette sociale (CRDS), et les prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine. Il comprend une partie du solde des transferts interménages.

S

Secteur 1/secteur 2 : un médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel, c'est-à-dire le tarif fixé par la Sécurité sociale. Il peut néanmoins appliquer un dépassement d'honoraires, c'est-à-dire des tarifs supérieurs à ceux établis par la Sécurité sociale, pour « exigence particulière » du patient. Un médecin conventionné de secteur 2, qu'il soit généraliste ou spécialiste, définit librement ses honoraires. Il peut donc pratiquer des tarifs supérieurs à ceux établis par la Sécurité sociale.

Société de groupe assurantiel de protection sociale (SGAPS) : personne morale qui n'est pas une compagnie financière holding mixte, qui est constituée d'entreprises d'assurance, de mutuelles ou d'institutions de prévoyance, et qui exerce sur elles une influence dominante au moyen d'une coordination centralisée sur les décisions, y compris financières. Elle doit

compter parmi ses affiliées, directement ou indirectement, au moins une institution de prévoyance.

Société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM) : société de groupe d'assurance non capitalistique constituée d'entreprises d'assurance, de mutuelles ou d'institutions de prévoyance et qui exerce sur elles une influence dominante au moyen d'une coordination centralisée sur les décisions, y compris financières. Elle doit compter parmi ses affiliées, directement ou indirectement, au moins une société d'assurance mutuelle (voir Entreprises d'assurance).

Soins de ville : ensemble des prestations de santé autres que celles prodiguées lors d'une hospitalisation ou d'un hébergement en établissement de santé.

Soins remboursables ou non remboursables par la Sécurité sociale : tous les soins ne sont pas remboursables par la Sécurité sociale, notamment (sauf conditions particulières) les implants dentaires, la parodontologie, l'orthodontie à partir de 16 ans, les lentilles de contact, la chirurgie réfractive, les pratiques de soins non conventionnelles (ostéopathie, naturopathie, etc.) et certains soins de prévention ou médicaments. Ces soins peuvent cependant être pris en charge par certains contrats de complémentaire santé. Pour les soins remboursables, le montant remboursé par la Sécurité sociale résulte d'un taux de remboursement appliqué à une base de remboursement, dite « base de remboursement de la Sécurité sociale », ou « BRSS », minorée parfois de franchises ou de participations forfaitaires.

Souscripteur : entité (personne physique ou morale) qui signe le contrat d'assurance et paie la cotisation, et qui peut être différente de l'assuré (entité qui court le risque). En assurance complémentaire santé collective par exemple, l'entreprise souscrit et le salarié est l'assuré.

Substitution : Voir Convention de substitution.

Surcomplémentaire santé : voir Contrat de surcomplémentaire.

Système national des données de santé (SNDS) : il rassemble les données médico-administratives individuelles pseudonymisées exhaustives des bénéficiaires de la Sécurité sociale en France (voir annexe 2).

T

Tarif de convention : voir Base de remboursement de la Sécurité sociale.

Tarif de responsabilité : voir Base de remboursement de la Sécurité sociale.

Tarif de la Sécurité sociale : voir Base de remboursement de la Sécurité sociale.

Tarif opposable : tarif fixé par la Sécurité sociale pour les actes pratiqués par des professionnels de santé (médecins, spécialistes, professions paramédicales). Ces tarifs sont fixés dans le cadre d'une convention signée entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie. L'application stricte de ces tarifs ne laisse aucun reste à charge pour les patients couverts par un contrat de complémentaire santé responsable, hors participations forfaitaires et franchises.

Taux d'effort en primes de complémentaires et restes à charge en santé : rapport entre, d'une part, les primes payées par le ménage pour ses contrats de complémentaire santé (hors participation employeur et hors chèque d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS] éventuels) ajoutées au reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC), et, d'autre part, le revenu disponible du ménage après prélèvement du financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) par la contribution sociale généralisée (CSG) et les cotisations sociales.

Taux d'effort pour le financement de l'assurance maladie obligatoire : rapport entre la contribution au financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) payée par le ménage *via* des prélèvements sociaux, et le revenu disponible du ménage avant prélèvement du financement de l'AMO par la contribution sociale généralisée (CSG) et les cotisations sociales.

Taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé : rapport entre l'ensemble des dépenses de santé des ménages (contribution au financement de l'assurance maladie obligatoire [AMO] *via* des prélèvements sociaux, primes de complémentaire santé, et reste à charge final) et leur revenu disponible avant prélèvement du financement de l'AMO par la contribution sociale généralisée (CSG) et les cotisations sociales.

Taux de recours à un dispositif : pour une année donnée, rapport entre le nombre de personnes bénéficiant d'un dispositif et le nombre de personnes y étant éligibles.

Taux de recours à un poste de soins : pour une année donnée, rapport entre le nombre de personnes recourant à un poste de soins et le nombre de personnes ayant consommé au moins un soin (tous postes de soins confondus).

Taux de remboursement : pour les soins remboursables par la Sécurité sociale, taux appliqué à la base de remboursement afin de déterminer le montant du remboursement de la Sécurité sociale. Selon le soin, des franchises ou des participations forfaitaires peuvent aussi diminuer ce montant.

Taxe de solidarité additionnelle (TSA) : taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, prélevée en France sur tous les contrats

de complémentaire santé (y compris sur les contrats d'indemnités journalières), affectée notamment au financement de la complémentaire santé solidaire (CSS) [voir annexe 1 bis].

Ticket modérateur (TM) : montant (en plus de la participation forfaitaire ou de la franchise) non remboursé par l'assurance maladie obligatoire (AMO), sur la base du tarif de convention. Il existe depuis la création de la Sécurité sociale et s'applique sur tous les frais de santé remboursables. Son pourcentage varie selon l'acte ou le traitement et le respect, ou non, du parcours de soins coordonnés. Il doit être intégralement pris en charge par les contrats de complémentaire santé responsables, que ce soit pour les soins de ville, les hospitalisations, ou les forfaits journaliers hospitaliers sans limitation de durée.

U

Union de mutuelles : personne morale de droit privé à but non lucratif, créée par plusieurs mutuelles ou unions et susceptible d'accepter ultérieurement l'adhésion d'autres mutuelles. On distingue les unions de mutuelles des unions de groupe mutualiste (UGM) et des unions mutualistes de groupe (UMG). Les UGM sont des unions dans lesquelles chaque membre demeure directement responsable de la garantie de ses engagements. Les UMG sont des entreprises qui ne sont pas des compagnies financières holding mixtes, qui peuvent regrouper des mutuelles, des unions de mutuelles, des institutions de prévoyance ou des entreprises d'assurance et qui exercent sur elles une influence dominante au moyen d'une coordination centralisée sur les décisions, y compris financières. Les UMG doivent compter parmi leurs affiliées, directement ou indirectement, au moins une mutuelle. ■