

A

ACAM

L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam) a fusionné en 2010 au sein de l'Autorité de contrôle prudentielle (ACP). Cette autorité avait été créée par la loi de sécurité financière du 1er août 2003 en réunissant la Commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance (CCMIP) et la Commission de contrôle des assurances (CCA). D'abord dénommée CCAMIP, elle a reçu le nom d'Acam en décembre 2005.

AcBUS

Accord de bon usage des soins

Accès direct

Terme associé au parcours de soins coordonnés. Un médecin est en accès direct quand il n'est pas nécessaire de passer par son médecin traitant pour le consulter. Il s'agit des gynécologues, des ophtalmologues, des stomatologues ou, pour les patients de moins de 26 ans, des psychiatres et des neuropsychiatres. Les dentistes ne sont pas intégrés dans le parcours de soins coordonnés : ils sont donc en accès libre.

Acip

Accord cadre interprofessionnel

ACME

Association des assureurs coopératifs et mutualistes européens

ACOSS

Agence centrale des organismes de sécurité sociale

ACP

L'Autorité de contrôle prudentielle (ACP) a été créée par l'ordonnance n° 2010-76 du 21 janvier 2010 portant fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance. Présidée par le gouverneur de la Banque de France, cette autorité administrative indépendante a pour mission de veiller à "la préservation de la stabilité du système financier et à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires". L'ACP est née de la fusion de quatre entités : l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam), la Commission bancaire, le Comité des entreprises d'assurances (CEA) et le Comité des établissements de crédit et des entreprises d'investissement (CECEI).

ACS

L'aide pour une complémentaire santé (ACS) est une aide au financement d'une couverture maladie complémentaire. Elle est destinée aux personnes disposant de ressources limitées, mais néanmoins supérieures au plafond ouvrant droit à la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire.

ACSE

Agence nationale de cohésion sociale et pour l'égalité des chances

Actes non prescrits

Les actes non prescrits ou prescripteurs (consultations, visites, actes de spécialités médicales, actes dentaires...) sont les actes exécutés par les professionnels prescripteurs (médecins, dentistes, sages-femmes...) auxquels peut être associée une prescription.

Actes prescrits

Les actes prescrits (actes d'auxiliaires médicaux, actes de biologie médicale, médicaments, produits de TIPS, frais de transport des malades ...) sont les actes dont les professionnels de santé prescripteurs sont à l'origine et sont généralement exécutés par des professionnels " prescrits " (auxiliaires médicaux, biologistes, pharmaciens, transporteurs ...). Il s'agit donc de l'ensemble des prescriptions (y compris les indemnités journalières).

Addes

Association pour le développement de la documentation sur l'économie sociale

ADES

Association départementale d'éducation pour la santé

ADF

Association des Départements de France

Adhérent

Personne ayant souscrit une convention régie par le Code de la Mutualité.

Adhérent mutualiste

Personne ayant souscrit un contrat auprès d'une mutuelle régie par le Code de la Mutualité. Par exemple, une couverture maladie complémentaire. Synonyme : sociétaire.

ADIE

Association pour le droit à l'initiative économique

Afa

Association Française de l'Assurance

Afaq

Association Française pour le management et l'amélioration de la qualité (certification ISO 9000).

AFCMPP

Association française des centres d'établissements pour personnes âgées

AFD

Agence française de développement

AFEAMA

Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée : Par la mise en place de la PAJE, "le Complément de libre choix du mode de garde" se substitue à l'AFEAMA pour les enfants nés ou adoptés après le 1er janvier 2004.

L'AFEAMA a été mise en place en 1991. Elle consiste en une prise en charge par les CAF des cotisations et contributions sociales dues pour l'emploi de l'assistante maternelle. Depuis le 1er janvier 1992, elle a été assortie d'une allocation complémentaire, la majoration d'AFEAMA, qui est une aide financière versée directement aux familles. Le régime de cette dernière a été modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 principalement en modulant la majoration selon les ressources de la famille. La demande d'AFEAMA doit être adressée, au moyen d'un formulaire spécifique, par le particulier employeur à la CAF (ou la Caisse de mutualité sociale agricole).

Affection de longue durée (ALD)

Maladie reconnue par l'assurance maladie obligatoire comme nécessitant un suivi et des soins prolongés. Les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires à cette maladie ouvrent droit, dans certaines conditions, à une prise en charge à 100 % de la base de remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

En revanche, les taux de remboursement habituels sont appliqués aux soins sans rapport avec l'ALD (exemple : 70 % de la base de remboursement pour les honoraires).

La Haute Autorité de Santé (HAS) édite des guides expliquant aux patients en ALD les principaux éléments du traitement et du suivi de leur maladie. Par ailleurs, le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD.

Afim

Agence fédérale d'information mutualiste

Afnor

Association Française de Normalisation

AFP

Agence Française de presse

AFPA

Association nationale pour la formation professionnelle des adultes

AFSSA

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments

Afssaps

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé s'est substituée à l'agence du médicament depuis mars 1999. Elle a pour mission essentielle de garantir l'indépendance et la rigueur scientifique de l'évaluation et des contrôles relatifs à l'ensemble des produits de santé. Son objectif : assurer au meilleur coût, la santé et la sécurité des français, en apportant :

- une expertise du domaine technico-réglementaire (commission d'AMM et commission de transparence) et prise en charge de la pharmacovigilance,
- un conseil scientifique des laboratoires pour le développement de nouvelles molécules,
- un contrôle des bonnes pratiques de fabrication,
- une participation à la définition de la politique européenne du médicament,
- une information sur le médicament.

Depuis juillet 2011 l'Afssaps change de nom et devient l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament)

Afsset

Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail

AG

Assemblée générale

Agata

Attribution et gestion de l'allocation des travailleurs de l'amiante

Agecif

Association nationale pour la Gestion du Congé Individuel de Formation dans les organismes de sécurité sociale

Agefiph

Association nationale de la Gestion des Fonds pour l'Insertion professionnelle des Handicapés

Agepret

Association pour la gestion des préretraités régime général de la sécurité sociale

Agessa

Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs

AGFF

Association pour la Gestion du Fonds de Financement de l'Arcco et de l'Agirc

Aggir

Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources. Système national d'évaluation de la dépendance des personnes âgées.

Agirc

Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres

Agora

Anticiper, gérer, optimiser les ressources pour l'action. Plan de qualification de la G.R.H. Automatisation de la Gestion des Organismes du Régime Agricole. GIE informatique MSA

AGRR

Association Générale des Retraites par Répartition (AG2R)

AIM

Association internationale de la Mutualité

AIP

Avis Individuel sur Prestation

AIS

Acte Infirmier de Soins

AISS

Association Internationale de la Sécurité Sociale

Ajis

Association des journalistes de l'information sociale

AJPP

Allocation Journalière de Présence Parentale. Remplace l'APP le 1er mai 2006.

Alass

Association latine pour l'analyse des systèmes de santé

Alcor

Application des liens entre le CTI et les organismes

ALD

Affection de Longue Durée. Nom donné à des maladies reconnues médicalement comme nécessitant un traitement de longue durée. (article L. 324-1 du Code de la Sécurité Sociale).

ALF

Allocation de Logement à caractère Familial

Aline

Allocation pour l'installation étudiante (supprimée depuis 2008)

Alize

Syndicat des kinésithérapeutes

ALS

Allocation de Logement à caractère Social

Altea

Accès par l'alternance au métier de technicien de l'Assurance maladie

AMC

Assurance maladie complémentaire

AMD

Aide Médicale à Domicile

AME

Aide Médicale de l'Etat

Amexa

Assurance maladie des exploitants agricoles

AMF

Association des Maires de France

AMF

Allocation Mère de Famille

AMG

Aide médicale gratuite

Amice

Association des assureurs mutuels et coopératifs en Europe (fusion de l' AISAM - Association Internationale des Sociétés d' Assurance Mutuelle et de l' ACME - Association des assureurs Coopératifs et Mutualistes Européens)

AMM (Autorisation de Mise sur le Marché)

La mise sur le marché d'un nouveau médicament comporte plusieurs étapes. La 1ère est la procédure d'AMM, au cours de laquelle sont définis le statut du médicament au regard des conditions de délivrance (médicament à prescription obligatoire ou facultative), les indications du médicament et, le cas échéant, les restrictions à la publicité.

La décision d'AMM est prise par le directeur de l'AFSSAPS après avis de la commission d'autorisation de mise sur le marché qui vérifie l'intérêt thérapeutique et l'innocuité du médicament. L'AMM est ainsi soumise au respect des conditions de qualité ou de sécurité, mais aussi d'efficacité.

La procédure d'AMM est commune à l'ensemble des 15 Etats membres de l'Union Européenne. Pour certains médicaments, l'AMM est délivrée de façon centralisée par l'Agence Européenne pour l'Evaluation des Médicaments.

L'AMM est délivrée pour une durée de 5 ans et est ensuite renouvelable par période quinquennale.

AMO

Assurance maladie obligatoire

AMPI

Assurance maladie des professions indépendantes

AMU

Aide Médicale Urgente

Anacam

Association nationale pour l'appareillage des caisses d'Assurance maladie

Anact

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

Anaem

Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations. Devient l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII)

ANAES

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

Anaiss

Application nationale pour l'informatisation des services sociaux

Anap

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux créée par la LFSS 2009

Anasys

Association nationale des praticiens conseils pour la promotion de l'analyse du système de santé. Filiale de la SFSP.

Andac

Association nationale des dirigeants d'agence comptable

Andeva

Association nationale de défense des victimes de l'amiante

ANDUR

Association Nationale des Directeurs d'Urssaf

ANEH

Agence Nationale de l'Efficienc e Hospitalière

ANESM

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Angelique

Application nationale pour guider l'évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements

Ania

Association nationale des industries alimentaires

ANPE

Agence Nationale Pour l'Emploi

ANPM

Association nationale de la presse mutualiste

ANRU

Agence Nationale de Rénovation Urbaine

ANSeS

Agence Nationale en charge de la Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement du travail. Née le 1er juillet 2010 par fusion de l'Afsset et de l'Afssa.

ANSM

Agence nationale de sécurité du médicament (anciennement Afssaps)

ANSP

Agence Nationale des Services à la Personne

Antares

Application nationale du traitement des approvisionnements des réserves et des stocks

ANTASS

Association Nationale des membres des Tribunaux des Affaires de Sécurité Sociale et du contentieux technique

ANVM

Association Nationale Vacances Mutualistes

AP-HP

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Apa

Allocation personnalisée d'autonomie

APE

Médecin Actif à Part Entière : professionnels conventionnés, non installés.

APE

Accord de partenariat économique

APEC

Association pour l'emploi des cadres

API - APP

Allocation de Parent Isolé - Allocation de Présence Parentale

Apipp

Atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique

APL

Aide Personnalisée au Logement

APRE

Aide Personnalisée de Retour à l'Emploi

Apsis

Association pour la protection de la sécurité des informations de la santé

Aramis

Architecture Assurance maladie et intégration de services

ARC

Application de Regroupement Comptable

ARDH

Aide au Retour à Domicile après une Hospitalisation

ARE

Allocation d'aide au Retour à l'Emploi

ARF

Association des Régions de France

Argos

Analyse régionale générale de l'organisation sanitaire

ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation)

Créées par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, précisée par les décrets du 29 novembre 1996 et du 14 février 1997, dans chaque région, les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) sont chargées "de définir et de mettre en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources".

Structures légères, elles sont constituées sous la forme de Groupements d'Intérêt Public (GIP), personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Associant les services de l'Etat et les organismes d'assurance maladie, les ARH sont présidées par un directeur nommé par décret en Conseil des ministres et sont dotées d'une commission exécutive composée à parité de représentants de l'Etat et de représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie.

Si le directeur exerce l'essentiel des pouvoirs transférés (fixation du SROS et de la carte sanitaire, approbation des décisions des établissements et de leur budget), la commission exécutive dispose de pouvoirs propres, limitativement énumérés : délivrance des autorisations de création ou d'installation d'établissements, d'équipements ou d'activités de soins, détermination des orientations présidant à l'allocation des ressources aux établissements de santé, conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé. Les ressources des agences sont constituées des contributions de leurs membres. L'essentiel de leur force de travail est constitué des services mis à disposition de l'agence par les membres du GIP, Etat et caisses. Placées sous la tutelle directe du ministre chargé des Affaires Sociales, les ARH sont soumises aux règles de la comptabilité publique applicables aux établissements publics administratifs et au contrôle juridictionnel de la Cour des Comptes.

Armonia

Association pour la réalisation de la maîtrise d'ouvrage nationale informatique du régime agricole

ArocMut

Association de Représentation des Organismes Conventionnés Mutualistes

Arome

Analyse des encaissements et des restes à recouvrer (Urssaf)

ARPE

Allocation de Remplacement Pour l'Emploi (préretraite contre embauche)

Arpeges

Analyse des ratios et paramètres d'évolution et de gestion des établissements sanitaires

Arrco

Association des régimes de retraite complémentaire

ARS

Agence Régionale de Santé (loi 2009, issues de la fusion ARH, DRASS, GRPS, DDASS, CRAM, URCAM et MRS).

Artemise

Architecture technique et fonctionnelle des moyens informatiques et stratégies de l'entreprise

ARTT

Aménagement de la Réduction du Temps de Travail

Asap

Aide et services à la personne. L'offre de service ASAP est dédiée à la gestion et au suivi des déclarations des employeurs de personnel de maison.

ASE

Aide Sociale à l'Enfance

ASF

Association pour la gestion de la Structure Financière

ASI

Allocation Supplémentaire d'Invalidité

Asip

Agence des systèmes d'information de santé partagés (Asip Santé)

ASMR (Amélioration du Service Médical Rendu)

L'Amélioration du Service Médical Rendu des médicaments pour lesquels un remboursement est sollicité est évaluée par la Commission de la Transparence.

Celle-ci s'appuie sur une comparaison du médicament avec les médicaments existants appartenant à la même classe thérapeutique. Le niveau d'ASMR est un des critères utilisés par le CEPS pour la fixation du prix des médicaments. Les niveaux d'ASMR sont les suivants :

1. Progrès thérapeutique Majeur
2. Amélioration Importante en terme d'efficacité thérapeutique et/ou de réduction des effets indésirables
3. Amélioration Modérée en terme d'efficacité thérapeutique et/ou de réduction des effets indésirables
4. Amélioration Mineure en terme d'efficacité thérapeutique et/ou de réduction des effets indésirables
5. Absence d'amélioration

ASP

Action de Santé Publique (service médical)

Aspa

Allocation de Solidarité aux Personnes Agées. Elle remplace l'allocation minimum vieillesse à compter du 1er janvier 2007.

ASS

Allocation de Solidarité Spécifique

ASS

Action Sanitaire et Sociale

Assurance maladie

L'assurance maladie couvre tout ou partie des dépenses engagées par l'assuré ou ses ayants-droits à l'occasion d'une maladie. Elle verse des prestations en nature et des prestations en espèces :

- les prestations en nature ou soins de santé prennent la forme d'un remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques ou hospitaliers engagés ;
- les prestations en espèces (ou indemnités journalières) compensent partiellement la perte de salaire de l'assuré se trouvant dans l'incapacité de travailler du fait de sa maladie.

L'assuré ouvre droit aux prestations en nature à ses ayants-droits (conjoint, enfants, collatéraux, ascendants, descendants, alliés jusqu'au 3ème degré).

Les comptes de l'assurance maladie sont présentés dans les comptes de la sécurité sociale.

Assurance privée

L'assurance privée intervient, à titre subsidiaire, et de façon marginale, comme assurance complémentaire dans le domaine du remboursement des soins et du financement des arrêts maladie. Elle se trouve sur ce terrain en concurrence avec les mutuelles régies par le Code de la mutualité et les institutions de prévoyance. Régies par le Code des assurances, les sociétés d'assurance peuvent être :

- soit des sociétés anonymes, sociétés de capitaux à caractère commercial ;
- soit des sociétés d'assurances mutuelles, sociétés à but non lucratif dont les instances sont composées de représentants des assurés.

Les sociétés d'assurances sont soumises à la tutelle de la Direction du Trésor et au contrôle de la Commission de contrôle des assurances. En matière d'assurance maladie, les prestations garanties par les assurances complémentaires sont liées aux prestations de la sécurité sociale auxquelles elles s'ajoutent. Depuis la simple prise

en charge du ticket modérateur ou d'une fraction de celui-ci, jusqu'à une prise en charge à 100% des principales dépenses réelles, une gamme étendue est susceptible de s'offrir au choix des assurés. Outre les remboursements de frais, les assureurs complémentaires peuvent également proposer aux assurés des services comme le tiers payant pharmacie ou en matière d'hospitalisation.

Les assurances complémentaires maladie, incapacité de travail et décès s'exercent dans un cadre juridique différent selon qu'elles s'adressent aux salariés dans le cadre de l'entreprise (loi du 31 décembre 1989 et loi du 8 août 1994) ou à des travailleurs non salariés.

Le montant des dépenses des assurances santé privées est présenté dans les comptes de la santé.

Assureur complémentaire

Une mutuelle, une assurance commerciale, une institution de prévoyance proposent des assurances complémentaires santé. Elles prennent en charge le remboursement de tout ou partie de la part des soins non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie (ticket modérateur, forfait journalier à l'hôpital, etc.). Les mutuelles régies par le Code de la Mutualité sont des organismes à but non lucratif. À la différence des compagnies d'assurances régies par le Code des assurances, elles ne peuvent pas recueillir des informations médicales auprès de leurs membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.

ASV

Avantage Social Vieillesse. L'ASV est un système de retraite complémentaire pour les médecins et aussi un avantage conventionnel.

AT/MP

Accidents du Travail et Maladies Professionnelles

Ata

Allocation temporaire d'attente (remplace l'allocation d'insertion)

Ata

Allocation des travailleurs de l'amiante

Atap

Arrêt temporaire des activités professionnelles

Atexa

Assurance accidents des exploitants agricoles

Athos

Architecture technique haute de l'organisation des systèmes

ATI

Allocation Temporaire d'Invalidité

ATIH

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

ATU

Autorisation Temporaire d'Utilisation

Auxiliaires médicaux

Les auxiliaires médicaux comprennent :

- les infirmiers ;
- les masseurs-kinésithérapeutes ;
- les orthophonistes ;
- les orthoptistes ;
- les pédicures.

Ils effectuent les actes de leur compétence, dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin.

Leurs activités sont décrites à l'aide des lettres-clés suivantes :- AMI et AIS pour les actes d'infirmiers ;

- AMK, AMC et AMS pour les actes des masseurs-kinésithérapeutes ;
- AMP pour les actes des pédicures ;
- AMO pour les actes d'orthophonistes ;
- AMY pour les actes des orthoptistes.

En ce qui concerne les auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral, les principales sources de données d'activité sont constituées par les relevés d'activité et relevés d'honoraires effectués par les régimes d'assurance maladie dans le cadre du SNIR.

AVA

Assurance Vieillesse des Artisans

AVC

Accidents vasculaires cérébraux

AVIP

Assurance Volontaire Invalidité Parentale

Avise

Agence de valorisation des initiatives socio-économiques

AVTS

Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés. Plus attribuée mais sert de référence pour le calcul de certaines pensions.

Ayant droit

Personne qui a droit à des prestations du fait de ses liens avec l'assuré cotisant : enfants, conjoint, etc. Dans les mutuelles, les ayants droit sont aussi appelés bénéficiaires ou personnes protégées.

B

BAP

Bénéficiaire Actif Pondéré. Indicateur de gestion budgétaire qui permet d'apprécier le poids théorique que représente chaque organisme dans l'activité nationale.

BAPSA

Budget Annexe des Prestations Sociales Agricoles

BBD

Bilan Bucco-Dentaire

BdM IT

Base des Médicaments et Informations Tarifaires

BDMP

Base de Données de Mesure de la Production

BDO

Base de Donnée Opérante. Ensemble cohérent et non redondant des données d'identification et de gestion nécessaires aux opérations de production des CPAM.

BDSP

Banque de Données de Santé Publique

BEI

Banque européenne d'investissement

BGIR

Budget Global Inter Régime

BGIRAC

Budget Global Inter Régimes - Agence Comptable. Editions comptables en sous-produits de BGIR

Biodisponibilité

La biodisponibilité est la vitesse et l'intensité d'absorption dans l'organisme, à partir d'une forme pharmaceutique, du principe actif ou de fraction thérapeutique destiné à devenir disponible au niveau des sites d'action.

Biosimilaire

Médicament similaire à un médicament biologique de référence dont le brevet est tombé dans le domaine public.

BIT

Bureau International du Travail

Bloc

Syndicat des praticiens libéraux exerçant dans les blocs opératoires (chirurgiens, anesthésistes, gynécologues-obstétriciens)

BMAF

Base Mensuelle de calcul des Allocations Familiales

BNCI

Base Nationale de Contrôle Interne

BOAMP

Bulletin Officiel des Annonces des Marchés Publics

Branche

Le concept de branche auquel fait référence la loi organique du 22 juillet 1996 a évolué avec le temps et reste imprécis.

La loi du 24 décembre 1974 a institué un système de protection sociale commun à tous les Français, dans 3 branches : la branche maladie-maternité, la branche vieillesse et la branche famille.

Pour le seul régime général, la loi du 25 juillet 1994 a consacré sans la définir la notion de branche et imposé une gestion séparée de 4 branches :

- la branche maladie, maternité, invalidité et décès,
- la branche accidents du travail et maladies professionnelles,
- la branche vieillesse et veuvage,
- la branche famille.

La loi organique du 22 juillet 1996 a repris la référence aux branches, réservée jusque-là, au régime général en l'étendant à l'ensemble des régimes, mais sans définir ni énumérer les différentes catégories de dépenses que chacune de ces branches recouvre. Elle a ainsi prévu que la loi de financement de la sécurité sociale de l'année fixe, par branche, les objectifs de dépenses. Par assimilation au régime général, la 1^{ère} loi de financement de la sécurité sociale a retenu 4 branches pour l'ensemble des régimes. L'absence de définition de la notion de branche a conduit à adopter un certain nombre de conventions pour la ventilation des dépenses.

BTP

Bâtiment et Travaux Publics

Budget global

La réforme dite du budget global résulte de deux lois qui concernent, l'une le calcul des recettes (loi du 19 janvier 1983 et décret du 11 août 1983) et l'autre celui des dépenses hospitalières (loi du 3 janvier 1984).

La loi du 19 janvier 1983 a défini la dotation globale comme " la part des dépenses prise en charge par les régimes d'assurance maladie ", laquelle dotation se substitue dans l'élaboration des budgets aux propositions de prix de journée. Cette dotation ne couvre en moyenne que 85 à 90% des budgets hospitaliers : s'y ajoutent les recettes propres des hôpitaux, dites " recettes du groupe 2 " issues de la perception du forfait journalier et du ticket modérateur. Depuis le 1^{er} janvier 1998, la quasi-totalité des établissements de santé publics ou participant au service public hospitalier relève du régime de la dotation globale. Les dispositifs d'encadrement de ce secteur portent à la fois sur les versements de l'assurance maladie et sur les dépenses de fonctionnement de ces

établissements. La dotation globale nationale découlant du vote de l'ONDAM et des choix du gouvernement est traduite en une enveloppe budgétaire, déclinée ensuite par région puis par établissement en budgets hospitaliers, compte tenu de la structure des recettes de ces établissements et de leurs excédents ou déficits antérieurs.

Alors que l'objectif voté par le Parlement porte sur les dépenses prises en charge par l'assurance maladie, lesquelles constituent les recettes allouées aux établissements sous la forme d'une dotation globale de financement, les dotations régionales attribuées aux régions constituent des enveloppes limitatives de dépenses autorisées, lesquelles incluent la part des dépenses de soins restant à la charge des patients, et des autres financeurs. Quatre critères sont utilisés pour le calcul des dotations régionalisées : un indicateur de besoins de soins mesurés par la dépense hospitalière par habitant hospitalisable dans le secteur public, un indicateur de performance moyenne des établissements mesurée par la valeur du point ISA établi à partir du PMSI, un indicateur de flux de patients entre régions et un indicateur exprimant le besoin de santé mesuré par l'indice comparatif de mortalité générale. Le montant de la dotation annuelle de chaque établissement est arrêté par le directeur de l'ARH. Ce dernier fixe le montant des dépenses autorisées de chaque établissement en fonction du montant de la dotation régionale allouée par le niveau national, des priorités sanitaires de la région et des moyens dont dispose l'établissement au regard de l'offre de soins.

BVCI

Brigades de Vérification de la Comptabilité Informatisée

C

CA

Conseil d'administration

CAARUD

Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogue (financé par l'Assurance maladie)

Cabri

Calcul du bilan régional inter-régimes

Cada

Commission d'accès aux documents administratifs

Cades

Caisse d'amortissement de la dette sociale

CAF

Caisse d'allocations familiales

CAMIEG

Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières

CAMSP

Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

Camu

Capacité d'aide médicale urgente

CANAM

Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles

CANCAVA

Caisse autonome nationale de compensation des assurances vieillesse artisanale

CANSSM

Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines

Capi

Contrat d'amélioration des pratiques individuelles

Capital Cible ou Capital Souhaité

Minimum de Solvabilité Requis

Capssa

Caisse de prévoyance des agents de la Sécurité sociale et assimilés

CARCD

Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens Dentistes

Carm

Commission de l'animation du réseau et des moyens. A compétence pour préparer les délibérations du Conseil de la Cnamts portant sur les orientations en matière d'organisation du réseau, de politique immobilière et des budgets de gestion de l'Assurance maladie.

CARMF

Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français

Carpimko

Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinesithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes

Carsaf

Caisse autonome de retraite des sages-femmes françaises

Carsat

Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (remplace la Cram)

CARSFF

Caisse autonome de retraite des sages-femmes françaises

Carte Vitale

Attribuée à tout assuré social de 16 ans et plus, la carte Vitale contient tous les renseignements administratifs nécessaires au remboursement des soins. Cette carte à puce peut être présentée à tout professionnel ou établissement de santé équipé du matériel informatique permettant de la lire.

CAS

Conseil d'Analyse Stratégique Remplace le Commissariat au Plan

CASA

Comité d'Animation du Système d'Agences. Regroupe les directeurs des 13 agences sanitaires.

Casimir

Comptabilité auxiliaire, système intégré de mises à jour et interrogation relationnelle. Application de gestion des créances, des impayés, des indus et des recouvrements.

Casio

Conseil et Assistance sur les Systèmes Informatiques pour les Organismes

CASS

Commission d'Action Sanitaire et Sociale

Castor

Cellule d'appui et de soutien technique aux organismes du réseau

CASU

Commission d'Action Sociale d'Urgence

CAT

Centre d'Aide par le Travail

Cavimac

Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes

CAVP

Caisse d'Assurance Vieillesse des Pharmaciens

CBUMPP

Contrat de Bon Usage des Médicaments et Produits et Prestations

CCA

Commission de Contrôle des Assurances (voir ACP)

CCAM

Classification commune des actes médicaux (liste d'actes codés servant de base à la tarification des professionnels)

CCAMIP

Commission de Contrôle des Assurances, Mutuelles et Institutions de Prévoyance

CCAS

Centre communal d'action sociale

CCI

Chambre de Commerce et d'Industrie

CCIP

Régime spécial d'Assurance maladie de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris

CCMOSS

Commission Consultative des Marchés des Organismes de Sécurité Sociale

CCMSA

Caisse centrale de mutualité sociale agricole

CCNE

Comité Consultatif National d'Ethique

CCNT

Convention Collective Nationale du Travail

CCOMCEN

Comité de Coordination des Oeuvres Mutualistes et Coopératives de l'Education Nationale

CCPL

Commission Conventiennelle Paritaire Locale

CCPN

Commission Conventiennelle Paritaire Nationale

CCPP

Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle

CCSS

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

CCVRP

Caisse nationale de Compensation des cotisations de sécurité sociale des Voyageurs, Représentants et Placiers de commerce à cartes multiples

CDA

Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes handicapées. Assurera les missions dévolues aujourd'hui aux CDES et Cotorep.

CDAG

Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuite

CdAM

Catalogue des actes médicaux

CDAPH

Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Assure les missions dévolues aux CDES et Cotorep depuis 2006.

CDC

Caisse des dépôts et consignations

CDCA

Confédération de Défense des Commerçants et des Artisans

CDCM

Conseil départemental de coordination de la mutualité

CDCPH

Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

CDD - CDI

Contrat à Durée Déterminée ou Indéterminée

CDES

Comité Départemental d'Education pour la Santé (appelé plus souvent Codes)

CDHP

Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques

CDPA

Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme

CDRH

Center for Devices and Radiological Health

CE

Commission Européenne

CE

Comité d'Entreprise

CE

Comité exécutif

CEA

Comité Européen des Assureurs

CEA

Chèque Emploi Associatif

CEAM

Carte Européenne d'Assurance Maladie

CED

Compte Externe de Disponibilités

Cedag

Comité Européen Des Associations d'intérêt Général

CEDEAO

Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest

Cedias

Centre d'études, de documentation, d'information et d'actions sociales

CEE

Communauté Economique Européenne

CEESP

Commission d'Evaluation Economique et de Santé Publique

Ceges

Conseil des entreprises, employeurs et groupement de l'économie sociale

CEGES

Conseil aux entreprises employeurs et groupements de l'Economie sociale

CEIOPS

Comité européen regroupant les institutions de contrôle des entreprises

CEIR

Centre d'Ethique Inter-Régional

CEMAC

Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale

CENTI

Centre National de Traitement de l'Informatique

Centre de loisirs sans hébergement (CLSH)

Le CLSH accueille les enfants en dehors du temps scolaire (le matin, le soir et à l'inter classe de midi) et pendant les petites et grandes vacances scolaires. Quand il ne reçoit que des enfants de moins de six ans, il peut s'appeler centre de loisir maternel. Il assume trois fonctions principales :

- une fonction de garde,
- une fonction de socialisation,
- une fonction de découverte et d'accès aux loisirs.

Les associations qui gèrent ces centres sont souvent affiliées à des fédérations (Cemea, Union française des centres de vacances et de loisirs...).

Ces centres reçoivent une habilitation de la Direction départementale de la jeunesse et des sports. Celle-ci fait l'objet d'un renouvellement annuel.

Les effectifs peuvent varier de 8 à 300 enfants, à raison d'un ""encadrant"" pour huit enfants de moins de sept ans ou pour douze enfants de plus de 7 ans. La moitié des animateurs doit être titulaire du BAFA (Brevet d'aptitude aux fonctions d'animation). Si la capacité d'accueil est supérieure à 50 enfants, un directeur titulaire du BAFD (Brevet d'aptitude aux fonctions de direction) est nécessaire."

CEP-CMAF

Conférence Européenne Permanente des Coopératives, Mutuelles, Associations et Fondations

CEPP

Commission d'Evaluation des Produits et Prestations renommée CNEDiMTS

CEPS

Comité Economique des Produits de Santé

CERC

Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion sociale

Cerfa

Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs

Certi

Centre régional de traitement de l'informatique - branche famille

Certification

Evaluation de la qualité et de la sécurité des soins dispensés par les établissements de santé, les réseaux et centres de soins.

CES

Centre d'Examens de Santé Proposent des services de soins et de prévention dans le cadre d'un bilan de santé gratuit.

CES

Certificat d'études spéciales

CES

Conseil économique et sociale

Cese

Conseil économique, social et environnemental

CESE

Conseil économique social et environnemental

CESE

Comité économique et social européen

CESR

Comité économique et social régional

Cestif

Centre de traitement des caisses de l'est de l'Île-de-France

Cesu

Chèque emploi-service universel

Cetaf

Centre d'étude, d'animation, de formation et de coordination en faveur du logement des populations en mutations économiques et sociale . Association de la loi 1901

Cetaf

Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé

Cetiam

Centre de traitement informatique de l'Assurance maladie

CETIP

Centre de traitements de demandes de remboursement de professionnels de santé et/ou d'établissement de santé pour le compte d'organismes d'assurance maladie complémentaire partenaires de SP SANTE / SANTE PHARMA.

CETPE

Chèque Emploi Très Petites Entreprises. Le TESE le remplace à compter du 19 mai 2009.

CFA

Centre de Formation des Apprentis

CFCI

Contrôle Fiscal des Comptabilités Informatisées

CFE

Caisse des Français à l'Etranger. Sécurité sociale des expatriés.

CGA

Commission de Gestion Administrative

CGCT

Code Général des Collectivités Territoriales

CGES

Conseil Général des Etablissements de Santé

CGI

Code Général des Impôts

CGI

Code général des impôts

CGIL

Comité de Gestion Informatique Locale

CGPME

Confédération Générale des Petites et Moyennes Entreprises

CGSS

Caisse Générale de Sécurité Sociale

Chap

Commission de hiérarchisation des actes et prestations

Chat

Contrôle habilitation applications transactionnelles

CHG

Centre Hospitalier Général

CHMS

Carte d'Habilitation Multi-Services

CHO

Centre Homogène Obligatoire en comptabilité analytique.

CHR

Centre Hospitalier Régional

CHRS

Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale

CHSCT

Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CHSS

Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale

CHT

Communauté Hospitalière de Territoire

CHU

Centre Hospitalier Universitaire

CI

Convergence Infirmière (syndicat)

Cicas

Centre d'information et de coordination d'action sociale (informations sur les retraites complémentaires)

CIDES

Chorum Initiatives pour le développement de l'Economie sociale

CIE

Contrat Initiative Emploi

Cif

Congé individuel de formation

CIFM

Coordination Française des Institutions Membres de l'AISS

CIHS

Conseil de l'Informatique Hospitalière et de Santé

CIL

Correspondant Informatique et Libertés

CILE

Comité Interministériel de Lutte contre l'Exclusion

CIN

Centre Informatique National

CIP

Programme cadre pour l'innovation et la compétitivité

CIPC / CIPS

Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance des Cadres / Salariés

CIPC-R

Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance des Cadres - Retraite

Cira

Centre interministériel de renseignements administratifs

CIRCE

Croisement des Informations Recueillies par Collecte dans les Etablissements. Module dans Argos.

Cire

Cellule Interdépartementale et Régionale d'Epidémiologie

Cires

Centre International de Recherches en Economie de la Santé

Ciriec

Centre international de recherches et d'information sur l'économie publique, sociale et coopérative

CIRIEC

Centre interdisciplinaire de recherche et d'information sur les entreprises collectives

Cirma

Contrat d'insertion RMA

Cirso

Centre informatique du recouvrement du Sud-Ouest

CISAP

Coordination des intervenants dans les services à la personne pour la qualité et le développement

CISS

Collectif inter associatif sur la santé

CITES

Convention sur le commerce international des espèces de faune et de flore sauvages menacées d'extinction

Civis

Contrat d'insertion dans la vie sociale

CJDES

Centre des Jeunes Dirigeants des Entreprises Sociales

CJO (Correction des jours ouvrables)

La méthode adoptée repose sur l'hypothèse que la production mensuelle des CPAM, en moyenne pour la France entière (en termes de dossiers liquidés et donc de remboursements aux assurés) est, toutes choses égales par ailleurs, proportionnelle au nombre de jours ouvrés du mois au calendrier officiel. En effet, les remboursements de l'assurance maladie retraçant l'évolution de la liquidation effectuée par les organismes, et par conséquent, le montant total de ces remboursements varie suivant le temps de travail effectivement consacré à la liquidation des prestations au cours du mois. Ce lien étroit entre les dépenses de soins de santé, la production des agents des CPAM et les particularités du calendrier introduit un effet "jours ouvrés", dont les conséquences sont difficiles à estimer.

La méthode de correction utilisée consiste à diviser la dépense brute du mois par le nombre de jours ouvrés correspondants, puis à multiplier le tout par le nombre mensuel moyen de jours ouvrés sur 20 ans (21,08). La série devient homogène sur toute la période. On peut donc comparer un mois donné avec tout autre mois de n'importe quelle année. Cette méthode de correction ne prend cependant pas en compte un certain nombre d'effets liés aux variations de l'activité des organismes :

- les grèves affectant un organisme
- les variations accidentelles de productivité des agents des organismes et les effets de rattrapage
- le changement des dates de vacances scolaires, la position des fêtes légales...

La correction des jours ouvrés constitue le premier temps du calcul de l'indicateur conjoncturel de laCNAMTS.

CJUE

Cour de Justice de l'Union Européenne Exemple : CJCE - Cour de Justice des Communautés Européennes

Clan

Comité de liaison alimentation et nutrition

Clap

Connaissance locale de l'appareil statistique

CLCA

Complément de Libre Choix d'Activité Élément de la PAJE destiné à indemniser les femmes et les hommes cessant leur activité pour s'occuper de leur enfant âgé entre 0 et 3 ans.

CLCC

Centre de Lutte contre le Cancer

CLEIRPPA

Centre de Liaison, d'Etude, d'Information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Agées

CLEISS

Centre de Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale

Cli

Commission locale d'insertion

Clic

Centres locaux d'information et de coordination (coordination gérontologique au niveau local).

Clim

Centre de liaison inter-mutuelles. Traite les données transmises par les différentes mutuelles dans le cadre des chaînes VAD et SNIR.

CLIN

Comité de lutte contre les infections nosocomiales

Clinique

Les établissements de santé de droit privé se répartissent en deux catégories :

- les établissements participant au service public hospitalier (PSPH) financés par la dotation globale ;
- les établissements non PSPH, à but lucratif ou non lucratif, relevant de financements établis par convention avec une Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

L'activité de ces établissements est concentrée sur la chirurgie et la gynécologie-obstétrique, secteurs où ils constituent une part importante de l'offre totale de soins hospitaliers. A compter du 1er janvier 1997, la totalité des établissements de santé privés à but lucratif et les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour ce régime de financement sont passés dans le régime contractuel de l'hospitalisation privée sous OQN. A compter du 1er janvier 1998, les établissements à but non lucratif ayant opté pour le maintien de la compétence tarifaire de l'Etat sont régis par le régime de financement des établissements sous dotation globale, sans obligation de participation au service public hospitalier mais sous réserve de l'obligation d'une convention avec l'aide sociale (article L715-13 du Code de la Sécurité Sociale).

Cliniques privées

Etablissements de santé privés relevant des d) et e) de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale

Clio

Comptabilité locale informatisée ouverte

Clud

Comité de lutte contre la douleur

CLULF

Comité local unique de lutte contre la fraude

CMCAS

Caisses Mutuelles Complémentaires et d'Actions Sociales

CMD

Contribution de Maintien de Droits

CME

Commission Médicale d'Etablissements

CMF

Code Monétaire et Financier

CMG

Complément de libre choix du Mode de Garde

CMPL

Comité Médical Paritaire Local

CMPN

Comité Médical Paritaire National

CMPP

Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMR

Caisse Mutuelle Régionale d'Assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles

CMS

Conseil des Mutuelles Santé

CMS

Convention sur la conservation des espèces migratrices

CMU (Couverture Maladie Universelle)

Entrée en vigueur le 1er janvier 2000, la Couverture Maladie Universelle (CMU) a été instituée par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 afin de généraliser la protection de base contre le risque maladie et d'assurer une couverture complémentaire aux plus démunis. Elle garantit à toute personne, quelle que soit sa situation, une protection contre le risque maladie par rattachement à un régime obligatoire d'assurance maladie (tout résident en France qui ne bénéficie pas de droits à un régime obligatoire sur la base des critères traditionnels, activité professionnelle ou statut familial, sera affilié au régime général du fait de sa seule résidence sous réserve qu'elle soit stable ou régulière). De plus, elle offre, aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, une couverture complémentaire gratuite permettant la prise en charge, avec dispense d'avance de frais, de dépenses de santé non couvertes par les régimes obligatoires de sécurité sociale : le ticket modérateur sur les honoraires et les prescriptions des professionnels de santé, le forfait journalier hospitalier et des frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux (optique) dans la limite de forfaits fixés par arrêté ministériel.

Environ 3,8 millions de bénéficiaires de l'aide médicale gratuite (AMG) et/ou du RMI en 1999 ont été automatiquement inscrits au 1er janvier 2000 au bénéfice de la CMU. Depuis cette date, sont venus s'ajouter progressivement de nouveaux demandeurs, le seuil de ressources de la CMU étant plus élevé que celui de l'AMG dans de nombreux départements (3600F / mois depuis novembre 2000).

La CNAMTS et la DREES publient régulièrement des études et statistiques sur le nombre de personnes couvertes par la CMU et sur leurs dépenses de santé.

CMU C (Couverture maladie universelle complémentaire)

Complémentaire santé gratuite pour les personnes à faibles revenus. Ce dispositif de solidarité mis en place par l'Etat est financé à partir d'une taxe prélevée sur les contrats des complémentaires santé. Elle complète les remboursements de la Sécurité sociale sans avance de frais et sans reste à charge. En pratique, elle peut être gérée par une mutuelle ou un organisme d'assurance maladie.

CNAarusp

Commission Nationale d'Agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique

Cnac

Commission nationale des agents comptables

CNAF

Caisse nationale d'allocations familiales

CNAMed

Commission Nationale des Accidents Médicaux

CNAMTS

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNATVS

Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés

CNAV

Caisse nationale d'assurance vieillesse

CNAVPL

Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales

CNC

Conseil National de la Comptabilité

CNCC

Compagnie Nationale des Commissaires aux Comptes

CNCC

Compagnie Nationale des Commissaires aux Comptes

CNCDH

Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

CNCI

Comité National de Contrôle Interne

CNCP

Commission Nationale des Certifications Professionnelles

CNCPH

Comité national consultatif des personnes handicapées

CNCRESS

Conseil National des Chambres Régionales de l'Economie Sociale et Solidaire

CNCT

Comité National Contre le Tabagisme

CNCTSS

Commission Nationale du Contentieux de la Tarification Sanitaire et Sociale

CND

Centre National de Diffusion

CND

Commission Nationale des Directeurs

CNDA

Centre National de Dépôt et d'Agrément (logiciels médicaux)

CNDP

Centre National de Documentation Pédagogique

CNE

Contrat Nouvelle Embauche

Cnedi

Centre national d'études et de développements informatiques - branche famille

CNEDIIMTS

Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé

CNEH

Centre National de l'Expertise Hospitalière

CNEI

Centre National d'Etudes Informatiques

CNESMS

Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale

CNF

Centre National de Formation

CNFE

Centre National des Firmes Etrangères Créé au sein de l'Urssaf de Strasbourg.

CNGOF

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNGR

Centre National de Gestion du Réseau (Cnamts)

CNHIM

Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament Association loi 1901.

CNIEG

Caisse Nationale des Industries Electriques et Gazières

CNIL

Commission nationale informatique et liberté

Cnis

Conseil national de l'information statistique

CNIS

Conseil national de l'information statistique

CNITAAT

Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des Accidents du Travail

CNLE

Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale

CNMCCA

Confédération Nationale de la Mutualité, de la Coopération et du Crédit Agricole

CNMSS

Caisse Nationale Militaire de la Sécurité Sociale

CNOM

Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNOP

Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

CNOSF

Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CNOSS

Comité national de l'organisation sanitaire et sociale

CNP

Conseil National de Pilotage

CNPG

Centre National de Personnalisation Graphique

CNPS

Centre National des Professions de Santé

CNQCS

Conseil National de la Qualité et de la Coordination des Soins

CNQD

Centre National de Qualification et de Diffusion (Cnamts)

CNRPA

Comité National des Retraités et Personnes Agées

CNRSS

Comité national des réalisations sanitaires et sociales

CNS

Conférence Nationale de la Santé

CNS

Comité National de Sécurité

CNSA

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CNSD

Confédération Nationale des Syndicats Dentaires

CNSE

Centre National des Soins à l'Etranger

CNSS

Conseil National Stratégique de Santé

CNT

Commission Nationale Technique

CNTS

Conseil National du Travail Social

CNTS

Centre National de Transfusion Sanguine

CNTSS

Cour Nationale de la Tarification Sanitaire et Sociale Juridiction administrative dont le ressort est national.

CNUPS

Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins

Cobail

Collecte auprès des organismes de base des applications informatiques locales

Coct

Conseil d'orientation sur les conditions de travail. Appelé à succéder au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP).

Codage des actes, des médicaments

L'obligation du codage a été instituée par les lois du 31 juillet 1991 pour l'hospitalisation publique et privée et du 4 janvier 1993 pour les soins ambulatoires.

Le décret du 6 mai 1995 a posé les bases juridiques d'une mise en place progressive du codage des actes.

Le codage des médicaments a été organisé par un décret du 13 mai 1997. Le codage doit permettre :

- le contrôle tarifaire : le paiement des prestations est conditionné par une définition médicale des actes remboursables ;
- le suivi et l'évaluation de la pertinence des pratiques individuelles ;
- l'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques à des fins d'amélioration des connaissances ;
- la production de données épidémiologiques à des fins de pilotage du système de santé. L'opération de codage consiste pour un médecin à affecter un code à l'acte effectué sur le patient et pour un professionnel qui exécute une prescription médicale à porter le code correspondant au médicament délivré ou à l'analyse réalisée.

Le codage des actes de biologie et des médicaments est effectif depuis 1997. Les actes de médecine, chirurgie et obstétrique de court séjour sont codés sur la base du CdAM. La généralisation du codage des actes nécessite l'établissement d'un catalogue descriptif fiable et précis, la CCAM.

Codam

Comité des directeurs des caisses nationales des trois régimes

CODAMUPSTS

Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires

Code CIP

Code composé de 7 chiffres permettant d'identifier un médicament (correspond à l'AMM).

Code de la Mutualité

Texte officiel édictant les règles de fonctionnement de tout organisme mutualiste. Seules les sociétés régies par le Code de la Mutualité peuvent se prévaloir du titre de mutuelles, à la différence des compagnies d'assurances, elles-mêmes régies par le Code des assurances.

Codec

Comité départemental d'examen des comptes

Coderpa

Comité départemental des retraités et personnes âgées

CODES

Comité départemental d'éducation pour la santé

Codice

Conseil pour la diffusion de la culture économique

Codir

Comité de direction

COE

Conseil d'Orientation pour l'Emploi

COG

Convention d'objectif et de gestion (conclue entre l'Etat et l'un des organismes de Sécurité sociale).

Cogir

Convention d'objectif et de gestion inter-régimes

Colca

Complément optionnel de libre choix d'activité Nouveau mode de congé parental plus court mais mieux rémunéré.

Com

Contrat d'objectifs et de moyens

CoMÉGAS

Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins

Comex

Comité exécutif des directeurs de l'union des caisses nationales de Sécurité sociale

Comité Economique des Produits de Santé (CEPS)

Le CEPS est un comité interministériel dont l'une des principales missions est de fixer le prix des médicaments et des dispositifs médicaux. Pour mener cette action le Comité peut conclure avec les entreprises ou groupes d'entreprises des conventions portant sur le prix des médicaments et son évolution, sur les remises, sur les engagements des entreprises concernant le bon usage des médicaments et les volumes de vente. La fixation du prix tient compte de l'amélioration du service médical rendu apporté par le médicament, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.

Commission de la Transparence

Cette commission est rattachée à la Haute Autorité de Santé depuis le 1er janvier 2005. Elle a pour mission de fournir un avis sur l'intérêt d'un médicament en le comparant aux médicaments existants (Service médical rendu et Amélioration du service médical rendu). Elle évalue les spécialités pour lesquelles une inscription sur la liste des spécialités remboursables ou un agrément aux collectivités publiques sont demandés. Cette instance scientifique est composée de médecins, pharmaciens, spécialistes en méthodologie et épidémiologie.

Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), instituée par la loi du 4 mars 2002, existe dans chaque hôpital. Elle veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches afin qu'ils puissent exprimer leurs griefs. Cette commission comporte 5 membres : le représentant de l'hôpital, un médiateur médecin, un médiateur non médecin et deux représentants des usagers.

Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation

Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation visent à résoudre les conflits entre usagers et professionnels de santé et permettent d'indemniser les victimes d'accidents médicaux. Elles sont composées de 20 membres représentant notamment les usagers, les professionnels de santé, les établissements de santé, les assureurs et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam).

Compaqh

Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière

Complément de libre choix du mode de garde (PAJE)

La Loi relative à la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE) du 18 décembre 2004 est entrée en vigueur le 1er janvier 2004 pour les enfants nés ou adoptés à partir de cette date ou pour ceux nés prématurément, mais qui auraient dû naître après le 31 décembre 2003. Le dispositif " libre choix du mode de garde " fusionne l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistance maternelle agréée (Afeama) et l'allocation de garde d'enfant à domicile (AGED).

Le complément de libre choix du mode de garde est servi jusqu'aux 6 ans de l'enfant (mois des 6 ans inclus) – à un montant réduit pour un enfant de 3 à 6 ans – si l'un des parents travaille (pour mémoire, seuls les couples bi-actifs peuvent percevoir l'AGED et aucune condition d'activité n'est posée pour le versement de l'Afeama).

Il vise à compenser le coût occasionné par l'emploi d'une assistante maternelle agréée ou d'un employé de maison (prise en charge partielle de la rémunération et totale ou partielle des cotisations afférentes). Afin d'inciter les familles à procéder à une telle démarche, un centre " Pajemploi " a été mis en place pour effectuer le calcul des cotisations et alléger les formalités qui en découlent. Si les parents recourent à un organisme privé ou à une association, le complément prend la forme d'une aide versée par la caisse d'allocations familiales.

Complémentaire santé

Garantie venant compléter les prestations de la Sécurité sociale obligatoire pour le remboursement des frais de santé.

Compte de la santé

Le compte de la santé est un des comptes satellites de la Comptabilité Nationale. Ils s'attachent essentiellement à retracer la production et le financement de la fonction santé. Celle-ci se limite à la prévention et au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Les activités du secteur médico-social ne font pas partie de la fonction santé. Les comptes de la santé privilégient deux grands agrégats :

- la consommation médicale totale (dont la consommation de soins et de biens médicaux) ;
- la dépense courante de santé.

Les comptes de la santé sont élaborés par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique (DREES) au sein du ministère des Affaires Sociales et présentés chaque année par la Commission des comptes de la santé.

Ils reposent sur un système d'évaluation triennal glissant. Chaque année n, on estime un compte provisoire pour l'année n-1, basé sur les informations disponibles, puis un compte semi-définitif de l'année n-2 qui est une révision du compte provisoire de la même année intégrant des données plus complètes, enfin un compte définitif de l'année n-3, révision du compte semi-définitif.

Conseil des mutuelles prévoyance retraite (CMPR)

Le Conseil des mutuelles prévoyance-retraite a pour mission principale de définir la politique stratégique des mutuelles ou unions de prévoyance/retraite et d'être force de proposition auprès des instances fédérales en matière de prévoyance-retraite.

Conseil des services de soins et d'accompagnement mutualistes (CSSAM)

Le Conseil des SSAM représente les unions techniques et les têtes de réseaux, les groupements gestionnaires des SSAM et les groupements utilisateurs de SSAM. Il a pour mission principale de définir la politique stratégique des SSAM, leur mise en réseau, leur développement, et de mettre en cohérence l'offre de services des groupements relevant du Livre III avec les mutuelles santé.

Contact

Convergence, ordonnancement, tarification, contrôle Gestion des échanges de données informatisées avec les tiers et avec les CPAM pour la saisie des prestations en nature.

Contrat éducatif local (CEL)

Le CEL est destiné à favoriser la mise en œuvre des politiques éducatives et s'établit sur la base de deux circulaires de 9 juillet 1998 et du 25 octobre 2000, précisant que l'éducation relève d'une mission partagée. Le CEL concerne 8000 communes. Sur chaque site, on trouve un comité local de pilotage présidé par le maire. Y participent : les représentants locaux des administrations (DRAC, DDJS), les municipalités, les associations, les parents et les jeunes. L'action du CEL s'inscrit dans le recherche d'un meilleur équilibre entre le temps scolaire, périscolaire et extrascolaire. Elle concerne les enfants scolarisés de l'école maternelle au collège. Le CEL est signé pour trois ans renouvelables. Ce contrat précise les activités, leur localisation, les conditions d'utilisation des locaux scolaires, les financements et la mise à disposition des personnels.

Contrat enfance

Signé entre la CAF et la commune, le contrat enfance est un contrat d'objectifs et de cofinancement, de 3 à 5 ans renouvelable.

Dans ce cadre, la CAF augmente sa participation financière (prestation de service) dès lors que la commune augmente son engagement. La CAF couvrira entre 50 à 70% des dépenses ou entre 60 et 70% pour les communes de moins de 5000 habitants.

Cinq étapes caractérisent la démarche :

- état des lieux des équipements et services offerts sur la commune,
- évaluation des besoins,
- élaboration d'un programme de développement pour une période de trois à cinq ans par la commune et ses partenaires,
- bilan annuel des réalisations et des dépenses nouvelles de la commune, bilan global au terme du contrat, pour un renouvellement éventuel ce celui-ci.

Si la mise en place de services classiques reste la priorité, ces contrats permettent également l'émergence de services nouveaux (ludothèque, relais assistantes maternelles, lieux d'accueil parents-enfants..).

Pour plus d'information : contacter le service de l'action sociale de la CAF et notamment son "conseiller technique enfance".

Contrat responsable

Les contrats des complémentaires santé sont dits responsables lorsqu'ils garantissent le respect du parcours de soins coordonnés défini par la loi sur l'assurance maladie. Ils assurent un bon niveau de remboursement complémentaire sur des prestations importantes : consultations en cabinet de ville, médicaments à vignette blanche, biologie et analyses médicales. Les contrats responsables comprennent aussi la prise en charge d'au moins deux prestations de prévention. En revanche, ils ne remboursent pas le forfait de 1 euro et les pénalités financières liés au non respect du parcours de soins.

Conventions avec les professions de santé

Des conventions entre les syndicats représentatifs des médecins à exercice libéral et deux au moins des caisses nationales d'assurance maladie (les conventions médicales) et des conventions de même type signées avec les syndicats représentatifs des autres professions de santé libérales (dentistes, sagesfemmes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, transporteurs sanitaires) règlent les rapports de l'assurance maladie et de ces professions. Elles prévoient également des dispositions qui concernent directement les patients, notamment l'évolution des tarifs. Les actes et prescriptions des professionnels conventionnés sont partiellement remboursés par l'assurance maladie.

Départementales à leur début, les conventions médicales sont nationales depuis 1971. Le système initial résultant de la loi du 3 juillet 1971 a subi plusieurs modifications importantes :

- depuis une loi du 10 juillet 1975, la signature d'une seule organisation syndicale représentative est suffisante ;
- une loi du 23 janvier 1990 a admis la possibilité d'une dualité de conventions conclues séparément pour les généralistes d'une part, les spécialistes d'autre part ;
- la loi du 6 mars 2002 introduit deux niveaux supplémentaires dans le socle conventionnel :
- l'accord-cadre conclu par la CNAMTS, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et le Centre National des Professions de Santé qui détermine les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville ;
- le contrat individuel de santé publique ouvrant droit à une rémunération forfaitaire et comportant des engagements des professionnels relatifs à leur participation soit à des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins, notamment à des réseaux de soins, soit à des actions de prévention.

L'entrée en vigueur des conventions est subordonnée à leur approbation par les pouvoirs publics. Cette approbation, initialement expresse sous la forme d'un arrêté interministériel, est devenue tacite depuis la loi du 29 décembre 1999 (LFSS pour 2000). Les dispositions des conventions sont alors obligatoires pour les professionnels conventionnés.

En l'absence de convention, un règlement conventionnel minimum pris par arrêté s'applique aux médecins conventionnés. Il prévoit des dispositions moins favorables que les conventions sur la prise en charge des avantages sociaux.

Copac

Contrat d'objectifs pluri-annuel concerté

Copernic

Comptabilité pour l'ensemble du réseau national intégrant la centralisation. Nouveau système budgétaire et comptable de la branche Maladie.

Copiir

Comité d'orientation et de pilotage de l'information inter-régimes

Cor

Conseil d'orientation des retraites

Corec

Comité régional d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale

COREM

Complément de retraite mutualiste

Corerpa

Comité Régional des Retraités et Personnes Agées

CoreVIH

Comité de Coordination de la lutte contre l'infection par le VIH

COS

Comité d'Orientation Stratégique

Cosa

Commission pour les simplifications administratives

Cosla

Comité d'orientation pour la simplification du langage administratif

Cotisation

Deux éléments permettent de définir la cotisation :

- elle est affectée au financement d'un régime de sécurité sociale ;
- son versement est la ou l'une des conditions d'ouverture d'une vocation à des prestations (sauf dans le cas des accidents du travail).

Les comptes de la protection sociale distinguent deux types de cotisations sociales :

- Les cotisations sociales effectives comprennent tous les versements que les personnes assurées ou leurs employeurs effectuent à des institutions octroyant des prestations sociales afin d'acquérir et de maintenir le droit à ces prestations. Elles sont partagées entre cotisations à la charge des employeurs, cotisations à la charge des salariés, cotisations à la charge des travailleurs indépendants et cotisations sur prestations.
- Les cotisations fictives mesurent la contribution des employeurs au financement du régime d'assurance sociale qu'ils organisent eux-mêmes pour leurs propres salariés ou ayants-droits.

Si les cotisations constituent l'essentiel des ressources de la sécurité sociale, elles ont vu leur part relative diminuer de 8 points depuis 1995 au profit des impôts et taxes affectés.

Cotisation mutualiste

Somme versée par un adhérent à sa mutuelle pour bénéficier de ses prestations

Cotorep

Commission Technique d'orientation et de reclassement professionnel

Cotsam

Conseil pour la transparence des statistiques de l'Assurance maladie Supprimé et remplacé par l'INDES.

CP

Code norme s'appliquant aux Cliniques Privées et hôpitaux du service public hospitalier

CPAM

Caisse primaire d'assurance maladie

CPCA

Conférence Permanente des Coordinations Associatives

CPCA

Conférence permanente des coordinations associatives

CPE

Congé Parental d'Education

CPG

Contrat Pluriannuel de Gestion

CPLOS

Comité Paritaire du Logement des Organismes Sociaux

CPN

Commission Paritaire Nationale

CPNEFP

Commission Paritaire Nationale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

CPOM

Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

CPP

Comité de Protection des Personnes

CPPAP

Commission Paritaire des Publications et Agences de Presse

CPR

Commission Paritaire Régionale

CPS

Commission Permanente de Sécurité. A pour rôle d'étudier les sécurités à créer ou à renforcer dans les systèmes informatiques nationaux.

CPS

Carte professionnels de santé

CRA

Commission de Recours Amiable

CRAH

Centre Régional d'Archives Historiques Gestion des archives historiques de la Sécurité sociale.

CRAM

Caisse régionale d'assurance maladie

Cramif

Caisse régionale d'Assurance maladie d'Ile de France

CRC

Comité de Réglementation Comptable

CRCI

Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation

CRCM

Comités régionaux de coordination de la Mutualité

CRDP

Centre Régionaux de Documentation Pédagogique

CRDS

Contribution au remboursement de la dette sociale

Crèche collective

La crèche collective (établissement d'accueil régulier) reçoit pendant la journée et de façon régulière des enfants de moins de 3 ans, dont les parents travaillent, à temps plein ou à temps partiel, ou sont en formation ou en recherche d'emploi. La qualification du personnel, le projet d'établissement et l'aménagement des locaux des crèches garantissent la qualité de l'accueil des enfants. Les locaux doivent être aménagés de manière à répondre au mieux aux besoins des enfants, à permettre la mise en œuvre du projet éducatif, tout en satisfaisant aux normes de sécurité et d'hygiène. Chaque unité d'accueil de la crèche (indépendance des espaces d'accueil des enfants et de l'équipe chargée directement des enfants) a une capacité limitée à 60 places. La prise en charge des enfants est assurée par une équipe pluridisciplinaire qui comprend un directeur - puéricultrice, médecin, ou, pour les structures de 40 places au plus, éducateur de jeunes enfants -, un médecin référent, et des professionnels (notamment des éducatrices de jeunes enfants et des auxiliaires de puériculture) chargés directement des soins et de l'éducation des enfants, à raison d'une personne pour cinq enfants qui ne marchent pas ou par huit enfants qui marchent. La gestion peut être assurée par une commune, un centre communal d'action sociale, une association, une CAF, un comité d'entreprise ou un groupement mutualiste.

Crèche familiale

La crèche familiale (ou service d'accueil familial) regroupe des assistantes maternelles, agréées en vertu des dispositions de la loi du 12 juillet 1992, qui accueillent de 1 à 3 enfants à leur domicile, sous la direction d'une puéricultrice, d'un médecin, ou d'un éducateur de jeunes enfants si la capacité d'accueil n'excède pas 40 enfants. La capacité des crèches familiales est limitée à 150 places d'accueil. Les assistantes maternelles font l'objet d'un encadrement et d'un accompagnement professionnels, assurés par une équipe de professionnels qualifiés associant le directeur, un médecin référent, le cas échéant un éducateur de jeunes enfants et un psychologue. Les enfants bénéficient également du suivi de l'équipe et de temps de regroupement collectif favorisant leur socialisation et leur éveil.

Les charges de l'employeur sont déléguées à un service, qui assure une fonction de médiation dans la relation entre

les assistantes maternelles et les parents. Le regroupement des assistantes maternelles en service facilite enfin une souplesse dans l'adaptation aux besoins des familles (réponse dans l'urgence ou à des horaires atypiques, remplacement des assistantes maternelles entre elles.).

Comme en crèche collective ou en halte-garderie, il est tenu compte du niveau des revenus pour le calcul de la participation des familles.

Pour l'essentiel, l'accueil se tient au domicile des assistantes maternelles, auquel s'ajoutent un local commun permettant l'accueil des assistantes maternelles et des parents, une salle de réunion ainsi qu'un espace réservé aux activités d'éveil des enfants.

CREDES

Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé

Credi

Centre de recherche d'études et de développements informatiques

Credoc

Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

CRES

Comité régional d'éducation pour la santé

Cress

Commission régionale des équipements sanitaires et sociaux

CRFPP

Centre Régional de Formation et de Perfectionnement Professionnel

CRGDR

Commission Régionale de Gestion Du Risque

CRIPS

Centre régional d'information et de prévention sur le sida

CRL

Contribution sur les Revenus Locatifs

CROSMS

Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale

Cross

Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale Devient le CROSMS.

CRPCEN

Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires

CRPRP

Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels

CRPS

Comité Régional des Politiques de Santé

CRRMP

Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles

CRS

Conférence Régionale de Santé Elles sont remplacées par les Conseils Régionaux de Santé.

CRSA

Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CRTDS

Centre Régional de Transfert des Données Sociales

CRTS

Centre Régional de Transfusion Sanguine

CRUQPC

Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

CS

Code norme s'appliquant aux Centres de Soins

CS ARS

Conseils de Surveillance des Agences Régionales de Santé

CS ES

Conseil de Surveillance des Etablissements de Santé

CSA

Contribution Solidarité Autonomie

CSAPA

Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie Se substitue aux CSST et aux CCAA.

CSBM

Consommation de Soins et de Biens Médicaux

CSES

Conseil Supérieur de l'Economie Sociale

CSES

Conseil supérieur de l'Économie sociale

CSF

Confédération Syndicale des Familles

CSG

Cotisation sociale généralisée

CSHPF

Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France

CSIS

Conseil Stratégique des Industries de Santé

CSM

Conseil supérieur de la mutualité

CSMF

Confédération des Syndicats Médicaux Français

CSN

Centre de Support National (Cnamts). Sa mission est de développer la qualité et l'homogénéité du service à l'égard de l'ensemble des utilisateurs internes du système d'information de l'Assurance maladie.

CSP

Code de la santé publique

CSPD

Commission Socioprofessionnelle Départementale Application de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes.

CSPN

Commission Socio-Professionnelle Nationale. Application de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes.

CSPPM

Conseil Supérieur des Professions Paramédicales

CSS

Code de la sécurité sociale

CSSI

Comité Stratégique des Systèmes d'Informations (Cnam)

CSSIS

Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé

CSTS

Conseil Supérieur du Travail Social

CT

Conférences de Territoire

CT

Code norme s'appliquant aux centres thermaux

CTGA

Comité Technique de Gestion Administrative

CTGI

Comité Technique de Gestion Informatique. Instance composée de représentants des Directeurs des Cetelic.

CTGR

Comité Technique de Gestion du Risque

CTI

Centre de Traitement Informatique

CTINILS

Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins

CTIP

Centre de Traitement de l'Information du PMSI

CTIP

Centre Technique des Institutions de Prévoyance

CTIR

Centres de Traitement Inter-Régionaux

CTNERHI

Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations

CTOI

Commission des thons de l'océan Indien

CTP

Comité Technique Paritaire

CTR

Comité Technique Régional

CVGS

Cellule de Veille et de Gestion Sanitaire

CVS (Correction des variations saisonnières)

L'indicateur de tendance des dépenses de remboursement de l'assurance maladie du régime général a été construit suivant une méthodologie qui s'inspire du schéma traditionnel de correction des séries temporelles (correction des effets jours ouvrés, désaisonnalisasson et lissage).

La méthodologie adoptée permet d'extraire de l'évolution de la série des dépenses de remboursement une tendance plus représentative de l'évolution réelle des dépenses de soins. Il convient, en effet, de prendre en compte trois phénomènes :

- la variabilité de la série ;
- la déformation structurelle du profil saisonnier au cours du temps ;
- les accidents de la conjoncture.

Le principe de la désaisonnalisasson consiste à estimer des profils saisonniers moyens sur 5 ans, en calculant les coefficients saisonniers de chacun des mois puis en divisant la série corrigée des jours ouvrés par ces coefficients saisonniers moyens estimés.

Le calcul de la correction des variations saisonnières est effectué sur chacune des séries généralement à l'aide de la méthode X11 Arima, en utilisant les paramètres par défaut de SAS© et en prenant uniquement en compte les données des années précédentes (1988 à 1997). Ceci permet d'obtenir les coefficients saisonniers sur les mois déjà écoulés ainsi qu'un an de coefficients saisonniers prévus pour 1998. Ces coefficients saisonniers des séries non agrégées sont donc invariants durant toute l'année en cours.

Les séries CVS sont alors obtenues à partir des coefficients saisonniers précédemment calculés.

D

DA

Dépassement Autorisé

DADS

Déclaration Annuelle de Données Sociales

DADS

Déclaration Annuelle des Données Sociales

DADSU

Déclaration Annuelle des Données Sociales Unifiées

Daf

Dotation annuelle de financement

DAJDP

Direction des Affaires Juridiques et des Droits du Patient Concerne uniquement l'APHP.

Dam

Délégué de l'Assurance maladie

Dardo

Département d'assistance et de recherche pour le développement des organismes

Dares

Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

Darva

Réseau de télétransmission assimilé à un centre de traitement technique qui collecte des informations entre professionnels de santé et/ou établissement de soins, mutuelles d'assurance et régimes d'assurance maladie obligatoire.

Das

Direction de l'action sociale

Dat

Déclaration d'accident du travail

Date de soins

Il s'agit de la date d'exécution des actes médicaux ou paramédicaux ou de délivrance des médicaments. Elle figure sur les dossiers de remboursement : le régime général dispose donc de séries de dépenses en date de soins.

Les séries en date de soins de la CNAMTS sont constituées en utilisant les données disponibles au fil des mois pour reconstituer des mois de soins alors même que ceux-ci ne sont pas complètement connus. La méthode utilisée par la CNAMTS revient à prendre en compte les informations apportées par les 3 mois de remboursements suivant le mois de soins et à considérer qu'au-delà la part résiduelle de la consommation médicale qui reste à rembourser est en moyenne la même que celle des années antérieures. Ces séries une fois constituées peuvent être rapprochées des séries mensuelles classiques de remboursement.

DC

Dénomination Commune S'emploie dans le cadre des prescriptions pharmaceutiques.

DCC

Dossier Communicant en Cancérologie

DCI

Dispositif de Contrôle Interne

DCI (Dénomination Commune Internationale)

La Dénomination Commune Internationale est mise en place. Elle permet d'identifier le principe actif majeur contenu dans un médicament à l'aide d'un langage commun au niveau mondial. L'usage de la DCI facilite la prescription de médicaments générique.

DDAC

Loi portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire

DDASS

Direction départementale de l'action sanitaire et sociale

DDCSPP

Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations remplace la Ddass.

DDJS

Direction départementale de la jeunesse et des sports

DDOEF

Diverses Dispositions d'Ordre Economique ou Financier

DDOS

Diverses Dispositions d'Ordre Social

DDTE

Direction Départementale du Travail et de l'Emploi

DDTEFP

Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

DE

Dépassement Exceptionnel

DE

Dépassement pour Exigence

Densité de professionnels de santé

Nombre de professionnels de santé rapporté à la population d'un territoire.

Dépassement :

Le dépassement correspond à la différence entre l'honoraire du médecin et le tarif de responsabilité sur la base duquel est remboursé l'assuré.

Une telle différence peut résulter :

- De la liberté de fixation des honoraires des médecins en secteur 2 ;
- Du droit à dépassement permanent accordé à certains médecins sur " titres et travaux " ;

- D'un droit à dépassement exceptionnel accordé à tous les médecins du secteur 1, en raison " d'exigences particulières " du malade.

Dépassement d'honoraires

On parle de dépassement d'honoraires lorsqu'un professionnel de santé pratique des prix supérieurs aux tarifs fixés par la Sécurité sociale. Ces dépassements ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale, mais peuvent être pris en charge par une complémentaire santé.

Dépense avec ticket modérateur

Dans le cas du régime complémentaire, la dépense correspond au montant remboursé par le Régime Général au titre du médicament pour lequel l'assuré doit acquitter le paiement du ticket modérateur.

Dépenses de santé :

Les dépenses de santé sont les dépenses effectuées par une collectivité pour maintenir ou améliorer la santé de sa population. Elles se mesurent par deux agrégats définis dans les comptes de la santé : la consommation médicale totale et la dépense courante de santé.

La dépense courante de santé mesure l'effort financier consacré au cours d'une année par l'ensemble des agents. C'est la somme des dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé.

- Elle regroupe :
 - la consommation de soins et de biens médicaux ;
 - les indemnités journalières ;
 - les dépenses de subvention au système de soins (prise en charge des cotisations sociales des médecins du secteur 1 et des autres praticiens conventionnés) ; - les dépenses de prévention (médecine préventive et missions de santé publique à caractère général) ;
 - la recherche médicale et pharmaceutique ;
 - la formation des professions de santé ;
 - les dépenses de gestion générale de la santé.

La dépense nationale de santé est l'agrégat utilisé pour les comparaisons internationales au sein des pays de l'OCDE. Elle est évaluée à partir de la dépense courante de santé en défalquant les indemnités journalières, les dépenses de recherche et de formation médicale et en ajoutant la formation brute de capital fixe du secteur hospitalier public. La dépense nationale de santé est présentée lors des comptes de la santé. La dépense nationale de santé des pays de l'OCDE est intégrée chaque année dans le logiciel ECOSANTE par le CREDES.

Dépenses de soins

Les dépenses de soins et de biens médicaux sont une des composantes de la dépense courante de santé.

Elles se décomposent en :

- soins aux particuliers (soins hospitaliers et en sections médicalisées, soins ambulatoires et transports de malades) ;
- médicaments ;
- autres biens médicaux.

Elles constituent, avec l'aide aux malades (indemnités journalières) et les subventions au système de soins, les dépenses pour les malades.

Les dépenses de soins sont présentées dans les comptes de la santé, ainsi que dans le logiciel ECOSANTE.

Dépenses de ville

Le concept de soins de ville correspond à un des agrégats de l'ONDAM.

Les dépenses de soins de ville, dont le champ est précisé par l'avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion passé entre l'Etat d'une part et la CNAMTS d'autre part, ne retracent pas seulement l'activité des professionnels de santé libéraux exerçant en ville. Elles incluent les remboursements d'honoraires et de prescriptions résultant de l'activité en établissement de santé (public ou privé) des professionnels de santé libéraux. En outre, entrent dans ce champ les remboursements aux assurés des prescriptions faites par des praticiens salariés, quel que soit le lieu d'exercice de ceux-ci, ainsi que les honoraires des professions médicales et paramédicales salariées exerçant en centre de santé.

Le périmètre des soins de ville reflète donc d'abord un mode de financement. Ces soins correspondent en quasi-totalité à des remboursements à l'acte.

Dépenses présentées au remboursement

Les dépenses présentées au remboursement comprennent la totalité des dépenses engagées pour des actes pris en charge par l'assurance maladie. Elles incluent notamment les dépassements d'honoraires du secteur 2, les dépenses de médicaments.

Dépenses remboursables et dépenses remboursées

Les dépenses remboursables correspondent aux dépenses présentées au remboursement du régime obligatoire, soit un nombre d'unités prescrites multiplié par le prix public unitaire. Les dépenses remboursées correspondent aux montants effectivement pris en charge par le régime Obligatoire en fonction des taux de remboursement de chaque médicament (0%, 35%, 65% et 100%) mais aussi de la prise en charge de l'assuré social (ex : affections longue durée - ald-).

Dépenses remboursables ou dépenses reconnues

Les dépenses de santé remboursables ou reconnues sont les dépenses de santé au financement desquelles la sécurité sociale, et notamment le régime général, accepte de participer au moins pour une part. Elles sont constituées des dépenses remboursées et du ticket modérateur payé par l'assuré. Le périmètre d'intervention des assurances complémentaires ou des mutuelles se confond actuellement, pour l'essentiel, avec celui des dépenses reconnues par la sécurité sociale.

Le " déremboursement " d'un médicament ou le refus de son admission sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux le fait sortir du périmètre des dépenses reconnues mais non de celui des dépenses de santé.

Dépenses remboursées

Elles correspondent à la part des dépenses de santé effectivement prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Ainsi pour un médicament remboursé à 65%, le montant de dépenses considéré est égal à 65% du prix du médicament en question. Les 35% restants ne sont pas pris en compte, qu'ils soient pris en charge par une mutuelle ou déboursés par le ménage.

Les dépenses remboursées sont décrites dans les comptes des organismes sociaux.

DES

Diplôme d'études spécialisées

Desmes

Département des établissements sanitaires et médico-sociaux de la DGR

DESS

Diplôme d'Enseignements Supérieurs Spécialisés

Destin

Fichier des destinataires des règlements et d'envois magnétiques autres que les assurés et ne figurant pas dans les fichiers permanents

Dexter

Dispositifs expérimentaux réseaux et filières de soins Projet élaboré pour pouvoir identifier, liquider et suivre les prestations dérogatoires accordées dans le cadre des dispositifs de soins expérimentaux.

DGARS

Directeur générale de l'agence régionale de santé

DGAS

Direction générale de l'action sociale

DGCCRF

Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

DGCS

Direction Générale de la Cohésion Sociale

DGCS

Direction générale de la cohésion sociale

DGESCO

Direction Générale de l'Enseignement Scolaire

DGF

Dotation Globale de Financement (ou Fonctionnement)

DGFIP

Direction générale des finances publiques

DGME

Direction générale de la modernisation de l'état

DGOS

Direction générale de l'offre de soins

DGR

Direction de la gestion du risque

DGS

Direction générale de la santé

DGSCO

Direction générale des affaires scolaires

DHOS

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

Diademe

Dématérialisation et indexation automatique des documents et messages électroniques

Diam

Dispositif informationnel de l'Assurance maladie (national)

Dif

Droit individuel à la formation

DIIESES

Délégation Interministérielle à l'Innovation, à l'Expérimentation Sociale et à l'Economie Sociale

DIM

Département d'information médicale

Directe

Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

Dispense d'avance de frais

Dispositif qui permet à un assuré social d'être dispensé d'avancer des frais de santé qui sont remboursés par la Sécurité sociale. Synonyme : tiers payant.

Dispositifs médicaux (ex-TIPS Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires)

Le TIPS, institué par un arrêté interministériel du 30 décembre 1949, était constitué de l'ensemble des arrêtés qui fixent la liste des fournitures et appareils qui peuvent être pris en charge au titre des prestations sanitaires, leurs spécifications, leur délai normal d'utilisation, les indications médicales auxquelles ils sont soumis et les tarifs de responsabilité applicables à ces fournitures et appareils.

Les fournitures et appareils, pris en charge au titre des prestations sanitaires, dits " dispositifs médicaux à usage du patient " comprennent l'appareillage médical, les matériels pour traitement à domicile, les orthèses et prothèses externes, les dispositifs médicaux implantables, les implants et greffons et les véhicules pour handicapés physiques. La loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000 (articles 33 et 34) a sensiblement modifié le dispositif institutionnel. La réforme adapte aux dispositifs médicaux un dispositif institutionnel proche de celui du médicament. Les phases d'évaluation technique et d'évaluation économique autrefois sous la responsabilité d'une

commission unique sont désormais de la responsabilité de deux organismes distincts : la commission d'évaluation des produits et prestations dont l'AFSSAPS assure le secrétariat pour l'évaluation technique et le Comité économique des produits de santé pour l'évaluation économique.

Les statistiques de la CNAMTS constituent la principale source de données concernant le montant des dépenses du TIPS prises en charge par l'assurance maladie.

DIV

Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain

Diva

Développement d'indicateurs de valorisation de l'activité (Urssaf)

DLA

Dispositifs Locaux d'Accompagnement

DLF

Direction de la législation fiscale du Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie

DMA

Diagnostic médico-administratif- Département de la médecine ambulatoire de la DGR

DMI

Dossier médical informatisé

DMI

Dispositifs Médicaux Implantables

DMOS

Diverses mesures d'ordre social (loi)

DMP (Dossier Médical Personnel)

Chaque assuré social de plus de 16 ans devrait disposer d'un dossier médical personnel (DMP) informatisé et sécurisé. Le médecin pourra consulter et mettre à jour le dossier de son patient via sa carte Vitale. Ce dossier sera rempli à chaque acte médical ou consultation en ville ou à l'hôpital. Il doit permettre une mise en commun des informations, un meilleur suivi des patients et éviter de multiplier les examens.

DNDR

Dotation Nationale de Développement des Réseaux

DNLF

Délégation nationale de la lutte contre la fraude

DNS

Déclaration nominative simplifiée

DP

Délégué du personnel- Dépassement permanent- Dossier pharmaceutique

DPAE

Déclaration préalable à l'embauche

DPC

Développement professionnel continu (concept inscrit dans la loi HPST)

DPSO

Division pilotage stratégique et opérationnel

Drac

Délégué régional des agents comptables

Dragon

Applicatif comptable, documents des résultats annuels globaux pour les organismes locaux et nationaux

DRASS

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DRDR

Dotation régionale de développement des réseaux

DRE

Département des relations extérieurs

DRE AMC

Demande de Remboursement Electronique Assurance Maladie Complémentaire

DREES

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DREES

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRJS

Direction régionale de la jeunesse et des sports

Droit de substitution

Afin d'encourager le développement des médicaments génériques, le droit de substitution a été accordé aux pharmaciens au cours de l'année 99. Ne peuvent donner lieu à substitution par le pharmacien que les médicaments génériques inscrits au Répertoire des génériques de l'AFSSAPS. Le pharmacien peut substituer à la spécialité prescrite, une spécialité du même groupe générique à condition évidemment que le prescripteur n'est pas exclu expressément cette possibilité, en indiquant " non substituable " sur l'ordonnance.

Droits constatés

Le principe des droits constatés pour la comptabilisation des opérations des gestions techniques des organismes de sécurité sociale a été adopté par une lettre du 20 octobre 1994 du ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville et mis en œuvre par un décret du 23 mai 1996 précisé par une circulaire interministérielle du 3 juillet 1996. Les comptes des régimes de sécurité sociale sont donc désormais en droits constatés, depuis 1996 pour le régime général, depuis 1997 pour les autres régimes. Selon cette méthode, les opérations sont enregistrées en comptabilité dès la naissance du droit. En fin d'exercice, les opérations qui ont pris naissance dans l'année mais n'ont pas donné lieu à encaissement ou paiement sont rattachées à l'exercice comptable sous forme de produits à recevoir, de provisions ou de charges à payer. Les opérations des régimes de protection sociale sont enregistrées selon la date du fait générateur pour les prestations et pour le montant dû au titre de l'année en ce qui concerne les cotisations.

Le résultat retrace donc l'ensemble des recettes et des dépenses de l'exercice et elles seules.

Deux notions sont indispensables pour la comptabilisation en droits constatés :

- celle de fait générateur qui détermine l'imputation comptable en lieu et place de l'encaissement ou du versement. Pour la CNAMTS, le fait générateur est l'exécution des soins, la délivrance des médicaments ou le séjour hospitalier.
- celle de rattachement à l'exercice, qui précise l'exercice auquel sera rattachée une opération pour laquelle le fait générateur est intervenu sans qu'elle soit dénouée avant la clôture des comptes. En fin d'année, les organismes doivent évaluer le montant de ces opérations : les opérations connues, pour lesquelles la créance de l'assuré est certaine donneront lieu à la constitution d'une charge à payer ; les opérations inconnues mais pour lesquelles l'intervention du fait générateur est probable donneront lieu à la constitution d'une provision pour prestations à payer évaluée sur une base statistique ; les produits certains mais non encore liquidés feront l'objet d'une écriture en produits à recevoir ; les cotisations à recevoir mais non encore encaissées feront l'objet de provisions pour créances douteuses.

La nécessité de procéder par estimation introduit une marge d'incertitude. Mais s'il est pour partie conventionnel, un résultat en droits constatés donne une image plus fidèle qu'un résultat en encaissements/décaissements. Cette méthode présente donc un certain nombre d'avantages. Elle donne au résultat de l'exercice sa pleine signification, en le rendant indépendant d'événements perturbant le règlement des cotisations et prestations. Elle permet d'harmoniser les méthodes comptables de l'ensemble des régimes, donne un cadre de référence comparable à celui des régimes complémentaires et des mutuelles. Elle favorise enfin la transparence financière entre les différents acteurs de la sécurité sociale en faisant apparaître les créances et les dettes respectives de chacun.

DRSM

Direction régionale service médical de l'Assurance maladie

DRTEFP

Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

DSI

Démarche soins infirmiers

DSS

Direction de la sécurité sociale

DUCS

Déclaration unifiée des cotisations sociales

DUE

Déclaration unique d'embauche

E

EBD

Examen bucco-dentaire qui se substitue au bilan bucco-dentaire au 1er janvier 2007

Economie sociale

L'économie sociale reconnaît le social comme une dimension majeure de l'économie. Les sociétés de personnes qui composent les différentes familles de l'économie sociale regroupent les mutuelles, les associations, les coopératives. Elles respectent les principes suivants: non-redistribution individuelle des bénéfices réalisés, indépendance à l'égard des pouvoirs publics, gestion démocratique.

Ecos

Établissement de courts séjours (tableau de bord de l'activité des cliniques)

EDEN

Encouragement au développement d'entreprises nouvelles

EDI

Échanges de données informatisées

Edifact

Échéance de données informatisées pour l'administration, le commerce et le transport

Edisanté

Association pour le développement et la promotion de messages EDI dans le domaine de la Santé.

Education du patient (ou thérapeutique)

L'organisation mondiale de la santé a insisté sur quatre points de cette éducation dans une recommandation parue en octobre 1998 Education thérapeutique du patient. Programmes d'éducation continue pour les professionnels de la santé dans l'optique de la prévention des maladies chroniques.

1. 1 – Former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie (notion de qualité de vie " malgré " les contraintes du traitement).
2. 2 – L'éducation du patient est processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux (l'information fait partie du traitement).
3. 3 – L'éducation thérapeutique du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement (C'est la notion moderne de prise en charge globale, dans laquelle la sensibilisation consiste aussi à combattre la banalisation des médicaments).
4. 4 – La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants.

Education pour la santé

Processus de pédagogie qui vise à mettre à portée de tous, l'information nécessaire à des choix adaptés à la santé présente et future.

Elle permet à chacun :

- de modifier ses comportements de manière à les rendre plus conformes à ses besoins de santé,
- de rester ou de devenir autonome.

EEE

Espace économique européen

EFC

European foundation centre

Effet de structure

L'effet de structure représente l'influence des modifications de la structure des prescriptions de médicaments.

Il est le résultat de deux effets :

- un effet classe : incidence sur les remboursements de la modification des parts relatives des classes pharmaceutiques prescrites.
- un effet de produits chers : incidence sur les remboursements de l'accroissement de la consommation des produits les plus chers.

EFG

Établissement français des greffes

EFS

Établissement français du sang

EGB

Échantillon généraliste de bénéficiaires (population protégée par l'assurance maladie)

Egos

Etats généraux de l'organisation de la santé

EHESP

École des hautes études en santé publique. Remplace l'ENSP.

EHPAD

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EIC - EIR

Échantillon inter-régimes de cotisants - de retraités

EIG

Événement indésirable grave

ELSM

Échelon local du service médical

EMEA

European Medicines Agency. - On parle de "zone EMEA" pour désigner l'Europe, le Moyen-Orient (Middle East) et l'Afrique

EMS

Expertise médico-sociale

EMSP

Équipe mobile de soins palliatifs

ENC

Etude Nationale des Coûts

Encaissements/décaissements

La comptabilité en encaissements/décaissements recense tous les mouvements de trésorerie qui ont lieu au cours d'un exercice, quels que soient les exercices au cours desquels se sont produites les opérations à l'origine des ces mouvements.

Pour les prestations des régimes d'assurance maladie, les comptes en encaissements/décaissements correspondent aux données en dates de remboursement. Les comptes des régimes de sécurité sociale étaient établis en encaissements/décaissements jusqu'en 1996 pour le régime général et 1997 pour les autres régimes. En revanche, l'ensemble des comptes et agrégats de recettes et dépenses utilisés dans le cadre du suivi de la loi de financement de la sécurité sociale ont été maintenus en comptabilité d'encaissements/décaissements jusqu'à l'année 2001 incluse. Il en a été de même pour l'ONDAM ainsi que l'ensemble des sous-enveloppes de cet objectif.

ENHAD

Enquête nationale sur l'hospitalisation à domicile

Enim

Régime spécial de Sécurité sociale des marins et inscrits maritimes (régime 06)

ENRS

Espace numérique régional de santé

ENSM

Échelon national du service médical

ENSP

Ecole nationale de santé publique

ENSSS (En3s)

École nationale supérieure de Sécurité sociale (ex-CNESSS)

Entente préalable

L'assurance maladie doit donner son accord avant la réalisation de certains soins: appareillages médicaux, séances de kinésithérapie, etc.

Entred

Échantillon national témoin et représentatif des personnes diabétiques

EPARs

European public assessment reports

Epas

Échantillon permanent des assurés sociaux

EPIB-AM

Échantillon permanent inter-régimes de bénéficiaires de l'assurance maladie

Epicea

Études de prévention par informatisation des comptes rendus d'enquêtes d'accidents du travail

EPOC

Observatoire de l'offre et des comportements en complémentaire santé

EPP

Évaluation des Pratiques Professionnelles (obligatoire pour tout médecin depuis la loi du 13 août 2004).

EPPS

Échantillon permanent des professionnels de santé

EPRD

État prévisionnel des recettes et des dépenses

Eprus

Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

EPS

Établissement public de santé

EPSPH

Établissement privé participant au service public hospitalier

EPSR

Équipe de préparation et de suite au reclassement

ER

Code norme s'appliquant aux prescripteurs

Eram

Enveloppe régionale de l'assurance maladie

Erasmus

Extraction, recherches et analyses pour un suivi médico-économique. Système d'information de l'Assurance maladie qui remplace SIAM.

ERM

Enquêteur risque maladie

ES

Economie Sociale

ES

Établissement de santé

Esat

Établissement et service d'aide par le travail - Se substitue au CAT

ESIP

European social insurance platform

Esmic

Établissement et service social et médico-social d'intérêt collectif

ESMS

Établissements et services sociaux et médico-sociaux

Esope

Évolution vers la statistique opérationnelle. Formation des statisticiens.

ESP

Expertise santé publique

Espass

Éducation santé prévention action sanitaire et sociale

Espic

Les anciens hôpitaux privés participant au service public hospitalier sont rebaptisés établissements de santé privés d'intérêt collectif

Esprit

Expertise santé publique et recherche d'information médicalisée transversale

ESPS

Enquête santé protection sociale réalisée par l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Remplace le Credes)

ESS

Economie Sociale et Solidaire

Etablissement à gestion parentale

Crèches et haltes-garderies sont le plus souvent gérées par des communes ou des associations. Dans certains cas, c'est un groupe de parents, constitué en association, qui est à l'initiative de sa création et en assure la gestion. Les parents participent généralement à l'accueil des enfants à raison d'une demi journée par semaine ou par quinzaine, au côté des professionnels habituels. Ces structures ont une taille limitée à 20 places (25 par dérogation).

Etablissement multi-accueil

Les établissements multi-accueil associent différentes formules au sein d'une même structure. Ils permettent une plus grande souplesse d'adaptation à l'évolution des besoins des parents, des enfants, et une meilleure occupation des places. Un établissement multi-accueil peut par exemple proposer un accueil collectif régulier et occasionnel, ou consister en une crèche familiale associée à une halte-garderie ou une mini-crèche. La capacité des établissements multi-accueil associant accueil familial et collectif est limitée à 100 places. Peuvent également être associés à ces établissements des structures passerelles avec l'école maternelle, des lieux d'accueil enfants parents, un accueil périscolaire, des relais assistantes maternelles - services d'information, d'orientation et d'animation pour les familles et les assistantes maternelles employées par des particuliers -, des services de garde à domicile et des lieux d'éveil.

Etebac

Échanges télématiques entre les banques et leurs clients

ETM

Exonération du ticket modérateur

ETP

Éducation thérapeutique du patient- Équivalent temps plein

ETS

Etablissement de soins

Etsad

Évaluation des technologies en santé pour l'aide à la décision

Eurogip

Maillon européen de l'Institut prévention de la Sécurité sociale française. Groupement d'intérêt public créé par la CNAM et l'INRS en 1991

Eurydice

Applicatif de gestion des indemnités en capital et des rentes AT (remplace l'application STAR dans le courant de l'année 2005)

Eva

Évaluation des établissements hospitaliers publics

EVS

Emploi vie scolaire

Exonération du ticket modérateur

Couverture de la totalité des frais de soins par l'assurance maladie dans certaines situations : affections longue durée, interventions chirurgicales, accidents du travail, suivi de la grossesse à partir du 6e mois, etc. Synonyme: prise en charge à 100%.

F

Fac

Fonds des actions conventionnelles. Reprend l'ensemble des ressources et missions liées notamment à la formation continue et à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Le Fac prendrait ainsi le relais du Formmel, de la partie du Faqsv concernant l'EPP, et du Fonds national d'action sanitaire et sociale

FAF

Fonds d'assurance formation

Fag

Forfait annuel global

FAM

Foyer d'accueil médicalisé

Famexa

Fond social de l'assurance maladie des exploitants agricoles

FAO

Organisation des Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture

FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville)

Instauré pour cinq ans par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et le décret du 12 novembre 1999, le Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) a pour vocation de financer toute action participant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, mise en œuvre par les professionnels de santé libéraux.

Quatre thèmes sont privilégiés :

- la promotion de la coordination, entre professionnels libéraux d'une part, entre la médecine de ville et la médecine hospitalière d'autre part ;

- l'amélioration des pratiques professionnelles au travers notamment du développement d'une démarche qualité, de l'élaboration de référentiels communs ;
- le développement du partage des informations par la mise en place des procédures et outils adaptés ;
- le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le promoteur du projet peut être un professionnel de santé exerçant à titre libéral ou un regroupement de ces professionnels.

La gestion du FAQSV est assurée par un comité national de gestion associant l'assurance maladie et les professionnels de santé et chargé du financement des actions nationales et interrégionales. Des comités régionaux placés au sein des URCAM et composés de représentants des caisses d'assurance maladie et des professions de santé libérales sont chargés du financement des actions locales qui représentent 80% des crédits totaux.

FAR

Fichier analyse du risque

FAS

Forfait d'accueil et de suivi

Fasmo

Fond d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé

FAU

Forfait annuel d'urgence

FCAATA

Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

FCATA

Fonds commun des accidents du travail agricole

FCC

Fonds commun de créances

FCP

Fonds commun de placements

FCPI

Fonds commun de placements immobiliers

FCPR

Fonds commun de placements à risques

FCS

Fonds de cohésion sociale

FDA

Food and Drug Administration

FDCH

Fonds départemental de compensation du handicap

FDT

Foyer à double tarification

Fehap

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, à but non lucratif

FEI

Fonds européen d'investissement

Feuille de soins électronique (FSE)

Il s'agit des informations télétransmises grâce à la carte Vitale par le professionnel de santé à votre centre de Sécurité sociale.

FFAAIR

Fédération française des associations et amicales de malades, insuffisants ou handicapés respiratoires

FFIPSA

Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles. Remplace depuis le 1er janvier 2005 le BAPSA (Budget annexe des prestations sociales agricoles)

FFMG

Fédération française des médecins généralistes. Connue sous le nom de MG France.

FFMKR

Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs

FFSA

Fédération Française des Sociétés d'Assurances

FFSAM

Fédération française des sociétés d'assurance mutuelle

FG

Fonds de garantie

FGIE

Fonds de garantie de l'insertion par l'économique

FHF

Fédération Hospitalière de France

FHP

Fédération de l'Hospitalisation Privée

Fiab

Fichier national d'identification des assurés et bénéficiaires (remplace Agnes).

FICP

Fichier des incidents de remboursement des crédits aux particuliers

Fides

Facturation individuelle des établissements de santé

FIIP

Fichier d'information inter-régimes sur les prestations (chaîne Tandem)

Filière

Une filière peut être de santé ou de soins.

Une filière est une description de trajectoires : elle peut être définie a posteriori ou a priori.

Une filière définie a posteriori résulte d'une observation des trajectoires des patients dans le système de soins. Une filière définie a priori résulte soit d'une logique de travail en réseau, soit d'une logique conventionnelle, réglementaire ou tarifaire. Les éléments de caractérisation d'une filière sont : " les lieux de passage ", la quantité d'aide et de soins apportée à chaque niveau, le temps de passage à chaque niveau, les coûts associés. Dans le cadre d'un travail en réseau, la définition d'une filière a priori repose notamment sur l'élaboration de règles communes de pratiques de mécanismes de coordination dont l'observance semble pouvoir garantir une prise en charge optimale.

L'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a introduit la possibilité d'actions expérimentales prenant la forme de filières de soins organisées à partir des médecins généralistes chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins.

Fimho

Fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (disparition programmée)

FINESS

Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

FINPS

Fichier image national professionnel santé, géré par la caisse national d'assurance maladie des travailleurs salariés

FIQCS

Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. Né de la fusion du Faqsv avec la Dotation nationale de développement des réseaux (Dndr), il financera à la fois les réseaux de santé, les maisons médicales de garde, le

déploiement du dossier médical personnel, les actions et les structures mis en place pour lutter contre la désertification médicale dans certaines zones.

Fiva

Fonds indemnisation victimes de l'amiante

FJH

Forfait journalier hospitalier

FMA

Fonds de micro-activités

FMC

Formation médicale continue

FMESPP

Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés

FMF

Fédération des médecins de France

FMI

Fonds monétaire international

Fnal

Fonds national d'aide au logement

Fnars

Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale

FNASS

Fonds national d'action sanitaire et sociale

FNATH

Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés

FNCM

Fonds national du contrôle médical

FNDVA

Fonds national de développement de la vie associative

FNE

Fonds national de l'emploi

Fnehad

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

FNG

Fonds national de garantie

FNGA

Fonds national de gestion administrative

FNI

Fédération nationale des infirmier(e)s

FNMF

Fédération nationale de la Mutualité Française

FNMI

Fédération nationale des mutuelles interprofessionnelles

FNN

Forfait nouveau-né (maternité des établissements de santé privés)

FNO

Fédération nationale des orthophonistes

Fnors

Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

FNPATMP

Fonds national de prévention des AT/MP (Accidents du travail et maladies professionnelles)

FNPEIS

Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire

FNPS

Fichier national des professionnels de santé. RNPS + données ADELI + n° CPS

FNS

Fonds national de solidarité

FNSAM

Fonds national de solidarité et d'action mutualiste

FOAD

Formation ouverte et à distance

FOF

Fédération des orthophonistes de France

Fofam

Fonds de formation des administrateurs mutualistes

Fopim

Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (supprimé, intégration dans la HAS)

Forec

Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité

Forfait de 1 euro

Les patients de plus de 18 ans doivent s'acquitter d'un forfait de 1 euro lors de chaque consultation d'un médecin, acte médical, examen radiologique ou analyse. Les femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'Etat (AME) en sont exonérés. Ce forfait n'est pas pris en charge par les mutuelles. Synonyme : participation forfaitaire de 1 euro.

Forfait de 18 euros

Les patients doivent s'acquitter d'un forfait de 18 euros pour tout acte médical dont le montant est égal ou supérieur à 91 euros, qu'il soit pratiqué en médecine de ville ou à l'hôpital. Ce forfait est pris en charge par les complémentaires santé.

Forfait hospitalier

Somme due par le patient pour toute hospitalisation de plus de 24 heures. Cette somme est censée payer les frais d'hébergement et de restauration et n'est pas prise en charge par l'assurance maladie. Depuis le 1er janvier 2007, ce forfait est de 16 euros par jour à l'hôpital et de 12 euros par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé. Certains patients en sont dispensés: les femmes enceintes hospitalisées en fin de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'Etat (AME), les victimes d'accident du travail, etc.

FORMMEL (Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale)

Créé au sein de la CNAMTS, par l'article 4 de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, le FORMMEL est destiné à financer d'une part l'allocation de remplacement (ADR) servie aux médecins dans le cadre du mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité (MICA) et d'autre part des actions d'accompagnement de l'informatisation des cabinets médicaux. Les ressources de ce fonds ont été constituées, à titre exceptionnel, par une part des économies ou recettes supplémentaires pour l'assurance maladie résultant de l'ordonnance du 24 janvier 1996 et du décret du 30 décembre 1996. A titre pérenne, le produit de la cotisation relative au MICA est affecté au FORMMEL.

FPC

Formation professionnelle conventionnelle (obligatoire pour tout médecin depuis la loi du 13 août 2004).

FPSP

Fonds Paritaire de Sécurisation des Parcours Professionnels

FRE

Fichier régional des établissements

FRI

Fichier régional d'identification

FRR

Fonds réserve retraite

FSA

Frais de salle d'accouchement

FSDL

Fédération des syndicats dentaires libéraux

FSE

Feuille de Soins Electronique (Sesam-Vitale).

FSE

Fonds social européen

FSI

Fonds spécial d'invalidité

FSO

Frais de salle d'opération

FSPF

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France

FSV

Fonds de solidarité vieillesse

Fus

Fonds d'urgence sociale

G**Gain**

Groupe d'animation et d'impulsion national. Réalise des études médicales et administratives ciblées sur l'offre de soins hospitalière

Galaad

Ce logiciel est un outil d'évaluation de l'état d'une population de personnes âgées. Sa version 4 intègre le modèle Aggir dans sa version de 2008

Gamex

Groupement de l'assurance maladie des exploitants agricoles

Gances

Groupe animation nationale des centres d'examens de santé.

Garantie santé

Garantie proposée par un assureur complémentaire prenant en charge le complément ou l'intégralité des prestations non couvertes par la Sécurité sociale. Elle peut donner accès à d'autres prestations ou à des services spécifiques: aide à domicile, consultations de sevrage tabagique, etc. Synonymes: garantie mutualiste, garantie complémentaire santé, complémentaire santé.

GCS

Groupement de Coopération Sanitaire

GCSMS

Groupement de coopération sociale et médico-sociale

GDA

Groupement directement adhérents

GDP

Gestion du personnel

GDR

Gestion des risques

Gediff

Gestion de parc et diffusion. Destiné à remplacer la solution Admisys dans les organismes de l'assurance maladie

GEIE

Groupement Européen d'Intérêt Economique

GEIG

Groupe d'études et d'information sur la grippe

GEMA

Groupement des entreprises mutuelles d'assurances

Gemam

Groupement inter-régimes d'études médicales appliquées à l'assurance maladie et à la protection sociale

Gemme

Génériques Mêmes Médicaments - Association regroupant tous les laboratoires spécialisés en génériques

Généralistes, spécialistes

Les médecins généralistes sont des médecins qualifiés en médecine générale depuis la réforme du 3ème cycle des études médicales. Certains pratiquent des “ modes d'exercice particuliers ” au sein de la CNAMTS. La notion de spécialité est définie par l'arrêté du 1er juin 1994 relatif à la qualification des médecins spécialistes au regard de la législation de la sécurité sociale. Les praticiens concernés sont considérés comme médecins spécialistes “ à la condition qu'ils exercent exclusivement la discipline pour laquelle ils ont été qualifiés ”.

Les spécialistes sont ainsi les médecins qualifiés par l'Ordre National des Médecins dans les différentes disciplines de qualification reconnues et selon le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) obtenu à l'issue de l'Internat pour les nouveaux diplômés (depuis 1988). Les médecins hospitaliers et salariés possédant un Certificat d'Etudes Spéciales (CES) ou titulaires d'un concours hospitalier sont considérés comme des spécialistes.

La principale source d'information concernant leur activité est le SNIR-PS.

Générique

Il s'agit de médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public et qui peuvent être fabriqués par n'importe quel laboratoire et sont commercialisés normalement à un coût inférieur au produit dit “ princeps ” (environ -30% en prix fabricants).

Une définition légale a été introduite dans le Code de la Santé Publique en 1996 (article L.5121-1 CSP) : on entend par spécialité générique d'une autre spécialité “ une spécialité qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec l'autre spécialité a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité ”.

L'AFSSAPS publie régulièrement un répertoire officiel des spécialités génériques. La loi a étendu le droit de substitution du pharmacien d'officine. S'agissant des médicaments figurant sur le répertoire élaboré par l'AFSSAPS, le pharmacien peut désormais substituer un générique au princeps, sauf opposition du prescripteur dûment mentionnée sur l'ordonnance. Les conditions d'application du droit de substitution ont été précisées par le décret n°99-486 du 11 juin 1999. Reconnaître un générique : - Nom de la DCI + un nom de fabricant - Dénomination fantaisie + un suffixe “ Gé ”

Gepso

Groupe national des établissements publics sociaux

Gerico

Gestion des risques et contrôle de suivi

GERs

Groupement par l'élaboration et la réalisation de statistiques

GESDAT

Gestion des Dépenses AT. Projet national de liaison informatisée CPAM/CRAM.

Gestion du risque (GDR)

Pour le mouvement mutualiste, gérer le risque santé, c'est d'abord tout mettre en œuvre pour empêcher la survenue des maladies, accidents ou handicaps. C'est ensuite garantir aux personnes malades, accidentées ou handicapées l'accès à des soins et des prises en charge précoces et de qualité pour éviter l'aggravation de leur problème de santé, favoriser leur guérison quand c'est possible, ou tout le moins en limiter les conséquences. Il n'y a

donc pas de gestion du risque en santé sans anticipation des problèmes, sans responsabilisation de tous et sans actions concertées entre les acteurs qui concernent aussi bien la couverture des besoins de santé que l'organisation des ressources humaines et matérielles pour les satisfaire.

GET

Guide des équivalents thérapeutiques

GHM (Groupe Homogène de Malades)

Dérivée de la classification américaine des Diagnosis Related Groups (DRG), élaborée par l'équipe du Pr Fetter, la classification en Groupes Homogènes de Malades (GHM) repose sur le classement de la totalité des séjours produits dans le champ décrit par le PMSI en un nombre limité de séjours présentant une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de coûts. Elle permet un classement exhaustif et unique : tout séjour aboutit dans l'un des GHM de la classification, selon un algorithme de décision qui se fonde sur les informations médico-administratives contenues dans le RSS (diagnostics et actes classants principalement). Chaque GHM reçoit une valeur relative en points ISA. Le classement des séjours en GHM ou groupage est réalisé de façon automatique par un logiciel situé au département d'information médicale de l'établissement (DIM). La classification des GHM fait l'objet d'actualisations régulières depuis 1986, réalisées par le Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS).

GHMF

Groupe hospitalier de la Mutualité Française

GHS

Groupe Homogène de Séjours

GHT

Groupe homogène de tarif (dans le cadre de la HAD)

GIE

Groupement d'Intérêt Economique

GIE Sesam-Vitale

Groupe d'Intérêt économique Sesam-Vitale (Maître d'œuvre du système Sesam Vitale)

GIE SIPS

Groupement d'intérêt économique - Système d'information sur les produits de santé

GIP

Groupement d'Intérêt Public

GIP-CPS

Groupement d'intérêt public - Carte de professionnel de santé

GIP-DMP

Groupement de préfiguration du dossier médical personnel

GIP-MDS

Groupement d'intérêt public - Modernisation des déclarations sociales

GIP-SPSI

Groupement d'intérêt public santé et protection sociale internationale

Gipsim

Groupement interprofessionnel de promotion des systèmes d'information médico-sociale

GMR

Gestionnaire maîtrise des risques. Nouveau diplôme de technicien à l'usage des personnes travaillant à la maîtrise des risques avec un tronc commun et un spécifique branche

GMSIH

Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier

GNC

Groupement national de la coopération

GPEC

Gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

GPMF

Groupement des personnels du groupe Mutualité Française

GPP

Groupement paritaire de prévoyance

GRAIH

Groupe régional d'animation et d'information hospitalière.

GRCMA

Groupement régional des coopératives mutuelles et associations

GRH

Gestion des ressources humaines

Grog

Groupe régionaux d'observation de la grippe

GRSP

Groupement Régional de Santé Publique

GTAM

Groupement temporaire d'assurance médicale

GTNDO

Groupe technique national de définition des objectifs de santé publique

GVT

Glissement vieillissement technicité

H

HAD

Hospitalisation A Domicile

HAI

Health Action International

Halde

Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité

Halte-garderie

La halte-garderie (ou établissement d'accueil occasionnel) accueille à temps partiel ou de manière occasionnelle des enfants de moins de six ans, principalement des enfants de moins de 3 ans non scolarisés, mais aussi, en dehors du temps scolaire, des enfants scolarisés à l'école maternelle. Pour les premiers, et en particulier les enfants de plus de 18 mois, elle constitue un moyen de leur offrir des temps de rencontre et d'activités avec leurs pairs et d'autres adultes, les préparant à l'entrée à l'école maternelle.

Locaux et personnels obéissent aux mêmes règles que celles applicables aux crèches collectives. Une halte-garderie peut néanmoins être dirigée par un éducateur de jeunes enfants quelle que soit sa taille sans que la présence d'une puéricultrice soit obligatoire au sein du personnel.

Haute Autorité de santé (HAS)

La Haute Autorité de santé est une autorité publique et indépendante, à caractère scientifique, créée par la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004. Elle est chargée, en particulier, d'évaluer l'intérêt médical des médicaments et des prestations de santé, puis de proposer ou non leur remboursement par la Sécurité sociale. La qualité et l'indépendance de l'information médicale, fournie aux professionnels de santé comme au grand public, font partie de ses compétences. Les missions de la HAS comportent également l'amélioration de la qualité de soins en médecine libérale et hospitalière, à travers notamment la certification des établissements de santé.

HC

Hospitalisation Complète

HCAAM

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HCCI

Haut conseil de la coopération internationale

HCCOSS

Haut conseil de la comptabilité des organismes de Sécurité sociale

HCICOSS

Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de Sécurité sociale

HCLPP

Haut comité au logement des personnes défavorisées

HCMSS

Haut comité médical de la Sécurité sociale

HCPF

Haut conseil de la population et de la famille

HCSP

Haut Comité de la Santé Publique

Hermes

Harmonisation des échanges sur réseau de messageries - Messagerie nationale de l'assurance maladie

HIPPOCRATE

Système d'information remplaçant Médicis au Service médical. Il a pour finalité de constituer une base médico-administrative dans le but de développer l'activité de santé publique. Il a également pour finalité de transmettre aux CPAM les avis individuels sur prestation données par les médecins-conseils.

HJ

Hospitalisation de Jour (médecine)

Hôpital

Régis par la loi du 31 juillet 1991, les hôpitaux sont des établissements publics de santé communaux, intercommunaux, départementaux ou nationaux. Placés sous la tutelle de l'Etat, leurs personnels sont des salariés relevant de la fonction publique hospitalière. Ils sont administrés par un conseil d'administration comprenant le maire de la commune où ils sont situés. Leur directeur est nommé par le ministre en charge de la Santé. Les hôpitaux sont financés par une dotation globale. Ils sont classés en centres hospitaliers régionaux et universitaires (qui ajoutent à leur fonction de soins des missions de recherche et d'enseignement), centres hospitaliers, hôpitaux locaux et centres hospitaliers spécialisés.

Hôpitaux du service public

Etablissements publics de santé (hôpitaux publics) et établissements de santé privés à but non lucratifs (dont les PSPH) relevant des a) b) et c) de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Hors parcours de soins

Une personne est hors parcours de soins lorsqu'elle consulte un médecin, généraliste ou spécialiste, sans passer par son médecin traitant ou lorsqu'elle n'a pas déclaré de médecin traitant auprès de sa caisse d'assurance maladie

obligatoire. Ses remboursements peuvent être diminués. Dans certaines situations, la consultation hors parcours de soins est possible: urgences, déplacements, etc.

HPST

Hôpital patients santé et territoires (Loi)

HTP

Hors Tiers-Payant

I

Icalin

Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales

Icare

Indice de Complexité des Actes Recueillis dans les Établissements. Module dans ARGOS. Application chargée de la gestion des recours contre tiers

ICATB

Indice composite de bon usage des antibiotiques

ICCAT

Commission internationale pour la conservation des thonidés de l'Atlantique

ICD

Instances de concertation départementales

ICMIF

Fédération internationale des coopératives et des mutuelles d'assurance : International Cooperative and Mutual Insurance Federation.

ICR

Indice des Coûts Relatifs

IDDRI

Institut du développement durable et des relations internationales

IDE

Infirmier diplômé d'État

IDMIN

Mission "Information, Développement de la Médiation sur les Infections Nosocomiales" confiée à la Haute autorité de santé

IDS

Institut des données de santé

IF

Code norme s'appliquant aux infirmiers

IFA

Imposition forfaitaire annuelle

IFRS

International Financial Reporting Standard (normes)

Ifsi

Institut de formation des soins infirmiers

Igas

Inspection générale des affaires sociales

Igen

Inspection générale de l'éducation nationale

IGF

Inspection générale des finances

IHEPS

Institut des hautes études de protection sociale

IJ

Indemnité Journalière

Image

Informatisation de l'archivage par la gestion électronique

IME, IMP, IMPRO

Institut médico-éducatif, Institut médico-pédagogique, Institut médicoprofessionnel

IMF

Institutions de Micro-Financement

IMF

Instituts de micro-finance

Impact

Investissement métier pour l'accompagnement des changements technologiques

IN

Infections Nosocomiales.

INCa

Institut national du cancer

Indes

Institut des données de santé

Ined

Institut national d'études démographiques

Infomed

INFORMations MEDicales : application permettant le recueil des informations des différentes missions du service médical

INPES

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INPH

Intersyndical national des praticiens hospitaliers

Inra

Institut national de la recherche agronomique

INRS

Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

Insee

Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM

Institut national de la santé et de la recherche médicale

Institutions de prévoyance

Personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif, administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants, c'est-à-dire les entreprises et les salariés. Les institutions de prévoyance ont pour objet de :

- contracter envers leurs participants des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, de s'engager à verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants ou de faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation et de contracter à cet effet des engagements déterminés ;
- couvrir les risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie ;
- couvrir le risque chômage.

Elles peuvent également mettre en oeuvre une action sociale au profit de leurs participants, mais celle-ci doit être gérée par des personnes morales distinctes de l'institution.

Les ressources principales des institutions de prévoyance sont des cotisations sociales contractuelles versées par les salariés et leurs employeurs. Elles servent des prestations d'assurances sociales s'ajoutant à celles versées par les régimes des administrations de sécurité sociales (notamment poule risque maladie).

Les institutions de prévoyance sont constituées sur la base d'une convention ou d'un accord collectif ou d'un projet proposé par le chef d'entreprise et ratifié à la majorité des intéressés ou par accord entre des membres participants et adhérents réunis en assemblée générale. Elles ne peuvent commencer leurs opérations qu'après avoir obtenu un agrément délivré par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Les institutions de prévoyance prenant des engagements ou couvrant des risques de même nature peuvent constituer des unions dont l'objet est de mutualiser les engagements ou de couvrir des risques déterminés.

Un fonds paritaire de garantie auquel les institutions de prévoyance et leurs unions adhèrent afin de préserver les droits à prestations de leurs membres, a été créé par l'ordonnance du 19 avril 2001 relative au code de la mutualité.

Les institutions de prévoyance sont soumises au contrôle de la commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance.

INTS

Institut national de transfusion sanguine

INVS

Institut National de Veille Sanitaire

IP

Institut de prévoyance

Ipas

Référentiel des personnes physiques des professionnels et acteurs de santé

Irac

Indemnité de responsabilité des agents comptables

Ircantec

Institut de retraite des agents non titulaires de l'État et des collectivités

IRD

Institut de recherche pour le développement

Irdes

Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Remplace le Credes

Ires

Institut de recherches économiques et sociales

IRG

Infos régime général

Iris

Interface réseau information service. Projet national fédérateur de sous-projets informatiques tels que :
tarification/ordonnancement/contrôle

IRIS.I.R.

IRIS Inter Régimes. Stratégie inter-régimes de mise en oeuvre d'échanges de données informatisées entre l'assurance maladie et les professionnels de santé

IRM, IRMIN

Imagerie par résonance magnétique (nucléaire)

IRSN

Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire

ISA (Indice Synthétique d'Activité)

Il s'agit de l'unité d'oeuvre composite permettant de mesurer l'activité des unités de soins de courte durée médecine – chirurgie – obstétrique des établissements hospitaliers. En fonction du nombre de points ISA attribués à un GHM, celui-ci se positionne sur l'échelle nationale des coûts par rapport au GHM 540 (accouchement par voie basse sans complication) doté arbitrairement de 1000 points ISA.

ISBL

Institutions Sans But Lucratif

ISBLSM

Institution sans but lucratif au service des ménages

ISF

Impôt de Solidarité sur la Fortune

Isis

Inventaire simplifiée des installations sanitaires. Module dans ARGOS

ISU

Interlocuteur social unique

Itep

Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

IUP

Institut Universitaire Professionnalisé

IVG

Interruption volontaire de grossesse

J

Jam

Journées de l'assurance maladie

JO

Journal officiel

L

LABM

Laboratoire d'analyse et de biologie médicale

Lad

Lecture automatique des documents

Lat

Limitations ou arrêt de traitement

Latrogénique

Se dit d'un trouble, d'une maladie, d'une complication provoqués par le médecin ou ses thérapeutiques.

LB

Code norme s'appliquant aux laboratoires

LEEM

Les entreprises du médicament (anciennement Snip)

LESISS

Les entreprises des systèmes d'information sanitaires et sociaux

Lettre-clé

La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

La valeur d'un acte inscrit à la NGAP est déterminée par celle de la lettre-clé ou par le produit de la valeur de la lettre-clé et d'un coefficient prenant en compte la technicité ou les ressources mobilisées pour réaliser cet acte. La valeur ainsi calculée est la base du remboursement par l'assurance maladie.

Les lettres-clés varient selon le type de l'acte et la qualité de celui qui l'exécute (C, Cs, K, Kc, Z ...).

Elles concernent l'activité libérale des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, biologistes et auxiliaires médicaux.

La valeur de la lettre-clé est fixée dans le cadre des négociations conventionnelles entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats de praticiens ou d'auxiliaires médicaux.

LFR

Loi de finances rectificative

LFSS

Loi de financement de la Sécurité sociale (détermine les conditions nécessaires à l'équilibre financier de la Sécurité sociale).

LHSS

Lits halte soins santé. Établissements médico-sociaux destinés à l'accueil temporaire des personnes en situation de précarité.

Libéral

Professionnel de santé dont l'activité est rémunérée à l'acte.

Lieu d'accueil parents-enfants (LAEP)

Les lieux d'accueil enfants-parents (LAEP) offrent un espace de parole, de rencontre et d'échanges dans une perspective de prévention des troubles de la relation enfants-parents, en dehors de toute visée thérapeutique.

Au-delà de leur diversité, ces lieux ont pour objectifs :

- de conforter la relation parents-enfants, d'ouvrir cette relation au lien social et préparer l'autonomie de l'enfant ;
- de rompre l'isolement social ;
- de prévenir les situations de négligence et de violence.

La participation d'un parent ou d'un adulte responsable de l'enfant pendant toute la durée de l'accueil, la libre fréquentation, l'anonymat et la confidentialité sur ce qui se dit et se passe dans ces lieux, font partie des principes de base de leur fonctionnement. Depuis le 1er janvier 1996, une prestation de service est versée aux LAEP ayant passé convention avec la CAF, notamment sur la base d'un projet et d'un personnel qualifié et supervisé. Le service de protection maternelle et infantile est informé du projet et en cas d'avis défavorable, la CAF peut refuser le bénéfice de la prestation de service.

Lieux et actions "passerelles" avec l'école

Les actions passerelles répondent aux besoins des enfants de deux ou trois ans qui ne sont pas accueillis à l'école maternelle. Elles permettent aussi de faciliter la transition entre la famille et l'école. Ces actions, toutes différentes, peuvent prendre trois formes : - la création de lieux spécifiques ; - la création de "classes passerelles" au sein même de l'école sous la responsabilité d'un instituteur, en collaboration avec un professionnel de la petite enfance (EJE...), et avec des modalités de fonctionnement spécifiques : petits groupes, activités et temps avec les parents...- une coopération continue entre des crèches ou des haltes-garderies et des écoles, formalisée dans les projets de chacun des établissements.

Lingot

Logiciel intégré national de gestion optimale de trésorerie

Lir

Laboratoires internationaux de recherche

Livre I

Chapitre du code de la mutualité, relatif aux règles générales applicables aux unions, fédérations et mutuelles

Livre II

Mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité et pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation

Livre III

Mutuelles relevant du livre III du code de la mutualité et pratiquant la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales

LMA

Liaison médico-administrative

LMDE

La mutuelle des étudiants - Ancienne MNEF

LME

Loi de modernisation de l'économie

LO-LFSS

Loi organique réformant les lois de financement de la Sécurité sociale

LPPR

Liste des prestations et des produits remboursables (ex TIPS)

LPS

Libre Prestation de Services

Ludothèque

La ludothèque est un lieu de rencontre, d'animation et de prêt autour du thème du jeu. Les enfants âgés de 2 à 4 ans doivent être accompagnés d'un proche. A partir de 4 ans, ils sont encadrés par des animateurs. Le fonctionnement et la participation financière des parents varient d'une structure à l'autre.

M

Magic

Modèle automatisé de gestion institutionnelle comptable (outil de gestion intégré comptable d'une Caf)

MAINH

Mission d'Appui à l'Investissement National Hospitalier

Maison des usagers

La maison des usagers est un espace d'accueil, d'échanges, d'écoute, d'expression et d'information pour les usagers des établissements de santé et des mouvements associatifs.

Managed care

Technique de gestion du risque consistant à mettre en place des procédures, des institutions de gestion et d'évaluation des soins, ainsi que des mécanismes incitatifs pour les PS et les assurés, sous l'égide d'organismes privés de financement, pour promouvoir l'efficacité et l'efficience du système de soins.

Mapad

Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes

Mas

Maison d'accueil spécialisée

Masp

Mesure d'accompagnement social personnalisée

MCO

Médecine chirurgie obstétrique

MDA

Majoration de durée d'assurance

MDPH

Maison départementale des personnes handicapées

MDR

Maîtrise des risques

ME

Mutuelle Européenne

MEAH

Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier

Mecss

Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale

Médecin conventionné de secteur 1

Médecin qui respecte les tarifs fixés par les pouvoirs publics. On parle de tarif de convention. Il s'élève à 22 euros pour un médecin généraliste depuis le 1er juillet 2007.

Médecin conventionné de secteur 2 ou "honoraires libres"

Médecin qui fixe librement ses honoraires en dépassant les tarifs de la Sécurité sociale.

Médecin correspondant

Le médecin traitant peut orienter un patient vers un médecin correspondant, soit pour avis, soit pour des examens complémentaires, soit pour un suivi régulier. Le plus souvent, le médecin correspondant est un spécialiste: cardiologue, dermatologue, radiologue, etc.

Médecin de secteur 1

Le médecin respecte le tarif de référence de la Sécurité sociale appelé tarif conventionnel ou tarif opposable (seuls les dépassements exceptionnels et les dépassements autorisés peuvent être facturés).

Médecin de secteur 2

Le médecin fixe ses tarifs à un niveau qui peut être supérieur au tarif conventionnel.

Médecin traitant

Médecin que chaque assuré social, à partir de 16 ans, choisit et déclare à la Sécurité sociale. Généraliste ou spécialiste, exerçant en ville ou à l'hôpital, le médecin traitant joue un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins.

Médecine ambulatoire

L'évolution des techniques et des traitements conduit à réduire de plus en plus les hospitalisations "classiques", en nombre et en durée. La prise en charge ambulatoire d'un malade préserve son autonomie, en le maintenant le plus possible à son domicile. Le patient continue à vivre chez lui tout en se rendant régulièrement dans un établissement de soins où il voit un médecin en consultation, subit une exploration ou un traitement.

Médecine de ville

Désigne l'ensemble des professionnels de santé libéraux qui exercent en dehors de l'hôpital. Synonyme : médecine libérale.

Medef

Mouvement des entreprises de France (syndicat patronal)

MEDI@M

Site portail de l'Intranet de l'assurance maladie sur Ramage

MEDIC'AM

Médicaments remboursés par le régime général d'assurance maladie (étude CNAM)

Médicament

La définition européenne du médicament est précisée dans la directive 65/65/CEE du 26 janvier 1965. Une transposition de ce texte en droit national a été effectuée par l'ordonnance du 23 septembre 1967, modifiée le 31 décembre 1971 et le 10 juillet 1975 et insérée dans le Code de la Santé Publique (article L.5111-1). Il s'agit de " toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques ".

MEDICSAD

MEDicalisation de Soins A Domicile (application destinée à la répartition des charges entre les différents régimes)

Medisoc

Base de données l'Ucanss sur les médicaments

Mep

Modes d'exercice particulier pratiqués par quelques médecins généralistes (acupuncture, homéopathie, allergologie)

Merri

Missions d'enseignement de recherche, de recours et d'innovation

Metap

Mission d'expérimentation de la tarification à la pathologie

MFL

Mission Fédérale Locale

MFP

Mutualité fonction publique

MFPF

Mouvement français pour le planning familial

MG

Mutuelle des personnels de La Poste, de France Télécom et à présent de l'ensemble des métiers de la communication

MG-France

Syndicat des médecins généralistes

MGEN

Mutuelle Générale de l'Education Nationale

MGP

Mutuelle Générale de la Police

MICA

Mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité

Midam

Moyen informationnel de l'assurance maladie

MIESES

Mission à l'Innovation, à l'Expérimentation Sociale et à l'Economie Sociale

MIGAC

Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

MILDT

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies

Minimum de fonds propres

Exigence de capital minimal (terme Solvabilité II)

Minoce

Migration technique des normes d'échanges de la CNAMTS en Edifact

Mircoss

Mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de Sécurité sociale

Miriam

Migration intégration et rénovation de l'informatique de l'assurance maladie

Miss

Mission pour l'informatisation du système de santé

MK

Code norme s'appliquant aux masseurs kinésithérapeutes

MMEDS

Maîtrise Médicalisée de l'Évolution des Dépenses de Santé

MNH

Mutuelle nationale des hospitaliers et des professions de santé.

MNT

Mutuelle Nationale Territoriale

Modules SSV

Modules Services Sesam Vitale

MP

Maladie Professionnelle

MREIC

Mission des Relations Européennes, Internationales et de la coopération. Au sein de la Cnamts, cette structure dédiée à l'International existe auprès du directeur général.

MRIS

Maladies rares info service.

MRS

Mission Régionale de Santé.

MS

Marge de solvabilité

MSA

Mutualité Sociale Agricole

MSP

Mission de service public / Maison de santé pluridisciplinaire

MST

Maladie Sexuellement Transmissible

Mutualité

Ce terme désigne l'ensemble des mutuelles et des organismes mutualistes régis par le Code de la Mutualité. Les mutuelles proposent des prestations de protection sociale en cas de maladie, arrêt de travail, etc. La quasi-totalité adhère à la Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF). On parle de mutualisme pour définir la philosophie et les valeurs de solidarité défendues par ce mouvement.

Mutuelle

Selon l'article L111-1 du Code de la mutualité, les mutuelles sont " des groupements à but non lucratif qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide ".

Régies par le Code de la Mutualité, elles interviennent dans le champ de la protection sociale, principalement pour assurer une couverture sociale complémentaire à l'assurance maladie des organismes de sécurité sociale. Au-delà du caractère non lucratif, la mutualité est caractérisée par le principe du vote des décisions essentielles par l'assemblée générale des sociétaires qui ont la double qualité d'assureurs et d'assurés.

L'adhésion aux groupes mutualistes est facultative. Leurs membres acquittent des cotisations qui ouvrent droit à des prestations, ainsi qu'à l'accès à différents services créés et gérés dans le cadre de l'action sociale des mutuelles.

Les mutuelles peuvent constituer entre elles des unions, elles-mêmes susceptibles de se regrouper en fédérations. Ces regroupements gèrent des réalisations sociales communes aux mutuelles adhérentes et leur proposent des services de réassurance.

Les groupements mutualistes versent également des rentes ou des capitaux correspondant aux risques accident, invalidité, vie-décès et vieillesse. Ce type de prestations ne peut être versé que par l'intermédiaire d'une caisse autonome mutualiste.

Le Code de la mutualité a été réformé à deux reprises :

- par la loi du 25 juillet 1985 qui a notamment introduit dans la gestion des mutuelles des règles prudentielles financières ;
- par l'ordonnance du 19 avril 2001 suite aux exigences communautaires qui assimilent les mutuelles aux entreprises d'assurances (séparation des risques " vie " et " non-vie " en vertu du principe de séparation des risques et exclusion de toute autre activité économique ou commerciale en vertu du principe de spécialité).

Les mutuelles sont constituées pour près de la moitié de mutuelles à recrutement général et de mutuelles dites " d'autre nature " (mutuelles réassurées ou transférant la gestion de leurs prestations à une union), pour un tiers de

mutuelles d'entreprises et de mutuelles professionnelles, enfin de mutuelles d'accidents scolaires ou sportifs et de mutuelles de fonctionnaires.

Les mutuelles sont soumises à la tutelle de la direction de la sécurité sociale et au contrôle de la commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance. Le montant des dépenses des mutuelles est présenté dans les comptes de la santé.

Mutuelle petite enfance

La mutuelle petite enfance est une mutuelle qui exerce des activités relevant du livre 3 du Code de la Mutualité. Elle est dédiée à une activité petite enfance.

Plusieurs mutuelles petite enfance gèrent des relais assistantes maternelles.

Une mutuelle gérant un relais assistantes maternelles est issue de la volonté de parents et d'assistantes maternelles de s'organiser en vue de proposer un accueil familial d'enfants de 0 à 6 ans, de qualité, souple et répondant aux besoins des parents.

Le mode de gestion est fondé sur la co-responsabilité des parents employeurs, des assistantes maternelles adhérant à la mutuelle et des représentants des financeurs membres du Conseil d'administration; mais également sur la solidarité et la qualité (projet éducatif élaboré en commun).

Les avantages sont multiples :

- pour les parents, une redistribution financière en fonction des revenus des parents sous forme d'allocation différentielle que seule une mutuelle est habilitée à opérer, mais aussi un mode de garde personnalisé et un lieu de rencontre;
- pour les enfants, une stabilité de l'accueil;
- pour les assistantes maternelles, un pouvoir de décision à parité avec les parents au sein de la mutuelle, un lieu d'échange, le bénéfice d'une formation initiale et continue, et la garantie d'un salaire.

De telles organisations permettent de jouer un rôle fédérateur dans le cadre de la politique petite enfance menée localement.

N

NABM

Nomenclature des Actes de Biologie Médicale

NACRE

Nouvel accompagnement à la création et la reprise d'entreprise

NF Service

Marque de certification de service

NGAP :

Nomenclature générale des actes professionnels

Nir

Numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques. Délivré par l'Insee et servant d'identifiant à la carte Vitale (numéro de Sécurité sociale)

NOE

Réseau de la Mutualité Française, assimilé à un centre de traitement technique, qui permet de collecter des informations entre professionnels de santé et/ou établissement de soins et mutuelles

Noemie

Norme ouverte d'échange entre le régime d'assurance maladie et les intervenants extérieurs.

Nomenclatures (NGAP, CdAM, CCAM)

Le remboursement des honoraires et frais accessoires des actes dus aux praticiens et auxiliaires médicaux a conduit à établir des nomenclatures des actes professionnels admis à ce remboursement.

Il existe actuellement deux nomenclatures : la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et le Catalogue des Actes Médicaux (CdAM). Elles doivent être remplacées par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

La NGAP est une nomenclature à visée tarifaire qui détermine le tarif de remboursement des actes effectués par les praticiens et les auxiliaires médicaux exerçant en secteur libéral. Datant pour l'essentiel d'un arrêté du 27 mars 1972, elle répertorie les actes professionnels que peuvent avoir à effectuer, dans la limite de leurs compétences, les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux. L'admission au remboursement d'un acte résulte de son inscription à la NGAP, effectuée par un arrêté pris par les ministres chargés de la Sécurité Sociale, de la Santé et de l'Agriculture. Au moment de son inscription, cet acte se voit attribuer un coefficient applicable à une lettre-clé déterminant sa valeur monétaire.

La NGAP constitue un catalogue hiérarchisé de l'activité médicale définissant la place relative des actes.

Elle doit être distinguée des tarifs conventionnels qui fixent la valeur unitaire des lettres-clés. La hiérarchisation des actes est supposée être neutre et indépendante par rapport à la valorisation monétaire des lettres-clés.

L'actualisation de la nomenclature relève de l'exercice du pouvoir réglementaire. Des arrêtés modificatifs peuvent inscrire à la NGAP les nouveaux " actes qui apportent une amélioration du service médical ou une économie dans le coût du traitement, ainsi que les prescriptions de nature à faciliter le contrôle médical de certains actes ". Ils peuvent également réviser les cotations des actes déjà inscrits. Une commission consultative, la Commission permanente de la nomenclature, instituée par l'arrêté du 6 novembre 1945 et actuellement régie par l'arrêté du 28 janvier 1986 modifié, a pour objet d'interpréter et de faire évoluer la nomenclature. Elle peut ainsi proposer au ministre chargé de la Sécurité Sociale la cotation provisoire et l'inscription de nouveaux actes, la révision des cotations et interpréter la nomenclature.

La NGAP est aujourd'hui un outil obsolète rendant insuffisamment compte de l'activité médicale et ne permettant plus une tarification cohérente. Elle n'est pas codée et ne permet ni suivi des dépenses, ni prévision d'évolution. Le CdAM a été établi dans le cadre de la mise en oeuvre du PMSI (loi du 31 juillet 1991 et décret du 27 juillet 1994), afin de permettre la description de l'activité médicale des hôpitaux et d'améliorer ainsi l'allocation des ressources aux établissements.

Exclusivement destiné à décrire les actes réalisés après admission à l'hôpital dans un service de médecine, chirurgie ou obstétrique de court séjour, le CdAM ne couvre qu'une part restreinte de l'activité ambulatoire (chirurgie et certaines spécialités médico-techniques telles que imagerie, endoscopie ou épreuves fonctionnelles). Il ne permet pratiquement pas la description des soins délivrés en consultations externes et les urgences en sont exclues pour l'instant. Il ne prend pas non plus en compte l'activité spécifique des sages-femmes, des chirurgiens-dentistes ou des professions paramédicales.

La CCAM est une liste unique et codée d'actes, commune aux secteurs public et privé, qui se substituera à la liste des libellés de la NGAP et à celle du CdAM. Elle doit constituer le support d'une nouvelle hiérarchisation et tarification des actes professionnels. Elle est ainsi destinée à la fois à décrire plus précisément chaque acte et à servir de base tarifaire à la rémunération de l'acte en secteur libéral ainsi qu'à l'allocation des ressources aux établissements de santé dans le cadre du PMSI.

La CCAM présente un certain nombre de propriétés : elle est exhaustive (elle comporte l'ensemble des actes techniques, qu'ils soient ou non pris en charge) ; elle est bijective (à un acte correspond un seul libellé et un seul code), non ambiguë, maniable et évolutive.

La CCAM est classée par grands appareils et non par spécialités. Elle comprend 17 chapitres. Chaque libellé comporte la mention de deux axes obligatoires : l'action et la topographie et de deux axes facultatifs : la voie d'abord et la technique utilisée.

La CCAM est fondée sur le principe de l'acte global : chaque libellé comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte.

NTIC

Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

O

Oasis

Outil d'aides au sondage et à l'investigation et de la communication

OC

Organisme Complémentaire

OC

Organismes conventionnés

Ocam

Organisme complémentaire d'assurance maladie

OCDE

Organisation de coopération et de développement économique

OCT AMC

Organisme Concentrateur Technique des organismes d'assurance maladie complémentaire

OCT ETS

Organisme Concentrateur Technique des établissements de soins

OCT PS

Organisme Concentrateur Technique des professionnels de santé

OD

Ouverture des Droits

Odas

Observatoire de l'action sociale décentralisée

ODD (Objectif des Dépenses Délégées)

Les dépenses dont la gestion a été déléguée aux régimes d'assurance maladie par la LFSS 2000 comprennent :

- les honoraires des professions de santé libérales (médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux) ;
- les dépenses de laboratoire (analyses et prélèvements) ;
- les frais de transport des malades (transports sanitaires ou non).

Les différentes professions de santé sont donc suivies au regard des prestations qu'elles exécutent et non de celles qu'elles peuvent prescrire.

Le suivi des dépenses déléguées (en termes de dépenses remboursables et de dépenses effectivement remboursées) rentre dans le cadre de la statistique " exécutants " du régime général.

ODM

Objectif des Dépenses Médicales (sous-enveloppe de l'ONDAM composée du montant des prescriptions et honoraires des médecins libéraux).

ODMCO

Objectifs de Dépenses de Médecine, Chirurgie, Obstétrique

OEC

Ordre des Experts-Comptables

OEH

Observatoire Économique de l'Hospitalisation

OFCE

Observatoire Français des Conjonctures Économiques

OFDT

Observatoire française des drogues et toxicomanies

OFII

Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations devient l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII).

Ogur

Outil de gestion des Urssaf. Analyse des coûts.

OIT

Organisation internationale du travail

OMC

Organisation mondiale du commerce

OMD

Objectifs du millénaire pour le développement

OMS

Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie)

L'ONDAM est l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie. Instauré par la loi organique du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), il est fixé pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Son montant est déterminé chaque année par le Parlement dans la LFSS.

Le contenu précis de l'ONDAM n'est pas défini par la loi organique. Il est détaillé dans l'exposé des motifs de l'article 17 du projet de LFSS pour 1998 et à l'annexe C du même projet.

L'ONDAM comprend les prestations en nature (dépenses de soins ambulatoires et dépenses d'hospitalisation) et les prestations en espèces (indemnités journalières) des 2 branches maladie et accidents du travail de l'ensemble des régimes de base. Cette définition ne prend pas en compte les indemnités journalières versées directement par l'employeur aux agents des services et entreprises publics, des collectivités locales et de l'Etat. L'ONDAM ne constitue pas un plafond de dépenses pour les assurés, dont les droits restent ouverts et dont les prestations sont servies sans restriction quantitative. Il ne revêt donc pas en lui-même un caractère impératif, mais les décisions qui succèdent à son adoption fixent des financements limitatifs ou comportent des mécanismes de régulation a posteriori qui donnent à ces décisions une portée impérative. Il est exprimé en dépenses remboursées et non pas en dépenses remboursables.

L'ONDAM est réparti entre 4 secteurs producteurs de soins pour lesquels le gouvernement, dans les 15 jours suivant la publication de la LFSS, doit fixer le montant de 4 enveloppes de dépenses : soins de ville, établissements sanitaires, établissements médico-sociaux et cliniques privées. Ces 4 enveloppes sont elles-mêmes décomposées, soit par région (pour les établissements sanitaires sous dotation globale et l'enveloppe médico-sociale), soit par discipline (cliniques privées), soit par profession (soins de ville).

Les définitions et les champs de ces enveloppes changent d'une année sur l'autre. La CNAMTS et la Direction de la Sécurité Sociale procèdent donc à un rebasage afin de rendre comparables 2 années consécutives. Mais les estimations des années antérieures ne sont pas recalculées dans la nouvelle base.

Les analyses de l'évolution des postes sur des périodes plus longues que l'année sont donc particulièrement périlleuses.

Ondps

Observatoire national de la démographie des professionnels de santé

ONFRIH

Observatoire National sur la Formation, la Recherche et l'Innovation sur le Handicap

ONG

Organisations non gouvernementales

Oniam

Office national d'indemnisation des accidents médicaux

Onpes

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale

ONRS

Observatoire National des Réseaux de Santé. Mis en place fin 2004 par la direction de l'hospitalisation en collaboration avec la CNAMTS.

Onsil

Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux

ONSSF

Organisation Nationale des Syndicats des Sages Femmes. Syndicat représentatif.

ONU

Organisation des Nations-Unies

OO

Code norme s'appliquant aux orthophonistes

Opale

Objectif pluriannuel par logiciel expert

OPCVM

Organisme de Placement Collectif en Valeurs Mobilières

Opeps

Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé

OPESCT

Office Parlementaire d'Évaluation des Choix Scientifiques et Technologiques

Ophis

Organisation professionnelle d'harmonisation en informatique de santé

OPS

Office de Prospective en Santé

OQN (Objectif Quantifié National)

Progressivement mis en place depuis 1992, le dispositif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie concerne aujourd'hui les établissements d'hospitalisation privés, les laboratoires d'analyses de biologie médicale, les médecins libéraux, les chirurgiens-dentistes libéraux, les sages-femmes libérales ainsi que les auxiliaires médicaux exerçant dans le secteur libéral. Un objectif prévisionnel, l'OQN, détermine chaque année l'évolution maximale autorisée des

dépenses d'assurance maladie engendrées par l'activité de chaque profession. Cet objectif est fixé pour l'ensemble des régimes et pour l'ensemble des risques : maladie, maternité et accidents du travail.

Ces objectifs couvrent quasiment l'ensemble des soins ambulatoires, les dépenses relatives à l'activité des cliniques privées et une partie des prestations en espèces. L'objectif portant sur les dépenses de soins de ville est fixé dans un avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion passée entre l'Etat d'une part, la CNAMTS, la CANAM et la MSA d'autre part. A l'intérieur de ce périmètre, un dispositif complexe d'objectifs portant sur l'activité des principales catégories de professionnels libéraux s'est constitué depuis plusieurs années. Ces objectifs sont généralement exprimés en dépenses remboursables. Lorsque les professions en cause peuvent avoir une activité prescriptrice, c'est l'ensemble des dépenses générées par leur activité (honoraires et prescriptions) qui est visé par de tels objectifs. Lorsque les professions exécutent des prescriptions, c'est l'ensemble de ces prescriptions qui est visé par leurs objectifs, que le prescripteur soit libéral ou salarié. Les caisses nationales d'assurance maladie concluent des conventions nationales avec la ou les organisations syndicales représentatives de ces catégories professionnelles.

Dans le secteur des cliniques privées conventionnées, la régulation s'est faite jusqu'en 1999 dans le cadre d'accords tripartites qui fixent des objectifs de dépenses d'assurance maladie compatibles avec l'ONDAM. Le suivi de l'OQN des cliniques privées est assuré à partir d'un outil informationnel spécifique auquel participe la quasi-totalité des régimes, le SNIR relatif aux établissements.

OQR

Objectifs Quantifiés Régionaux. Déclinaison régionale des mécanismes des OQN (Objectifs Quantifiés Nationaux)

Oquali

Observatoire de qualité de l'alimentation

Org.AMC

Organisme d'assurance maladie Complémentaire (institution de prévoyance, mutuelle, société d'assurances, mutuelle d'assurances, ou délégataire de gestion pour le compte d'un porteur de risque)

Organic

Caisse nationale du régime d'assurance vieillesse, invalidité, décès des non-salariés de l'industrie et du commerce

ORGANIC

Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce

ORGP

Organisation régionale de gestion des pêches

Orme

Observatoire du recouvrement pour les mesures en faveur de l'emploi

Orphee

C'est le premier des trois produits que comporte le projet PIRAT concernant les Accidents du travail. Il gère le suivi des dossiers de prise en charge. Le deuxième volet gèrera à terme l'application STAR. Le troisième volet gèrera le paiement des prestations.

ORS

Observatoire régional de la santé

ORSEC

Organisation de réponse de la sécurité civile

ORST

Observatoires régionaux de la santé au travail

OSCARR

Outil de suivi et de collecte des activités et de répartition des ressources

OSEO

Etablissement public industriel et commercial

OY

Code norme s'appliquant aux orthoptistes

P

Page

Plan d'automatisation de la gestion

PAI

Projet d'Accueil et d'Intégration

Paje

Prestation accueil du jeune enfant

Pallas

Programme et algorithme pour l'analyse statistique Remplace INDECO.

Pampers

Procédure arithmétique de mesure de la perméabilité entre régions sanitaires

Papa

Plan expérimental de préservation de l'autonomie des personnes âgées

PAQ

Plan d'Amélioration de la Qualité

PARADS

Pôles d'Accueil en Réseau pour l'Accès aux Droits Sociaux

Paramédical

Professionnels de santé qui ne sont pas des médecins: infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, manipulateurs en électroradiologie médicale, etc. Professionnels de santé qui ne sont pas des médecins: infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, manipulateurs en électroradiologie médicale, etc.

Parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de la Sécurité sociale. Le médecin traitant peut orienter un patient vers un spécialiste, soit pour avis, soit pour des examens complémentaires, soit pour un suivi régulier.

Pare

Plan d'aide au retour à l'emploi (assurance chômage)

Parhtage

Portail National des ARH

Parnass

Projet d'accompagnement du réseau national d'action sanitaire et sociale

Pass

Permanence d'accès aux soins de santé

Pass

Parcours d'accueil à la Sécurité sociale

Pathos

Outil évaluant la mobilisation sanitaire requise en fonction des pathologies présentées par les personnes âgées.

PCA

Plan de Continuité d'Activité

PCAP (indice de période comparable)

Il s'agit du taux de croissance du cumul des valeurs de la tendance depuis le début de l'année par rapport au cumul des valeurs de la tendance sur la même période de l'année précédente.

Ainsi la PCAP de mai 2002 se recalcule à partir du coefficient :

Janvier 2002 + février 2002 + ... + mai 2002

Janvier 2001 + février 2001 + ... + mai 2001

Le PCAP de décembre est égal au glissement annuel de décembre et au taux de croissance annuel simple pour l'année au sens habituel (acquis de croissance).

Cette méthode est utilisée pour la présentation des statistiques de l'assurance maladie qui sont publiées mensuellement.

PCD

Prestation de Compensation à Domicile

PCE

Prêt à la création d'entreprise

PCG

Plan Comptable Général

PCH

Prestation de Compensation du Handicap Instauré par la loi du 11 février 2005.

PCI

Plan de Contrôle Interne

PCNA

Provisions pour Cotisations Non Acquis

PCUOSS

Plan Comptable Unique des Organismes de Sécurité sociale

PDD

Provision pour Dépréciation à caractère Durable

PDI

Programme départemental d'insertion

PDL

Projet de Développement Local

PDS

Permanence Des Soins

PE

Code norme s'appliquant aux pédicures

Pecure

Prise en charge des cures thermales Application permettant la saisie et l'archivage.

PED

Pays en développement

PEIS

Prévention, Éducation et Information Sanitaires

Perco

Plan d'épargne pour la retraite collectif Fait suite au plan partenarial d'entreprise volontaire (PPESV).

PERNNS

Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé

PERP

Plan d'Epargne Retraite Populaire

PFHT

Prix Fabrikant Hors Taxe

PGR

Plan de Gestion des Risques

PH

Praticien Hospitalier

PH

Code norme s'appliquant aux pharmaciens et fournisseurs

PIB

Produit Intérieur Brut

PIF

Point info famille

Pirat

Projet informatique du risque AT de la branche maladie

Pires

Protocole inter régime d'examen spécial (service médical) Remplacé par le protocole de soins.

Plac

Protocole local d'actions concertées

Placair

Plan comptable annoté inter-régimes

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Ce plafond sert de base pour le calcul des cotisations sociales. Il est revalorisé chaque année en fonction de l'évolution des salaires. En 2007, il s'élève à 2 682 euros.

Platines

Plate-forme d'information sur les établissements de santé

PLFSS

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale

PMA

Procréation Médicalement Assistée

PME

Petite Moyenne Entreprise

PMF

Poste informatique multifonction dans l'Assurance maladie

PMI

Protection maternelle et infantile

PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information)

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) est un outil médico-économique d'analyse de l'activité des établissements de santé, permettant d'établir un lien entre des caractéristiques relatives à chaque patient et le coût de la prise en charge dont celui-ci bénéficie.

Le PMSI a d'abord été appliqué aux activités de court séjour médecine – chirurgie – obstétrique (MCO – arrêté du 20 septembre 1994), puis utilisé pour les soins de suite et de réadaptation (SSR – arrêté du 29 juillet 1998) avant d'être expérimenté en psychiatrie. Si les objectifs et les grands principes du PMSI sont les mêmes dans ces domaines, les choix techniques opérés en matière de classification et de mode de recueil des informations l'ont été en fonction des caractéristiques spécifiques de chaque groupe de disciplines.

Le PMSI est utilisé à des fins d'allocation des ressources dans les disciplines de MCO depuis 1996 pour les établissements financés par dotation globale. L'emploi des informations issues du PMSI dans le cadre des négociations tarifaires, pour les cliniques privées, n'est effectif que depuis 1999. Cette utilisation repose sur la comparaison du coût de production d'un point ISA entre les différents établissements dans le secteur sous dotation globale.

PMSS

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

PNDS

Protocole National de Diagnostic et de Soins (ALD)

PNIR

Plan National Inter-régimes de gestion du Risque

PNMR

Plan National Maladies Rares

PNNS

Programme National Nutrition Santé

PNSE

Plan National Santé Environnement

PNSI

Plan National du Système Informatique

PNUE

Programme des Nations-Unies sur l'environnement

Point info familles

Créés en 2004, dans le cadre d'un dispositif gouvernemental, ces lieux visent à favoriser l'accès à toutes les familles à l'information et de simplifier leurs démarches quotidiennes en leur proposant des points d'information et de les orienter rapidement et efficacement vers des structures les plus proches de trouver une solution aux questions posées.

Les points infos familles ont trois missions :

- être conçu comme des lieux d'information offrant aux familles une documentation complète et actualisée sur les services auxquels elles peuvent avoir accès (base de données rassemblant les coordonnées de tous les partenaires de la politique familiale, des informations sur les droits des familles, les conditions des prestations légales, la liste des services aux familles existant sur le territoire....)
- orienter les familles vers des dispositifs d'aide aux familles et à la parentalité les plus adaptés à leurs besoins spécifiques.
- proposer, le cas échéant, directement aux familles un certain nombre de services pratiques, par exemple une aide à la recherche d'un mode de garde adapté.

Pour garantir la qualité du service offert par les Points Info Familles, une procédure de labellisation de ces lieux est prévue sur la base d'un cahier des charges et d'une charte définissant des principes d'organisation, des règles de bonne pratique ainsi que des principes généraux communs, notamment en matière de qualité, de proximité et de simplicité. Un logo a été créé pour faciliter le repérage.

Une expérimentation d'une durée de 6 mois sur une quinzaine de sites en 2004 fera l'objet d'une évaluation.

Le dispositif, après révision de la charte et du cahier des charges en fonction de cette évaluation, devrait être étendu à l'ensemble du territoire.

Pôle santé et sécurité

Le pôle santé et sécurité, créé par le médiateur de la République, est chargé de traiter et analyser les demandes d'information ou les réclamations des patients et de leurs familles. Domaines concernés : le non-respect du droit des malades, la qualité du système de santé, la sécurité et l'accès aux soins.

PPAE

Projet Personnalisé d'Accès à l'Emploi

PPAP

Provisions pour Prestations A Payer

PPESV

Plan Partenarial d'Epargne Salariale Volontaire

PPN

PROGES Prestations en Nature

PPS

Projet Personnalisé de Scolarisation

PQE

Programme de Qualité et d'Efficienc

PQR

Presse Quotidienne Régionale

Prac

Protocole régional d'actions concertées

Prado

Prévisions automatisées des dépenses des organismes

PRAGR

Programme Régional Annuel de Gestion du Risque

Pram

Programme régional d'Assurance maladie

Praps

Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PRAPS

Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PRC

Provisions pour Risques Croissants

PRE

Provision pour Risque d'Exigibilité

Précam

Programme régional commun de l'Assurance maladie

Préci

Pôle régional de compétences immobilières (branche maladie)

Prémutam

Prévention mutualité Assurance maladie

Prestation de services sociaux

Les prestations de services sociaux regroupent des flux correspondant à l'avantage constitué par l'accès à des services gratuits ou quasi gratuits fournis par une administration en relation avec un risque de la protection sociale (service de santé, d'action sociale, de placement...) ou à la prise en charge collective d'un abaissement du prix d'un service social fourni à titre onéreux. Cette prise en charge se distingue des prestations sociales sous forme de tiers payant dans la mesure où elle est globale et non individualisable.

Les prestations de services sociaux sont réparties, dans le compte de la protection sociale, en cinq postes correspondant à différents types de prises en charge par les régimes de protection sociale (budget global des hôpitaux, praticiens conventionnés, prestations des ODASS, prestations des ISBLSM, autres prestations).

Prestations complémentaires

Garanties ou remboursements de frais médicaux venant en complément des prestations de la Sécurité sociale obligatoire.

Prestations en nature

Les prestations en nature visent à assurer le remboursement de tout ou partie des dépenses de soins engagées par l'assuré lui-même ou pour certains de ses proches à l'occasion d'une maladie ou d'un accident non professionnel.

Les frais remboursés comprennent :

- les frais médicaux ;
- les frais pharmaceutiques auxquels sont assimilés les frais d'analyse et d'examens de laboratoire ainsi que les frais d'appareils et de prothèse ;
- les frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, réadaptation et rééducation ;
- les frais de traitement et de surveillance dans des établissements de cure ;
- les frais relatifs aux médicaments, produits et objets contraceptifs ;
- les frais de transport ;
- les frais d'hébergement et de traitement des enfants et adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle.

Prestations en valeur ou en espèces

Les prestations en espèces ont pour objet de compenser une partie de la perte de salaire en cas d'arrêt d'activité. Dans le cadre de l'assurance maladie, elles sont représentées par les indemnités journalières. Elles ne sont dues qu'à partir du 4ème jour suivant l'acte médical prescrivant l'arrêt de travail (délai de carence). Elles sont fixées en principe à la moitié du gain journalier de l'assuré pris en considération dans la limite du plafond.

Les indemnités sont portées aux deux tiers du salaire de référence à partir du 31ème jour lorsque l'intéressé assume la charge d'au moins 3 enfants. Aucune indemnité journalière n'est pour l'instant servie pour les personnes couvertes par le régime des non salariés agricoles.

Prestij

Prestations traitement informatique journalier Ventilation quotidienne des prestations par gestions et comptes

Prévention

Ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des problèmes de santé (maladies, accidents).

Le champ de la prévention :

Article 79 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

“La politique de prévention a pour but d’améliorer l’état de santé de la population en évitant l’apparition, le développement ou l’aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels ou collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d’accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d’améliorer sa propre santé”

Trois niveaux de prévention :

- La prévention primaire vise à empêcher l’apparition d’un problème de santé en agissant sur les déterminants de santé.
- La prévention secondaire vise à réduire le développement de problèmes de santé. Le dépistage précoce est une des interventions de prévention secondaire.
- La prévention tertiaire vise à limiter les complications, séquelles et récurrences après un problème de santé. Elle cherche à favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale et professionnelle.

Prévoyance

Pour la Mutualité, ce terme désigne des garanties de prévoyance volontaire, individuelles ou collectives, autres que la complémentaire santé: retraite, invalidité, décès, etc.

Priac

Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

Pricat

Plates-formes régionales d'information et de conseil sur les aides techniques (compensation du handicap, perte autonomie)

Prism

Panel pour le recueil informationnel sur les soins et les médicaments

Prisme

Projection sur les retraites : simulations, modélisations et évaluations - outil Cnav

Prismes

Production d'informations synthésées medico-sociales

Prix public du médicament

Le prix public du médicament est un prix négocié pour un médicament par convention entre le Comité Économique du Médicament et l’industrie. Il paraît au Journal Officiel.

Processus

Ensemble de moyens et d’activités liés qui transforment des éléments entrants en des éléments sortants. Ces moyens peuvent inclure le personnel, les finances, les installations, les équipements, les techniques et les méthodes.

Professionnel de santé

Tout soignant exerçant dans le domaine médical (médecin libéral ou hospitalier, chirurgien-dentiste, sage-femme, etc.) ou paramédical (infirmière, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, etc.) et tout professionnel participant aux soins (pharmacien, technicien de laboratoire, ambulancier, etc.).

Progres

Production et gestion des remboursements de santé Système de saisie informatique centres de paiement.

Promotion de la santé - charte d'Ottawa (1986)

Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

- Élaborer une politique publique saine.
- Créer des milieux favorables.
- Renforcer l'action communautaire.
- Acquérir des aptitudes individuelles.
- Réorienter les services de santé.

Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. (...)

Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépassa les modes de vie sains pour viser le bien-être.

Protection sociale

Ensemble des dispositifs publics prenant en charge certains risques de la vie. Les risques les plus importants couverts par la protection sociale sont la maladie, la vieillesse, la perte d'emploi. La protection sociale comprend également l'ensemble des aides sociales et les allocations familiales.

PRS

Priorités Régionales de Santé

PRS

Programme régional de santé

PRSP

Plan Régional de Santé Publique

PS

Professionnel de santé

PSAP

Provisions pour Sinistres A Payer (Provisions techniques)

PSM

Priorité Santé Mutualiste

PSPH

Participant au Service Public Hospitalier

PST

Patient Santé Territoire

R

Raamses

Système d'information des prestations maladie de la MSA

Radar

Référentiel des aides à la détection des anomalies de répartition (Urssaf)

Rail

Répertoire des applications informatiques locales

RAM

Relais d'assistantes maternelles

Ramage

Réseau privé de l'Assurance maladie du régime général

Rapsodi

Application de recherche automatique des professionnels de santé par les occurrences de leurs différents identifiants

RAR

Reste A Recouvrer

RBDG

Répartition des Budgets de Dotation Globale

RC / RO

Régimes Complémentaires / Régimes Obligatoires

RCAP

Relevés Collectifs de l'Activité des Praticiens

RCM

Règlement Conventionnel Minimal

RCT

Recours Contre Tiers

RDS

Remboursement Dette Sociale

Rebasage

Les opérations de rebasage correspondent à des changements de contenu de l'ONDAM et des transferts entre enveloppes, des modifications du calcul des taux d'évolution de l'ONDAM, ainsi qu'à la prise en compte de la remise versée par l'industrie pharmaceutique.

Chaque année, le contenu de l'ONDAM est modifié et des transferts entre enveloppes sont effectués. Ces modifications sont liées soit :

- à l'inclusion dans l'ONDAM de dépenses de l'Etat ;
- à des transferts de dépenses de certains fonds de l'assurance maladie qui n'étaient pas auparavant inclus dans l'ONDAM vers celui-ci ;
- à des transferts entre enveloppes.

Certains de ces transferts améliorent la cohérence de l'ONDAM. En revanche, d'autres accroissent son hétérogénéité. De plus, ces transferts faussent la comparaison sur longue période, car il n'est fourni de rétropolation que d'une année sur l'autre.

Le rebasage correspond également aux modifications des méthodes de calcul du taux d'évolution de l'ONDAM. Initialement, ce dernier était fixé par référence au montant de l'ONDAM voté pour l'année précédente et non aux dépenses effectives pendant cette année. Ce système était sensé permettre la récupération des éventuels dépassements des années précédentes. Cependant, l'objectif ayant été dépassé chaque année, et compte tenu de l'effet mécanique de l'accumulation des dépassements, la procédure de fixation de l'ONDAM pour 2000 a été modifiée. Il a été décidé de prendre, pour calculer l'évolution de 1999 à 2000, la base égale non plus à l'ONDAM objectif 1999 voté par le Parlement dans la loi de financement pour 1999, mais le montant réalisé prévisionnel pour 1999 établi par la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale en septembre 1999. Au-delà de la rupture statistique opérée, ce changement permet de réintroduire la possibilité de faire une prévision réaliste de l'ONDAM et de ses différentes sous-enveloppes.

Enfin, à partir de celui voté pour 1999, l'ONDAM est défini en retranchant des dépenses les remises conventionnelles versées par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au titre du dépassement de l'objectif conventionnel d'évolution de leur chiffre d'affaires, dans le cadre des accords signés avec le comité économique des produits de santé.

Récital

Référentiel des conventions internationales

Référence Médicale Opposable (RMO)

Le dispositif des références médicales opposables (RMO) est un des outils principaux de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il a été mis en place par la convention médicale du 21 octobre 1993, à la suite de la loi du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie qui a rendu opposables les références médicales. Les premières RMO sont entrées en vigueur en mars 1994. L'ordonnance du 24 avril 1996 a généralisé la fixation de références professionnelles à toutes les professions de santé.

Les RMO sont des références formulées de manière négative (" Il n'y a pas lieu de... "), conçues non comme des interdictions absolues mais comme des outils d'aide à la décision permettant d'écarter des choix diagnostiques ou thérapeutiques inutiles ou dangereux, face à une situation clinique donnée, sans pour autant imposer de traitement. Elles doivent contribuer à la fois à la maîtrise des dépenses et à la qualité des soins. Les RMO concernent tous les domaines de la prescription et de la pratique médicale, dans le cadre du secteur des soins de ville.

Chaque année, dans l'annexe à la convention, les partenaires déterminent les références rendues opposables aux professionnels de santé et les conditions de cette opposabilité. En l'absence de convention, les RMO sont fixées par le règlement conventionnel minimal.

Depuis l'ordonnance du 24 avril 1996, les RMO sont établies par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) et, pour les médicaments, par l'Agence du médicament (AFSSAPS depuis 1998), " à partir des évaluations réalisées pour délivrer l'autorisation de mise sur le marché et pour apprécier le service médical rendu ".

L'Etat peut approuver les RMO de façon sélective pour des raisons de santé publique et demander aux partenaires conventionnels d'abroger une référence scientifiquement dépassée.

Tout manquement aux RMO est sanctionnable. Mais les sanctions, fixées par les conventions (ou le règlement conventionnel minimal), ne sont applicables qu'au-delà d'un seuil de non-respect, une marge d'appréciation étant laissée au praticien. La sanction de leur non-respect consiste pour les médecins exerçant en secteur 1 en une suppression ou réduction de la prise en charge des cotisations sociales dont ils bénéficient et pour ceux exerçant en secteur 2 en un reversement d'un montant équivalent. Les sanctions sont décidées et mises en oeuvre par les instances conventionnelles locales, sous le contrôle des instances conventionnelles nationales. En pratique, les sanctions ont été rares, le repérage des infractions nécessitant un lourd travail de contrôle de la part du service médical des caisses. Elles sont même devenues impossibles depuis que le Conseil d'Etat a annulé en 1999 les dispositifs de sanctions prévus tant par la convention des généralistes que par le règlement conventionnel minimal des spécialistes.

Régime général

Mis en place par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, le régime général est le plus important des régimes de sécurité sociale par le nombre de bénéficiaires (il couvre un peu plus de 80% de la population française pour sa branche maladie). Son architecture actuelle résulte de l'ordonnance n°67-706 du 21 août 1967 modifiée par la loi n°68-698 du 31 juillet 1968.

Sont assujettis au régime général les travailleurs salariés et assimilés du secteur privé des professions industrielles, artisanales et libérales, ainsi que les assistantes maternelles, les employés de maison et les gardiens d'immeubles. Des dispositions particulières permettent aux salariés français détachés à l'étranger d'en conserver le bénéfice.

Le régime général assure la couverture de trois types de risques :

- maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail et maladies professionnelles ;
- vieillesse ;
- famille.

Par ailleurs, les cotisations de certaines catégories de salariés sont rattachées soit à la branche maladie, soit à la branche famille du régime général :

- à la branche maladie, les cotisations des fonctionnaires et ouvriers de l'Etat, des agents de l'EGF et des collectivités locales ;
- à la branche famille, les cotisations sur les revenus des non-salariés des professions non agricoles (professions industrielles et commerciales, artisanales et libérales), les cotisations des agents des collectivités locales, du régime minier, des salariés agricoles et des exploitants agricoles.

Enfin, certaines personnes qui n'exercent pas une activité salariée, comme les étudiants, les artistes auteurs, relèvent du régime général mais pour une partie des risques seulement (risques maladie et maternité pour les étudiants par exemple).

Régime obligatoire d'assurance maladie

Régime d'assurance maladie auquel l'assuré est obligatoirement rattaché en fonction de sa situation personnelle. Le régime général couvre l'ensemble des salariés et les personnes qui ne sont pas affiliées à un régime professionnel spécifique. La Mutualité sociale agricole (MSA) est le régime des agriculteurs. Il existe aussi le régime des artisans, des commerçants et des professionnels libéraux (avocats, etc.), ainsi que de régimes particuliers, comme le régime minier.

Régimes

Il s'agit des organismes ou institutions qui gèrent un système de prévoyance collective en relation avec un risque de la protection sociale.

Il existe seize régimes de Sécurité Sociale, les trois principaux étant :

- le régime général des travailleurs salariés non agricoles : travailleurs de l'industrie, du commerce et du secteur des services (CNAMTS) ;
- le régime agricole (MSA) : on distingue le régime des non salariés agricoles et celui des salariés agricoles ;
- les régimes de travailleurs non salariés non agricoles : industriels et commerçants, artisans, membres des professions libérales...(AMPI).

Font également partie du bloc des régimes légaux ou " de base " les régimes spéciaux : fonctionnaires de l'Etat, des collectivités locales et des hôpitaux, militaires de carrière, salariés des mines, agents des industries électriques et gazières, agents de la SNCF, marins ...

L'organisation administrative du régime général repose, s'agissant des prestations, sur 3 réseaux, chacun constitué d'une caisse nationale (respectivement CNAMTS, CNAF et CNAVTS) et des caisses régionales ou locales. Le 1er réseau gère les 2 branches maladie et accidents du travail, le 2nd gère la famille et la 3ème la retraite. Le régime d'assurance maladie des artisans, commerçants et membres des professions libérales comporte 3 niveaux : la CANAM, des caisses mutuelles régionales et des organismes conventionnés. Dans le cadre du régime d'assurance vieillesse des artisans et commerçants, il existe une caisse nationale (CANCAVA pour les artisans et ORGANIC pour les commerçants) et des caisses de base. Dans le régime de retraite des professions libérales, chaque profession a tenu à conserver une caisse autonome dite " section professionnelle " dont la coordination est assurée par la CNAVPL.

Les caisses départementales ou pluri-départementales de mutualité sociale agricole gèrent l'ensemble des branches de sécurité sociale pour leurs ressortissants qu'ils soient non salariés ou salariés suivant un principe dit de "guichet unique" : assurance maladie, assurance vieillesse, prestations familiales et assurance contre les accidents du travail. La Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) constitue l'échelon central de ce régime.

Règlement conventionnel minimum

En cas d'absence de convention médicale nationale (due au désaccord des parties ou à une annulation contentieuse de l'arrêté d'approbation), l'ordonnance du 24 avril 1996 prévoit qu'un arrêté interministériel établit un règlement conventionnel minimal, après consultation de la CNAMTS, des syndicats médicaux et du Conseil National de l'Ordre des médecins en tant que de besoin. Ce règlement fixe les tarifs et les autres dispositions du champ conventionnel. La participation des caisses d'assurance maladie au financement des prestations sociales des médecins du secteur 1 est alors supprimée ou réduite dans une proportion prévue par le règlement. Tous les médecins adhérents à la convention nationale précédemment en vigueur sont adhérents de plein droit au règlement conventionnel minimum, sauf opposition de leur part.

REIF

REprésentation des Institutions Françaises de Sécurité sociale auprès de l'Union européenne

Relais assistantes maternelles (RAM)

Lancé par la CNAF avec le concours des CAF en 1989, le relais assistantes maternelles (RAM) est un lieu de rencontre et d'échanges pour les assistantes maternelles, les enfants et les parents. Il participe au décloisonnement entre les différents modes d'accueil au plan local. Il a également vocation à organiser l'information des parents et des assistantes maternelles (recensement de l'offre et de la demande, soutien aux fonctions d'employeur et de salarié). Son activité permet de susciter et de promouvoir la formation des assistantes maternelles, dont l'organisation et le financement incombent aux conseils généraux. Un RAM n'est ni un lieu d'accueil d'enfants ni un employeur d'assistantes maternelles. Il n'est pas réglementé - comme le sont les établissements et services d'accueil - mais il est défini par des circulaires de la CNAF. La prestation de service CNAF est versée aux relais bénéficiant d'un agrément accordé par le conseil d'administration de la CAF sur la base d'un contrat de projet et au vu de la qualification de l'animateur.

Répertoire des groupes génériques

Il s'agit d'une liste de médicaments de référence et de leurs génériques, élaborée par l'AFSSAPS depuis 1997, dont l'objectif est d'aider le médecin dans sa prescription et le pharmacien lors de la délivrance. C'est sur la base de ce répertoire que les pharmaciens peuvent substituer un médicament prescrit. Le répertoire est périodiquement mis à jour et publié au Journal Officiel. Il sert de base de référence pour mesurer l'atteinte des objectifs fixés par le protocole d'accord signé entre les pharmaciens et l'Etat.

Réseau

Selon la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, " les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. "

Un réseau de santé constitue ainsi une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et / ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants.

Il est composé d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, associations d'usagers ou de quartiers, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être, mais aussi les activités de prévention collective et d'éducation pour la santé.

Un réseau se caractérise donc par ses finalités (domaines d'intervention, pathologies, population spécifique ou générale, types d'activité), ses objectifs opérationnels, ses intervenants (membres ou partenaires du réseau), ses modalités d'organisation (modalités d'intégration des professionnels, modalités d'adhésion des usagers, modalités de coordination, compétences et partage des tâches avec les acteurs), les modalités de diffusion de l'information, les modalités de financement des activités du réseau, les cadres d'analyse de sa performance.

Au total, on peut distinguer quatre types de réseaux :

- réseaux de soins expérimentaux visés par le Code de la Sécurité Sociale ou " réseaux Soubie " (ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et décret n°96-789 du 11 septembre 1996) ;
- réseaux ville-hôpital monothématiques ;
- réseaux de santé de proximité centrés sur les populations ;
- réseaux d'établissements de santé.

Reste à charge

Part qui reste à la charge de l'assuré social après remboursement de l'assurance maladie. En médecine de ville, le reste à charge désigne le ticket modérateur, la participation forfaitaire de 1 euro et les éventuels dépassements d'honoraires.

RFI

Base de référence des données d'identification (état civil, numéro de sécurité sociale) et de la gestion des individus bénéficiaires présents dans les BDO (rattachement RNIAM, motifs de gestion).

RFOS

Référentiel de l'Offre de Soins Se compose de deux modules (IPAS et STS)

RGPP

Révision Générale des Politiques Publiques

RIAP

Relevé Individuel d'Activité et de Prescription médecin

RIM

Recherche d'Informations Médicalisées

RIOSS

Répertoire Immobilier des Organismes de Sécurité Sociale

RMA

Revenu Minimum d'Activité

RMESS

Répertoire Mutualisé des Entités Sanitaires et Sociales A pour objectif de remplacer FINESS

RMI

Revenu Minimum d'Insertion

RMN

Références Médicales Nationales

RMO

Références médicales opposables

RNCP

Répertoire National des Certifications Professionnelles

RNCPS

Répertoire National Commun de la Protection Sociale

RNIAM

Répertoire National Inter-régimes des bénéficiaires de l'Assurance Maladie

RNIPP

Répertoire National d'Identification des Personnes Physiques

RNM

Registre National des Mutuelles

RNOC

Répertoire National des Organismes Complémentaires (Fonds CMU)

RNOGCS

Regroupement national des organisations gestionnaires de centres de santé

RNPS

Répertoire National des Professionnels de Santé

RNV3P

Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles

RO

Régime Obligatoire

ROAM

Réunion des Organismes d'Assurance Mutuelle

ROR

Rubéole - Oreillons - Rougeole

ROSPS

Référentiel d'Offre de Soins des Professionnels de Santé

RPC

Recommandation pour la Pratique Clinique

RPPS

Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

RSA

Revenu de solidarité active

RSA (Résumé de Sortie Anonyme)

Le Résumé de Sortie Anonyme (RSA) permet la transmission d'informations médicales à la direction de l'établissement ou à la tutelle administrative, par anonymisation des Résumés Standardisés de Sortie (RSS). Tout

séjour hospitalier, réalisé dans le champ d'activité décrit par le PMSI, fait l'objet d'un RSS, constitué d'un ou plusieurs Résumés d'Unité Médicale (contenant un nombre limité d'informations d'ordre administratif et médical, qui doivent être systématiquement renseignées et codées selon des nomenclatures et des classifications standardisées afin de bénéficier d'un traitement automatisé).

A partir du fichier de RSS groupés, le médecin responsable du DIM utilise le logiciel GENRSA pour produire le fichier de RSA.

RSF (Résumé Standard de Facturation)

Dans le cadre d'un séjour dans un établissement privé de santé à but lucratif, le Résumé Standard de Facturation (RSF) est produit par extraction de la facture émise à l'encontre de l'assurance maladie. Il désigne les dépenses afférentes à ce séjour qui correspondent au fonctionnement de la clinique (et aux honoraires médicaux depuis le 1er juillet 1994) et sont remboursables par l'assurance maladie en tout ou en partie.

RSI

Régime social des indépendants

RSP

Rejet Signalement Paiement

RSP

Réseau de Soins Palliatifs

RSS

Remboursement de Sécurité sociale

RSS

Résumé de sortie standardisé

RSS

Réalisation sanitaire et sociale

RSS (Réseau Santé Social)

Le Réseau Santé Social est un réseau de type intranet destiné à relier les professionnels de santé en France. Mis en place en 1998 par Cegetel, il fonctionne sous la forme d'une concession de service public accordée pour une durée de 5 ans. La première fonction du RSS est d'assurer la transmission des feuilles de soins électroniques aux serveurs des organismes d'assurance maladie, au travers du dispositif SESAMVitale. Il devrait également à terme permettre des échanges entre professionnels de santé (dossiers de patients, imagerie médicale, formation continue) et l'accès à de nombreuses bases de données médicales.

RSV

Réseau Sesam Vitale Infrastructure de télétransmission entre professionnels de santé et assurance maladie. Également ouvert aux demandes de remboursement des organismes d'assurance maladie complémentaires.

RU

Représentant des Usagers (du système de santé)

RUM

Résumé d'Unité Médicale dans le cadre du PMSI

RUP

Reconnue d'Utilité Publique

S

SAAB

Système d'Aide à l'Analyse Budgétaire

Saco

Service d'Analyse et de Conseil aux Organismes

SADE

Service d'Aide aux Départements Extérieurs

SAE

Statistique Annuelle des Etablissements de Santé

Sages

Système automatisé de gestion des centres d'examens de santé

Salto

Service d'Assistance et de Liaisons Techniques avec les Organismes. Service du département Statistiques de la Cnam

SAM

Système d'accompagnement au management (mis en place par l'Ucanss)

Samsah

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

Samu

Service d'aide médicale urgente

Santé

Définition donnée par l'OMS (art.1 de la constitution 1946) " La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité "

Santé publique

La Santé Publique est un ensemble de démarches qui visent l'amélioration des conditions collectives de santé des personnes au moyen d'actions médicales et non médicales. Les démarches de santé publique concernent les soins curatifs et préventifs, les mesures non-sanitaires d'amélioration de la santé et, de façon générale, les actions de prévention et promotion de la santé. - Modes d'intervention : surveillance, recherche, programmation, formation. - Domaines d'intervention : hygiène du milieu de vie, sécurité des objets usuels, protections contre les catastrophes

naturelles, organisation du système de santé, lutte contre les fléaux, etc.- Trois approches possibles : par population, par problème de santé ou par service (institution ou pratique professionnelle).

SANTEPHARMA

Association proposant un système de communication entre professionnels et établissements de santé d'une part et les organismes complémentaires assureurs et leurs adhérents/assurés d'autre part.

SAP

Services A la Personne

SAP

Système d'Appréciation du Personnel

SARM

Staphylocoque doré Résistant aux Antibiotiques

SAS

Statistical Analysis System

SAU

Service d'Accueil des Urgences

SAUV

Services d'AUXiliaires de Vie

Savoir

Service d'accueil vocal d'information sur les remboursements

Scapin

Suivi, calcul et automatisation des pensions d'invalidité

SCI

Société Civile Immobilière

SCIC

Société Coopérative d'Intérêt Collectif

Scorpion

Système de centralisation des organismes pour l'intégration des opérations nationales Application comptable

SCR

Solvency Capital Requirement (terme Solvabilité II)

SCSSI

Service Central de la Sécurité des Systèmes d'Information

SDI

Schéma Directeur Informatique de la branche maladie

SDIS

Services Départementaux d'Incendie et de Secours

SDRH

Schéma Directeur des Ressources Humaines

SDSI

Schéma Directeur des Systèmes d'Information

Secoss

Service de l'évaluation et du contrôle des organismes de sécurité sociale

Secteur 1 / secteur 2

Le secteur 1 inclut les médecins exerçant à titre libéral qui s'engagent à respecter les tarifs conventionnels. Ils bénéficient en contrepartie d'avantages sociaux en partie financés par les caisses de sécurité sociale. Le patient est remboursé sur la base des tarifs conventionnels (au taux de 70%), le reste, appelé ticket modérateur, étant à la charge de l'assuré ou éventuellement de sa mutuelle ou de son assurance complémentaire.

Le secteur 2, institué en 1980, consiste à autoriser les médecins à dépasser les tarifs opposables tout en restant conventionnés. Ces derniers perdent alors le bénéfice des avantages sociaux prévus par la convention. Les dépassements d'honoraires doivent être appliqués avec " tact et mesure ". Les assurés sociaux qui s'adressent à des médecins du secteur 2 doivent prendre en charge, en plus du ticket modérateur, l'écart entre le prix demandé et le tarif conventionnel.

Le secteur 2, s'il ne représente que le quart des médecins libéraux, est majoritaire pour certaines spécialités et dans certains départements.

L'accès à ce secteur a été gelé en 1990. Il est désormais restreint à des médecins répondant à des critères très limitatifs (médecins nouvellement installés justifiant de titres hospitaliers ou hospitalo-universitaires).

Secteur optionnel

Nouveau secteur conventionnel (en phase de test) ouvert aux spécialités de plateaux techniques lourds en secteur 2 dans lequel les dépassements sont plafonnés en montant et en volume.

Sécurité sociale

Le terme de sécurité sociale recouvre dans son acception la plus large un ensemble de prestations servies aux personnes et financées majoritairement par des cotisations. Les prestations sont destinées à faire face aux aléas ou aux charges de la vie : famille, maladie, accidents du travail, vieillesse.

En France, trois " étages " peuvent être distingués :

- Les prestations / cotisations de base qui sont obligatoires ;
- Des prestations / cotisations complémentaires obligatoires qui interviennent en particulier dans le domaine de la vieillesse ;
- Des prestations / cotisations complémentaires facultatives ou supplémentaires (ce sont en majeure partie les remboursements des mutuelles ou des assurances qui, dans le cas de la maladie, complètent ceux de

base de la Sécurité sociale, ou encore les contrats d'assurance que l'on peut souscrire et qui pourront compléter la retraite).

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) ne couvre que les prestations / cotisations de base

SEPR

Service d'Étude et de Prévisions des Risques

SEPSA

Service d'Etudes de Productions Statistiques et Analyse de la Cnam

Sequoia

Système pour l'étude quantitative et l'observation des informations d'assiettes et des effectifs salariés (Urssaf)

Service médical rendu (SMR)

L'existence d'un service médical rendu suffisant est une condition nécessaire à l'inscription d'une spécialité pharmaceutique sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables.

Il est évalué par la Commission de la Transparence de la Haute Autorité de Santé.

Son appréciation, faite par indication, est fondée sur la gravité de la pathologie à laquelle la spécialité est destinée, son efficacité et ses effets indésirables, les autres thérapies disponibles, sa place dans la stratégie thérapeutique, son caractère curatif, préventif ou symptomatique et son intérêt pour la santé publique (décret n°99-915 du 27 octobre 1999).

La Commission de la Transparence évalue également l'amélioration du service médical rendu selon une échelle à 5 niveaux de 1 (progrès thérapeutique majeur) à 5 (absence d'amélioration du service médical rendu). Seuls les produits apportant une amélioration du service médical rendu ou une économie dans le coût du traitement médicamenteux peuvent être inscrits sur la liste des médicaments remboursables. L'amélioration du service médical rendu est également un critère utilisé pour la fixation du prix du médicament.

Sesam

Système électronique de saisie de l'Assurance maladie (Sesam-Vitale)

SESAM Vitale

Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie associé à la carte Vitale, constitue un système de transfert d'informations médico-administratives.

Conçu à l'origine comme un système destiné à remplacer les feuilles de soins papier, SESAM Vitale s'est transformé en un système sécurisé d'échanges électroniques entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie.

Les premières réflexions ont été engagées à la CNAMTS dès 1978 pour faire face à la croissance des feuilles de soins. La loi du 4 janvier 1993 posant le principe du codage des prescriptions, des actes et des pathologies, l'exploitation du codage des données médicales nominatives supposait leur transmission électronique, le cryptage du système informatique et l'informatisation des professionnels de santé. Ce changement s'est matérialisé par la création de deux structures spécifiques : le Groupement d'Intérêt Economique (GIE).

SESAM Vitale et le Groupement d'Intérêt Public Carte Professionnels de Santé (GIP-CPS), respectivement créés les 3 et 5 février 1993.

C'est l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui a imposé la généralisation du dispositif selon un calendrier contraignant.

Le projet comporte trois composantes : la création d'une carte Vitale pour les assurés puis pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, l'informatisation des professionnels de santé et une adaptation de l'assurance maladie. La carte Vitale constitue l'élément le plus visible du projet. Sa distribution s'effectuera en deux étapes : la première dite carte Vitale 1 (actuellement diffusée) contenant les seules informations médico-administratives de la carte papier d'assuré social et servant à vérifier l'ouverture des droits à l'assurance maladie, pour l'émission de la feuille de soins électronique ; la seconde dite carte Vitale 2 destinée à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie et comportant un volet d'information médicale. La carte CPS, attribuée à chaque professionnel de santé, permet à son porteur de s'identifier et s'authentifier, d'avoir accès à des données en fonction de droits liés à sa profession et de signer électroniquement les opérations qu'il effectue, garantissant ainsi le secret médical.

La création d'un système de transmission électronique des données s'est matérialisée avec le Réseau Santé Social (RSS).

Sessad

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SFAP

Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SFG

Système fédéral de garanties

SFSP

Société Française de Santé Publique

SGA

Société de Groupe d'Assurance

SGA - SDP

Statistiques de Gestion Administrative - Suivi De Production

SGAM

Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (nouveau statut)

SGAM

Société de Groupe d'Assurance Mutualiste

SGCAM

Système de Gestion des Cartes A Mémoire (Sesam-Vitale)

SGE-TAPR

Système de Gestion des Employeurs pour la tarification et la Prévention des Accidents du Travail

Share

Enquête internationale et multidisciplinaire européenne SHARE (Survey on Health Ageing and Retirement in Europe)

SHS

Structures d'Hospitalisation Spécifiques

SI

Système d'Information (Ensemble des éléments participant à la gestion, au stockage, au traitement, au transport et à la diffusion de l'information au sein d'une organisation)

Sicav

Société d'investissement à capital variable

Sida

Syndrome d'immunodéficience acquise

SIGR

Système d'Information de la Gestion du Risque

SIH

Système d'Information Hospitalier

SIH

Syndicat Inter-Hospitalier

SIOS

Schémas Interrégionaux d'Organisation Sanitaire

Sirene

Système informatique pour le répertoire des entreprises et des établissements

Siret

Numéro d'identification professionnelle de l'établissement

Sirocco

Système informationnel des résultats des organismes pour centralisation et consolidation

SIRP

Système d'Information des Risques Professionnels - branche AT/MP

SIS

Système d'information de santé partagée

Sisprefal

Système d'information statistiques des prestations familiales et de logement

Siva

Système d'information vieillesse agricole

SLI

Section Locale Interministérielle

SLM

Section Locale Mutualiste

Smic

Salaire minimum interprofessionnel de croissance

SML

Syndicat des Médecins Libéraux

SMRI

Service médical rendu insuffisant (Voir définition SMR)

SMUR

Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation

SNARM

Syndicat National des Assistants de Régulation Médicale

SNC

Société en Nom Collectif

SNDM

Système National de Données Mutualistes

SNGC

Système National de Gestion des Carrières de la Cnav (Caisse nationale de l'assurance vieillesse)

SNGI

Système National de Gestion des Identifiants

Sniam

Schéma national informatique de l'Assurance maladie

SNIL

Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

SNIR-AM - système national d'informations inter-régimes de l'Assurance Maladie

Les régimes de l'assurance maladie ont décidé de la mise en oeuvre du dispositif visant à créer le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie à vocation décisionnelle conformément à l'article L 161-28-1 du code de la Sécurité Sociale.

L'objectif du SNIIR-AM est de mettre à disposition, en fonction de l'habilitation des utilisateurs autorisés, des caisses des différents régimes d'assurance maladie, des unions régionales des caisses de l'assurance maladie, de l'Etat, des prestataires de soin et de leurs instances et de toute personne physique ou morale autorisée, des informations médico-économiques fiables, qui préservent la confidentialité des données relatives aux bénéficiaires de soins, pour :

- assurer une meilleure connaissance des dépenses de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par circonscription géographique, par nature de dépenses, par catégorie de professionnels responsables de ces dépenses et par professionnel ou établissement ;
- transmettre aux prestataires de soins des informations pertinentes relatives à leur activité et leurs recettes et, s'il y a lieu, à leurs prescriptions ;
- contribuer à un meilleur pilotage de la gestion de l'assurance maladie en fonction des responsabilités de chacun. Ce système devra permettre, sous la responsabilité de chaque caisse nationale pour les données qui la concerne et pour les missions qui sont les siennes :
- une meilleure connaissance de la dynamique d'évolution des dépenses des régimes de l'assurance maladie pour assurer le suivi annuel et infra-annuel des objectifs macro-économiques votés par le Parlement et des objectifs déclinés dans les conventions Etat- caisses nationales ou dans les conventions avec les prestataires de soins ;
- une meilleure connaissance des parcours des bénéficiaires au sein des systèmes ambulatoire et hospitalier de soins, notamment dans le cadre des filières et réseaux de soins ;
- une meilleure connaissance du comportement des acteurs: de la personne protégée au prestataire de soins, pour contribuer à la modération des coûts et améliorer la qualité des soins, pour assurer une meilleure prévention et une meilleure prise en charge sanitaire et sociale de la population.

Le SNIIR-AM est établi à partir des données d'activité et de dépenses détaillées, individualisées et chaînées, enrichies des codages ouvrant le champ des soins de ville, des soins hospitaliers sanitaires et sociaux, publics et privés.

Il s'appuie sur un plan qualité commun à l'ensemble des régimes de l'Assurance Maladie qui assure un traitement uniforme des données, simplifie les circuits d'information et donc rationalise les coûts de fonctionnement et d'accès aux informations.

Snip

Syndicat national de l'industrie pharmaceutique. Est devenu LEEM

Snir

Système national inter régimes

SNIR-PS (Système National Inter-Régimes clientèle des Professionnels de Santé)

Le SNIR dit Professionnels est l'outil statistique de l'assurance maladie en matière de suivi de l'activité et des prescriptions des praticiens exerçant à titre libéral, ayant donné lieu à remboursement par les régimes (échappent au SNIR l'activité et les prescriptions des praticiens salariés ainsi que les consultations externes des hôpitaux publics).

Sa mise en oeuvre découle directement de l'application des textes réglementaires et conventionnels déterminant les attributions des caisses en vue de :

- l'établissement de relevés d'honoraires individuels (article L97 du Code général des impôts) ;
- la surveillance de l'application des dispositions conventionnelles (Relevé Individuel d'Activité des Praticiens) ;

- la connaissance de l'activité et des prescriptions des professionnels de santé libéraux.

Tous les régimes d'assurance maladie sont tenus de procéder au relevé des honoraires. Le SNIR vise donc à couvrir un champ d'application exhaustif. Tous les régimes transmettent leurs données au SNIR-PS, à l'exception de la Caisse des Français à l'étranger qui est exclue du champ puisque le SNIR-PS ne couvre que les professionnels de santé exerçant sur le territoire français.

Les risques concernés comprennent les risques maladie, maternité et accidents du travail (à l'exclusion des indemnités journalières pour le risque maternité). Le système recueille pour chaque praticien et pour chaque auxiliaire médical des caractéristiques individuelles (âge, sexe, mode d'exercice), les dénombrements d'actes effectués, les prescriptions et les honoraires. L'activité des professionnels de santé est appréhendée à travers un certain nombre de postes caractéristiques : l'activité proprement dite est décrite à l'aide des lettres-clés ; les prescriptions des médecins et dentistes ne concernent actuellement que quatre postes (pharmacie, AMM, B et IJ) ; les honoraires inscrits sur les feuilles de soins sont recueillis et ventilés en trois postes (honoraires, dépassements et frais de déplacement). Toutes ces informations sont récapitulées sur un compte individuel, reflet de l'activité du praticien pour l'année concernée.

Le SNIR présente un certain nombre de limitations :

- il est encore en encaissements/décaissements ;
- la quantité d'informations fournies par les autres régimes à la CNAMTS est dans certains cas insuffisante (honoraires seulement) et la CNAMTS n'a pas la possibilité de contrôler la qualité des données en provenance de ces régimes ;
- l'identification des praticiens n'est pas toujours assurée ;
- l'exhaustivité de la couverture de l'activité ambulatoire doit être recherchée ;
- le fichier SNIR est chargé trimestriellement.

Les résultats sont publiés par la CNAMTS.

SNIREP

Systeme National Inter-Régimes Établissements Privés

SNJMG

Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

SNMKR

Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs

SNPDOSS

Site du Syndicat National du Personnel de Direction des Organismes de Sécurité sociale (CFE-CGC).

SNRE

Structure Nationale de Régulation de la production

SNSP

Systeme National des Statistiques des Prestataires (CNAV)

Société de personnes

Dans le monde de l'économie sociale, on parle de société de personnes à but non lucratif en opposition aux sociétés commerciales de capitaux.

Soins ambulatoires

Soins des médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires et cures thermales.

SPG

Régime de préférences généralisées

Spirale

Suivi post professionnel individuel des travailleurs exposés à l'amiante mis en place par le Cetaf (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé)

SPRH

Schéma Prospectif des Ressources Humaines

SREPS

Schéma régional d'éducation pour la santé

Sroms

Schéma régional d'organisation médico-social

SROS

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (outil d'organisation de l'offre de soins hospitalière et médicosociale).

SSAD

Service de Soins A Domicile

SSAM

Service de soins et d'accompagnement mutualiste

SSIAD

Services de Soins Infirmiers A Domicile

SSR

Soins de suite et de réadaptation

Staff

Système de traitement analytique des frais de fonctionnement

Star

Système de tarification des accidents et rentes

Stefie

Logiciel d'aide à l'analyse médico-économique et financière des cliniques privées

Stetossa

Syndicat national de l'encadrement et des techniciens des organismes de Sécurité sociale

Sumer

Surveillance médicale des risques professionnels

Survivo

Surveillance des infections du site opératoire

Susi

Suivi de l'utilisation du système d'information

Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique (SNIP)

Le Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique fédère 258 laboratoires pharmaceutiques opérant en France : laboratoires à capitaux français et filiales des sociétés étrangères implantées en France. Il définit et conduit la politique générale de la profession. Interface entre les laboratoires pharmaceutiques basés en France et les autres acteurs du secteur de la santé, le SNIP participe à diverses commissions : Commission d'autorisation de mise sur le marché, Commission de transparence, Commission de contrôle de la publicité et de la diffusion des recommandations sur le bon usage du médicament, Commission de la pharmacovigilance, Commission nationale de la pharmacopée, Conseil supérieur de la pharmacie,

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. Le SNIP entretient également des relations avec les organisations professionnelles pharmaceutiques étrangères et les grandes organisations internationales dans le domaine de la santé.

Synergie

Système de numérisation et de reconnaissance pour la gestion des informations électroniques

Synerpa

Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées

Syngof

Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France

Système informatique comptable (ou domaine comptable)

Au sens de la réglementation CFCI : Le domaine comptable comprend les données concourant directement à la constitution d'une écriture comptable ou à la justification d'un événement ou d'une situation transcrite dans les livres, registres, documents pièces et déclarations contrôlés par l'administration.

Système informatique de gestion (ou domaine de gestion)

Au sens de la réglementation CFCI : Le domaine de gestion inclut les données concourant indirectement à la constitution d'une écriture comptable ou à la justification d'un événement ou d'une situation transcrite dans les livres, registres, documents pièces et déclarations contrôlés par l'administration.

Système informatisé (ou Système informatique)

Au sens de la réglementation CFCI : Combinaison de ressources matérielles et de programmes informatiques permettant : - l'acquisition d'informations, selon une forme conventionnelle, - le traitement de ces informations, - la restitution de données ou de résultats, sous différentes formes

T

TA

Code norme s'appliquant aux transports sanitaires et taxis

TAA ou T2A

Tarifification à l'activité

Tac

Technicien agence comptable

Tam tam

Trajectoire avec alternance et modularité pour le technicien de l'assurance maladie

Tandem

Traitement des analyses des dépenses mensuelles. Refonte de la chaîne VAD.

TAPR

Système informatisé Tarification Prévention

Tarif de convention (TC)

Tarif de référence de la Sécurité sociale appliqué aux consultations médicales. Le taux de remboursement de la Sécurité sociale est calculé à partir de ce tarif.

Tarif de responsabilité de la Sécurité sociale (TRSS)

Il s'agit de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Pour les consultations de médecins conventionnés, le TRSS est le tarif de convention (TC). Ce tarif sert souvent à exprimer en pourcentage le niveau de prise en charge de l'optique dans les complémentaires santé.

Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)

Certains groupes de médicaments sont remboursés par la Sécurité sociale sur la base du prix moyen de leur générique, la différence étant à la charge de l'assuré social.

Tarifification à l'acte

Selon ce principe, chaque prestation fait l'objet d'une facturation à l'acte. Le tarif conventionnel fixe la valeur unitaire des lettres-clés qui déterminent le pouvoir d'achat de chaque acte.

Tass

Tribunal des affaires de Sécurité sociale

Taxes affectées

La branche maladie est la première bénéficiaire des taxes affectées. Ces dernières ont quatre objectifs :

- un objectif financier ;
- un objectif d'internalisation du risque lié à certains comportements ;
- un objectif de prévention ;
- un objectif de réduction de l'offre.

Les taxes affectées à l'assurance maladie sont constituées par :

- la cotisation sur les primes d'assurance automobile (ordonnance du 21 août 1967)
- la cotisation sur les boissons alcoolisées (loi du 29 janvier 1983)
- la contribution due par les laboratoires sur leurs dépenses de publicité (loi du 29 janvier 1983)
- la contribution due par les grossistes répartiteurs et les laboratoires sur leurs ventes (loi du 12 avril 1996)
- la taxe additionnelle sur les ventes directes des laboratoires (LFSS 1997)
- l'affectation des droits de consommation sur les tabacs (LFSS 1997)
- l'affectation des droits de consommation sur les alcools (LFSS 1997)
- la taxe sur les Premix (LFSS 1997)
- la clause de sauvegarde (LFSS 1999)

Le montant des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale est présenté dans les comptes de la sécurité sociale.

TBRMO

Tableaux de Bord de suivi des R.M.O. (Références Médicales Opposables)

TBSB

Tableaux de Bord de Suivi du codage Biologie

TBSOC

Tableau de Bord de Suivi des Objectifs Conventionnels

TBSP

Tableau de Bord de Suivi du Codage de la Pharmacie

TBST

Tableau de Bord de Suivi Tarifaire (application concernant les dépassements des médecins)

TCA

Taxe sur les conventions d'assurance. On parle également de TCA ou taxe spéciale sur les conventions d'assurance.

TCI

Tribunaux du Contentieux de l'Incapacité

TDAPSL

Tableau de Démographie et de l'Activité des Professionnels de Santé Libéraux

TDR

Tests de Détection Rapide angine

TDS

Transfert de Données Sociales

TEE

Titre Emploi-Entreprise

Tepa

Loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (dite loi Tepa)

Tes

Titre emploi service

Tesa

Titre emploi simplifié agricole (MSA)

Tese

Titre emploi service entreprise

TFR

Tarif Forfaitaire de Responsabilité

Tic

Technologies de l'information et de la communication

Ticket Modérateur (TM)

Il représente la part de la dépense non prise en charge par la Sécurité sociale. Son montant reste à la charge de l'assuré, après remboursement de la Sécurité sociale. Il peut être pris en charge par une complémentaire santé.

Tiers payant

Le tiers payant dispense l'assuré social d'avancer des frais de santé qui sont remboursés par la Sécurité sociale. Synonyme : dispense d'avance de frais.

TIPS

Tarif interministériel des prestations sanitaires

TMF

Ticket modérateur forfaitaire

TMS

Trouble Musculo-Squelettique (première maladie professionnelle en nombre)

TNB

Table Nationale de Biologie

TNS

Travailleur Non Salarié

Tocsin

Traitement des ouvertures de crédits et suivis de l'informatique nationale (Cnamts)

TP

Tiers-Payant

Trace

Trajet d'accès à l'emploi

Transparence (Commission de la)

La Commission de la Transparence a pour mission de fournir, notamment aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité Sociale, un avis sur l'intérêt d'un médicament en le comparant aux médicaments existants.

Elle évalue les produits pour lesquels une inscription sur la liste des spécialités remboursables ou un agrément aux collectivités publiques (achat par les hôpitaux) sont demandés (articles L.5123-2 et L.5123-3 du CSP). Elle apprécie le service médical rendu (SMR) et l'amélioration du service médical rendu (ASMR), publie des recommandations de bon usage du médicament et donne un avis sur le taux de remboursement.

Le dossier est ensuite transmis au Comité économique des produits de santé.

La Commission de la Transparence comprend des personnalités choisies en raison de leurs compétences dans le domaine du médicament, des représentants des 3 caisses nationales d'assurance maladie et des ministères en charge de la Santé et de la Sécurité Sociale, le directeur de l'AFSSAPS ainsi qu'un représentant des organisations syndicales les plus représentatives des laboratoires pharmaceutiques.

Le secrétariat de la Commission de la Transparence a été confié par la loi du 4 janvier 1993 à l'Agence du Médicament (aujourd'hui AFSSAPS).

Les avis de la Commission de la Transparence sont publiés au Bulletin Officiel après publication au Journal Officiel de l'arrêté d'inscription. Les fiches de transparence sont diffusées aux praticiens libéraux et publiées annuellement.

Tress

Training and reporting on european social security - réseau

Tsap

Tableaux statistiques d'activité des praticiens. Est remplacé par RIAP (Relevé Individuel d'Activité et de Prescription médecin)

U

Ucamf

Union de coordination des activités d'assurance maladie de la Mutualité Française

UCANSS

Union des Caisses Nationales de Sécurité sociale

UCCMA

Union des Caisses Centrales de la Mutualité Agricole

UCSA

Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

UD

Unions Départementales de la Mutualité Française

UDAF

Union départementale des associations familiales

UE

Union Européenne

UEMASS

Union Européenne de Médecine d'Assurance et de Sécurité sociale

UEPS

Union européenne des pharmacies sociales

UFSBD

Union française pour la santé bucco-dentaire

UGA

Unité de Gestion Administrative

Ugecam

Union pour la gestion des établissements de l'assurance maladie

Ugem

Union générale des employeurs mutualistes

UGM

Union de Groupe Mutualiste

UIOSS

Union Immobilière des Organismes de Sécurité sociale

UJCD

Union des Jeunes Chirurgiens Dentistes

UMESPE

Union nationale des médecins spécialistes confédérés

UMG

Union Mutualiste de Groupe

UMR

Union mutualiste de réassurance

UNA

Union nationale de l'aide

UNADMR

Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural

UNAF

Union nationale des associations familiales

UNAFORMEC

L'Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluation Continues

UNAMUPOS

Union nationale des mutuelles du personnel des organismes sociaux

UNAPEI

Union nationale des associations de parents et d'amis de personnes handicapées mentales

UNASSAD

Union nationale des associations de soins et services à domicile, devient UNA

UNCAM

Union nationale des caisses d'assurance maladie

UNCCAS

Union de Coordination des Centres Communaux et intercommunaux d'Action Sociale

UNCCMA

Union des Caisses Centrales de la Mutualité Agricole

UNEMH

Union Nationale des Etablissements Mutualistes d'Hospitalisation

Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)

L'UNCAM est une nouvelle instance créée dans le cadre de la réforme de l'Assurance Maladie. Elle regroupe les trois principaux régimes d'assurance maladie (CNAMTS, CANAM et MSA) et a la responsabilité : De la fixation et de la modification du taux de participation de l'assurée sur les médicaments; De la décision relative à l'inscription au remboursement des actes et prestations; Des orientations relatives à la négociation des accords conventionnels.

L'UNCAM a également un rôle de consultation de l'UNOCAM, des professionnels de santé et de la Haute Autorité de Santé.

Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie complémentaire (UNOCAM)

L'UNOCAM est une instance de concertation composée de représentants de mutuelles, de compagnies d'assurances, d'institutions de prévoyance et du régime complémentaire d'Alsace-Moselle. Le rôle de l'UNOCAM est d'organiser la participation des régimes complémentaires à la régulation des dépenses de santé et au pilotage du système en : Emettant des avis sur les propositions de décisions de L'UNCAM relatives à l'admission au remboursement d'actes et prestations médicaux ou au niveau de la participation des assurés; Se concertant avec l'UNCAM sur les relations avec les professionnels de santé pour négocier et même signer des accords; Déterminant avec l'UNCAM les actions communes en matière de gestion du risque. L'UNOCAM est représentée au CEPS et à l'Institut des Données de Santé (IDS).

UNIOPSS

Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

UNMA

L'Union nationale des mutuelles de l'agriculture

UNMBTP

L'Union nationale des mutuelles du bâtiment et des travaux publics

UNME

Union Nationale des Mutuelles d'Entreprise

UNML

Union Nationale des Médecins Libéraux. Intersyndicale de MG France, FMF, Espace Généraliste, et l'Union Collégiale des Chirurgiens, Médecins, et Spécialistes Français

UNMPAPH

Union nationale mutualiste personnes âgées – personnes handicapées

UNMTI

Union nationale des mutuelles de travailleurs indépendants

UNOAMC

Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires

Unocam

Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie.

UNOF

Union nationale des omnipraticiens français (fait partie de la CSMF)

UNOM

Union nationale des opticiens mutualistes

UNPF

Union Nationale des Pharmacies de France. Syndicat représentatif au plan national de la pharmacie d'officine.

UNPMF

Union nationale de la prévoyance mutualiste

UNPS

Union nationale des professions de santé

UNRMF

Union Nationale de Réassurance de la Mutualité Française

UNRS

Union National des Régimes Spéciaux

UNSA

Union nationale des syndicats autonomes

UNSAM

Union nationale des services ambulatoires mutualistes

UNSDM

Union Nationale des Services Dentaires Mutualistes

UNSMKL

Union Nationale des Syndicats des Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux (regroupe Objectif Kiné et le SNMKR)

UNSS

Union Nationale des Sports Scolaires

UNSSF

Union Nationale et Syndicale de Sages-femmes

UNV

Unités neuro_vasculaires

UPATOU

Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

UR

Unions Régionales de la Mutualité Française

Urcam

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.

Urcam (Union régionale des caisses d'assurance maladie)

Créées par l'ordonnance du 24 avril 1996, les Urcam rassemblent les caisses des régimes de base d'assurance maladie ayant une représentation territoriale sur la région considérée.

L'Urcam est chargée de définir dans son ressort territorial une politique commune de gestion du risque, notamment dans le domaine des dépenses de soins de ville et de veiller à sa mise en oeuvre. A cette fin, elle détermine les actions prioritaires à mener, émet un avis sur les plans d'action des caisses des différents régimes, procède à leur suivi et à leur évaluation.

Elle peut être chargée de la mise en oeuvre dans le cadre régional des dispositifs de régulation prévus par la convention.

L'Urcam contribue également à la mise en oeuvre des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional.

Enfin, elle peut mener avec les URML toutes les études utiles à la mise en oeuvre de ses attributions, notamment en matière d'évaluation des besoins médicaux, des comportements et des pratiques professionnelles et d'organisation et de régulation du système de santé.

L'ensemble des actions découlant de ces missions est formalisé dans le Plan Régional de l'Assurance Maladie. Une circulaire inter-régimes, en date du 24 mars 1999, en fixe le cadre. Ce plan est voté chaque année par le conseil d'administration de l'Urcam après avis de la conférence des présidents des caisses membres de l'Union. L'Urcam dispose du concours de l'Echelon Régional du Service Médical du régime général et coordonne l'activité des services médicaux de l'ensemble des régimes d'assurance maladie. L' Urcam disparaît au profit des ARS.

URML / UPML (Union Régionale des Médecins Libéraux / Union Professionnelle des Médecins Libéraux)

Les URML ou UPML ont été créées, dans chaque région, par la loi n°93-8 du 4 janvier 1993, précisée par le décret du 14 décembre 1993 modifié par le décret du 8 avril 1997. Ces Unions, dont les membres sont élus pour 6 ans par l'ensemble des médecins libéraux de la région, sont des organismes de droit privé qui doivent contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

Financées par une contribution obligatoire versée par chaque médecin exerçant à titre libéral en activité dans le régime conventionnel, elles assument les missions suivantes :

- réalisation d'études relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des soins médicaux ;
- évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins ;
- organisation et régulation du système de santé ;
- participation à la prévention et à des actions de santé publique ;
- coordination avec les autres professionnels de santé ;
- information et formation des médecins et usagers.

La LFSS 1999 du 23 décembre 1998 a complété ces missions : d'une part, les URML contribuent, en liaison avec l'ANAES, à l'information des médecins libéraux sur leurs pratiques et organisent des actions d'évaluation des pratiques médicales en recourant à des médecins habilités par l'ANAES ; d'autre part, elles établissent chaque trimestre, avec le concours de l'URCAM, une analyse de l'évolution des dépenses médicales à destination des médecins libéraux de leur ressort et de l'Etat.

URPS

Union Régionale des Professionnels de Santé (création de la loi HPST)

URSSAF

Union pour le recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales

URSSM

Union Régionale de Sociétés de Secours Minières

USEM

Union nationale des sociétés étudiantes mutualistes régionales

USLD

Unités de Soins de Longue Durée

USP

Unité de Soins Palliatifs

USPO

Union des syndicats de pharmaciens d'officine représentative des pharmaciens titulaires d'officine

UT

Union Territoriale (anciennement UD)

UTM

Union Technique de la Mutualité (UTM)

V**VADEMECAF**

Valoriser les Acquis DE base du MEtier de technicien-conseil CAF. Diplôme de technicien branche famille.

VHB et VHC

Virus de l'Hépatite B et de l'Hépatite C

Vignettes

Etiquettes de couleur apposées sur les boîtes des médicaments sur lesquelles figure le prix et dont la couleur détermine le taux de remboursement. Vignettes blanches: médicaments pris en charge à 65% par la Sécurité sociale. Vignettes bleues: médicaments pris en charge à 35% par la Sécurité sociale.

VIH

Virus de l'Immunodéficience Humaine

VIM

Volet d'informations médicales

VITALE

Carte électronique de l'assuré social.

VLU

Versement en Lieu Unique

VMMD

Visite Majoration Maintien à Domicile

VSL

Véhicule Sanitaire Léger

W

WATT

Workflow d'assistance aux tâches techniques (Urssaf)

X

X-Medi@m

Extranet de l'Assurance maladie

Z

ZEE

Zone économique exclusive

ZFU

Zone Franche Urbaine

ZRR

Zone de Revitalisation Rurale

ZRU

Zone de Redynamisation Urbaine

ZUP

Zone d'urbanisation prioritaire

€

€ constants

Afin de rendre comparables des données relatives à des années différentes, l'effet de l'inflation est éliminé en appliquant l'indice des prix de l'INSEE.

€ courants

Chiffres exprimés dans la monnaie de l'année.