



Rapport d'activité 2012

24 avril 2013

Sommaire

Avant-propos	4
Introduction	8
Missions	12
Membres	16
Gouvernance	18
Equipe	22
Avis officiels	24
Propositions	30
Négociations conventionnelles	34
Comité économique des produits de santé	40
Institut des données santé	44
Agences régionales de santé	48
Conférence nationale de santé	52
Communication	54

Avant-propos

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu la création de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) et le champ de ses missions. Fondée en mai 2005 sous la forme d'une association (loi 1901), l'UNOCAM a vu ses compétences renforcées et étendues progressivement, notamment par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, ainsi que par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

L'UNOCAM regroupe les opérateurs en assurance maladie complémentaire, qu'il s'agisse des mutuelles, des entreprises d'assurances, des institutions de prévoyance ou du régime local d'Alsace-Moselle. De gouvernance et de modèle économique divers, les organismes complémentaires d'assurance maladie ont en commun d'assurer la prise en charge, à titre individuel ou collectif (par l'intermédiaire d'une entreprise ou d'une association), pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais de santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

Les organismes complémentaires d'assurance maladie ont couvert 13,7% de la consommation de soins et de biens médicaux en 2011, contre 13,5% en 2010¹. Leur financement a atteint 24,6 milliards d'euros en 2011.

L'UNOCAM permet notamment à l'assurance maladie complémentaire d'exprimer son point de vue sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale et les projets de décrets et d'arrêtés relatifs à l'assurance maladie, d'être associée aux négociations conventionnelles si elle le souhaite, ainsi que de participer à la fixation des prix ou des tarifs des produits de santé.

En 2012, pour la première fois depuis sa création, l'UNOCAM a choisi d'user pleinement des facultés dont elle dispose, de par la loi, en matière conventionnelle. L'UNOCAM a décidé de signer ses trois premiers accords conventionnels : d'abord l'avenant n° 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, signé le 9 mai 2012 et publié au Journal Officiel le 31 juillet 2012 ; ensuite la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, dont l'acte d'adhésion, signé le 16 mai 2012, a

¹ Comptes nationaux de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 14 décembre 2012.

été publié au Journal Officiel le 9 janvier 2013 ; enfin l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux, signé le 25 octobre 2012 et publié au Journal Officiel le 7 décembre 2012. Au premier trimestre 2013, l'UNOCAM est devenue signataire de deux autres textes : l'avenant n° 1 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine le 10 janvier 2013 et l'avenant n° 9 à la convention nationale des médecins libéraux le 22 mars 2013. Enfin, en date du 24 avril 2013, le Conseil de l'UNOCAM a mandaté son Président pour signer l'avenant à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine actualisant le dispositif de rémunération sur objectifs.

Devenir un partenaire conventionnel, pour l'UNOCAM, c'était d'une part faire le choix d'une relation privilégiée avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), même si un tel objectif doit être partagé pour pouvoir être atteint. Or, entre unions de financeurs, l'UNOCAM déplore que l'équilibre soit toujours précaire et peu coopératif. Devenir un partenaire conventionnel, pour l'UNOCAM, c'était d'autre part passer du commentaire sur les politiques conventionnelles à la participation à la vie même de ces dispositifs, présents et à venir.

Dans un contexte quelquefois délicat, l'UNOCAM a donc fait le choix du partenariat et celui de la responsabilité. Sa signature n'emportait pas une adhésion inconditionnelle aux dispositifs conventionnels ; elle signifiait que l'UNOCAM entendait peser sur leur conception, leur déploiement et à terme leurs évolutions. Devenir un partenaire conventionnel, pour l'UNOCAM, c'était avoir l'ambition d'être davantage associée à la préparation et à la conduite des négociations conventionnelles ultérieures, notamment en participant aux travaux des commissions paritaires nationales. Naturellement, cette ambition oblige l'UNOCAM à faire évoluer ses méthodes de travail et à continuer de renforcer son expertise.

En étant attentive au respect de l'intérêt de chacun de ses membres, l'UNOCAM agit finalement dans l'intérêt de toutes les personnes protégées, soit 94 % de la population².

Décidé en octobre 2010 et concrétisé courant 2011, l'engagement des membres de l'UNOCAM sur un sujet aussi sensible que l'amélioration de la lisibilité des garanties en est une première illustration. Sa mise en œuvre, dans des conditions très encourageantes, a fait l'objet d'une première évaluation, rendue publique le 5 mars 2012. Le dépliant « *Complémentaire santé, 3 clés pour bien choisir* » a été conçu en 2012 et diffusé début 2013. Ces différents travaux ont fait l'objet d'échanges féconds avec les associations de malades, d'usagers du système de santé et de consommateurs.

La prise de position de l'assurance maladie complémentaire en faveur de la régulation des dépassements d'honoraires en est une seconde illustration.

² Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Enquête « *Santé et protection sociale* » de 2008.

L'UNOCAM a refusé la création, à n'importe quelles conditions, du « *secteur optionnel* » pour les spécialités de plateaux techniques lourds (chirurgie, anesthésie-réanimation et gynécologie-obstétrique), notamment sans engagement de la part des pouvoirs publics quant au respect de l'ensemble des stipulations du protocole d'accord signé le 15 octobre 2009. En revanche, l'UNOCAM a approuvé l'instauration du « *contrat d'accès aux soins* » par l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux, signé le 25 octobre 2012 et publié au Journal Officiel le 7 décembre 2012. Le « *contrat d'accès aux soins* » fait le pari de réduire les dépassements d'honoraires en valeur absolue, à la faveur d'une augmentation progressive des tarifs opposables.

Les organismes complémentaires d'assurance maladie contribuent à la solidarité nationale. D'une part, ils restent les principaux financeurs de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide à la complémentaire santé, dont le nombre de bénéficiaires est en constante augmentation. Une taxe de 6,27 % sur leur chiffre d'affaires en santé abonde le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (dit « *Fonds CMU* »), qui est chargé du versement de ces aides. D'autre part, une proportion croissante de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire choisit d'être prise en charge par un organisme complémentaire d'assurance maladie plutôt que par une caisse d'assurance maladie. Ils étaient 15,7% des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire à choisir la gestion par un organisme complémentaire d'assurance maladie en 2011, contre 13,3% en 2007, soit une augmentation de 2,4 points en quatre ans³.

Les membres de l'UNOCAM sont conscients de leur responsabilité. L'UNOCAM connaît les attentes dont elle est l'objet. Elle continuera en 2013 de travailler concrètement au service de l'intérêt collectif. C'est notre engagement et c'est même notre éthique.

Fabrice HENRY
Président de l'UNOCAM

³ Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, Rapport d'activité 2011, 31 mai 2012.

Introduction

La volonté de partager ensemble, entre fédérations de l'assurance maladie complémentaire

Pour la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), le régime local d'Alsace-Moselle, le Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA) et la Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM), l'UNOCAM est un lieu d'échanges et de concertation. Dans ce lieu, les responsables des fédérations et leurs collaborateurs travaillent au quotidien à l'élaboration de prises de positions et à la formulation de propositions consensuelles portant aussi bien sur les politiques conventionnelles, le prix des produits de santé que sur l'accès partagé aux données du remboursement. Offrir un cadre de discussions et de travail qui favorise l'innovation, la recherche de l'efficacité et la défense de l'intérêt collectif, c'est une originalité, au regard des nombreux cloisonnements et situations de blocage qui caractérisent aujourd'hui le système de santé et de protection sociale.

L'UNOCAM inscrit son action dans la durée. Elle est force de propositions dans le débat public et porteuse de projets alternatifs. Ce parti pris s'est notamment illustré en 2012 dans les domaines suivants : évaluation de la mise en œuvre par les organismes complémentaires d'assurance maladie des recommandations de l'UNOCAM sur la lisibilité des garanties, propositions au sein du Comité économique des produits de santé, promotion des travaux de l'Institut des données de santé et engagement en faveur de sa pérennisation, engagements concrets en faveur de la régulation des dépassements d'honoraires médicaux.

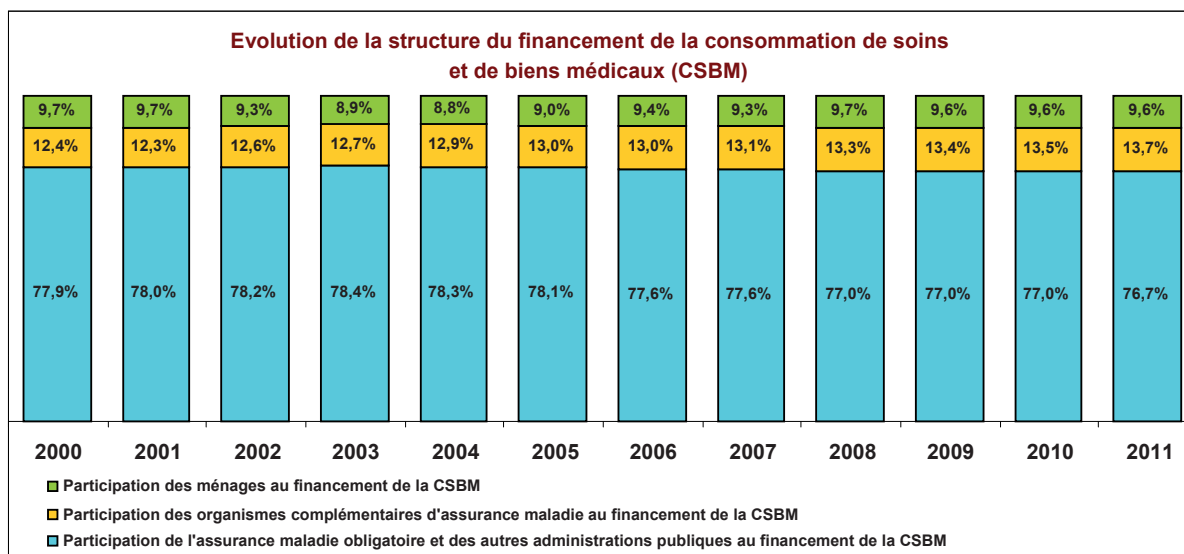
La volonté de travailler ensemble, avec l'assurance maladie obligatoire

La part de l'assurance maladie obligatoire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux est passée de 77,9% en 2000 à 76,7% en 2011, soit une baisse de 1,2 point⁴. En onze ans, la part de l'assurance maladie complémentaire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux est passée, quant à elle, de 12,4% à 13,7%, soit une hausse de 1,3 point⁵. En conséquence, le reste à charge direct des ménages rapporté à la consommation

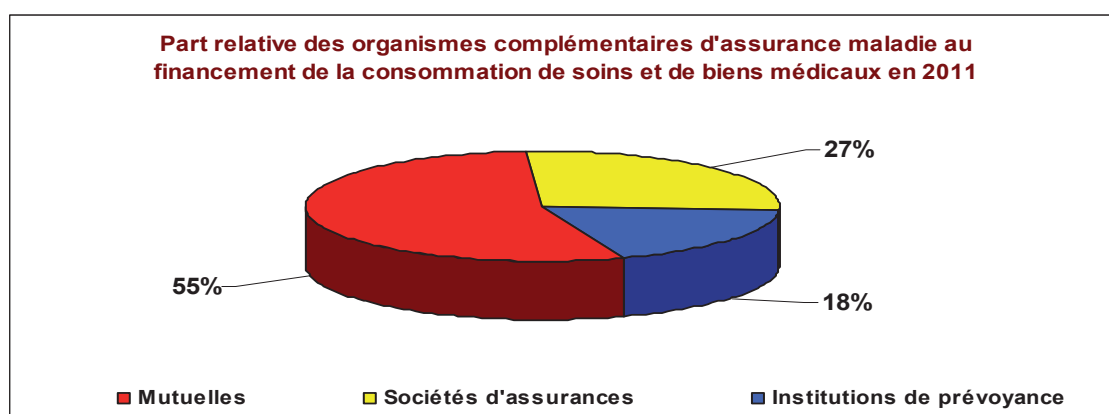
⁴ Comptes nationaux de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 14 décembre 2012.

⁵ *Ibidem*.

de soins et de biens médicaux est passé de 9,7% à 9,6% entre 2000 et 2011, soit une baisse de 0,1 point⁶. Le reste à charge direct des ménages a connu néanmoins une évolution heurtée sur la séquence considérée, d'une part à cause des vagues successives de déremboursement de médicaments et d'autre part en raison de l'introduction des contributions forfaitaires et des franchises qui ne peuvent pas être prises en charge par les organismes complémentaires d'assurance dans le cadre des contrats solidaires et responsables⁷.



Les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance représentent respectivement 55%, 27% et 18% de la part de l'assurance maladie complémentaire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux en 2011⁸.



⁶ *Ibidem.*

⁷ Définis à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les contrats solidaires et responsables doivent respecter certaines obligations et interdictions de prises en charge, en contrepartie de quoi ils sont censés bénéficier d'un régime fiscal favorable. Néanmoins, cet avantage fiscal a été réduit considérablement par les lois de finances initiale et rectificative pour 2011.

⁸ Comptes nationaux de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 14 décembre 2012.

Pour l'UNOCAM, assurances maladie obligatoire et complémentaire sont par nature liées. L'UNOCAM s'est ainsi toujours efforcée à nouer des relations partenariales avec l'assurance maladie obligatoire. Avec constance, elle a souhaité instaurer avec l'UNCAM une méthode de travail fondée sur la concertation entre unions de financeurs et qui respecte naturellement les prérogatives du service public.

En 2012, l'organisation de réunions de travail bilatérales entre l'UNCAM et l'UNOCAM est devenue presque systématique avant l'ouverture officielle des négociations conventionnelles tripartites, voire aux moments décisifs de celles-ci. Toutefois, ces réunions de travail bilatérales ne participent pas d'une véritable concertation entre unions de financeurs, en amont des négociations avec les professions libérales de santé. L'information dont dispose l'UNOCAM reste insuffisante. D'importants progrès sont donc à réaliser.

En 2012, l'UNOCAM a décidé de signer ses trois premiers accords conventionnels. Sa participation aux commissions paritaires nationales des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens titulaires d'officine puis des médecins libéraux devrait permettre à l'assurance maladie complémentaire d'être associée davantage, le plus en amont possible, aux travaux de l'assurance maladie obligatoire et à la vie conventionnelle.

En 2011 et 2012, les organismes complémentaires d'assurance maladie ont fait l'objet de critiques. Celles-ci avaient visé à justifier notamment, auprès de l'opinion, une nouvelle augmentation, à effet du 1^{er} octobre 2011, de la taxe spéciale sur les activités d'assurance pesant sur les contrats de complémentaire santé, pour un montant représentant en année pleine 1,2 milliard d'euros, faisant suite à une première hausse de 1 milliard d'euros à effet du 1^{er} janvier 2011. Les adhérents et assurés ont supporté pleinement le coût de cette taxe sur l'exercice 2012.

Ces critiques se sont traduites aussi, en 2012, par de nouvelles contraintes pour les organismes complémentaires d'assurance maladie :

- Pour les praticiens de secteur 2 des trois spécialités de plateaux techniques lourds, les pouvoirs publics se sont donné la possibilité de créer en 2012 un succédané de « *secteur optionnel* » par voie réglementaire en dévoyant un dispositif conventionnel sans grande portée : l'« *option de coordination* ». Les pouvoirs publics ont même prévu de rendre obligatoire le remboursement des dépassements d'honoraires ainsi plafonnés à 50 % sur les actes techniques des spécialités chirurgicales, dans le cadre des contrats solidaires et responsables proposés par les organismes complémentaires d'assurance maladie (cf. article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012).
- Ils ont décidé de labelliser certains contrats d'assurance complémentaires santé à l'attention des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (cf. article 55).

- Les mutuelles, les entreprises d'assurance et les institutions de prévoyance se sont vues contraintes d'informer chaque année leurs adhérents ou assurés sur leurs frais de gestion, suivant une méthodologie assez peu compréhensible pour les usagers du système de santé (cf. article 10).

La plupart de ces contraintes ont été allégées en cours d'année :

- Certes, le décret n° 2012-386 du 21 mars 2012 et l'arrêté du 21 mars 2012, publiés au Journal Officiel du 22 mars 2012, ont été pris en application de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Toutefois, l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a abrogé cette disposition législative et l'UNOCAM a été saisie, en date du 18 janvier 2013, d'un projet du gouvernement visant à retirer ces textes réglementaires.
- La négociation entre la Direction de la Sécurité sociale, le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (dit « *Fonds CMU* ») et l'UNOCAM, relative à la labellisation de certains contrats d'assurance maladie complémentaires à l'attention des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé, n'a pas avancé en 2012. Les fédérations qui constituent l'UNOCAM souhaitent favoriser le développement de l'aide à la complémentaire santé, mais elles sont réservées devant une approche administrative qui définirait une garantie-type ou un contrat-repère. Pour l'UNOCAM, le terme de « *labellisation* » désigne un processus, pas un produit. Ce processus doit décrire une série de critères que des garanties et des contrats très divers peuvent respecter. Si une approche trop administrative devait prévaloir, le coût de l'assistance aux ménages les plus précaires et les plus démunis risquerait d'être supporté tout particulièrement par les classes moyennes.
- L'arrêté du 17 septembre 2012, publié au Journal Officiel du 4 mai 2012, a précisé les modalités de communication, par les organismes complémentaires d'assurance maladie, du montant et de la composition de leurs frais de gestion et d'acquisition. Mais la date d'effet de cette obligation nouvelle a été reportée par l'arrêté du 26 novembre 2012, publié au Journal Officiel du 5 octobre 2012, à une échéance plus raisonnable : celle des contrats et règlements souscrits ou renouvelés après le 31 décembre 2013.

Missions

Un lieu d'échanges et de propositions

L'UNOCAM est un lieu d'échanges et une instance de concertation, au sein de laquelle les différentes familles d'organismes complémentaires d'assurance maladie - mutuelles, entreprises d'assurances et institutions de prévoyance - peuvent, sur un diagnostic partagé, construire des positions communes sur le système de santé et d'assurance maladie.

L'UNOCAM est en outre un lieu favorisant les échanges avec l'assurance maladie obligatoire. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie la charge d'examiner avec l'UNCAM les programmes annuels de négociations avec les professionnels de santé et de déterminer avec elle des actions de gestion du risque (cf. article L. 182-3 du code de la sécurité sociale). Toutefois, l'UNOCAM constate à regret que ces deux obligations n'ont toujours pas été satisfaites, l'UNCAM étant réticente à instaurer une relation de travail organisée entre unions de financeurs en amont de toute négociation conventionnelle. L'UNOCAM demande la mise en place d'une nouvelle méthode de travail, de nature partenariale, avec l'assurance maladie obligatoire, dans le respect des prérogatives du service public. Des avancées ont été constatées en 2012. Elles sont limitées. L'essai reste à transformer.

Pour répondre aux attentes de la population, c'est-à-dire de personnes qui sont à la fois des citoyens, des contribuables, des assurés sociaux, parfois des patients, ainsi que des adhérents ou des assurés d'organismes complémentaires d'assurance maladie, l'UNOCAM défend le droit à l'information qui devra recouvrir demain l'ensemble des dépenses de santé, et pas seulement celles remboursées par les caisses d'assurance maladie.

L'UNOCAM peut enfin demander à être auditionnée par le Conseil de l'UNCAM. Une audition a eu lieu par exemple le 12 juillet 2012. A l'occasion de cette audition, l'UNOCAM a fait connaître sa position sur les négociations conventionnelles relatives aux dépassements d'honoraires médicaux, avant que le Conseil de l'UNCAM ne délibère lui-même sur ses orientations en vue des négociations tripartites avec les syndicats représentatifs des médecins libéraux.

Une institution consultée sur les évolutions du système de santé

Obligatoirement consultée sur les projets de loi qui concernent l'assurance maladie, l'UNOCAM rend un avis « *motivé et public sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale* » (cf. article L. 182-3 du code de la sécurité sociale). Elle a été auditionnée par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale le 4 octobre 2012.

L'UNOCAM exprime le point de vue des organismes complémentaires d'assurance maladie sur les principaux textes de réforme du système de santé, en particulier sur les questions liées à son financement. Ainsi, l'UNOCAM rend tous les ans, à l'automne, au même titre que l'assurance maladie obligatoire, un avis sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), qui fixe les ressources et les dépenses des différentes branches de la Sécurité sociale pour l'année suivante.

L'UNOCAM est aussi consultée sur la fixation des taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et les conditions dans lesquelles ils peuvent être modifiés. La loi prévoit, en effet, que le montant de la participation de l'assuré social (que l'on désigne généralement sous le terme de « *ticket modérateur* ») est fixé après avis de l'UNOCAM (cf. article L. 322-2 du code de la sécurité sociale). Il s'agit de la fraction des frais de santé (honoraires, médicaments, interventions en établissement de santé, etc.), hors dépassements d'honoraires éventuels, qui reste à la charge des patients après le remboursement par l'assurance maladie obligatoire (hors exonérations prévues à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale). Lorsque le taux de remboursement de la Sécurité sociale diminue, le ticket modérateur augmente. Ce dispositif a un impact financier sur les patients, soit directement lorsque ceux-ci ne sont pas couverts par un organisme complémentaire d'assurance maladie, soit indirectement par une augmentation des cotisations qui leur sont demandées au titre de leur complémentaire santé, les organismes complémentaires d'assurance maladie remboursant le plus souvent le ticket modérateur. L'UNOCAM peut faire entendre la voix des adhérents et des assurés des organismes complémentaires d'assurance maladie, lorsqu'une modification de ce taux est envisagée, en particulier lorsque cette modification a pour conséquence d'augmenter la participation de l'assuré social. L'UNOCAM a eu l'occasion de rendre plusieurs avis sur ce sujet.

L'UNOCAM doit être consultée enfin sur toutes les modifications des règles de prise en charge des actes et des prestations de santé par la Sécurité sociale, qui sont fixées par les nomenclatures des actes et prestations remboursés (nomenclature générale des actes professionnels, classification commune des actes médicaux, etc.). Ces modifications fréquentes sont structurantes pour le fonctionnement du système de santé. Les demandes d'avis émanant de l'UNOCAM sont la source de nombreuses délibérations des instances de l'UNOCAM.

L'UNOCAM participe ponctuellement à d'autres groupes de travail⁹. Elle peut aussi être consultée de façon informelle sur des projets de textes¹⁰.

Une institution qui participe à la modernisation du système de santé

L'UNOCAM participe à la conduite du changement, dans l'objectif d'améliorer la qualité du service rendu aux adhérents et aux assurés des organismes complémentaires d'assurance maladie.

L'UNOCAM peut négocier avec les professions de santé

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (cf. article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale), l'UNOCAM doit être invitée par l'UNCAM à toutes les négociations conventionnelles avec les professions de santé.

L'UNOCAM peut négocier et signer les conventions nationales avec les professions de santé, au même titre que l'assurance maladie obligatoire. Si, à l'issue des négociations auxquelles elle a participé, l'UNOCAM refuse de conclure le texte présenté à sa signature, l'UNCAM doit en informer la Ministre des Affaires sociales et de la Santé. C'est à la Ministre que revient la décision d'approuver l'accord, le cas échéant en dépit de l'absence de signature de l'UNOCAM. Lorsque la négociation conventionnelle concerne des professions pour lesquelles le financement de l'assurance maladie obligatoire est minoritaire (ce qui est le cas pour certaines professions définies par décret : opticiens-lunetiers, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes), la Ministre doit respecter un délai de six mois avant de pouvoir approuver un texte conventionnel avec lequel l'UNOCAM serait en désaccord. A ce jour, l'UNOCAM n'a jamais eu à tenir cette position.

Depuis 2012, l'UNOCAM participe à la commission paritaire nationale des pharmaciens titulaires d'officine, des médecins libéraux et des chirurgiens-dentistes. Cette instance réunit, pour chaque profession libérale de santé, l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie complémentaire ainsi que les syndicats représentatifs de cette profession et signataires de sa convention nationale.

L'UNOCAM participe au Comité économique des produits de santé

Depuis sa création, l'UNOCAM siège au Comité économique des produits de santé avec une voix délibérative. Sa participation au sein de cette instance qui fixe les prix des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) permet de prendre en compte les intérêts des organismes complémentaires et des personnes qu'ils

⁹ L'UNOCAM a participé à la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, au sein du groupe « Santé et accès aux soins », le 10 décembre 2012.

¹⁰ En date du 14 novembre 2012, l'UNOCAM a été auditionnée par Mme Fanélie CARREY-CONTE, Rapporteuse, à l'Assemblée nationale, de la proposition de loi relative aux réseaux de soins et déposée par M. Bruno LE ROUX.

protègent. Une délégation de l'UNOCAM a été reçue par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé les 25 juin 2012 et 5 décembre 2012. Les collaborateurs de l'UNOCAM et des fédérations ont été auditionnés par la Cour des comptes sur certains dispositifs médicaux le 27 juillet 2012 et par l'Inspection générale des affaires sociales et la Direction de la Sécurité sociale sur la suppression de la vignette pharmaceutique le 18 décembre 2012.

L'UNOCAM est membre de l'Institut des données de santé

L'accès partagé aux données de santé est essentiel pour permettre de comprendre l'évolution des dépenses de santé, d'améliorer les parcours de soins et de développer des garanties adaptées aux besoins de santé de la population. C'est la raison pour laquelle les pouvoirs publics ont créé l'Institut des données de santé dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

L'UNOCAM est représentée dans les Agences régionales de santé

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a créé les Agences régionales de santé. Au sein de chaque Agence régionale de santé, une Commission régionale de gestion du risque est chargée de la préparation, du suivi et de l'évaluation du programme pluriannuel régional de gestion du risque. L'UNOCAM est représentée dans les 26 Commissions régionales de gestion du risque.

L'UNOCAM est présente à la Conférence nationale de santé

Lieu de concertation sur les questions de santé, la Conférence nationale de santé est un organisme consultatif placé auprès du Ministre chargé de la Santé. Elle permet aux acteurs du système de santé d'exprimer leurs points de vue sur les politiques de santé. L'UNOCAM est un membre actif de la Conférence nationale de santé.

Membres

L'UNOCAM est une association.

Elle est financée par les cotisations de ses membres et ne reçoit aucune subvention des administrations publiques. Son budget annuel est de 1,1 million d'euros.

Ses membres fondateurs sont :

- la **Fédération nationale de la mutualité française** (FNMF) ;
- la **Fédération française des sociétés d'assurances** (FFSA) ;
- le **Centre technique des institutions de prévoyance** (CTIP) ;
- l'instance de gestion du **régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire** des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Ses membres adhérents sont :

- le **Groupement des entreprises mutuelles d'assurances** (GEMA), qui a adhéré à l'UNOCAM en 2005 ;
- la **Fédération nationale indépendante des mutuelles** (FNIM), qui y est adhérente depuis 2008.

Par sa composition, l'UNOCAM représente tous les organismes complémentaires d'assurance maladie, dans la diversité de leur gouvernance et de leur modèle économique :

- les **mutuelles** : organismes à but non lucratif, régis par le code de la mutualité, dans lesquels les adhérents participent directement, ou par l'intermédiaire de leurs représentants élus, au fonctionnement et aux décisions ;
- les **entreprises d'assurances** : organismes régis par le code des assurances, qui peuvent être soit des sociétés anonymes, soit des sociétés d'assurances mutuelles ;
- les **institutions de prévoyance** : organismes à but non lucratif régis par le code de la sécurité sociale, gérés à parité par les représentants des employeurs et des salariés, dont l'objectif est de couvrir les salariés et anciens salariés dans le cadre de la branche professionnelle ou de l'entreprise.

Les sites Internet des membres de l'UNOCAM peuvent être consultés en cliquant sur les logos ci-dessous :



Gouvernance

La gouvernance de l'UNOCAM est définie par le décret du 30 avril 2007 et dans les statuts de l'association, modifiés le 19 janvier 2009.

Le Bureau

Sous l'égide de son Président, le Bureau élabore les projets de délibération du Conseil. Il décide de l'ordre du jour et de la convocation du Conseil. Il est composé de six membres répartis en 3 collèges (2 pour la FNMF, 2 pour la FFSA, 2 pour le CTIP), le représentant du régime local d'Alsace-Moselle siégeant à titre consultatif.

Au 31 décembre 2012, le Bureau est composé de¹¹ :

- M. Fabrice HENRY, Président,
Membre du Conseil d'administration de la FNMF ;
- Docteur Jean-Martin COHEN SOLAL,
Directeur général de la FNMF ;
- M. Norbert BONTEMPS,
Président du Comité maladie-accidents de la FFSA ;
- M. Alain ROUCHÉ,
Directeur santé de la FFSA ;
- M. Alain TISSERANT,
Président du CTIP ;
- M. Jean-Louis FAURE,
Délégué général du CTIP ;
- M. Daniel LORTHIOIS,
Président du régime local.

¹¹ Le Conseil de l'UNOCAM a renouvelé les membres du Bureau le 13 février 2013. M. Fabrice HENRY a été réélu Président de l'UNOCAM à l'unanimité. Elu Président du CTIP le 15 janvier 2013, M. Bernard LEMÉE a succédé à M. Alain TISSERANT au Bureau de l'UNOCAM.

Le Bureau s'est réuni 11 fois en 2012. Chaque réunion a été préparée par un pré-Bureau, animé par le Secrétaire général administratif et rassemblant des conseillers techniques des fédérations.

Le Conseil

Le Conseil exerce les compétences dévolues à l'UNOCAM. Il compte 33 titulaires (et 33 suppléants) nommés pour 3 ans :

- un collège de 17 titulaires représentant les mutuelles, désignés par la FNMF ;
- un collège de 8 titulaires représentant les entreprises d'assurances, désignés par la FFSA ;
- un collège de 7 titulaires représentant les institutions de prévoyance, désignés par le CTIP ;
- un représentant du régime local.

Au 31 décembre 2012, les membres titulaires du Conseil sont :

- M. Jean-Claude ALBINET, FNMF ;
- M. Gérard ALIX, FNMF ;
- M. Thomas BLANCHETTE, FNMF ;
- M. Jean-Martin COHEN SOLAL, FNMF ;
- M. Maurice FOURET, FNMF ;
- M. Fabrice HENRY, FNMF ;
- Mme Marie-Catherine LALLEMAND, FNMF ;
- M. Claude LEPETIT, FNMF ;
- M. Michel MONTAUT, FNMF ;
- M. Michel PANNEQUIN, FNMF ;
- M. Maurice RONAT, FNMF ;
- M. Frédéric ROUSSEAU, FNMF ;
- M. Michel SÉGURA, FNMF ;
- M. Alain TISON, FNMF ;
- Mme Nora TRÉHEL, FNMF ;
- M. Jacques VIALLET, FNMF ;
- M. Gérard VUIDEPOT, FNMF ;

- M. Norbert BONTEMPS, FFSA ;
- M. Sylvain CORIAT, FFSA ;
- M. Hervé FRANCK, FFSA ;
- M. Pierre FRANÇOIS, FFSA ;
- M. Gérard MÉNEROUD, FFSA ;

- M. Yanick PHILIPPON, FFSA ;
- M. Jean-François PLUCHET, FFSA-GEMA ;
- M. Alain ROUCHÉ, FFSA ;

- Mme Valérie CORMAN, CTIP ;
- M. Bernard DAESCHLER, CTIP ;
- M. Jean-Louis FAURE, CTIP ;
- M. Bernard LEMÉE, CTIP ;
- M. Laurent RABATÉ, CTIP ;
- M. Alain TISSERANT, CTIP ;
- M. Marc VILBENOIT, CTIP ;

- M. Daniel LORTHIOIS, régime local.

Les membres suppléants du Conseil sont :

- M. Richard BARAN, FNMF ;
- M. Jean-Gabriel BAROU, FNMF ;
- Mme Agnès BOCOGNANO, FNMF ;
- M. Jacques CHEMARIN, FNMF ;
- M. Paul DEVROEDT, FNMF ;
- M. Alain GIANAZZA, FNMF ;
- M. Jean GUYOT, FNMF ;
- M. Jean-Pierre LACROIX, FNMF ;
- M. Antoine LAMON, FNMF ;
- M. Stéphane LEBRET, FNMF ;
- M. Michel MARTIN, FNMF ;
- M. Michel MASSET, FNMF ;
- M. Claude MERLET, FNMF ;
- M. Jean-Pierre POL, FNMF ;
- M. Roland STURMEL, FNMF ;
- M. Hubert ROZÈS, FNMF ;
- Mme Pascale VATEL, FNMF ;

- Mme Claudine CADIOU, FFSA ;
- M. Jean-Claude CHABOSEAU, FFSA ;
- M. Philippe CREVEL, FFSA ;
- M. Philippe DRAPIER, FFSA ;
- M. Christian GRUDE, FFSA ;
- M. François HECKER, FFSA ;

- Mme Cécile MALGUID, FFSA ;
- Mme Nathalie THOOL, FFSA ;

- Mme Delphine BENDA, CTIP ;
- M. Michel DIEU, CTIP ;
- Mme Evelyne GUILLET, CTIP ;
- M. Jean-Louis JAMET, CTIP ;
- Mme Isabelle SANCERNI, CTIP ;
- M. Jean-Louis TERDJMAN, CTIP ;

- M. Albert RIEDINGER, régime local.

Le Conseil s'est réuni 4 fois en 2012.

M. Mychel HAVE, membre suppléant du Conseil dans la délégation du CTIP, est décédé en 2012.

L'Assemblée générale

L'Assemblée générale se prononce sur le projet de budget, les comptes annuels de l'association et les modifications de ses statuts. Elle réunit l'ensemble des membres de l'UNOCAM, ses membres fondateurs (FNMF, FFSA, CTIP et régime local) comme ses membres adhérents (GEMA et FNIM).

L'Assemblée générale a été convoquée 2 fois en 2012.

Equipe

L'équipe de l'UNOCAM est composée de **4 collaborateurs** :

- M. Eric BADONNEL,
Secrétaire général administratif ;
- Docteur Martine STERN,
Chargée de mission au Comité économique des produits de santé ;
- M. Sébastien TRINQUARD,
Economiste de la santé ;
- Mme Patricia JOURNEL,
Assistante du Secrétaire général administratif.

L'UNOCAM réalise ou coordonne les travaux que ses membres décident de mener en son sein. A cette fin, l'équipe de l'UNOCAM travaille au quotidien avec des experts des fédérations et du régime local : les conseillers techniques. Ces conseillers techniques suivent spécifiquement les dossiers de l'UNOCAM ou sont sollicités ponctuellement par elle en raison de leurs compétences sectorielles (négociations conventionnelles, politique du médicament, systèmes d'information, etc.). A titre d'exemple, le « *Groupe médicaments et dispositifs médicaux* » a été convoqué à 11 reprises en 2012. Au total, l'UNOCAM coordonne un réseau d'**une vingtaine d'experts**.

Avis officiels

En 2010, l'UNOCAM avait rendu 16 avis sur des saisines de l'assurance maladie obligatoire et des pouvoirs publics. Celles-ci ont plus que doublé en 2011, passant à 38. En 2012, l'UNOCAM a enregistré 44 demandes d'avis.

Les saisines émanant de l'UNOCAM sont liées, pour l'essentiel, à l'ouverture de discussions conventionnelles, à la conclusion de conventions nationales ou d'avenants, voire à des propositions de modifications de la nomenclature générale des actes professionnels pris pour l'application de ces accords.

La préparation des avis mobilise à la fois l'équipe de l'UNOCAM et les conseillers techniques des fédérations. Le Conseil, en tant que de besoin, peut voter sur les rapports et projets de délibération qui lui sont soumis dans le cadre d'une procédure d'urgence. En 2011, l'UNOCAM s'est prononcée dans un délai de 25 jours en moyenne après la réception des saisines, alors qu'elle dispose de 6 mois pour rendre ses avis par exemple sur les propositions de modifications de la nomenclature générale des actes professionnels.

Le respect de ce délai très court illustre l'engagement, au quotidien, de l'assurance maladie complémentaire pour une bonne gouvernance du système de santé, indépendamment de toute considération sur les conséquences financières éventuelles, pour les organismes complémentaires d'assurance maladie, des mesures proposées par l'assurance maladie obligatoire ou les partenaires conventionnels.

Dans l'élaboration de ses avis, l'UNOCAM cherche systématiquement à se référer aux dernières données de la science et aux recommandations de la Haute Autorité de santé. Dans son rapport d'activité 2011, l'UNOCAM avait regretté que les avis de la Haute Autorité de santé, en réponse aux sollicitations de l'UNOCAM, ne fassent pas tous l'objet d'une publication. En date du 26 juillet 2012, la Haute Autorité de santé avait affirmé que l'UNOCAM serait désormais destinataire des avis qu'elle rendrait en réponse aux sollicitations de l'UNOCAM. A ce jour, tel n'est cependant toujours pas le cas.

Soucieuse de promouvoir l'efficacité globale du système de santé, l'UNOCAM fonde ses décisions sur une analyse médico-économique des mesures sur lesquelles son avis est sollicité, lorsque les données nécessaires à cette étude sont disponibles. La

qualité des dossiers transmis par l'UNOCAM à l'appui de ses lettres-saisines a enregistré des progrès inégaux en 2012.

Toutes les délibérations de l'UNOCAM sont portées à la connaissance du public sur le site www.unocam.fr. La publicité de ces avis conduit non seulement des acteurs du système de santé, dont de nombreux particuliers, mais aussi des interlocuteurs étrangers, à formuler des observations auprès de l'UNOCAM ou à lui demander des renseignements.

En 2012, les délibérations de l'UNOCAM ont concerné les sujets suivants :

Délibération n° CONS. – 01 – 8 février 2012 – Création d'un forfait hebdomadaire de prise en charge du patient en insuffisance rénale terminale, traité par dialyse péritonéale ;

Délibération n° CONS. – 02 – 8 février 2012 – Diverses modifications de la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, relatives à la radiographie ;

Délibération n° CONS. – 03 – 13 janvier 2012 – Avenant n° 4 à la convention nationale des médecins libéraux, signé le 8 décembre 2011 ;

Délibération n° BUR. – 04 – 12 mars 2012 – Proposition de modification de la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, afférente à l'anesthésie de la cataracte ;

Délibération n° CONS. – 05 – 13 janvier 2012 – Avenant n° 5 à la convention nationale des médecins libéraux, signé le 8 décembre 2011 ;

Délibération n° CONS. – 06 – 13 janvier 2012 – Inscription d'actes de pose de dispositifs médicaux, actes de chirurgie vasculaire et de notes de facturation pour l'agénésie dentaire ;

Délibération n° CONS. – 07 – 8 février 2012 – Proposition de modification de la nomenclature générale des actes professionnels concernant les masseurs-kinésithérapeutes ;

Délibération n° BUR. – 08 – 12 mars 2012 – Modification de l'article 4 – Actes de prévention de pédicurie-podologie – Titre XII – Actes portant sur le membre inférieur, Chapitre II – Pied de la NGAP, figurant à l'article III-4 de la liste des actes et prestations ;

Délibération n° BUR. – 10 – 12 mars 2012 – Proposition de modification de la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, relative aux frais de déplacement pour les actes réalisés au domicile du malade ;

Délibération n° BUR. – 11 – 12 mars 2012 – Deux propositions de modifications de la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, afférentes à la scanographie ;

Délibération n° BUR. – 12 – 12 mars 2012 – Deux propositions de modifications de la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, afférentes à la pose d'une bioprothèse de la valve aortique ;

Délibération n° CONS. – 13 – 8 février 2012 – Fixation du taux de la participation de l'assuré pour les médicaments à service médical rendu modéré, les spécialités homéopathiques et les dispositifs médicaux ;

Délibération n° CONS. – 14 – 8 février 2012 – Avenant n° 1 à la convention nationale des sages-femmes, signé le 9 janvier 2012 ;

Délibération n° BUR. – 15 – 12 mars 2012 – Proposition de modification de la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, relative à la tomographie de l'œil par scanographie à cohérence optique ;

Délibération n° CONS. – 16 – 17 février 2012 – Ouverture de négociations conventionnelles avec les pharmaciens titulaires d'officine ;

Délibération n° BUR. – 17 – 12 mars 2012 – Revalorisation du tarif des trois consultations obligatoires de l'enfant, effectuées par le médecin généraliste ;

Délibération n° CONS. – 18 – 7 mars 2012 – Ouverture de négociations conventionnelles avec les chirurgiens-dentistes ;

Délibération n° CONS. – 19 – 7 mars 2012 – Projets de décret et d'arrêté pris en application de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Délibération n° CONS. – 20 – 2 avril 2012 – Avenant n° 9 à la convention nationale des orthoptistes, signé le 8 mars 2012 ;

Délibération n° CONS. – 21 – 2 avril 2012 – Projet d'arrêté pris en application de l'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Délibération n° CONS. – 22 – 2 avril 2012 – Avenant n° 7 à la convention nationale des médecins libéraux, signé le 14 mars 2012 ;

Délibération n° BUR. – 23 – 20 avril 2012 – Avenant n°13 à la convention nationale des orthophonistes, signé le 29 mars 2012 ;

Délibération n° CONS. – 24 – 20 avril 2012 – Projet de décret modifiant le contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide, mentionnés à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;

Délibération n° BUR. – 25 – 21 mai 2012 – Proposition de modification de la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, afférente à la prise en charge kinésithérapique du patient atteint de mucoviscidose ;

Délibération n° CONS. – 26 – 9 mai 2012 – Avenant n° 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, signé le 16 avril 2012 ;

Délibération n° CONS. – 27 – 9 mai 2012 – Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signée le 4 avril 2012 ;

Délibération n° CONS. – 28 – 25 juin 2012 – Accord-cadre interprofessionnel, signé le 15 mai 2012 ;

Délibération n° BUR. – 29 – 16 juillet 2012 – Modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, visant à remplacer les termes « *entente préalable* » par les termes « *accord préalable* » ;

Délibération n° BUR. – 30 – 16 juillet 2012 – Modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, relatives aux actes de bilans et de rééducation d'orthoptie ;

Délibération n° BUR. – 31 – 16 juillet 2012 – Modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, concernant les appareils d'imagerie par résonance magnétique spécialisés en ostéo-articulaire ;

Délibération n° BUR. – 32 – 16 juillet 2012 – Modifications diverses de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;

Délibération n° BUR. – 33 – 16 juillet 2012 – Ouverture de négociations conventionnelles avec les pédicures-podologues ;

Délibération n° BUR. – 34 – 12 septembre 2012 – Modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, relative aux actes de radiodiagnostic ;

Délibération n° BUR. – 35 – 25 septembre 2012 – Extension de la prise en charge du dispositif médical ESSURE® par l'assurance maladie ;

Délibération n° BUR. – 36 – 12 septembre 2012 – Modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, portant sur l'appareil génital féminin ;

Délibération n° BUR. – 37 – 12 septembre 2012 – Modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, portant sur des actes de rééducation orthophonique ;

Délibération n° BUR. – 38 – 19 novembre 2012 – Proposition de modification de la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, relative à la scanographie ;

Délibération n° CONS. – 39 – 5 octobre 2012 – Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

Délibération n° BUR. – 40 – 22 octobre 2012 – Avenant n° 3 à la convention nationale des pédicures-podologues, signé le 19 septembre 2012 ;

Délibération n° CONS. – 41 – 12 novembre 2012 – Ouverture de négociations conventionnelles avec les chirurgiens-dentistes ;

Délibération n° CONS. – 42 – 25 octobre 2012 – Avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux, signé le 25 octobre 2012 ;

Délibération n° CONS. – 43 – 5 décembre 2012 – Ouverture de négociations conventionnelles avec les pharmaciens titulaires d'officine ;

Délibération n° BUR. – 44 – 21 décembre 2012 – Ouverture du bénéfice de majorations de la nomenclature aux médecins de secteur 2 respectant les tarifs opposables pour les assurés sociaux disposant de l'attestation de droit à l'aide à la complémentaire santé ;

Délibération n° BUR. – 45 – 21 décembre 2012 – Propositions de modifications de la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, afférentes aux sages-femmes.

Propositions

En recherchant le consensus entre les fédérations qui la constituent, l'UNOCAM a affirmé en 2012 sa capacité de mener à bien des projets et à être force de propositions.

Lisibilité des garanties

Les fédérations membres de l'UNOCAM ont signé une « *Déclaration commune portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties* » en octobre 2010, après concertation avec les associations de malades, d'usagers du système de santé et de consommateurs. Cette déclaration commune était accompagnée d'un glossaire, définissant les termes de référence de l'assurance maladie complémentaire, et d'un guide méthodologique, intitulé « *Bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé* ».

Les mutuelles, entreprises d'assurances et institutions de prévoyance ont ainsi été invitées courant 2011 à simplifier la rédaction de leurs garanties, dans l'objectif de donner aux adhérents et aux assurés une information claire, sincère et aussi exhaustive que possible sur les services et produits de santé qui leur sont remboursés.

Les trois documents (déclaration commune, glossaire et guide méthodologique), ainsi que l'évaluation de leur appropriation par les organismes complémentaires d'assurance maladie, sont consultables et téléchargeables sur le site www.unocam.fr.

Cette évaluation a été réalisée entre novembre 2011 et février 2012. Plus des deux tiers des organismes complémentaires d'assurance maladie (c'est-à-dire les organismes représentant 67,2% du chiffre d'affaires de l'assurance maladie complémentaire) ont participé à ce premier bilan à un an. Celui-ci a fait apparaître des résultats très encourageants qui témoignent de l'action des organismes complémentaires d'assurance maladie en faveur de l'amélioration constante de l'information délivrée et du service rendu aux adhérents et aux assurés.

Il en ressort, en effet, six enseignements :

- près des deux tiers des organismes complémentaires d'assurance maladie (64,5%) ont diffusé le glossaire ;

- plus de la moitié d'entre eux (53,6%) ont diffusé le guide « *Bien comprendre et bien choisir sa complémentaire santé* » ;
- les mutuelles, entreprises d'assurances et institutions de prévoyance estiment que la diffusion du glossaire et du guide méthodologique est très utile à leurs adhérents et assurés (sur une échelle allant de 1 à 5 - 5 marquant l'appréciation la plus positive -, la note moyenne atteint 3,6) ;
- la quasi-totalité des organismes complémentaires d'assurance maladie qui proposent une nouvelle offre (soit 97,4% de ces organismes) tiennent compte des engagements de bonne pratique ;
- la majorité des organismes complémentaires d'assurance maladie ont également intégré les engagements de bonnes pratiques dans leurs offres en cours, dès lors que ces garanties ont pu faire l'objet d'une modification, tant en couverture individuelle qu'en couverture collective ;
- la grande majorité des organismes complémentaires d'assurance maladie mettent à disposition de leurs adhérents et assurés des outils permettant de faciliter la lecture des garanties et de mieux appréhender le niveau de leur reste à charge (91,5% donnent ainsi des exemples de remboursements en euros pour les principaux postes de garanties et 87,1% ont développé des outils de calcul du remboursement et du reste à charge).

Conscientes de leurs responsabilités et attachées à leur autonomie, les fédérations membres de l'UNOCAM entendent poursuivre leur action en faveur de l'amélioration constante de l'information délivrée et du service rendu aux adhérents et aux assurés.

Fin 2012 et début 2013, l'UNOCAM a conçu un dépliant intitulé « *Complémentaire santé : 3 clés pour bien choisir* », celui-ci a été rendu public le 13 février 2013. La Direction de la Sécurité sociale a invité l'assurance maladie obligatoire à en faire le meilleur usage le 25 février 2013. Ce document est consultable et téléchargeable sur le site www.unocam.fr.

Echanges d'informations

Au sein de l'UNOCAM, les fédérations déterminent les positions qu'elles souhaitent tenir ensemble pour défendre les intérêts des adhérents et des assurés des organismes complémentaires d'assurance maladie dans les travaux interministériels relatifs à la dématérialisation de la facturation de la part complémentaire, menés en marge du projet de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES/AMC). Appelé « *remboursement des organismes complémentaires (ROC)* » depuis 2012, ce projet porte sur l'hospitalisation publique au sens large, c'est-à-dire à la fois sur les établissements de santé publics et sur les établissements de santé privés d'intérêt collectif. L'assurance maladie complémentaire a enregistré une nette amélioration dans la prise en compte de ses demandes par les administrations publiques depuis le comité de pilotage du 14 novembre 2012.

En outre, les fédérations se sont réunies à plusieurs reprises, en 2012, au siège de l'UNOCAM, pour échanger avec les fédérations hospitalières, publique et privées¹², sur les suites à donner à la publication du décret n° 2011-221 du 28 février 2011, publié au Journal Officiel du 1^{er} mars 2011, portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé. Ce décret autorise en particulier les établissements de santé à facturer une **chambre particulière en cas d'hospitalisation ambulatoire**. Ces travaux ont permis notamment d'actualiser le bordereau de facturation et le mode opératoire utilisés par les établissements de santé adhérents de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne et de la Fédération de l'hospitalisation privée dans leurs relations avec les organismes complémentaires d'assurance maladie. Une codification partagée de la prestation de chambre particulière en cas d'hospitalisation sans hébergement en chirurgie et / ou anesthésie ambulatoire a également été définie. Les parties ont enfin élaboré une proposition de définition de la chambre particulière, à laquelle les fédérations qui composent l'UNOCAM inviteront les organismes complémentaires d'assurance maladie à se référer dans leurs relations conventionnelles avec les établissements de santé.

Enfin, en lien avec l'UNOCAM, les fédérations ont défini un projet de norme d'échanges pour les devis et la facturation des frais dentaires aux organismes complémentaires d'assurance maladie : le **projet de norme DentAMC**.

¹² Fédération hospitalière de France (FHF), Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) et Fédération de l'hospitalisation privée / Médecine, chirurgie, obstétrique (FHP/MCO).

Négociations conventionnelles

L'année 2010 avait été une « *année blanche* », ou presque, en matière de négociations conventionnelles. 2011 avait été une année particulièrement active, mais dans un contexte passablement dégradé par l'enlisement des négociations conventionnelles sur le « *secteur optionnel* » des chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs et gynécologues-obstétriciens. 2012 a été une année plus dynamique encore et elle a été l'occasion, du point de vue de l'UNOCAM, d'un certain nombre d'avancées.

Le Conseil de l'UNOCAM a décidé que l'assurance maladie complémentaire s'associerait en 2012 à la préparation et à la conduite de cinq discussions conventionnelles :

- Depuis longtemps, les fédérations qui constituent l'UNOCAM sont préoccupées par l'évolution particulièrement dynamique des dépassements d'honoraires, qui menace l'accès aux soins. C'est pourquoi l'UNOCAM avait signé le protocole d'accord du 15 octobre 2009, prévoyant la négociation du « *secteur optionnel* » pour les chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs et gynécologues-obstétriciens. Mais c'est aussi pour cette raison que l'UNOCAM n'a pas souhaité créer ce « *secteur optionnel* » à n'importe quelles conditions en 2012. Lors de la réunion tripartite du 20 janvier 2012, l'UNOCAM a rappelé les trois conditions à l'engagement des fédérations qui la composent en faveur de la création effective de ce secteur conventionnel. Il s'agissait d'abord de la régulation des dépassements d'honoraires du secteur 2. Était visée ensuite la revalorisation progressive des tarifs opposables, au moins en chirurgie et gynécologie-obstétrique. Il était question enfin de la liberté pour les adhérents et assurés de choisir leur niveau de couverture santé, donc de la possibilité pour les organismes complémentaires d'assurance maladie de proposer des « *contrats responsables* » remboursant ou non les dépassements d'honoraires plafonnés du secteur optionnel¹³. Lors de la réunion tripartite du 27 janvier 2012, il est apparu que, malgré les avancées proposées, les syndicats représentatifs des médecins libéraux, l'assurance maladie obligatoire et les pouvoirs publics n'étaient pas en mesure de rendre possible la signature d'un avenant conventionnel portant création du secteur optionnel.

¹³ L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 avait remis en cause cette possibilité.

- L'UNOCAM a décidé de participer aux négociations ouvertes par l'UNCAM avec les chirurgiens-dentistes¹⁴. L'objet principal de ces négociations était de permettre la mise en place, courant 2013, de la classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire (autrement dit d'une nomenclature exhaustive et actualisée des actes réalisés par les chirurgiens-dentistes). Lors de la première séance de négociations, le 9 mars 2012, l'UNOCAM a fait connaître ses priorités : défendre la revalorisation des soins conservateurs par l'assurance maladie obligatoire, ainsi que celle des actes de prévention ; réguler les pratiques tarifaires excessives sur les prothèses et les traitements d'orthodontie ; dans cette perspective, renforcer les possibilités de détection par les organismes complémentaires d'assurance maladie des pratiques « *atypiques* » ; promouvoir la qualité des pratiques, notamment en améliorant la transparence de celles-ci par l'instauration du devis-type prévu par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011, dite « *Fourcade* », publiée au Journal Officiel le 11 août 2011 ; soutenir l'initiative de l'UNCAM d'instaurer une classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire, à la condition que les organismes complémentaires d'assurance maladie se voient transmettre au moins autant de données de remboursement qu'aujourd'hui dans les flux NOEMIE¹⁵ ; soutenir les mesures visant à optimiser l'organisation et améliorer la répartition démographique de la profession pour permettre un meilleur accès aux soins ; enfin, permettre à l'UNOCAM de participer aux instances conventionnelles. Au total, l'UNOCAM a déploré la précipitation dans laquelle ces discussions se sont déroulées. Elle a regretté aussi de ne pas avoir été davantage associée à certains travaux, notamment ceux, préparatoires, de la Commission de hiérarchisation des actes professionnels. L'**avenant n° 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes** renvoie l'essentiel des sujets à la négociation d'un nouvel avenant. Quoi qu'il en soit, l'UNOCAM a choisi de signer l'avenant n° 2 le 9 mai 2012¹⁶. Elle l'a fait non pas pour en approuver le contenu, pour l'essentiel virtuel, mais pour peser pleinement dans les négociations relatives à l'avenant n° 3, qui se sont ouvertes le 15 novembre 2012.

¹⁴ Ces négociations revêtent une importance particulière pour l'assurance maladie complémentaire qui finance 38,3% des 10,3 milliards d'euros de soins dentaires en 2011, quand l'assurance maladie obligatoire n'en rembourse plus que 32,1%. (Cf. Comptes nationaux de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 14 décembre 2012.)

¹⁵ NOEMIE est le sigle de « *norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs* ». Cette norme est le système informatique permettant la télétransmission des décomptes de paiement des prestations aux assurés sociaux des caisses d'assurance maladie vers les organismes complémentaires d'assurance maladie.

¹⁶ En revanche, l'UNOCAM a refusé de signer un protocole d'accord avec l'UNCAM et les représentants des chirurgiens-dentistes, visant à contraindre les organismes complémentaires d'assurance maladie à prendre en charge les tarifs à entente directe sur les soins prothétiques et d'orthodontie à destination des assurés sociaux éligibles à l'aide à la complémentaire santé. Ce protocole d'accord était étonnant, l'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ayant prévu une autre négociation, de portée plus générale, entre l'UNOCAM, la Direction de la Sécurité sociale et le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (dit « *Fonds CMU* »), relative à la labellisation des contrats pour les bénéficiaires de cette aide.

Dans ce nouveau cycle de négociations, l'UNOCAM porte une attention particulière sur cinq dossiers : la définition des principes, de l'économie générale et des modalités pratiques de la mise en place de la classification commune des actes médicaux pour la profession des chirurgiens-dentistes ; la détermination des données de remboursement transmises par les caisses d'assurance maladie aux organismes complémentaires d'assurance maladie dans les flux NOEMIE ; l'adaptation du devis, voire sa dématérialisation ; les modalités de suivi de l'évolution des dépenses dentaires dans le cadre de l'observatoire conventionnel national ; enfin, l'officialisation de la représentation de l'UNOCAM dans la commission paritaire nationale des chirurgiens-dentistes, en tant que membre de la section sociale ayant voix délibérative.

- L'UNOCAM a participé à la renégociation de la **convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine**, qui a commencé le 7 février 2012. Elle a signé, le 16 mai 2012, un acte d'adhésion à cette convention nationale, qui n'a été publié au Journal Officiel que le 9 janvier 2013. Il est vrai que, dans ces discussions, l'UNOCAM a multiplié les maladroites vis-à-vis de l'assurance maladie complémentaire, en négligeant d'appliquer les règles qui régissent la participation de l'UNOCAM aux négociations conventionnelles. Au final, la nouvelle convention nationale est un document d'étape. Mais cette étape est importante et positive. Les représentants de l'assurance maladie complémentaire approuvent la volonté des partenaires conventionnels, d'une part, de renforcer les missions de professionnel de santé du pharmacien d'officine et, d'autre part, de commencer à dissocier sa rémunération du prix et du volume des médicaments dispensés (par la mise en place d'un honoraire de dispensation, l'introduction de nouveaux modes de prise en charge et l'instauration d'un dispositif de paiement à la performance). Ils partagent l'objectif d'une relance de la politique du générique. L'UNOCAM sera particulièrement vigilante sur les modalités retenues lors de la réforme de la marge pharmaceutique et de la création effective de l'honoraire de dispensation, qui est reportée. Elle veillera particulièrement au respect de deux conditions : l'absence de surcoût en termes de dépense remboursable des médicaments et l'absence de tout transfert de dépenses entre financeurs. La réforme de la marge pharmaceutique et celle du réseau officinal devront naturellement être menées de concert.
A partir du 6 décembre 2012, l'UNOCAM a participé à de nouvelles négociations avec les pharmaciens titulaires d'officine. Ces négociations l'ont conduit à signer l'**avenant n° 1 à la convention nationale** le 10 janvier 2013. Cet avenant instaure un accompagnement par le pharmacien des patients traités dans la durée par anticoagulants oraux, pour prévenir les risques iatrogéniques. Il officialise enfin la représentation de l'UNOCAM au sein de la commission paritaire nationale, avec voix consultative.
- Initialement, l'UNOCAM avait souhaité participer aux négociations sur l'**accord-cadre interprofessionnel (ACIP)**, prévu par la loi du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé

libérales et les organismes d'assurance maladie. Les enjeux de l'ACIP, en termes de coordination des soins et de modernisation des échanges avec les professionnels de santé, justifiaient *a priori* la participation et la mobilisation des représentants des organismes complémentaires d'assurance maladie. Mais l'UNOCAM n'a pas pu participer pleinement à ces négociations. En réaction aux différentes décisions prises par les pouvoirs publics en 2011 et qui contestaient le rôle et les missions des organismes complémentaires d'assurance maladie, l'UNOCAM a pris la décision de se retirer de la table des discussions. Les représentants de l'assurance maladie complémentaire souhaitent vivement que l'ACIP permette de réduire les cloisonnements entre professions de santé libérales. A cet égard, ils fondent des espoirs sur la mise en place d'expérimentations portant notamment sur les sorties d'hospitalisation et la prise en charge de la dépendance à domicile. L'UNOCAM appelle de ses vœux un développement des projets, en particulier conventionnels, de nature pluri-professionnelle. L'UNOCAM souhaite également que les échanges avec les professionnels de santé soient modernisés et simplifiés, pour laisser plus de place à la pratique clinique et pour gagner collectivement en efficacité. Toutefois, l'ACIP fait un renvoi implicite au nouveau schéma directeur des systèmes d'information de la CNAMTS, qui s'inscrit dans un cadre non coopératif avec l'assurance maladie complémentaire, ceci malgré les différentes demandes portées par les représentants des organismes complémentaires d'assurance maladie¹⁷. En conséquence, l'UNOCAM a décidé, le 25 juin 2012, de ne pas être signataire de l'accord-cadre.

- Auditionnée par le Conseil de l'UNCAM le 12 juillet 2012, l'UNOCAM a fait connaître très tôt sa position sur les négociations conventionnelles relatives aux dépassements d'honoraires médicaux, provoqués par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé. Dans ces négociations, l'UNOCAM a poursuivi trois objectifs : contribuer à la revalorisation significative des tarifs opposables pour les médecins de secteur 1 et les praticiens de secteur 2 adhérant au « *contrat d'accès aux soins* », dans une optique de juste rémunération des actes et de réduction des dépassements d'honoraires ; inciter davantage de médecins à dispenser des soins à tarifs opposables afin d'améliorer l'accès aux soins ; ne pas se résoudre à une absence de traitement de la question du secteur 2. Dans cette perspective, les représentants de l'assurance maladie complémentaire ont proposé de participer de manière significative à la revalorisation des actes techniques des praticiens adhérant au « *contrat d'accès aux soins* ». Devant le refus de l'assurance maladie obligatoire, l'UNOCAM a accepté de s'engager financièrement, sur trois ans, en faveur de la rémunération forfaitaire des médecins traitants, pour le suivi des patients qui n'ont pas d'affectation de

¹⁷ Les Présidents de la FNMF, de la FFSA et du CTIP ont, dans un courrier en date du 6 février 2012, alerté le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé à ce sujet et fait part de leurs grandes réserves et de leurs attentes.

longue durée¹⁸. L'UNOCAM a réussi à faire prévaloir la baisse progressive des dépassements d'honoraires en valeur absolue dans le cadre du « *contrat d'accès aux soins* », à considérer le taux d'évolution des dépassements d'honoraires comme l'un des critères de sélection des praticiens de secteur 2 susceptibles d'être sanctionnés pour pratiques tarifaires abusives et enfin à constituer un observatoire des pratiques tarifaires, ouvert à des représentants de la société civile (notamment des associations de malades, d'usagers du système de santé et de consommateurs) ainsi qu'à des corps de contrôle de l'Etat¹⁹. L'UNOCAM n'a pas été entendue sur la limitation du droit à dépassements d'honoraires des médecins nouvellement installés, ni sur la régulation des pratiques tarifaires des praticiens de secteur 2 n'adhérant pas au « *contrat d'accès aux soins* ». Elle souhaitait que le « *contrat d'accès aux soins* » soit mis en œuvre le 1^{er} juillet 2013, c'est-à-dire après l'entrée en vigueur de l'**avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux**, si et seulement si 50% des praticiens éligibles au dispositif y étaient adhérents ; le texte conventionnel retient finalement un seuil de 33%. Enfin, sous réserve de la mise en œuvre de ce dispositif, l'UNOCAM s'est engagée à inciter les organismes complémentaires d'assurance maladie à privilégier le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins contractants, quand les garanties ou contrats prévoient déjà la prise en charge de dépassements d'honoraires. La fin des négociations a été marquée par un incident, l'UNOCAM n'ayant pas été conviée à l'ultime réunion de négociations le 23 octobre 2012 après-midi. L'UNOCAM a décidé néanmoins de signer l'avenant n° 8 le 25 octobre 2012²⁰, considérant le texte conventionnel comme une première étape et comme un pari.

¹⁸ L'UNOCAM s'est engagée en faveur du co-paiement, par l'assurance maladie complémentaire, du volet de synthèse réalisé par les médecins traitants pour le suivi des patients qui ne souffrent pas d'une affection de longue durée. L'UNOCAM a été reçue par le Directeur de la Sécurité sociale le 7 décembre 2012, afin d'échanger sur les modalités de mise en œuvre de cet engagement financier. Elle a confirmé son point de vue dans un courrier en date du 21 décembre 2012. En l'absence de réponse, elle a écrit de nouveau le 26 février 2013. Elle a rencontré le Directeur de la Sécurité sociale, une seconde fois, le 18 mars 2013. Enfin, l'UNOCAM a participé à une réunion technique avec des collaborateurs de la Direction de la Sécurité sociale et de la CNAMTS le 19 avril 2013.

¹⁹ L'UNOCAM est membre de droit de cet observatoire, chargé notamment de produire chaque année un rapport public.

²⁰ Le Conseil de l'UNOCAM a décidé de signer l'avenant n° 8 à la majorité, avec vote défavorable du CTIP.

Comité économique des produits de santé

L'UNOCAM est membre du **Comité économique des produits de santé** (CEPS). Elle y est représentée par le Docteur Martine STERN et par M. Sébastien TRINQUARD.

M. Dominique GIORGI a pris la succession de M. Gilles JOHANET à la présidence du CEPS le 11 septembre 2012.

L'activité du CEPS a été marquée en 2012 par la négociation et la signature de l'avenant à l'accord-cadre médicament le 5 décembre 2012. Cet avenant se traduit notamment par quatre avancées :

- le CEPS peut réviser conventionnellement le prix des médicaments innovants si le couple prix-volume pratiqué en France n'est pas cohérent avec celui observé dans les quatre pays européens de référence²¹ ;
- le CEPS peut demander une transformation partielle ou totale des remises en baisse de prix au terme de la garantie de prix européen pour les produits très innovants et au terme de trois ans pour les produits peu ou pas innovants ;
- les études médico-économiques deviennent un élément important du processus de fixation du prix du médicament ;
- un comité de suivi des études en vie réelle réunissant le CEPS et la Haute Autorité de santé est créé, afin d'examiner les obstacles à la réalisation des études et le respect des délais fixés dans le protocole.

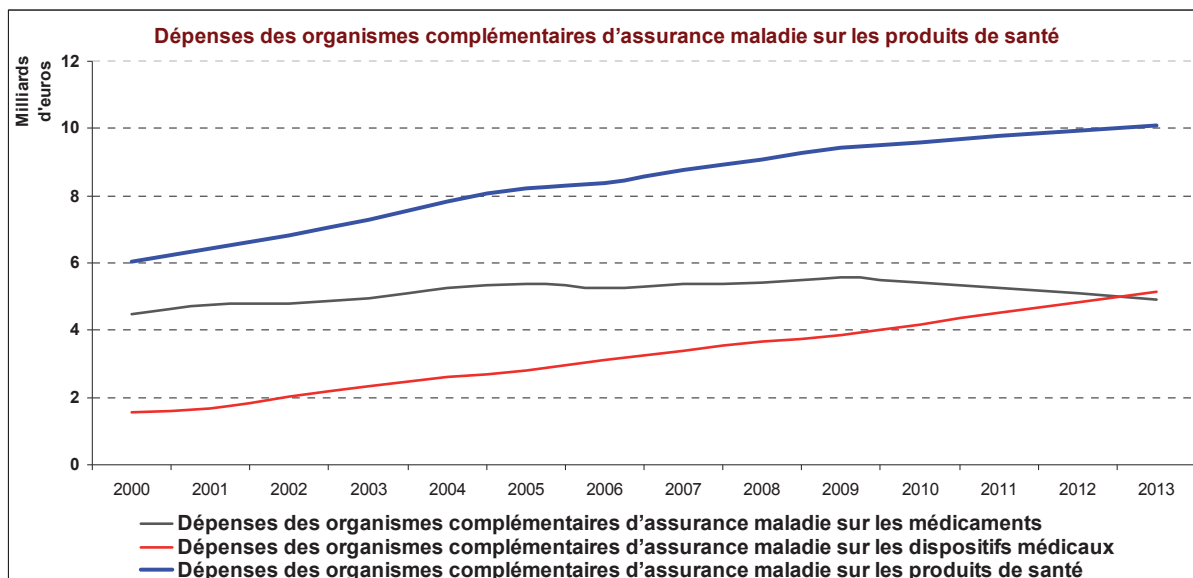
La hausse de la dépense de dispositifs médicaux compense la baisse de la dépense de médicaments

La croissance des dépenses de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux)²² des organismes complémentaires d'assurance maladie ralentit depuis 2010. Entre 2001 et 2009, le taux de croissance annuel moyen était de 4,3%, contre 1,7% entre 2010 et 2011. Ce ralentissement résulte de deux évolutions de sens

²¹ Allemagne, Espagne, Grande-Bretagne et Italie.

²² Comptes nationaux de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 14 décembre 2012.

contraire : la dépense de médicaments²³ décroît depuis 2010, alors que celle des dispositifs médicaux²⁴ ne cesse de croître.



A court terme, peut-être dès 2013, la dépense de dispositifs médicaux devrait être supérieure à celle des médicaments pour les organismes complémentaires d'assurance maladie²⁵. La maîtrise de la dépense de dispositifs médicaux devient donc un enjeu crucial pour les organismes complémentaires d'assurance maladie.

Au sein de l'UNOCAM, le « *Groupe médicaments et dispositifs médicaux* » a analysé, en 2012, les caractéristiques de plusieurs dispositifs médicaux (audioprothèse, optique et véhicules pour personne handicapée). Diverses hypothèses ont été étudiées pour la régulation du prix de ces dispositifs médicaux (notamment celle de la fixation d'un prix limite de vente).

Malgré l'ampleur et la dynamique de la dépense de dispositifs médicaux, le ralentissement de la croissance de la dépense de produits de santé devrait toutefois se poursuivre en 2012 et 2013, en raison notamment de l'ampleur des économies attendues au titre des baisses de prix sur les médicaments.

²³ La décroissance de la dépense de médicaments s'explique par l'effet générique, les baisses de prix, la maîtrise médicalisée et les déremboursements.

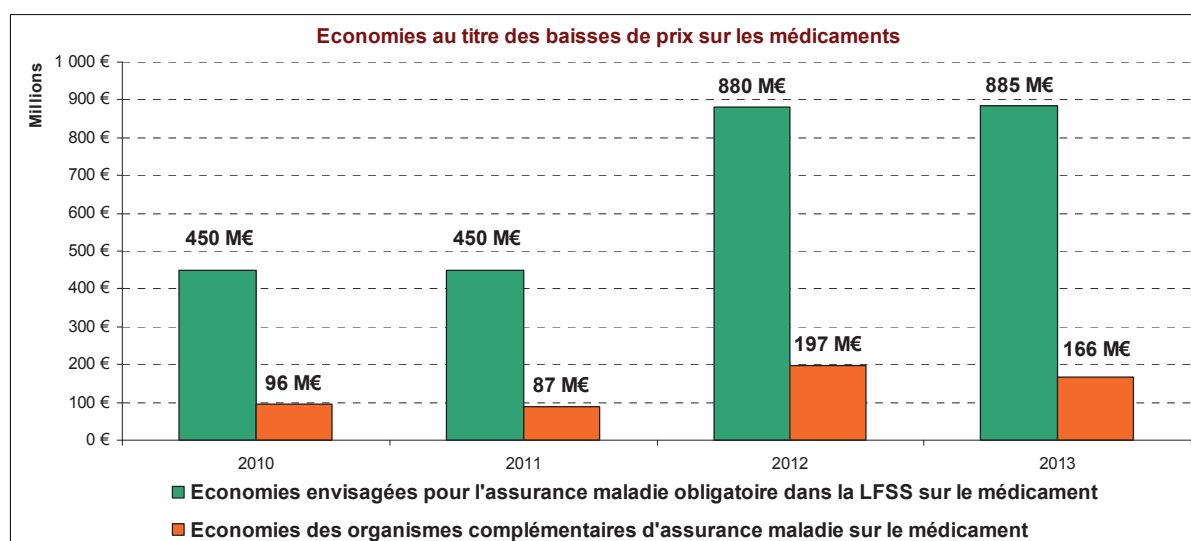
²⁴ La croissance des dépenses des dispositifs médicaux a notamment pour cause la baisse du taux de prise en charge des produits de la liste des produits et prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire de 65% à 60%.

²⁵ Pour 2012 et 2013, les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux sont extrapolées sur la base de la tendance observée entre 2009 et 2011.

Décidées en 2012, les économies attendues sur le médicament resteront très importantes en 2013, quoique en légère diminution pour les organismes complémentaires d'assurance maladie

Pour 2013, la contribution de l'industrie du médicament à la réduction des dépenses de l'assurance maladie obligatoire restera significative. Elle représentera 885 millions d'euros au titre des baisses de prix. Un tel montant d'économies sera sans doute difficile à atteindre de nouveau dans les prochaines années.

Les économies attendues pour les organismes complémentaires d'assurance maladie²⁶ sont actuellement estimées à 166 millions d'euros pour 2013.



Les économies pour les organismes complémentaires d'assurance maladie vont diminuer en 2013. Cette diminution s'explique par une orientation des baisses de prix vers les produits les plus coûteux pour l'assurance maladie obligatoire. Le taux de remboursement moyen des médicaments dont le prix sera baissé en 2013 est supérieur au taux de remboursement moyen de l'ensemble des médicaments. Les économies ne sont donc pas réparties de façon proportionnelle entre les différents financeurs (assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire).

Toutefois, cette orientation des baisses de prix vers les produits coûteux pour l'assurance maladie obligatoire est atténuée par les propositions portées par les représentants de l'UNOCAM au CEPS. Bien que les décisions du CEPS soient collégiales, les propositions des représentants de l'UNOCAM seront à l'origine de 8% des économies totales prévues pour les organismes complémentaires d'assurance maladie en 2013. Conformément à leur mandat-cadre, qui a été redéfini courant 2012 et validé par le Conseil de l'UNOCAM le 13 février 2013²⁷, les représentants de l'UNOCAM au CEPS visent, par leurs propositions, à accroître l'efficacité de la

²⁶ Ces estimations sont à considérer avec prudence pour deux raisons essentielles. D'une part, les volumes de ventes pour 2013 ne sont pas encore connus. D'autre part, les négociations avec les entreprises ne sont pas encore toutes achevées au moment de la rédaction du rapport.

²⁷ Le Conseil de l'UNOCAM a adopté le mandat-cadre à la majorité, avec vote défavorable du CTIP.

dépense de médicaments et à promouvoir les intérêts des organismes complémentaires d'assurance maladie. En pratique, ces propositions consistent pour l'essentiel à réduire les écarts de prix entre les médicaments comparables, en particulier sur les marchés où les dépenses des organismes complémentaires d'assurance maladie sont élevées.

Institut des données de santé

L'Institut des données de santé est un groupement d'intérêt public créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il a été constitué entre l'État, les caisses nationales d'assurance maladie et des représentants de la société civile, parmi lesquels l'UNOCAM.

La recherche d'une meilleure gouvernance du système de santé repose sur une connaissance partagée de son fonctionnement et de son financement. L'Institut des données de santé réunit les conditions permettant cette connaissance. Il favorise l'utilisation de bases de données de santé et la mise en commun de données de santé émanant de sources différentes, dans le respect des libertés individuelles, du secret médical et de la déontologie.

M. Eric BADONNEL représente l'UNOCAM au Bureau et à l'Assemblée générale de l'Institut des données de santé, avec M. Mathieu COUSINEAU (FNMF) comme suppléant. Les fédérations qui constituent l'UNOCAM sont représentées à l'Assemblée générale du groupement d'intérêt public. Des organismes complémentaires d'assurance maladie, adhérents de ces fédérations, participent à des expérimentations conduites par l'Institut des données de santé. L'UNOCAM contribue au financement du groupement d'intérêt public.

L'Institut des données de santé revêt un caractère stratégique pour l'assurance maladie complémentaire

Le groupement d'intérêt public a développé une procédure originale coordonnant les aspects scientifiques, juridiques et techniques pour l'accès aux données de santé respectant l'anonymat des personnes. Cette procédure permet de mettre ces données à disposition des membres de l'Institut des données de santé de manière transparente et sécurisée, dans le respect de la pluralité des points de vue, notamment celui des représentants de la société civile et celui des chercheurs.

Le groupement d'intérêt public est le seul lieu qui permette à ce jour aux représentants des organismes complémentaires d'assurance maladie, pour des projets de santé publique ou de gestion du risque, d'accéder aux données anonymisées de remboursement contenues dans le système national informationnel inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) pour les soins de ville, comme à celles du système national d'informations hospitalières (SNATIH) pour les soins hospitaliers.

L'accès aux données du SNIIRAM fait l'objet, depuis des années, de vifs débats entre l'assurance maladie obligatoire et les autres acteurs du système de santé.

L'arrêté du 1^{er} décembre 2011, publié au Journal Officiel le 22 janvier 2012 et rectifié en date du 11 février 2012, autorise les organismes complémentaires d'assurance maladie, qui sont contributeurs de données dans le cadre du projet MONACO²⁸, à accéder aux données agrégées du SNIIRAM. Il autorise en outre les fédérations membres de l'UNOCAM, signataires de la charte assurance maladie obligatoire-assurance maladie complémentaire de janvier 2011, à accéder à l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB).

Aujourd'hui, le débat sur l'accès aux données du SNIIRAM est porté sur la place publique²⁹. L'UNOCAM s'en réjouit. Les données du SNIIRAM peuvent-elles continuer encore longtemps à être considérées comme la propriété exclusive de l'assurance maladie obligatoire ? Ne pourraient-elles pas être reconnues enfin comme un bien public dont l'usage pourrait être ouvert, suivant des modalités à définir, aux acteurs du système de santé et notamment aux représentants de la société civile ?

Mené au sein de l'Institut des données de santé, le **projet MONACO**, auquel ont participé 18 organismes complémentaires d'assurance maladie en 2012, doit permettre l'accès aux données complètes de consommation de soins et de remboursement sur un échantillon anonymisé de bénéficiaires, avec non seulement les chiffres de l'assurance maladie obligatoire, mais aussi ceux de l'assurance maladie complémentaire. Au surplus, ces informations sont enrichies des données de l'enquête « *santé - protection sociale* » de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). Ce projet peut permettre à terme de mettre par exemple en corrélation l'état de santé d'un échantillon d'assurés sociaux, leur consommation de soins, leur prise en charge par un organisme complémentaire d'assurance maladie et leur niveau de revenu. MONACO est en cours d'expérimentation. La représentativité de l'échantillon anonymisé de bénéficiaires reste à déterminer. Les fédérations qui constituent l'UNOCAM devront évaluer les résultats de cette expérimentation, avant d'envisager sa généralisation.

Le **projet de référentiel de données agrégées** a pour enjeu d'expérimenter la mise en commun de données macro-économiques entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires d'assurance maladie, par grand poste de dépenses, en ville et à l'hôpital, de façon à mieux appréhender le niveau d'intervention moyen de chacun (assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire et assurés sociaux).

²⁸ MONACO est l'acronyme de « *méthodes, outils et normes pour la mise en commun de données de l'assurance maladie complémentaire et obligatoire* ».

²⁹ Le manifeste intitulé « *Liberté pour les données de santé* » a été rendu public le 24 janvier 2013 (cf. www.opendatasante.com).

Ces expérimentations devraient permettre d'améliorer la connaissance et l'interprétation des déterminants des comportements de soins. Pour l'assurance maladie complémentaire, qui n'a pas vocation à demeurer un « *payeur aveugle* » et souhaite contribuer utilement à la gestion du risque, cette stratégie vise à améliorer le service rendu aux adhérents ou assurés.

Les bases de données peuvent être couplées avec des **tableaux de bord**. 29 ont déjà été créés, sur les 30 souhaités par les partenaires de l'Institut des données de santé. Ces tableaux de bord permettent d'extraire des bases de données certaines informations très utiles, telles que le reste à charge, les transferts ville-hôpital ou encore les actes de radiologie libérale. Seul l'Institut des données de santé permet aujourd'hui ce partage d'informations.

L'UNOCAM s'est engagée en 2012 en faveur de la reconduction de la convention constitutive de l'Institut des données de santé

La convention constitutive adoptée par l'Assemblée générale de l'Institut des données de santé arrivait à échéance le 11 mai 2012. Réuni le 7 décembre 2011, le Conseil de l'UNOCAM s'est prononcé en faveur de la reconduction de la convention constitutive de l'Institut des données de santé, qui est intervenue à l'Assemblée générale de l'Institut des données de santé, le 30 mars 2012.

Cette décision a été prise dans un contexte préoccupant. La loi 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé disposait, en effet, la création d'un groupement d'intérêt public chargé de conduire ou de faire conduire des études, notamment de pharmacovigilance et de pharmaco-épidémiologie. Ce groupement d'intérêt public devait avoir accès au système national informationnel inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) ou à l'extraction de ses données. Mais il ne devait pas être ouvert à des représentants de la société civile. A ce défaut de transparence s'ajoutait, du point de vue de l'UNOCAM, un risque de redondance entre les actions des deux groupements d'intérêt public.

Manifestement, les pouvoirs publics ont abandonné ce projet, ce dont l'UNOCAM se félicite. Le renouvellement de la convention constitutive de l'Institut des données de santé, à l'identique et pour un an, en porte témoignage³⁰. L'UNOCAM continuera de s'engager en faveur de la pérennisation du groupement d'intérêt public au-delà de l'exercice 2013.

³⁰ L'arrêté du 19 février 2013 portant approbation d'un avenant à la convention constitutive du groupement d'intérêt public a été publié au Journal Officiel du 2 mars 2013.

Agences régionales de santé

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a créé, dans son article 118, les **Agences régionales de santé**. Le décret du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque définit les missions et la gouvernance des **Commissions régionales de gestion du risque**.

Au sein de chaque Agence régionale de santé, une Commission régionale de gestion du risque est chargée de la préparation, du suivi et de l'évaluation du programme pluriannuel régional de gestion du risque. Les représentants des organismes complémentaires d'assurance maladie désignés par l'UNOCAM (titulaire et suppléant) participent, selon l'ordre du jour, aux travaux de cette Commission. Avant d'être arrêtées par le Directeur général de l'Agence régionale de santé, les actions régionales complémentaires spécifiques font l'objet de réunions de concertation au sein de la Commission de gestion du risque, convoquée en formation restreinte avec les représentants désignés par l'UNOCAM. Les engagements des organismes complémentaires d'assurance maladie en matière de gestion du risque dans le cadre du programme pluriannuel régional de gestion du risque peuvent faire l'objet d'une convention signée avec le Directeur général de l'Agence régionale de santé après avis de la Commission.

L'UNOCAM a désigné l'ensemble de ses représentants, titulaires et suppléants, dans les 26 Commissions régionales de gestion du risque fin 2010. Elle a communiqué également aux Agences régionales de santé l'adresse électronique dédiée à la transmission des documents relatifs au fonctionnement des Commissions régionales de gestion du risque. Elle a procédé, courant 2012, à divers changements dans la liste de ses représentants.

Fin 2011, les fédérations constituant l'UNOCAM ont mobilisé les représentants des organismes complémentaires d'assurance maladie dans les Commissions régionales de gestion du risque, afin de dresser un premier bilan de leur action et d'envisager les améliorations à apporter à la préparation, à la coordination et au suivi de leurs travaux au sein de l'UNOCAM. Le Conseil en a été informé le 9 mai 2012.

Désormais, les représentants titulaires et suppléants de l'UNOCAM sont tenus informés, de façon privilégiée, de tous les avis rendus par les instances de l'UNOCAM.

En outre, l'UNOCAM a rappelé, en juin 2012, à la Secrétaire générale des Ministères en charge des Affaires sociales ainsi qu'aux Directeurs généraux des Agences régionales de santé tout l'intérêt d'une invitation systématique de ses représentants, titulaires et suppléant. Les difficultés rencontrées notamment en Champagne-Ardenne ont alors été levées.

Si 2011 avait été une année de montée en charge pour les Agences régionales de santé, 2012 n'a pas été marquée par un développement notable de leurs actions en matière de gestion du risque. Toutefois, des échanges intéressants ont eu lieu dans le Nord-Pas-de-Calais (projet d'extension de la zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers des Ardennes, communication à l'UNOCAM des tarifs journaliers de prestation 2011), des relations fructueuses semblent se nouer dans le Centre, tandis qu'un projet de partenariat a fait l'objet de discussions en Auvergne.

Le mandat-cadre des représentants titulaires et suppléants de l'UNOCAM dans les Commissions régionales de gestion du risque a été défini courant 2012. Il a été adopté par le Conseil de l'UNOCAM le 13 février 2013.

Au 31 décembre 2012, la liste des représentants de l'UNOCAM s'établit comme suit :

Régions	Titulaires	Suppléants
ALSACE	M. François KUSSWIEDER, FNMF ;	M. Etienne DEPEYRE, FFSA ;
AQUITAINE	M. Jean-Marie CARRICANO, FNMF ;	M. Yann DENOUEL, FFSA ;
AUVERGNE	M. Jean-Pierre MARTIN, FNMF ;	M. Patrick CARTON, FFSA ;
BASSE-NORMANDIE	M. Allain VERRIER, FNMF ;	M. Franck OFFREDI, FFSA ;
BOURGOGNE	M. Guillaume GARDIN, FNMF ;	M. Alain ESQUIROL, CTIP ;
BRETAGNE	M. Pierre-Yves NATUS, FNMF ;	M. Gwenaël SIMON, FFSA ;
CENTRE	M. Laurent EECKE, FNMF ;	M. Alain STARZYNSKI, FFSA ;
CHAMPAGNE-ARDENNE	M. Olivier BLAUD, FNMF ;	M. Jean-François LEMAIRE, FFSA ;
CORSE	M. François SAVELLI, FNMF ;	M. Sauveur LEONI, FFSA ;
FRANCHE-COMTE	Mme Chantal GRANDPERRIN, FNMF ;	M. Thierry REICHARDT, FFSA ;
GUADELOUPE	M. Alex SOUBDHAN, FNMF ;	M. Yves EVENO, FFSA ;
GUYANE	M. Marc HO YORCK KRUI, FNMF ;	M. Yves EVENO, FFSA ;

HAUTE-NORMANDIE	M. Dominique FERME, FNMF ;	M. Benoît POUPON, FFSA ;
LANGUEDOC-ROUSSILLON	M. Jean-Claude ROUSSON, FNMF ;	M. Pascal LOISEAU, FFSA ;
ILE-DE-FRANCE	M. William VEZINET, FNMF ;	M. Philippe DRAPIER, FFSA ;
		M. Laurent BORELLA, CTIP ;
LIMOUSIN	M. Jean-Claude BOYER, FNMF ;	Mme Delphine LETENDART, FFSA ;
LORRAINE	M. Bruno MANZONI, FNMF ;	M. Jean-Christophe REMAUD, FFSA ;
MARTINIQUE	M. Olivier ARNOUX, FNMF ;	M. Yves EVENO, FFSA ;
MIDI-PYRENEES	M. Pierre-Jean GRACIA, FNMF ;	M. Christophe BOUYSSIERE, FFSA ;
NORD PAS-DE-CALAIS	M. Bernard PEROY, FNMF ;	M. Jean-François DESERSON, CTIP ;
OCEAN INDIEN	M. Jean-Alfred BLAIN, FNMF ;	M. Bernard VEBER, FFSA ;
PAYS DE LA LOIRE	M. Jean-Marc CHAVEROUX, FNMF ;	M. Jacques IZART, FFSA ;
PICARDIE	M. Jean-Luc BOSSEE, FNMF ;	M. Pascal LETELLIER, FFSA ;
POITOU-CHARENTES	M. Yves PELLETIER, FNMF ;	M. Jacky DEVERRIERE, FFSA ;
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	M. Roland COMTE, FNMF ;	M. Philippe JACQUES, FFSA ;
RHONE-ALPES	Mme Sonia FAVRE- CAPDEPON, FNMF ;	M. Alain ESQUIROL, CTIP.

Conférence nationale de santé

Lieu de concertation sur les questions de santé, la Conférence nationale de santé est un organisme consultatif placé auprès de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé. Elle permet aux acteurs du système de santé d'exprimer leurs points de vue sur les politiques de santé.

L'UNOCAM est représentée dans le Collège n° 5, « *Acteurs de la cohésion sociale et de la protection sociale* », par :

- M. Fabrice HENRY (Président), suppléé par Mme Cécile MALGUID (FFSA) ;
- Mme Christine MEYER (FNMF), suppléée par Mme Magali SIERRA (CTIP) qui est actuellement remplacée par Mme Evelyne GUILLET (CTIP).

L'UNOCAM est également représentée par Mme Christine MEYER au sein de la Commission permanente. Cette formation restreinte est chargée de préparer les éléments soumis au débat public et les avis de la Conférence nationale de santé.

Le mandat-cadre des représentants titulaires et suppléants de l'UNOCAM à la Conférence nationale de santé a été défini courant 2012. Il a été adopté par le Conseil de l'UNOCAM le 13 février 2013.

L'UNOCAM a contribué à la préparation des avis de la Conférence nationale de santé en 2012 :

- **avis du 7 février 2012** : cahier des charges pour le rapport sur les droits des usagers de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) ;
- **avis du 5 avril 2012** : projets de décrets relatifs aux recommandations temporaires d'utilisation et aux autorisations temporaires d'utilisation des médicaments ;
- **avis du 5 avril 2012** : méthode de la nouvelle génération de plans de santé publique et sur le projet de plan psychiatrie et santé mentale ;
- **avis du 21 juin 2012** : dépistage, diagnostic et accompagnement précoces des handicaps chez l'enfant ;

- avis du 21 juin 2012 : programme d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 ;
- contribution du 29 novembre 2012 : Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale ;
- avis du 29 novembre 2012 : bilan de la démocratie sanitaire en région ;
- avis du 29 novembre 2012 : projet de décret relatif aux recherches impliquant la personne humaine.

L'UNOCAM a voté contre deux projets de contribution de la Conférence nationale de santé : sur le projet de contribution dans le cadre des élections présidentielles et législatives de 2012 d'une part ; sur celui à la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale d'autre part. Sur le premier, l'UNOCAM s'est étonnée qu'un organisme consultatif placé auprès d'une autorité ministérielle interpelle les candidats aux élections présidentielles et législatives. Sur le second, elle a contesté que des propositions relatives à la couverture maladie universelle complémentaire et à l'aide à la complémentaire santé ne soient pas assorties d'une étude d'impact économique et social, ainsi que d'éléments de chiffrage.

La Conférence plénière a consacré un groupe de travail aux solidarités dans le système de santé. Mme Christine MEYER est l'un des trois rapporteurs de ce groupe de travail, dont les conclusions sont attendues en juin 2013.

Communication

L'UNOCAM a publié 3 communiqués de presse en 2012 :

- 27 février 2012 :
Dépassements d'honoraires, tarifs opposables et accès aux soins : le sujet reste entier ;
- 5 mars 2012 :
Amélioration de la lisibilité des garanties : les organismes complémentaires tiennent leurs engagements ;
- 25 octobre 2012 :
Négociations sur les dépassements d'honoraires : l'UNOCAM donne son accord.

M. Fabrice HENRY répond aux demandes d'interview de journalistes et représente l'UNOCAM dans diverses manifestations publiques et conférences-débats.

L'UNOCAM apporte des réponses aux sollicitations de journalistes qui souhaitent comprendre les enjeux de l'assurance maladie complémentaire ou bénéficier d'une information d'experts indépendants des pouvoirs publics et de l'assurance maladie obligatoire sur toutes questions relatives au système de soins et à l'assurance santé.

L'UNOCAM participe aux rencontres organisées par des offreurs de soins (syndicats de professionnels de santé libéraux, fédérations hospitalières, Unions régionales des professionnels de santé, etc.).

L'UNOCAM diffuse régulièrement ses propositions et ses avis sur son site Internet : www.unocam.fr. Elle répond aux questions de particuliers reçues sur ce site et qui sont de plus en plus nombreuses.

L'UNOCAM a reçu, le 28 juin 2012, une délégation ministérielle de la République populaire de Chine, conduite par M. XU Sachang, Directeur général adjoint du Bureau de la réforme médicale du Conseil d'Etat.

