



Rapport d'activité 2015



29 juin 2016

Sommaire

Avant-propos	4
Introduction	6
Missions	12
Membres	20
Gouvernance	22
Equipe	26
Avis officiels	28
Décrets relatifs à l'assurance maladie complémentaire	32
Négociations conventionnelles	38
Comité économique des produits de santé	44
Institut des données de santé	52
Commissions régionales de gestion du risque	56
Conférence nationale de santé	60
Communication	62
Liste des sigles	64

Avant-propos

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)¹ regroupe tous 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. Cette prise en charge a atteint 25,7 milliards d'euros en 2014², soit 13,5% de la consommation de soins et de bien médicaux³.

Au sein de l'UNOCAM, l'assurance maladie complémentaire peut exprimer un point de vue sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale, sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie, ainsi que sur les projets de décrets et d'arrêtés pris pour leur application. L'UNOCAM est associée aussi, si elle le souhaite, aux négociations conventionnelles ouvertes par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). L'UNOCAM est consultée enfin sur la fixation des prix ou des tarifs des produits de santé.

*

En 2013, l'UNOCAM avait choisi de suspendre sa participation aux négociations conventionnelles avec l'UNCAM et les syndicats représentatifs des professions libérales de santé.

¹ La création de l'UNOCAM a été prévue par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel du 17 août 2004. L'association a été fondée le 23 mai 2005.

² Cf. *Les dépenses de santé en 2014*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), édition 2015.

³ La consommation de soins et de biens médicaux comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, chirurgiens-dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse de biologie médicale, etc.), les transports sanitaires, les médicaments et les dispositifs médicaux (optique, prothèses, petit matériel et pansements). Seules les dépenses qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé sont prises en compte. Les dépenses de soins aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées en institution sont exclues.

En 2014 et 2015, l'UNOCAM a mené une réflexion sur les conditions dans lesquelles elle pourrait accepter de participer à de nouvelles négociations conventionnelles en 2016, avec les médecins libéraux au premier semestre, voire avec les chirurgiens-dentistes au second.

Au terme de cette réflexion, compte tenu des enjeux liés à ces professions de santé, l'UNOCAM a décidé de participer aux négociations conventionnelles avec les médecins libéraux au premier semestre 2016.

*

Ces dernières années, les organismes complémentaires d'assurance maladie se sont vus imposer de nouveaux dispositifs législatifs et réglementaires qui encadrent de plus en plus leurs contrats, homogénéisent le niveau de leurs garanties et modifient profondément leur modèle économique. Ainsi en va-t-il de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise et de la réforme du cahier des charges des contrats responsables. La modification des modalités d'accès à la complémentaire santé pour les assurés sociaux en situation de précarité et la labellisation des offres à destination des 65 ans et plus auront aussi un impact important.

Les organismes complémentaires d'assurance maladie ont dû faire face à ces réformes nombreuses et d'application rapide, tout en s'appêtant à répondre aux exigences liées à « *solvabilité 2* », la réglementation applicable à tout organisme assureur depuis le 1^{er} janvier 2016.

Dans ce contexte, la capacité de l'assurance maladie complémentaire à solvabiliser des dépenses nouvelles, notamment à la suite d'accords conventionnels, sera nécessairement très limitée dans les années à venir. Elle ne pourra passer que par une augmentation des cotisations des organismes complémentaires d'assurance maladie ou par un ajustement des prestations remboursées. Cette situation pourrait voir son acuité accrue par les mesures prévues au terme des négociations conventionnelles conduites avec plusieurs professions de santé en 2016.

Il est de la responsabilité de l'UNOCAM de rappeler les évolutions récentes, ou en cours, du cadre juridique auquel sont soumis les organismes complémentaires d'assurance maladie, les conséquences économiques que ces évolutions emportent pour ceux-ci et leurs implications éventuelles pour les négociations conventionnelles ouvertes en 2016.

Fabrice HENRY
Président de l'UNOCAM

Introduction

L'UNOCAM et ses membres

L'assurance maladie complémentaire est représentée par plusieurs institutions qui sont membres de l'UNOCAM : 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'assurance maladie d'Alsace-Moselle, le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA) et la Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM)⁴.

Les mutuelles, les entreprises d'assurances et les institutions de prévoyance constituent respectivement 53,1%, 27,4% et 19,5% de la part de l'assurance maladie complémentaire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux en 2014⁵.



⁴ La FFSA et le GEMA ont prévu de se regrouper au sein de la Fédération française de l'assurance (FFA) le 30 juin 2016. Les statuts de l'UNOCAM ont été modifiés dans cette perspective à l'Assemblée générale du 13 juin 2016.

⁵ Cf. *Les dépenses de santé en 2014*, DREES, édition 2015.

L'UNOCAM est, pour ses membres, l'un des lieux utiles d'échange et de concertation. Dans ce lieu, les responsables de ces institutions et leurs collaborateurs travaillent à l'élaboration de prises de position 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 de remboursement.

En 2015, l'UNOCAM a formulé des propositions consensuelles sur des sujets intéressant particulièrement l'assurance maladie complémentaire.

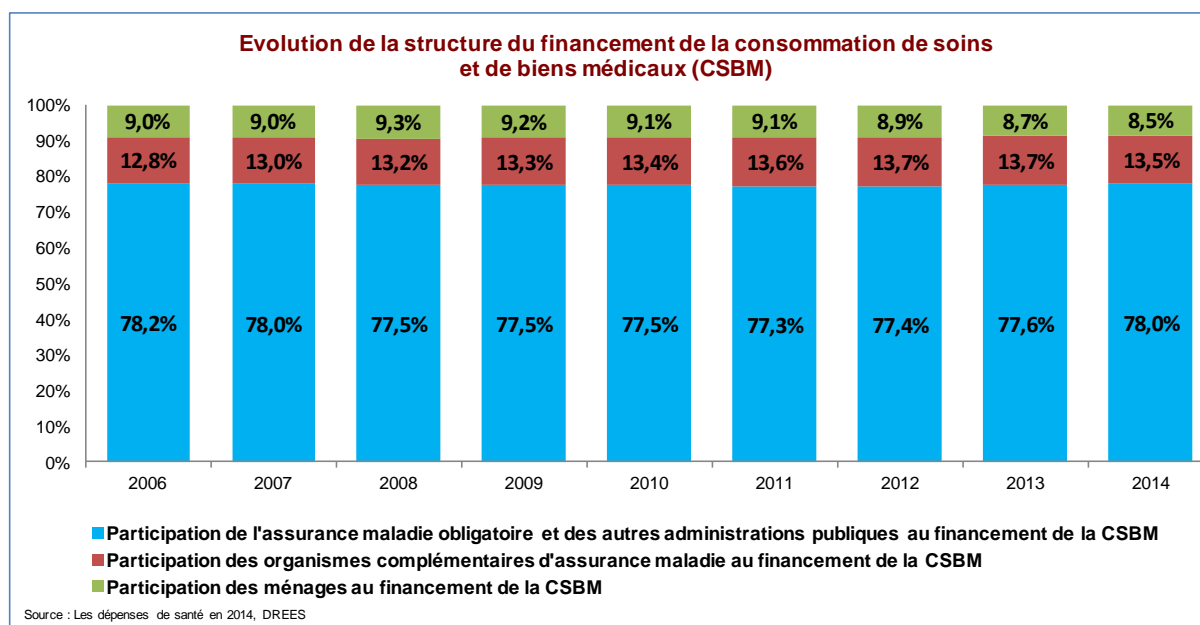
- Membre de l'Institut des données de santé (IDS), l'UNOCAM a participé à la concertation ouverte par les pouvoirs publics sur l'ouverture des données en santé. La Commission *Open Data* en santé s'est réunie jusqu'en mai 2014, puis de nouveau à partir de février 2015.
- L'UNOCAM a été force de propositions au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS). En 2015, elle a signé la charte d'adhésion aux objectifs du plan national de promotion des médicaments génériques le 24 mars 2015 et elle a participé à sa mise en œuvre. L'UNOCAM a assisté en outre aux réunions du groupe de travail sur la réforme des modalités d'évaluation des médicaments⁶.
- L'UNOCAM a poursuivi ses relations bilatérales avec la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD). Ces échanges s'inscrivent dans le cadre de la Commission bipartite de suivi de la charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie, signée par l'UNOCAM et la CNSD le 26 juillet 2013. Ils ont donné lieu à l'élaboration d'un modèle-type de note d'honoraires, qui a été envoyé aux éditeurs de logiciels les 23 janvier et 1^{er} juillet 2015. La commission a interrompu ses travaux avant les élections aux Unions régionales des professionnels de santé (URPS). Pour les chirurgiens-dentistes, ces élections ont eu lieu le 7 décembre 2015.
- Sur la dispense d'avance des frais, l'UNOCAM a été associée aux deux phases de concertation ouvertes par les pouvoirs publics, successivement en février 2014 et en janvier 2015. L'UNOCAM et l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) ont signé, le 11 février 2015, un point d'étape qui exposait les principes auxquels les deux parties et leurs adhérents entendaient se référer pour la poursuite des travaux techniques en vue de la généralisation du tiers payant. La FNMF, la FFSA et le CTIP ont été en première ligne sur ce dossier, les trois fédérations ayant décidé de se rapprocher dans le but de simplifier et de moderniser leurs dispositifs de tiers payant, au plan opérationnel,

⁶ Ce groupe de travail, animé par Mme Dominique POLTON, s'est réuni les 13 mars, 22 mai, 16 juillet et 8 septembre 2015.

au service des adhérents et assurés comme des professionnels de santé. Réunies dans l'association créée à cet effet le 30 juin 2015, les trois fédérations ont rendu public un rapport conjoint avec les régimes obligatoires d'assurance maladie le 17 février 2016 et l'ont remis à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé le 19 février 2016.

L'UNOCAM et l'UNCAM

La part de l'assurance maladie obligatoire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux est passée de 78,2% en 2006 à 78,0% en 2014, soit une baisse de 0,2 point⁷. Celle de l'assurance maladie complémentaire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux est passée, quant à elle, de 12,8% à 13,5%, soit une hausse de 0,7 point. En conséquence, le reste à charge direct des ménages rapporté à la consommation de soins et de biens médicaux est passé de 9,0% à 8,5% entre 2006 et 2014, soit une baisse de 0,5 point.



Sur la période 2006-2011, les pouvoirs publics privilégiaient les transferts de charges de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire et les ménages, qui prenaient la forme de modifications du panier de soins remboursables, de baisses des taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ou de la création de contributions forfaitaires et de franchises. Ces transferts de charges ont été progressivement réduits au profit d'un renforcement des baisses de prix - en particulier de médicament - et de la création ou de l'augmentation de taxes parafiscales, prélevées sur les organismes complémentaires d'assurance maladie et

⁷ Cf. *Les dépenses de santé en 2014*, DREES, édition 2015.

versées à l'assurance maladie obligatoire ou au Fonds couverture maladie universelle (CMU)⁸.

Il s'agit d'un expédient qui rend le système plus opaque. Le procédé ne fait pas apparaître, aux yeux des assurés sociaux, un désengagement financier de l'assurance maladie obligatoire. Il fait supporter aux seuls organismes complémentaires d'assurance maladie la responsabilité de devoir afficher une hausse de leurs coûts.

En somme, l'assurance maladie complémentaire est désormais sollicitée non seulement pour financer les prestations de santé qui sont prises en charge partiellement ou qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, mais elle est aussi mise à contribution pour pallier le besoin de financement de la branche maladie de la Sécurité sociale. L'UNOCAM conteste ce rôle de « *financeurs invisibles* », auquel les organismes complémentaires d'assurance maladie sont ainsi réduits.

Les travaux menés par l'UNOCAM en 2015 poursuivent un objectif : veiller à ce que la participation de l'assurance maladie complémentaire à de nouvelles négociations conventionnelles, notamment avec les médecins libéraux depuis le 24 février 2016, donne davantage de visibilité à l'intervention des organismes complémentaires d'assurance maladie.

Pour l'UNOCAM, assurances maladie obligatoire et complémentaire sont par nature liées. L'UNOCAM a toujours essayé de nouer des relations partenariales avec l'assurance maladie obligatoire. Avec constance, elle a souhaité instaurer avec l'UNOCAM une méthode de travail fondée sur la concertation entre unions de financeurs, qui respecte naturellement les prérogatives du service public, mais qui reconnaisse aussi les spécificités de l'assurance maladie complémentaire. Sur la période récente, l'organisation de réunions de travail bilatérales entre l'UNOCAM et l'UNOCAM est devenue plus fréquente, en particulier avant l'ouverture officielle des négociations conventionnelles. L'UNOCAM se réjouit de cette évolution.

L'UNOCAM et les pouvoirs publics

Conformément à l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, l'UNOCAM est saisie des projets de loi relatifs à l'assurance maladie et des projets de loi de financement de la sécurité sociale. En 2014, plusieurs textes législatifs et réglementaires ont modifié profondément les principes et les modalités d'intervention de l'assurance maladie complémentaire. En 2015, l'UNOCAM a travaillé et a été consultée sur les nombreuses mesures d'application de ces textes.

⁸ Ceci a été particulièrement le cas en 2009, avec l'augmentation de la taxe CMU (pour 1 milliard d'euros), et en 2011 et 2012, avec la fin en deux temps de l'exonération de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance - TSCA - (pour 2,2 milliards d'euros au total).

L'UNOCAM a rendu un avis défavorable sur le **projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016**^{9&10}. Elle a formulé des critiques sur plusieurs dispositions, notamment sur celles relatives à l'assurance maladie complémentaire. Elle a désapprouvé en particulier la précipitation des pouvoirs publics et dénoncé leur absence de concertation préalable avec les représentants de l'assurance maladie complémentaire.

- Le projet de loi de financement introduisait de nouvelles mesures pour les plus de 65 ans¹¹ et pour certaines catégories de salariés et anciens salariés, afin de faciliter leur accès à l'assurance complémentaire santé. Pour l'UNOCAM, la généralisation de l'assurance complémentaire santé ne saurait être réalisée par la juxtaposition de dispositifs catégoriels. **Par principe, l'UNOCAM n'est pas favorable à la multiplication de mesures catégorielles segmentant par population l'offre d'assurance complémentaire santé. Premièrement, rien n'établit a priori que la sélection de contrats sur des niveaux de garanties et de cotisations intègre une contrainte de soutenabilité économique de long terme. Deuxièmement, la segmentation des offres limite la mutualisation des risques qui est l'activité-même des organismes complémentaires d'assurance maladie. Troisièmement, ces mesures catégorielles deviennent, par leur multiplication, illisibles pour la population, ce qui peut provoquer de nouveaux cas de non recours et des ruptures de droits. C'est pourquoi l'UNOCAM estime que l'accumulation de telles mesures risque de contribuer à gravement déséquilibrer l'activité des organismes complémentaires d'assurance maladie.**
- Le projet de loi de financement proroge d'un an la participation versée à l'assurance maladie obligatoire par l'assurance maladie complémentaire pour le financement du forfait médecin traitant¹². Ce prélèvement était prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014¹³ au titre des exercices 2013, 2014 et 2015. Dans sa délibération sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, l'UNOCAM a regretté l'absence d'évaluation de ce dispositif

⁹ La loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 a été publiée au Journal Officiel du 22 décembre 2015.

¹⁰ Cf. délibération n° 18 du Conseil de l'UNOCAM du 30 septembre 2015.

¹¹ Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 prévoyait une mise en concurrence pour la sélection d'offres d'assurance complémentaire santé pour les plus de 65 ans. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 instaure finalement une labellisation des contrats à destination des 65 ans et plus.

¹² Le forfait médecin traitant a été créé par l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux, signé le 25 octobre 2012 et publié au Journal Officiel du 7 décembre 2012. D'un montant de 5 euros, il est versé au praticien pour le suivi annuel d'un patient ne souffrant pas d'une affection de longue durée (ALD).

¹³ La loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a été publiée au Journal Officiel du 24 décembre 2013.

au service des assurés sociaux et noté la volonté des pouvoirs publics de limiter cette disposition à la durée de l'actuelle convention nationale des médecins libéraux.

Missions

Un lieu d'échanges et de propositions

L'UNOCAM est un lieu d'échange au sein duquel 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 toute question relative à l'assurance maladie.

Cette instance de concertation a été créée pour favoriser les relations entre l'assurance maladie complémentaire et l'assurance maladie obligatoire. De longue date, l'UNOCAM propose à l'assurance maladie obligatoire la mise en place d'une méthode de travail de nature plus partenariale. De ce point de vue, la situation a progressé depuis 2014.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie permet notamment à l'UNOCAM d'examiner avec l'UNCAM les programmes annuels de négociations avec les professionnels de santé¹⁴. Jusqu'à présent, cette obligation n'avait jamais vraiment été satisfaite. La Cour des comptes l'avait elle-même signalé à plusieurs reprises en 2014¹⁵. Pour évoquer l'objet et le calendrier prévisionnel des négociations conventionnelles, le Directeur général de l'UNCAM a reçu une délégation du Bureau de l'UNOCAM les 27 janvier, 15 septembre 2015 et 5 janvier 2016.

L'UNOCAM peut demander à être auditionnée par le Conseil de l'UNCAM. L'UNOCAM a été auditionnée les 28 août 2009, 12 juillet 2012 et 21 janvier 2016.

Une institution consultée sur les évolutions du financement du système de santé

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* »¹⁶.

¹⁴ Cf. article L. 182-3 du code de la sécurité sociale.

¹⁵ Cf. *Rapport au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat sur l'enquête de la Cour des comptes sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé*, 8 juillet 2014 ; *Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2014.

¹⁶ Cf. article L. 182-3 du code de la sécurité sociale.

L'UNOCAM exprime le point de vue des organismes complémentaires d'assurance maladie sur les principaux textes liés au financement du système de santé. Ainsi, l'UNOCAM rend un avis sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui fixe les ressources et les dépenses des différentes branches de la Sécurité sociale pour l'année suivante, avec des objectifs pluriannuels. Le 6 octobre 2015, l'UNOCAM a été auditionnée par Mme Michèle DELAUNAY, Rapporteuse du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 à l'Assemblée nationale¹⁷.

L'UNOCAM est aussi consultée sur la fixation des taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et sur 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'UNOCAM¹⁸. 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 la détermination du niveau 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 doit être consultée 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. 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 des groupes de travail¹⁹. Elle répond aux demandes d'audition des corps de contrôle de l'Etat, quand celles-ci entrent dans

¹⁷ Le 16 avril 2015, l'UNOCAM a été auditionnée par ailleurs par Mme Leila AÏCHI, Rapporteuse de la Commission d'enquête du Sénat sur le coût économique et financier de la pollution de l'air.

¹⁸ Cf. article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

¹⁹ L'UNOCAM participe aux réunions organisées régulièrement par la Direction de la Sécurité sociale sur le développement de la couverture complémentaire santé. L'UNOCAM participe au comité de pilotage sur la dématérialisation de la facturation de la part complémentaire dans les établissements de santé (projet « *remboursement des organismes complémentaires (ROC)* »), animé par le Secrétariat général des Ministères sociaux. A l'invitation de la Direction générale de l'offre de soins, l'UNOCAM a participé aux réunions du groupe de travail sur l'expérimentation d'hébergement non médicalisé de patients à proximité des établissements de santé, prévue par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Enfin, l'UNOCAM a participé aux réunions de concertation sur la dispense d'avance des frais.

son champ de compétences²⁰. Si tel n'est pas le cas, ce sont naturellement les membres de l'UNOCAM qui répondent à ces demandes. L'UNOCAM regrette de ne pas toujours avoir communication des rapports auxquels ses auditions donnent lieu.

Une institution qui participe au fonctionnement du système de santé

L'UNOCAM peut négocier avec les professions de santé

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009²¹, 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 l'assurance maladie obligatoire et avec les professions de santé. Si l'UNOCAM refuse de conclure le texte présenté à sa signature à l'issue de négociations conventionnelles auxquelles elle a participé, 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 malgré 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, la Ministre doit respecter un délai de six mois avant de pouvoir approuver un texte conventionnel avec lequel l'UNOCAM serait en désaccord²². A ce jour, l'UNOCAM n'a jamais eu à tenir cette position.

L'UNOCAM est signataire de sept accords conventionnels. A ce titre, elle a participé en 2015 aux travaux de la Commission paritaire nationale des médecins libéraux, pharmaciens titulaires d'officine et chirurgiens-dentistes. La Commission paritaire nationale rassemble, pour chaque profession libérale de santé, l'assurance maladie obligatoire, les syndicats représentatifs de cette profession et signataires de sa convention nationale ou d'un avenant à celle-ci, ainsi que l'assurance maladie complémentaire si l'UNOCAM est elle-même signataire de cette convention ou d'un avenant à celle-ci. En l'absence des syndicats, la Commission paritaire nationale des médecins libéraux ne s'est plus réunie après le 28 janvier 2015.

L'UNOCAM est représentée avec voix consultative dans la Commission paritaire nationale des médecins libéraux et dans celle des pharmaciens titulaires d'officine.

²⁰ L'UNOCAM a été auditionnée par la Cour des comptes sur les soins bucco-dentaires le 2 octobre 2015. Elle a répondu au questionnaire de la Cour des comptes sur le système national informationnel inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) le 12 octobre 2015.

²¹ La loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, publiée au Journal Officiel du 18 décembre 2008, a créé l'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale.

²² L'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale dispose que, lorsqu'une négociation conventionnelle concerne des professions de santé pour lesquelles le financement de l'assurance maladie obligatoire est minoritaire, la Ministre doit respecter un délai de six mois avant de pouvoir approuver un texte conventionnel avec lequel l'UNOCAM serait en désaccord. L'arrêté du 5 mai 2009, publié au Journal Officiel du 7 mai 2009, dresse la liste de ces professions de santé : chirurgiens-dentistes, opticiens-lunetiers et audioprothésistes.

En tant que premier financeur des soins et prothèses dentaires²³, l'UNOCAM compte un représentant avec voix délibérative au sein de la section sociale (qui regroupe assurances maladie obligatoire et complémentaire) de la Commission paritaire nationale des chirurgiens-dentistes. L'UNOCAM s'abstient de siéger quand la Commission paritaire nationale doit entendre un professionnel de santé et délibérer sur son exercice professionnel.

L'UNOCAM est membre des Observatoires conventionnels nationaux des pratiques tarifaires des chirurgiens-dentistes et des médecins²⁴, ainsi que de l'Observatoire du suivi de la mise en place des honoraires de dispensation des pharmaciens titulaires d'officine²⁵, instaurés par les partenaires conventionnels. Dans un objectif de transparence, notamment sur les tarifs à entente directe et les dépassements d'honoraires, les observatoires des chirurgiens-dentistes et des médecins sont essentiels. Suite à l'entrée en vigueur de la réforme de la marge officinale le 1^{er} janvier 2015²⁶, l'observatoire des pharmaciens titulaires d'officine revêt également une grande importance.

En l'absence des syndicats, l'Observatoire conventionnel national des pratiques tarifaires des médecins n'a pas validé son premier rapport annuel à la fin 2014 et il ne s'est pas réuni en 2015. L'UNOCAM le regrette vivement.

Tout en reconnaissant l'importance des Observatoires régionaux des pratiques tarifaires, l'UNOCAM, instance de portée nationale, n'a pas souhaité développer son action au niveau régional.

L'UNOCAM a poursuivi ses relations bilatérales avec les professionnels de santé en 2015. La Commission bipartite de suivi de la charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie, signée avec la CNSD le 26 juillet 2013, s'est réunie à trois reprises en 2015²⁷. L'UNOCAM a rencontré l'UNPS le 11 février 2015, afin d'échanger sur les principes et les modalités de développement du tiers payant. L'UNOCAM a été auditionnée par l'Union nationale des médecins spécialistes confédérés (UMESPE) le 4 juin 2015. Elle a reçu le Syndicat national des

²³ L'assurance maladie complémentaire a financé 38,8% des soins et prothèses dentaires en 2014, tandis que l'assurance maladie obligatoire et l'Etat en ont solvabilisé 36,0% ; le reste à charge des ménages s'est élevé à 25,2% (cf. *Les dépenses de santé en 2014*, DREES, édition 2015).

²⁴ Trois conseillers techniques des fédérations peuvent accompagner le représentant de l'UNOCAM ou son suppléant à l'Observatoire national des pratiques tarifaires des médecins.

²⁵ L'Observatoire du suivi de la mise en place des honoraires de dispensation des pharmaciens titulaires d'officine a été créé en 2015.

²⁶ Cf. avenant n° 5 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signé le 21 mai 2014 et publié au Journal Officiel du 2 décembre 2014, et arrêté du 28 novembre 2014 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu, publié au Journal Officiel du 2 décembre 2014.

²⁷ Les 23 janvier, 16 avril et 19 juin 2015. Des groupes de travail rassemblant des experts de l'UNOCAM et de la CNSD se sont réunis en outre les 15 janvier, 2 avril et 21 mai 2015.

audioprothésistes (UNSAF) le 1^{er} juillet 2015. Elle a rencontré la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) et Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) le 9 juillet 2015. Elle a reçu la Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL) le 29 octobre 2015.

L'UNOCAM participe au Comité économique des produits de santé (CEPS)

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

En 2015, l'UNOCAM a participé à la cellule d'information et d'échange sur l'économie internationale des produits de santé, ainsi qu'au comité de pilotage de la mission d'évaluation de la politique de promotion des médicaments génériques.

L'UNOCAM est membre de l'Institut des données de santé (IDS)

L'accès aux données de remboursement est essentiel pour comprendre l'évolution des dépenses de santé, améliorer les parcours de soins et concevoir des prises en charge adaptées aux besoins de santé de la population. Il est un gage de transparence sur l'efficacité de l'action publique. Il est nécessaire à l'information des patients.

Compte tenu des risques éventuels de mésusage, l'accès aux bases de données requiert une régulation. Pour autant, il importe qu'aux côtés des services de l'Etat et des organismes de Sécurité sociale, la société civile, au travers de l'UNOCAM, de l'UNPS, du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) ou des fédérations hospitalières, soit représentée et défende les responsabilités qui sont les siennes.

C'est dans cet esprit que la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé l'IDS. Pour l'UNOCAM, cet esprit est plus actuel que jamais.

L'UNOCAM a participé aux travaux de la Commission *Open Data* en santé en 2014, puis de nouveau en 2015²⁸. Au terme de la première phase de concertation, l'UNOCAM a pris connaissance des mesures retenues par les pouvoirs publics. Celles-ci lui sont apparues en retrait des conclusions de la commission. C'est pourquoi l'UNOCAM a formulé de sérieuses réserves sur l'article 47 de la version initiale du projet de loi relatif à la santé²⁹.

Dans un courrier adressé aux membres de la commission le 25 février 2015, la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a indiqué avoir

²⁸ Cf. *Rapport de la Commission Open Data en santé*, 9 juillet 2014.

²⁹ Cf. délibération n° 20 du Conseil de l'UNOCAM du 16 septembre 2014.

entendu les réserves formulées par l'UNOCAM et les autres représentants de la société civile et a informé que des propositions d'amendements au texte initial seraient présentées dans le cadre la Commission *Open Data* en santé. Cette commission a été convoquée de nouveau à cette fin le 26 février 2015, pour une seconde phase de concertation. Les familles de l'UNOCAM ont exprimé une nouvelle fois leurs positions lors de cette réunion.

Au terme de ces deux phases de concertation, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, publiée au Journal Officiel du 27 janvier 2017, modifie profondément, dans ses principes et son organisation, l'accès aux bases de données. Elle prévoit notamment la création d'un Institut national des données de santé (INDS) qui se substituera à l'IDS.

Les fédérations qui constituent l'UNOCAM seront très attentives à la définition des principes et des modalités de fonctionnement de l'INDS qui seront précisés lors de la création de celui-ci. Dans un cadre régulé, l'*Open Data* en santé vise à ouvrir un peu plus et un peu mieux l'accès aux données de remboursement, pas à le fermer. Cet objectif ne saurait être perdu de vue.

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 santé³⁰.

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 toutes les Commissions régionales de gestion du risque.

En juin 2016, suite à la fusion de certaines Agences régionales de santé³¹, l'UNOCAM a modifié sa représentation au sein des 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 de la Ministre des Affaires sociales et de la

³⁰ La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a été publiée au Journal Officiel du 22 juillet 2009.

³¹ Cf. loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, publiée au Journal Officiel du 8 août 2015, et ordonnance n° 2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions, publiée au Journal Officiel du 11 décembre 2015.

Santé. Elle permet aux différents acteurs du système de santé d'exprimer leurs points de vue sur les politiques de santé. A ce titre, l'UNOCAM est membre de la Conférence nationale de santé.

Membres

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu la création de l'UNOCAM et a défini le champ de ses missions. L'UNOCAM a été fondée le 23 mai 2005 sous la forme d'une association (loi 1901). Ses compétences ont été renforcées et étendues 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 est financée par les cotisations de ses membres et ne reçoit aucune subvention des administrations publiques. Son budget annuel est de 900 000 euros en 2015.

Ses membres fondateurs sont :

- la **Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)** ;
- la **Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)**³² ;
- 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'assurance (GEMA)**³³, 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, de leur modèle économique et de leurs métiers :

³² Avant la modification statutaire intervenue le 13 juin 2016, motivée par la création de la FFA.

³³ *Idem.*

- 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'objet est de couvrir les salariés et anciens salariés dans le cadre de la branche professionnelle ou de l'entreprise (contrats collectifs).

Gouvernance

La gouvernance de l'UNOCAM est définie par le décret du 30 avril 2007³⁴ et dans les statuts de l'association, modifiés les 5 mars 2008, 19 janvier 2009, 15 décembre 2014 et 13 juin 2016.

Le Bureau

Sous l'égide de son Président, le Bureau élabore les projets de délibération du Conseil. Le Bureau décide de l'ordre du jour et de la convocation du Conseil.

Le Bureau est composé de six membres répartis en trois collèges (deux pour la FNMF, deux pour la FFSA³⁵ et deux pour le CTIP), le représentant du Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle siégeant à titre consultatif.

Au 31 décembre 2015³⁶, le Bureau est composé de :

- M. Fabrice HENRY, Président,
Désigné par le Conseil d'administration de la FNMF ;
- M. Emmanuel ROUX,
Directeur général de la FNMF ;
- M. Norbert BONTEMPS,
Président du Comité maladie-accidents de la FFSA ;
- Mme Véronique CAZALS,
Directrice santé de la FFSA ;
- M. Bernard DAESCHLER,
Président du CTIP ;
- M. Jean-Paul LACAM,
Délégué général du CTIP ;
- M. Daniel LORTHIOIS,
Président du Régime local.

³⁴ Le décret n° 2007-659 du 30 avril 2007 relatif à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) a été publié au Journal Officiel du 3 mai 2007.

³⁵ Avant la modification statutaire intervenue le 13 juin 2016, motivée par la création de la FFA.

³⁶ Réuni le 3 février 2016, le Conseil a réélu les membres du Bureau pour trois ans et le Président jusqu'au 1^{er} septembre 2016.

Le Bureau s'est réuni 10 fois en 2015.

Chaque réunion du Bureau est 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. Au 31 décembre 2015, il compte trente-trois titulaires (et trente-trois suppléants) nommés pour trois ans :

- un collège de dix-sept titulaires représentant les mutuelles, désignés par la FNMF ;
- un collège de huit titulaires représentant les entreprises d'assurances, désignés par la FFSA³⁷ ;
- un collège de sept titulaires représentant les institutions de prévoyance, désignés par le CTIP ;
- un représentant du Régime local.

La liste des membres du Conseil a été modifiée à plusieurs reprises en 2015.

Au 31 décembre 2015, elle s'établit comme suit :

- M. Jean-Claude ALBINET, FNMF ;
- M. Gérard ALIX, FNMF ;
- M. Thomas BLANCHETTE, FNMF ;
- M. Rémy COMIOTTO, FNMF ;
- M. Maurice FOURET, FNMF ;
- M. Fabrice HENRY, FNMF ;
- Mme Marie-Catherine LALLEMAND, FNMF ;
- M. Antoine LAMON, FNMF ;
- M. Michel MONTAUT, FNMF ;
- M. Michel PANNEQUIN, FNMF ;
- M. Maurice RONAT, FNMF ;
- M. Emmanuel ROUX, FNMF ;
- M. Frédéric ROUSSEAU, FNMF ;
- M. Alain TISON, FNMF ;
- Mme Pascale VATEL, FNMF ;
- M. Jacques VIALLET, FNMF ;
- M. Gérard VUIDEPOT, FNMF ;

³⁷ Par la FFA depuis la modification statutaire du 13 juin 2016.

- M. Norbert BONTEMPS, FFSA ;
- Mme Véronique CAZALS, FFSA
- M. Etienne DEPEYRE, FFSA ;
- M. Hervé FRANCK, FFSA ;
- M. Pierre FRANÇOIS, FFSA ;
- M. Yanick PHILIPPON, FFSA ;
- M. Jean-François PLUCHET, FFSA-GEMA ;
- Mme Nathalie THOOL, FFSA ;

- Mme Delphine BENDA, CTIP ;
- M. Bernard DAESCHLER, CTIP ;
- M. Jean-Paul LACAM, CTIP ;
- M. Serge LAVAGNA, CTIP ;
- M. Pierre MIE, CTIP ;
- M. Alain POULET, CTIP ;
- M. Daniel THEBAULT, CTIP ;

- M. Daniel LORTHIOIS, Régime local.

Les membres suppléants du Conseil sont :

- Mme Agnès BOCOIGNANO, FNMF ;
- M. Jean-Marie CARRICANO, FNMF ;
- M. Jacques CHEMARIN, FNMF ;
- M. Claude DELAVEAU, FNMF ;
- M. Paul DEVROEDT, FNMF ;
- M. Emmanuel DURAND, FNMF ;
- M. Jean-François FURET-COSTE, FNMF ;
- M. Alain GIANAZZA, FNMF ;
- M. Jean GUYOT, FNMF ;
- M. Jean-Pierre LACROIX, FNMF ;
- M. Michel MARTIN, FNMF ;
- M. Michel MASSET, FNMF ;
- M. Claude MERLET, FNMF ;
- M. Joseph MORIN, FNMF ;
- M. Jean-Pierre POL, FNMF ;
- M. Roland STURMEL, FNMF ;
- M. Olivier TECHEC, FNMF ;

- Mme Claudine CADIOU, FFSA ;
- M. Philippe CREVEL, FFSA ;
- M. Philippe DRAPIER, FFSA ;
- M. Christian GRUDE, FFSA ;
- M. François HECKER, FFSA ;
- M. Jean-Luc LAZARUS, FFSA ;
- M. Olivier LECLERC, FFSA ;
- Mme Cécile MALGUID, FFSA ;

- Mme Frédérique BRIANT, CTIP ;
- M. Thierry DEBENEIX, CTIP ;
- Mme Evelyne GUILLET, CTIP ;
- M. Jean-Louis JAMET, CTIP ;
- Mme Marie-Annick NICOLAS, CTIP ;
- Mme Isabelle SANCERNI, CTIP ;
- M. Alain TISSERANT, CTIP ;

- M. Antoine FABIAN, Régime local.

Le Conseil s'est réuni trois fois en 2015.

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, FFSA³⁸, CTIP et Régime local) comme ses membres adhérents (GEMA³⁹ et FNIM).

Elle s'est réunie deux fois en 2015.

³⁸ Avant la modification statutaire intervenue le 13 juin 2016, motivée par la création de la FFA.

³⁹ *Idem.*

Equipe

L'équipe de l'UNOCAM est composée de **quatre collaborateurs** au 31 décembre 2015 :

- M. Eric BADONNEL,
Secrétaire général administratif ;
- M. Sébastien TRINQUARD,
Economiste de la santé ;
- Mme Mahé CAUCHARD,
Chargée d'études ;
- Mme Michèle LARIOS,
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 avec des experts des fédérations et du Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, qui 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, dossiers dentaires, *etc.*). A titre d'exemple, le « *groupe médicaments et dispositifs médicaux* » a été convoqué à 8 reprises en 2015.

Au total, **une vingtaine d'experts** travaillent avec l'UNOCAM.

Avis officiels

En 2015, l'UNOCAM a rendu vingt-et-un avis répondant à vingt saisines. Ces demandes provenaient majoritairement de l'assurance maladie obligatoire.

Les saisines émanant de l'UNOCAM sont liées, pour l'essentiel, à l'ouverture de négociations conventionnelles, à la conclusion de conventions nationales ou d'avenants à celles-ci, ainsi qu'à des propositions de modification de la nomenclature des actes pris pour l'application de ces accords.

En tant que de besoin, les instances de l'UNOCAM peuvent voter sur les projets de délibération qui leur sont soumis dans le cadre d'une procédure d'urgence. En 2015, l'UNOCAM s'est prononcée en moyenne dans un délai inférieur à dix-huit jours après la réception des saisines, alors qu'elle dispose de six mois pour rendre certains de ses avis, par exemple sur les propositions de modification de la nomenclature des actes. 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.

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. Depuis 2013, la Haute Autorité de santé communique à l'UNOCAM les avis qu'elle rend en réponse aux sollicitations de l'UNOCAM.

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.

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 des acteurs du système de santé, dont de nombreux particuliers, à formuler des observations auprès de l'UNOCAM ou à lui demander des renseignements.

En 2015, les délibérations de l'UNOCAM ont concerné les sujets suivants :

Délibération n° BUR. – 01 – 20 février 2015 – Avis relatif à une proposition de modifications de la nomenclature des actes de biologie médicale ;

Délibération n° BUR. – 03 – 30 mars 2015 – Avis relatif à une proposition de modifications de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie ;

Délibération n° BUR. – 04 – 30 mars 2015 – Avis relatif à une proposition de modification de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie, portant sur la scanographie ;

Délibération n° BUR. – 05 – 20 avril 2015 – Avis relatif à l'ouverture des négociations sur l'avenant n°3 à la convention nationale des sages-femmes libérales ;

Délibération n° BUR – 07 – 15 juin 2015 – Avis relatif à une proposition de modifications de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie, concernant les sages-femmes libérales ;

Délibération n° BUR – 08 – 15 juin 2015 – Avis relatif à une proposition de modifications de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie, concernant les chirurgiens-dentistes ;

Délibération n° BUR. – 09 – 29 mai 2015 – Avis sur les projets de décret et d'arrêté relatifs aux modalités de mise en œuvre du tiers payant pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ;

Délibération n° BUR. – 10 – 25 juin 2015 – Avis relatif à l'avenant n°3 à la convention nationale des sages-femmes libérales ;

Délibération n° BUR. – 11 – 15 juin 2015 – Avis relatif à l'ouverture de négociations conventionnelles avec les syndicats représentant les prestataires des titres I et IV de la liste des produits et prestations ;

Délibération n° BUR – 12 – 17 juin 2015 – Avis relatif à une proposition de modifications de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie, concernant les sages-femmes ;

Délibération n° BUR. – 13 – 8 juillet 2015 – Avis relatif à l'ouverture des négociations conventionnelles sur l'avenant n°4 à la convention nationale des pédicures-podologues ;

Délibération n° BUR – 14 – 30 juillet 2015 – Avis relatif à une proposition de modification de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie, concernant l'angiographie coronaire ;

Délibération n° BUR. – 15 – 30 juillet 2015 – Avis relatif à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et l'assurance maladie, conclu le 8 juillet 2015 ;

Délibération n° BUR – 16 – 7 septembre 2015 – Avis relatif à une proposition de modification de l'article 13 de la nomenclature générale des actes professionnels, relatif aux frais de déplacement pour les actes effectués au domicile du malade ;

Délibération n° BUR. – 17 – 14 septembre 2015 – Avis relatif à la fixation de la participation de l'assuré social pour les forfaits de prestations sans hospitalisation mentionnés aux 2°, 4°, 5° et 6° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale ;

Délibération n° CONS. – 18 – 30 septembre 2015 – Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

Délibération n° BUR. – 19 – 2 novembre 2015 – Avis relatif à l'ouverture des négociations sur un avenant à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine ;

Délibération n° BUR – 20 – 14 décembre 2015 – Avis relatif à des propositions de modifications de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie ;

Délibération n° BUR – 21 – 7 janvier 2016 – Avis relatif à une décision de l'UNCAM portant sur la création d'un contrat d'amélioration des pratiques en matière de dépistage organisé du cancer colorectal ;

Délibération n° BUR – 22 – 7 janvier 2016 – Avis relatif à l'avenant n°11 à la convention nationale des orthoptistes ;

Délibération n° BUR. – 23 – 18 janvier 2016 – Avis relatif aux avenants n°8 et n°9 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine.

Décrets relatifs à l'assurance maladie complémentaire

En 2015, l'UNOCAM a été consultée par les pouvoirs publics, dans le cadre de réunions ou de saisines officielles, sur les mesures d'application des textes législatifs qui, en 2014, ont modifié profondément les principes et les modalités d'intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Mise en concurrence des contrats éligibles à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS)

L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a instauré une procédure de mise en concurrence afin de sélectionner, pour les bénéficiaires de l'ACS, un nombre réduit de contrats sur des critères de prix et de qualité. Depuis le 1^{er} juillet 2015, pour bénéficier de l'ACS, les assurés sociaux ne peuvent plus choisir leur contrat que parmi la liste des onze offres sélectionnées au terme de cette mise en concurrence⁴⁰.

En 2015, l'UNOCAM a été conviée par la Direction de la Sécurité sociale à trois réunions portant sur le suivi de cette procédure⁴¹.

Le 13 mai 2015, les fédérations qui constituent l'UNOCAM ont adressé un courriel à la Direction de la Sécurité sociale pour s'opposer à la façon dont celle-ci envisageait de créer un comparateur de tarifs des offres sélectionnées.

Mise en œuvre du tiers payant pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'ACS

Selon l'article 21 de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle⁴², le tiers payant s'applique aux bénéficiaires de la CMU-C. L'article 41 de

⁴⁰ Cf. arrêté du 10 avril 2015 fixant la liste des contrats donnant droit au crédit d'impôt en application de l'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale, publié au Journal Officiel du 11 avril 2015, et arrêté du 25 juin 2015 modifiant l'arrêté du 10 avril 2015 fixant la liste des contrats donnant droit au crédit d'impôt en application de l'article L.863-6 du code de la sécurité sociale, publié au Journal Officiel du 28 juin 2015.

⁴¹ Les 14 avril, 7 mai et 7 octobre 2015.

⁴² La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a été publiée au Journal Officiel du 28 juillet 1999.

la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015⁴³ a prévu la mise en place du tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS à compter du 1^{er} juillet 2015.

L'UNOCAM a été saisie d'un projet de décret et d'un projet d'arrêté qui actualisent, d'une part, les modalités du tiers payant pour les bénéficiaires de la CMU-C et fixent, d'autre part, les modalités de ce service pour les bénéficiaires de l'ACS.

En 2013 et en 2014, l'UNOCAM a rendu plusieurs délibérations contestant le dispositif de mise en concurrence des contrats d'organismes complémentaires d'assurance maladie susceptibles d'être souscrits par des bénéficiaires de l'ACS⁴⁴.

Dans sa délibération n° 21 du 1^{er} octobre 2014, l'UNOCAM a émis un avis défavorable sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015⁴⁵ qui prévoyait, entre autres mesures, la mise en place du tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS au 1^{er} juillet 2015. Dans son avis, l'UNOCAM ne contestait naturellement pas la légitimité de l'objectif fixé par les pouvoirs publics, à savoir améliorer le taux de recours à l'ACS.

En cohérence, le 29 mai 2015, l'UNOCAM a rendu un avis défavorable sur les projets de décret et d'arrêté relatifs aux modalités de mise en œuvre du tiers payant pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, dont elle a été saisie⁴⁶.

Le décret n° 2015-770 du 29 juin 2015 relatif aux modalités de mise en œuvre du tiers payant pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé a été publié au Journal Officiel du 30 juin 2015. L'arrêté du 29 juin 2015 relatif aux modalités de mise en œuvre du tiers payant pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé a également été publié au Journal Officiel du 30 juin 2015.

Fusion de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA)

L'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu la fusion de la TSA et de la TSCA pour les contrats d'assurance maladie ne relevant pas d'un régime obligatoire de sécurité sociale, c'est-à-dire les contrats d'assurance maladie complémentaire.

L'UNOCAM a rendu un avis défavorable sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015⁴⁷ et a souligné que l'harmonisation de la TSA et de la

⁴³ La loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 a été publiée au Journal Officiel du 24 décembre 2014.

⁴⁴ Cf. délibération n° 29 du Conseil de l'UNOCAM du 3 octobre 2013, délibération n° 13 du Conseil de l'UNOCAM du 12 juin 2014 et délibération n° 10 du Conseil de l'UNOCAM du 11 juillet 2014.

⁴⁵ Cf. délibération n° 21 du Conseil de l'UNOCAM du 1^{er} octobre 2014.

⁴⁶ Cf. délibération n° 9 du Bureau de l'UNOCAM du 29 mai 2015.

TSCA, versées par les mutuelles, les entreprises d'assurances et les institutions de prévoyance, était présentée comme une simplification administrative, ce qui est inexact pour les organismes complémentaires d'assurance maladie.

Pour l'UNOCAM, cette mesure ne répondait pas aux objectifs que les pouvoirs publics s'étaient eux-mêmes fixés en vue de généraliser la couverture complémentaire santé à tous les assurés sociaux à l'horizon de 2017. La fusion des deux taxes n'était pas une priorité. En revanche, l'accent aurait dû être mis sur la réduction des taxes sur les contrats responsables, dont l'augmentation ces dernières années a renchéri le coût de la complémentaire santé au point d'entraver l'accès aux soins pour une partie de la population.

L'UNOCAM a été consultée par la Direction de la Sécurité sociale, par courriels et lors d'une réunion le 1^{er} décembre 2015, sur le projet de circulaire visant à préciser les nouvelles dispositions législatives et réglementaires de la TSA.

La circulaire n° DSS/SD5D/2015/380 du 28 décembre 2015 relative à la taxe de solidarité additionnelle de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale a été publiée le 21 janvier 2016.

Aide à certaines catégories de salariés pour la souscription d'un contrat d'assurance maladie complémentaire individuel

L'article 22 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a prévu le versement, par les employeurs, d'une aide individuelle pour la souscription d'un contrat d'assurance maladie complémentaire individuel aux salariés en contrat à durée déterminée (CDD) de courte durée, qui travaillent simultanément dans plusieurs entreprises en réalisant une faible quotité horaire dans chacune d'entre-elles, ou qui travaillent à temps très partiel.

Saisie du projet de loi de financement pour 2016, l'UNOCAM a pris acte de la mesure proposée en précisant que ses membres seraient particulièrement vigilants sur la définition, par voie réglementaire, des modalités d'application de cette disposition⁴⁸.

Une réunion entre le cabinet de la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et l'UNOCAM a eu lieu, à cet effet, le 27 octobre 2015.

En décembre 2015, la Direction de la Sécurité sociale a communiqué à l'UNOCAM le projet de décret relatif à la mise en œuvre de la mesure prévue à l'article 22 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

⁴⁷ Cf. délibération n° 21 du Conseil de l'UNOCAM du 1^{er} octobre 2014.

⁴⁸ Cf. délibération n° 18 du Conseil de l'UNOCAM du 30 septembre 2015.

Elle a également transmis à l'UNOCAM un projet de décret visant à encadrer davantage l'évolution des cotisations des anciens salariés, en modifiant le décret pris pour l'application de la loi dite « *Evin* »⁴⁹.

Le décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 a été publié au Journal Officiel du 31 décembre 2015⁵⁰.

Expérimentation d'hébergement non médicalisé pour les patients à proximité d'établissements de santé

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 permet le lancement d'une expérimentation d'hébergement non médicalisé de patients à proximité d'établissements de santé. La mise en œuvre de cette expérimentation nécessite la publication d'un décret en Conseil d'Etat.

En vue de l'élaboration de ce décret, la Direction générale de l'offre de soins a organisé trois réunions de travail avec les acteurs concernés, dont l'UNOCAM⁵¹. A plusieurs reprises, l'UNOCAM a fait part à la Direction générale de l'offre de soins de ses observations écrites⁵² non seulement sur l'avant-projet de décret, mais aussi plus généralement sur le contexte dans lequel s'inscrit ce dispositif. Pour l'UNOCAM, cette expérimentation présente un risque financier non négligeable pour les organismes complémentaires d'assurance maladie.

En date du 19 février 2016, l'UNOCAM a été saisie formellement du projet de décret, sur lequel elle a formulé des commentaires par courrier daté du 7 mars 2016. Elle s'est alors exprimée sur quatre points.

- L'UNOCAM a appelé les pouvoirs publics à la vigilance sur les modalités de la facturation de ce service par l'établissement de santé au patient. La

⁴⁹ La loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (publiée au Journal Officiel du 2 janvier 1990) pose le principe d'un maintien possible de la couverture complémentaire santé pour les anciens salariés. Elle dispose que les contrats collectifs d'assurance complémentaire santé des salariés actifs doivent prévoir les modalités et les conditions tarifaires des contrats individuels souscrits par les anciens salariés. Elle précise que les cotisations versées par les anciens salariés peuvent être supérieures aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret. Selon l'article 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15 de la loi « *Evin* » (publié au Journal Officiel du 1^{er} septembre 1990), ces cotisations ne peuvent pas être supérieures de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

⁵⁰ La loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 a été publiée au Journal Officiel du 22 décembre 2015. L'article 22 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 est devenu l'article 34 dans cette loi.

⁵¹ Les deux premières réunions ont eu lieu les 27 mai et 1^{er} juillet 2015. La troisième réunion a eu lieu le 22 décembre 2015 en comité restreint (représentants de la Direction générale de l'offre de soins, de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés - CNAMTS -, de l'UNOCAM et des fédérations qui la constituent).

⁵² Notamment par courriel en date du 23 juillet 2015 et par courrier en date du 12 octobre 2015.

facture remise au patient doit comporter les informations-clés de façon lisible et standardisée.

- Le projet de décret dispose que la contribution éventuelle demandée au patient par nuitée n'excédera pas le montant du forfait journalier⁵³. L'UNOCAM en a pris acte.
- Le projet de décret prévoit que cette contribution éventuelle pourra faire l'objet, « *sur les fonds le permettant, d'un financement par l'assurance maladie et par les assurances complémentaires en santé* ». L'UNOCAM a rappelé que le choix de prendre en charge ou pas cette contribution éventuelle relèvera exclusivement de chaque organisme complémentaire d'assurance maladie et que, s'agissant d'un dispositif expérimental proposant un service qui n'est pas une prestation de santé, la participation financière d'organismes complémentaires d'assurance maladie restera nécessairement facultative. A cet égard, l'UNOCAM a estimé que le projet de décret intervenait dans une matière qui ne relève que de la liberté contractuelle. Aussi l'UNOCAM a-t-elle demandé le retrait de cette disposition.
- L'UNOCAM a demandé à être destinataire de l'évaluation du dispositif.

⁵³ Cf. article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Négociations conventionnelles

L'UNOCAM n'a pas souhaité participer à de nouvelles négociations conventionnelles en 2015. Pour autant, elle a engagé des travaux, en interne et avec l'UNCAM, en vue de l'ouverture des négociations conventionnelles sur la convention nationale des médecins libéraux. Comme en 2014, l'UNOCAM n'a pas remis en cause sa présence dans les instances paritaires nationales des médecins libéraux, pharmaciens titulaires d'officine et chirurgiens-dentistes. Elle a poursuivi ses relations bilatérales avec la profession dentaire.

Pas de participation aux négociations conventionnelles en 2015

Depuis l'automne 2013, l'UNOCAM a suspendu sa participation aux négociations conventionnelles avec l'UNCAM et les syndicats représentatifs des professions libérales de santé⁵⁴.

- L'UNOCAM n'a pas souhaité prendre part aux négociations conventionnelles avec les **pharmaciens titulaires d'officine** actualisant la rémunération sur objectifs de santé publique sur les thèmes suivants : délivrance de génériques, stabilisation des génériques délivrés aux plus de 75 ans, accompagnement des patients sous anticoagulants oraux (anti-vitamine K) et des patients asthmatiques. L'UNOCAM est favorable au développement des génériques, comme en témoigne sa signature de la charte d'adhésion aux objectifs du plan national de promotion des médicaments génériques⁵⁵. Elle estime que le dispositif mis en place avec les pharmaciens d'officine y contribue.

⁵⁴ En signant l'avenant n°8 à la convention nationale des médecins libéraux le 25 octobre 2012, l'UNOCAM s'était engagée à ce que l'assurance maladie complémentaire cofinance, dans le cadre d'un copaiement direct (le cas échéant, à l'occasion de la généralisation du tiers payant), le forfait médecin traitant de 5 euros versé au praticien pour le suivi annuel d'un patient ne souffrant pas d'une ALD. Pour l'UNOCAM, la prise en charge de cette prestation devait être visible pour l'adhérent et assuré comme pour le praticien. L'article 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a transformé ce copaiement direct en une « *participation* » exceptionnelle versée à l'assurance maladie obligatoire, en principe dans l'attente de la généralisation du tiers payant. Cette mesure ne respectait pas l'engagement pris par l'assurance maladie complémentaire. Aussi l'UNOCAM a-t-elle considéré que cette disposition compromettrait la poursuite de son engagement dans la vie conventionnelle.

⁵⁵ L'UNOCAM a signé la charte d'adhésion aux objectifs du plan national de promotion des médicaments génériques le 24 mars 2015.

Cependant, celui-ci n'assurerait aucune visibilité à l'intervention éventuelle des organismes complémentaires d'assurance maladie auprès des pharmaciens d'officine comme des adhérents et assurés. L'UNOCAM n'a donc pas souhaité s'y associer et elle a pris acte des avenants n° 8 (accompagnement des patients sous anticoagulants oraux et des patients asthmatiques) et n° 9 (délivrance de médicaments génériques) à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, sans en devenir signataire^{56et57}.

- L'UNOCAM a été conviée à participer à deux **autres négociations conventionnelles** en 2015, portant sur l'avenant n° 3 à la convention nationale des sages-femmes libérales⁵⁸ et sur l'avenant n° 4 à la convention nationale des pédicures-podologues⁵⁹. Elle a décidé de ne pas y participer.

Démarrage des travaux en vue de la participation de l'UNOCAM aux négociations conventionnelles avec les médecins libéraux en 2016

En 2015, l'UNOCAM a mené, en interne, une réflexion stratégique sur son positionnement en vue des négociations conventionnelles sur la nouvelle convention nationale des médecins libéraux⁶⁰. Elle a également rencontré le Directeur général de l'UNCAM à deux reprises sur ce sujet⁶¹.

L'UNOCAM a suivi avec attention les éléments importants pour les négociations conventionnelles avec les médecins libéraux, notamment les résultats aux élections aux URPS⁶², les orientations de la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes⁶³ et celles de l'UNCAM⁶⁴.

⁵⁶ Cf. délibération n° 23 du Bureau de l'UNOCAM du 18 janvier 2016.

⁵⁷ Les avenants n° 8 et n° 9 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine ont été signés le 22 décembre 2015 par l'UNCAM, la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) et l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO). L'arrêté du 24 juin 2016 portant approbation des avenants n°8 et n°9 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie, a été publié au Journal Officiel du 28 juin 2016.

⁵⁸ Cf. délibération n° 5 du Bureau de l'UNOCAM du 20 avril 2015.

⁵⁹ Cf. délibération n° 13 du Bureau de l'UNOCAM du 8 juillet 2015.

⁶⁰ L'actuelle convention nationale des médecins libéraux (intégrant les 11 avenants) arrive à échéance le 26 septembre 2016. Conformément à l'article R. 162-54-5 du code de la sécurité sociale, la nouvelle convention doit être conclue un mois avant l'échéance de la convention précédente (soit le 26 août 2016). Dans le cas contraire, l'UNCAM constate la rupture des négociations et saisit l'arbitre désigné selon les modalités de l'article R. 162-54-7 du code de la sécurité sociale.

⁶¹ Les 27 janvier et 15 septembre 2015.

⁶² Les résultats des élections aux URPS regroupant les médecins, qui ont eu lieu le 12 octobre 2015, ont été connus le 17 octobre 2015. Les résultats de l'enquête de représentativité ont été publiés le 15 février 2016.

⁶³ Par courrier daté du 23 décembre 2015, la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a transmis à l'UNCAM ses orientations pour les négociations conventionnelles avec les médecins libéraux.

Le 21 janvier 2016, avant de délibérer pour la seconde fois sur ses orientations en vue des négociations conventionnelles avec les médecins libéraux, le Conseil de l'UNCAM a auditionné le Président de l'UNOCAM. Celui-ci a rappelé le contexte particulièrement délicat de ces négociations conventionnelles pour l'assurance maladie complémentaire.

L'UNCAM a invité l'UNOCAM à participer aux négociations conventionnelles sur la nouvelle convention nationale des médecins libéraux au début de l'année 2016. L'UNOCAM a décidé de répondre favorablement à cette invitation et de participer aux négociations conventionnelles avec les médecins libéraux⁶⁵, qui ont commencé le 24 février 2016.

Participation aux instances conventionnelles nationales

L'UNOCAM a participé à la seule réunion de la Commission paritaire nationale des médecins libéraux organisée en 2015⁶⁶, ainsi qu'aux réunions de la Commission paritaire nationale des pharmaciens titulaires d'officine et des chirurgiens-dentistes⁶⁷. L'UNOCAM a également assisté aux réunions de l'Observatoire national des chirurgiens-dentistes⁶⁸ et aux réunions de l'Observatoire du suivi de la mise en place des honoraires de dispensation des pharmaciens titulaires d'officine⁶⁹.

- Les **syndicats médicaux** ont suspendu leur participation aux instances conventionnelles en 2015. La Commission paritaire nationale des médecins libéraux ne s'est plus réunie depuis le 28 janvier 2015.

L'UNOCAM regrette vivement que l'Observatoire national des pratiques tarifaires des médecins ne se soit pas réuni depuis le 22 octobre 2014. L'une des missions de cet observatoire est de suivre et évaluer la mise en œuvre du contrat d'accès aux soins depuis le 1^{er} décembre 2013, c'est-à-dire suivre et évaluer le nombre des adhésions, le profil des adhérents ainsi que le taux et le niveau des dépassements d'honoraires des adhérents.

S'agissant du contrat d'accès aux soins, l'assurance maladie complémentaire a demandé à l'UNCAM à être destinataire

⁶⁴ Le Conseil de l'UNCAM a délibéré sur ses orientations pour les négociations conventionnelles avec les médecins libéraux les 17 décembre 2015 et 21 janvier 2016.

⁶⁵ Cf. délibération n°2 du Conseil de l'UNOCAM du 3 février 2016.

⁶⁶ Le 28 janvier 2015.

⁶⁷ En 2015, la Commission paritaire nationale des pharmaciens titulaires d'officine s'est réunie quatre fois (les 10 février, 15 avril, 1^{er} juillet et 14 octobre 2015) et celle des chirurgiens-dentistes deux fois (les 26 mars et 9 juillet 2015).

⁶⁸ L'Observatoire national des pratiques tarifaires des chirurgiens-dentistes s'est réuni deux fois en 2015 : les 26 mars et 5 novembre. Un groupe de travail sur la démographie des chirurgiens-dentistes s'est réuni le 11 décembre 2015.

⁶⁹ Créé en 2015, l'Observatoire du suivi de la mise en place des honoraires de dispensation des pharmaciens titulaires d'officine s'est réuni une fois en 2015 : le 22 septembre.

d'informations de deux types : d'une part, de données agrégées sur les adhésions au contrat d'accès aux soins ; d'autre part, de données individuelles sur ces adhésions, qui sont utiles à la liquidation des garanties dans le respect du nouveau cahier des charges des contrats responsables⁷⁰. Depuis le 6 janvier 2015, à sa demande, l'UNOCAM reçoit de l'UNCAM un fichier permettant aux organismes complémentaires d'assurance maladie d'identifier qu'un médecin est adhérent au contrat d'accès aux soins. Une réunion technique entre l'UNCAM et l'UNOCAM a eu lieu le 12 juin 2015 pour préciser les modalités de transmission de ce fichier ainsi que l'évolution de son contenu⁷¹. Transmis mensuellement jusqu'en juin 2015, le fichier fait depuis l'objet d'une livraison hebdomadaire.

- En marge de la Commission paritaire nationale des **pharmaciens titulaires d'officine**, l'UNOCAM a rencontré l'UNCAM le 2 décembre 2015, au niveau technique, pour échanger sur l'activité optique en officine et plus précisément sur les modalités de sa facturation.

Relations bilatérales avec les chirurgiens-dentistes

- En 2015, l'UNOCAM a poursuivi ses relations bilatérales avec la CNSD, notamment au sein de la Commission bipartite de suivi de la charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie⁷².

Composée d'une délégation de l'UNOCAM et d'une délégation de la CNSD, la Commission bipartite s'est réunie trois fois en 2015⁷³.

Dans le cadre de cette commission, l'UNOCAM et la CNSD ont élaboré un modèle de note d'honoraires. Par courriers en date du 23 janvier et du 1^{er} juillet 2015, elles ont communiqué le modèle-type aux éditeurs de logiciels de gestion de cabinet dentaire.

La commission a mis en place, dès 2014, un groupe de travail, rassemblant des chirurgiens-dentistes traitants et des chirurgiens-

⁷⁰ Le décret du 18 novembre 2014 fixe une double limite à la prise en charge, par les contrats responsables, des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du contrat d'accès aux soins. La prise en charge est plafonnée à 125 % du tarif de responsabilité en 2015 et en 2016, puis à 100 % de ce tarif à compter de 2017. Elle est nécessairement inférieure, de 20 % du tarif de responsabilité, au montant pris en charge pour les dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.

⁷¹ Il a été convenu qu'à terme ce fichier soit mis à disposition sur un serveur « *Cross file transfer* » (CFT).

⁷² La charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie a été signée le 26 juillet 2013 par l'UNOCAM et la CNSD.

⁷³ Les 23 janvier, 16 avril et 19 juin 2015.

dentistes consultants. Ce groupe de travail s'est réuni trois fois en 2015⁷⁴.

- Le 29 octobre 2015, l'UNOCAM a reçu la FSDL qui lui a exposé ses propositions en vue des négociations conventionnelles avec les chirurgiens-dentistes annoncées pour le second semestre 2016.
- En 2015, l'UNOCAM et l'Union des jeunes chirurgiens-dentistes (UJCD) ont convenu de se rencontrer. Cette réunion a eu lieu le 3 mars 2016.

⁷⁴ Les 15 janvier, 2 avril et 21 mai 2015.

Comité économique des produits de santé

L'UNOCAM est membre du CEPS. Elle y est représentée par M. Sébastien TRINQUARD.

Par arrêté du 22 décembre 2015, publié au Journal Officiel du 24 décembre 2015, M. Maurice-Pierre PLANEL a pris la succession de M. Dominique GIORGI à la présidence du CEPS.

L'activité du CEPS a été marquée en 2015 par la négociation d'un avenant à l'accord-cadre entre le CEPS et Les entreprises du médicament (LEEM). Cet avenant a été signé le 5 janvier 2016. Il vise à favoriser la vie conventionnelle, l'accès à l'innovation et la maîtrise de la dépense. Trois stipulations sont particulièrement importantes :

- *un Comité de pilotage de la politique conventionnelle est créé*

Ce comité a pour objectif de nourrir le dialogue conventionnel entre le CEPS et le LEEM, ainsi que de privilégier l'approche conventionnelle à l'approche législative.

- *la garantie de prix européen est étendue aux médicaments antibiotiques avec une amélioration du service médical rendu⁷⁵*

La garantie du prix européen vise à accélérer la commercialisation des médicaments très innovants. Son bénéfice est étendu aux médicaments antibiotiques avec une amélioration du service médical rendu, afin de faciliter leur commercialisation et ainsi lutter contre l'antibiorésistance.

- *une procédure accélérée de fixation des prix des médicaments sans amélioration du service médical rendu est mise en place*

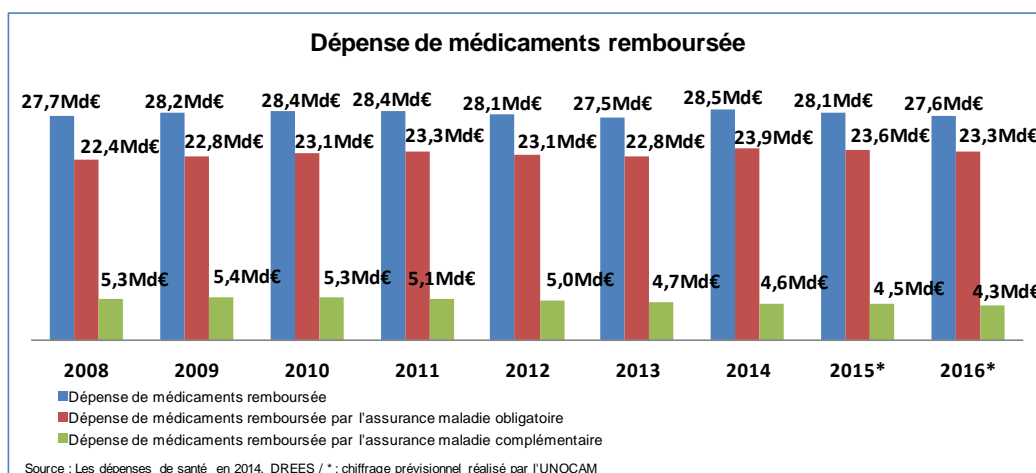
Cette procédure réduit les délais de négociation de trois mois à deux semaines pour accélérer la commercialisation des médicaments moins

⁷⁵ L'amélioration du service médical rendu mesure la valeur thérapeutique ajoutée du médicament par rapport aux médicaments comparables commercialisés dans la classe thérapeutique.

onéreux et la réalisation d'économies. Seules les classes thérapeutiques où il n'existe pas de médicament ayant perdu son brevet sont éligibles.

Pour l'assurance maladie complémentaire, la baisse de la dépense de médicaments remboursée se poursuit

La dépense de médicaments remboursée par l'assurance maladie complémentaire baisse en 2015, pour la sixième année consécutive⁷⁶. Cette tendance baissière s'explique par la dynamique des dépenses de soins remboursés à 100% par l'assurance maladie obligatoire au titre des affection de longue durée (ALD), par les baisses de prix des médicaments négociées par le CEPS et par le développement du marché des médicaments génériques⁷⁷.



En 2015 et 2016, la baisse de la dépense de médicament remboursée par l'assurance maladie complémentaire est atténuée par l'entrée en vigueur de la réforme du mode de rémunération du pharmacien titulaire d'officine le 1^{er} janvier 2015. Cette réforme consiste dans la création d'un honoraire conventionnel⁷⁸. Cet honoraire est financé en partie par la réforme et la baisse de la marge officinale. Pour l'assurance maladie complémentaire, les économies induites par la baisse de la marge officinale ne compensent pas le surcoût engendré par l'honoraire conventionnel.

⁷⁶ Cf. *Les dépenses de santé en 2014*, DREES, édition 2015.

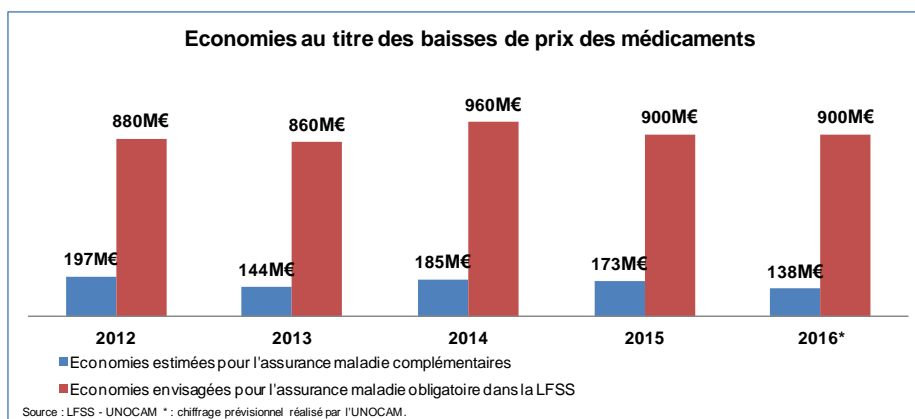
⁷⁷ Les dépenses prévisionnelles pour les années 2015 et 2016 sont estimées sur la base de l'évolution tendancielle observée les années précédentes.

⁷⁸ L'honoraire conventionnel regroupe un honoraire de dispensation par conditionnement (fixé à 0,82 euro toutes taxes comprises - TTC - en 2015 et à 1,02 euro TTC à partir de 2016) et un honoraire pour ordonnance complexe (fixé à 0,51 euro TTC). L'honoraire de dispensation par conditionnement se voit appliquer le ticket modérateur de la boîte de médicament dispensée.

Décidées en 2015, les économies attendues au titre des baisses de prix des médicaments resteront importantes en 2016

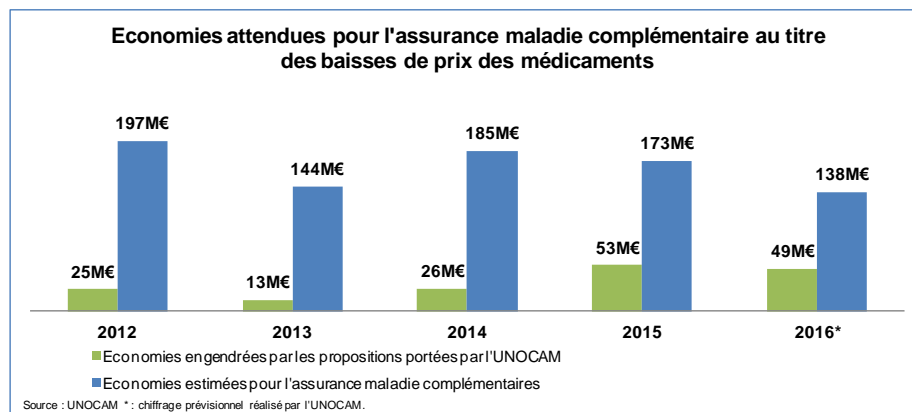
Pour 2016, la contribution de l'industrie du médicament à la réduction de la dépense de l'assurance maladie obligatoire devrait rester importante. Elle représenterait 900 millions d'euros au titre des baisses de prix, soit un montant équivalent à celui de 2015.

Les baisses de prix négociées par le CEPS sont souvent orientées vers les classes thérapeutiques où la dépense de l'assurance maladie obligatoire est élevée (antirétroviraux, médicaments orphelins, etc.). Toutefois, les économies attendues pour l'assurance maladie complémentaire restent significatives en 2016. Elles sont estimées à 138 millions d'euros⁷⁹. Ce montant devrait s'accroître, dans la mesure où les négociations de baisses de prix ne sont pas achevées pour 2016.



Les décisions du CEPS sont collégiales. Néanmoins, les économies prévues pour l'assurance maladie complémentaire sont pour partie liées aux propositions portées par le représentant de l'UNOCAM. Ces propositions seraient à l'origine d'environ 49 millions d'euros d'économies en 2016, soit 35% des économies totales prévues pour l'assurance maladie complémentaire. Conformément au mandat-cadre du représentant de l'UNOCAM au CEPS, ces propositions visent à renforcer l'efficacité de la dépense de médicaments remboursée par l'assurance maladie complémentaire. En pratique, elles 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.

⁷⁹ Ces estimations sont à considérer avec prudence. D'une part, les volumes de vente ne sont pas encore connus. D'autre part, les négociations avec les entreprises ne sont pas encore achevées au moment de la rédaction du rapport.



A ces économies s'ajoutent celles liées au développement du marché des médicaments génériques.

L'UNOCAM a signé la charte d'adhésion aux objectifs du plan national de promotion des médicaments génériques le 24 mars 2015

Cette charte a pour objectif de renforcer la confiance des acteurs du système de santé dans la sécurité et l'efficacité des médicaments génériques, afin de promouvoir leur développement. Elle s'inscrit dans le cadre du plan national de promotion des médicaments génériques. L'UNOCAM siège au Comité de pilotage de ce plan national⁸⁰.

L'objectif du plan est d'augmenter de 5 points la prescription dans le répertoire des groupes génériques⁸¹ en trois ans. L'économie prévue est estimée à 350 millions d'euros pour l'assurance maladie obligatoire et à 85 millions d'euros pour l'assurance maladie complémentaire. Après les douze premiers mois, la prescription dans le répertoire a augmenté de 1,9 point (*i.e.* le taux de prescription est passé de 41,3% en 2014 à 43,2% en 2015).

Pour atteindre cet objectif, plusieurs axes de promotion des médicaments génériques sont définis : renforcer la prescription et l'utilisation des médicaments génériques tout au long du parcours de soins du patient ; mettre en œuvre une information et une formation adaptée pour renforcer la confiance des patients et des prescripteurs ; encourager les efforts et dissuader les entraves ; développer l'attractivité du territoire pour les entreprises pharmaceutiques.

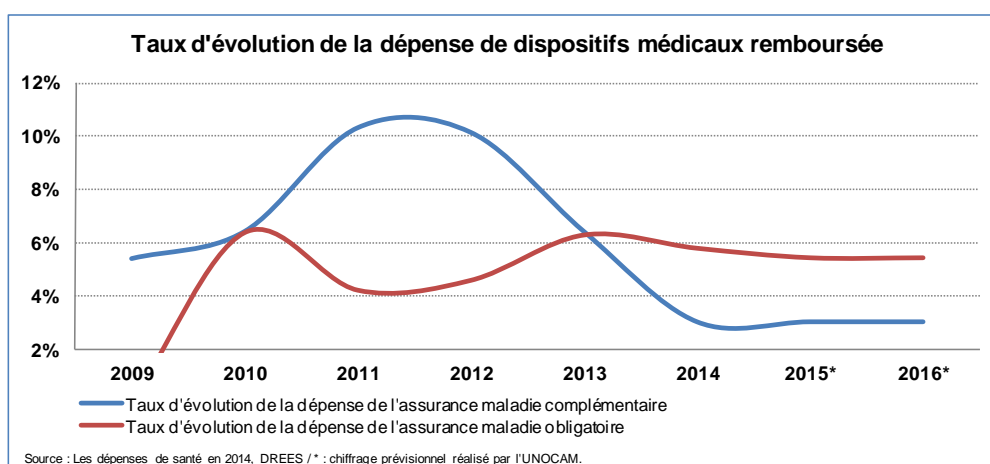
⁸⁰ Ce comité, présidé par Mme Muriel DAHAN, s'est réuni les 24 mars, 12 mai, 16 septembre et 17 décembre 2015.

⁸¹ Le taux de prescription dans le répertoire est de 41,3% en 2014. Ce taux représente la part de marché du répertoire des groupes génériques (*i.e.* les spécialités de référence et leurs génériques) dans le marché des spécialités remboursables. L'objectif du plan national est d'augmenter le taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques de 41,3% à 46,3% en trois ans.

Pour l'assurance maladie complémentaire, la dynamique de la dépense des dispositifs médicaux remboursée se ralentit

La dépense des dispositifs médicaux⁸² prise en charge par l'assurance maladie complémentaire s'élèverait à 5,5 milliards d'euros en 2015. Entre 2008 et 2012, le taux de croissance annuel moyen était de 8% ; il serait de 3% entre 2013 et 2015.

En 2013, la croissance de la dépense de dispositifs médicaux remboursée par l'assurance maladie complémentaire est inférieure à celle prise en charge par l'assurance maladie obligatoire^{83&84}.



Ce ralentissement a deux causes essentielles :

- un ralentissement de la croissance de la dépense d'optique en 2014 ;
- une augmentation du montant d'économies sollicitées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

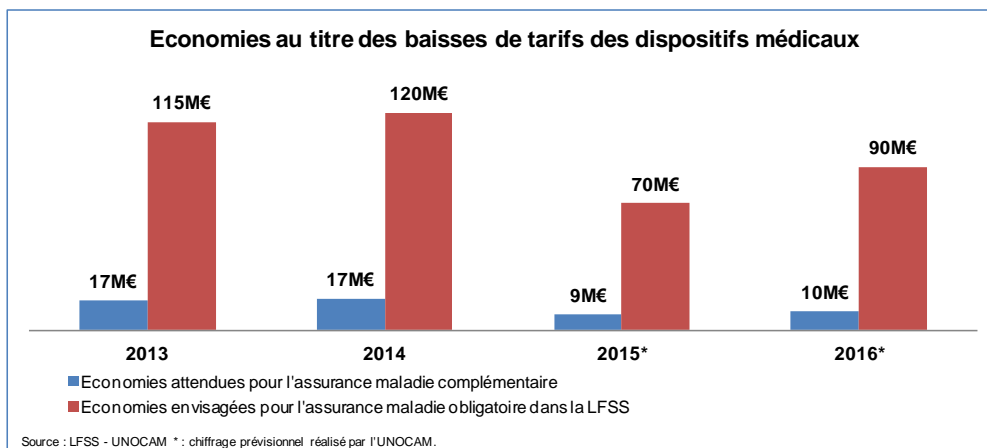
Décidées en 2015, les économies attendues au titre des baisses de tarifs des dispositifs médicaux augmentent, mais restent toujours limitées

Pour 2016, la contribution du secteur des dispositifs médicaux aux économies devrait être de 90 millions d'euros. Les économies attendues par l'assurance maladie complémentaire s'élèveraient à 10 millions, soit en augmentation de 10% par rapport à 2015.

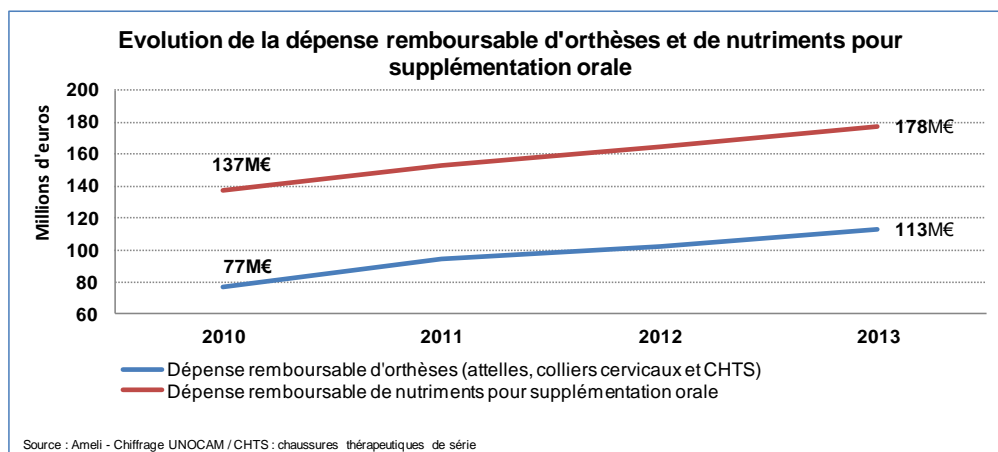
⁸² Les dispositifs médicaux regroupent non seulement les prothèses, les orthèses, les véhicules pour personnes en situation de handicap, les petits matériels (masques, gants stériles, abaisse-langue, etc.) et les pansements, mais aussi l'optique et les audioprothèses.

⁸³ En mai 2011, le taux de remboursement est passé de 65% à 60%. Cette modification explique la forte croissance de la dépense de dispositifs médicaux prise en charge par l'assurance maladie complémentaire.

⁸⁴ Les taux prévisionnels d'évolution de la dépense de dispositifs médicaux pour les années 2015 et 2016 sont estimés sur la base de l'évolution tendancielle observée les années précédentes.



Des sources d'économies persistent malgré des efforts d'économies plus exigeants. A titres d'exemples, les tarifs des orthèses (attelles, colliers cervicaux et chaussures thérapeutiques de série) et des nutriments pour supplémentation orale⁸⁵ affichent une croissance annuelle moyenne de +11%. Une baisse de 10% des tarifs engendrerait une économie annuelle de 7,2 millions pour l'assurance maladie complémentaire et 26 millions pour l'assurance maladie obligatoire.



Les réseaux de soins des organismes complémentaires d'assurance maladie interviennent utilement dans la régulation de la dépense d'optique

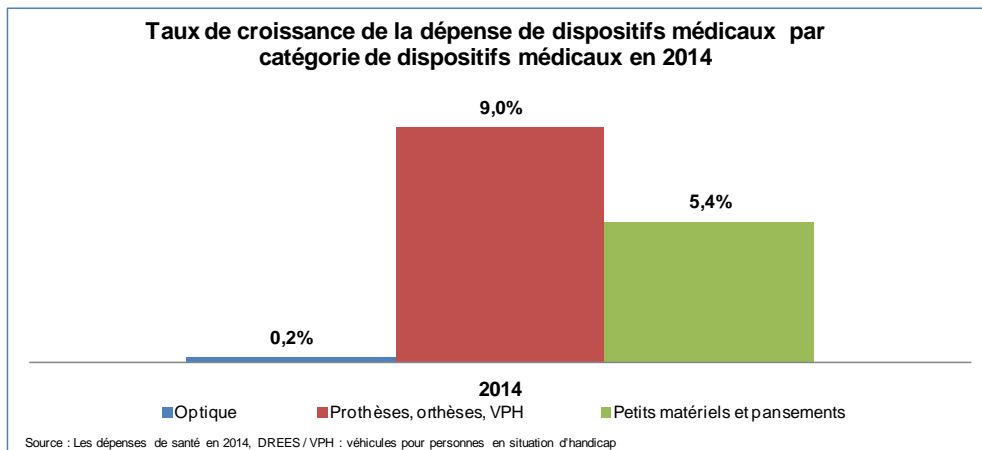
La dépense d'optique représente plus de 40% de la dépense totale de dispositifs médicaux. En 2014, la dépense d'optique⁸⁶ est évaluée à 5,8 milliards d'euros, avec une croissance presque nulle par rapport à 2013.

Ce taux d'évolution est nettement inférieur au taux d'évolution des autres grandes catégories de dispositifs médicaux (prothèses, orthèses, petits matériels et

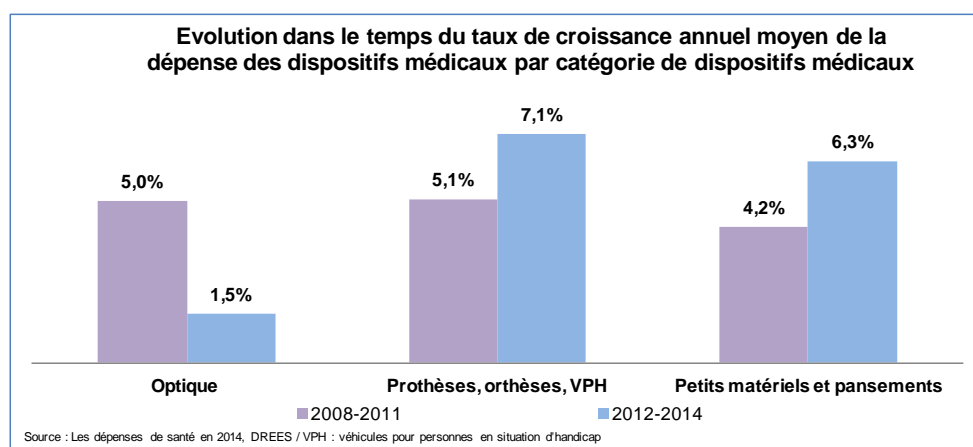
⁸⁵ Les nutriments pour supplémentation orale sont des aliments diététiques destinés aux adultes dénutris.

⁸⁶ Cf. *Les dépenses de santé en 2014*, DREES, édition 2015.

pansement). Il confirme le ralentissement de la croissance de la dépense d'optique observée depuis 2011, alors que la croissance des autres catégories de dispositifs médicaux s'accélère sur la période 2008-2014.



La modération constatée dans l'évolution de la dépense d'optique s'explique en partie par l'action des réseaux mis en place par les organismes complémentaires d'assurance maladie.



Institut des données de santé

L'IDS est un groupement d'intérêt public créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Ce groupement d'intérêt public a été constitué par 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'IDS 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'IDS, M. Mathieu COUSINEAU (FNMF) étant son 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'IDS. L'UNOCAM contribue au financement du groupement d'intérêt public.

La société civile et notamment l'assurance maladie complémentaire sont parties prenantes de l'IDS

Le groupement d'intérêt public est le seul lieu qui permette aujourd'hui un échange sur les données de santé et sur les besoins d'utilisation de celles-ci par les acteurs du système de soins. L'IDS a mis en place des procédures transparentes et sécurisées, alliant les aspects scientifiques, juridiques et techniques. Ces procédures concernent l'instruction des demandes d'accès (justification, opportunité des études et recherches en santé publique, méthodologies mises en œuvre, *etc.*). Sous réserve de l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), ces procédures autorisent l'accès à des données de santé dans des conditions respectant l'anonymat des personnes. L'IDS est aussi un lieu de mise en commun et de partage de données, par exemple sous la forme de tableaux de bord.

L'accès aux données du système national informationnel inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) fait l'objet, depuis des années, de débats entre l'assurance maladie obligatoire et les autres acteurs du système de santé. S'agissant de l'assurance maladie complémentaire, l'arrêté du 19 juillet 2013, publié au Journal

Officiel du 13 août 2013, autorise les organismes complémentaires d'assurance maladie qui sont contributeurs de données dans le cadre du projet MONACO⁸⁷ à accéder aux données agrégées du SNIIRAM.

Mené au sein de l'IDS, le **projet MONACO**, auquel participent dix-sept organismes complémentaires d'assurance maladie volontaires, vise à permettre l'accès aux données complètes de consommation de soins et de remboursement sur un échantillon anonymisé de bénéficiaires, avec un appariement entre les prestations de l'assurance maladie obligatoire et celles de l'assurance maladie complémentaire. 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).

MONACO est un projet expérimental qui a pour objectif de tester, d'un point de vue technique, le rapprochement des données de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires d'assurance maladie. Ce test a montré des premiers résultats positifs. En 2014, les fédérations qui constituent l'UNOCAM ont été très attentives à l'évaluation des résultats de cette expérimentation (en particulier sur la qualité des appariements réalisés et sur la représentativité de l'échantillon)⁸⁸.

L'UNOCAM considère comme positif le bilan de l'IDS

Réunie le 18 décembre 2015, l'Assemblée générale a reconduit la convention constitutive jusqu'à la date de publication de la loi de modernisation de notre système de santé⁸⁹ et de ses textes d'application ou, à défaut, jusqu'au 31 décembre 2016.

Dans un courrier adressé aux membres de la commission *Open data*⁹⁰ le 25 février 2015, la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a indiqué avoir entendu les réserves formulées notamment par l'UNOCAM sur l'article 47 de la version initiale du projet de loi relatif à la santé⁹¹ et a informé que des propositions d'amendements au texte initial seraient présentées dans le cadre la

⁸⁷ MONACO est l'acronyme de « *méthodes, outils et normes pour la mise en commun de données de l'assurance maladie complémentaire et obligatoire* ».

⁸⁸ L'IRDES a publié sa propre évaluation en janvier 2014 (in « *Vers un système d'information sur les coûts des soins, les remboursements des couvertures obligatoire et complémentaire, et les restes à charge réels des ménages. Bilan et perspectives du projet MONACO* », *Question d'économie de la santé*, n° 194, janvier 2014). Les fédérations ont échangé avec l'IRDES à la suite de cette publication pour étudier l'opportunité et les conditions de la poursuite de cette expérimentation.

⁸⁹ La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a été publiée au Journal Officiel du 27 janvier 2017.

⁹⁰ Une commission relative à l'ouverture des données en santé a été installée en novembre 2013. La Commission Open Data en santé s'est réunie jusqu'en mai 2014. L'UNOCAM a participé à ses travaux. Elle était représentée dans cette commission par M. Mathieu COUSINEAU (FNMF), Mme Cécile MALGUID (FFSA) et Mme Evelyne GUILLET (CTIP). Les conclusions de la commission ont été rendues publiques en juillet 2014. La position de L'UNOCAM figure en annexe du rapport.

⁹¹ Cf. délibération n° 20 du Conseil de l'UNOCAM du 16 septembre 2014.

Commission *Open Data* en santé. Cette commission a été convoquée le 26 février 2015, pour une seconde concertation. Les familles de l'UNOCAM ont exprimé une nouvelle fois leurs positions lors de cette réunion.

Au terme de ces deux concertations, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé modifie profondément, dans ses principes et son organisation, l'accès aux bases de données. Elle prévoit notamment la création d'un Institut national des données de santé (INDS) qui se substituera à l'IDS.

L'UNOCAM considère comme positif le bilan de l'IDS. Le groupement d'intérêt public a accéléré l'ouverture des données utiles aux travaux de près de 200 chercheurs. Le service d'aide à la décision est passé à 39 tableaux de bords, qui permettent aux grands acteurs de la santé et de la protection sociale de partager des informations essentielles. La qualité et la cohérence des bases de données publiques ont été améliorées, par la publication de 20 rapports et la formulation de 154 propositions. L'anonymat des personnes, le secret médical, l'éthique et la déontologie ont été scrupuleusement respectés, sous le contrôle d'un comité d'experts.

Les fédérations qui constituent l'UNOCAM resteront vigilantes sur la définition des principes et des modalités de fonctionnement de l'INDS qui seront précisés lors de la création de celui-ci. Dans un cadre régulé, l'*Open Data* en santé vise à ouvrir un peu plus et un peu mieux l'accès aux données de remboursement, pas à le fermer. Cet objectif ne saurait être perdu de vue.

A plusieurs reprises en 2015, l'UNOCAM s'est alarmée du fait que, dans l'attente de la nouvelle législation, des décisions soient ajournées à la demande de l'Etat. Celles-ci étaient parfois très importantes pour des équipes de chercheurs.

Il importe que l'INDS dispose rapidement, de la part des administrations publiques, des moyens nécessaires pour assumer au mieux ses nouvelles responsabilités.

Commissions régionales de gestion du risque

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**. Le décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque, publié au Journal Officiel du 20 mai 2010, 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 (titulaires et suppléants) des organismes complémentaires d'assurance maladie désignés par l'UNOCAM 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 régionale 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 procédé, courant 2015, à divers changements dans la liste de ses représentants. En juin 2016, suite à la fusion de certaines Agences régionales de santé⁹², l'UNOCAM a modifié sa représentation au sein des Commissions régionales de gestion du risque.

Les représentants titulaires et suppléants de l'UNOCAM sont tenus informés, en temps réel, de tous les avis rendus par les instances de l'UNOCAM. Cette information porte sur les rapports, qui ne sont pas publics, et sur les délibérations elles-mêmes, qui sont publiées par ailleurs sur le site Internet.

⁹² Cf. loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, publiée au Journal Officiel du 8 août 2015, et ordonnance n° 2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions, publiée au Journal Officiel du 11 décembre 2015.

Les représentants titulaires et suppléants de l'UNOCAM relaient les initiatives des Commissions régionales de gestion du risque concernant l'assurance maladie complémentaire auprès du Secrétaire général administratif.

Au 31 décembre 2015, 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. Jacques LABERNEDE, FNMF	M. Yann DENOUEL, FFSA
AUVERGNE	M. Jean-Pierre MARTIN, FNMF	M. Patrick CARTON, FFSA
BASSE-NORMANDIE	M. Jean-Pierre THOMAS, 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. Laurent BOUSCHON, FFSA
CHAMPAGNE-ARDENNE	M. Olivier BLAUD, FNMF	M. Jean-François LEMAIRE, FFSA
CORSE	M. François SAVELLI, FNMF	M. Sauveur LEONI, FNMF
FRANCHE-COMTE	Mme Chantal GRANDPERRIN, FNMF	M. Thierry REICHARDT, FFSA
GUADELOUPE	M. Alain KANCEL, FNMF	M. Patrick RAYNAUD, FFSA
GUYANE	M. Marc HO YORCK KRUI, FNMF	M. Patrick RAYNAUD, FFSA
HAUTE-NORMANDIE	M. Dominique FERME, FNMF	M. Benoît POUPON, FFSA
ILE-DE-FRANCE	M. Maurice FOURET, FNMF	M. Philippe DRAPIER, FFSA
		M. Laurent BORELLA, CTIP
LANGUEDOC-ROUSSILLON	M. Bernard CREISSEN, FNMF	M. Pascal LOISEAU, FFSA
LIMOUSIN	M. Jean-Claude BOYER, FNMF	M. Robert GRAY, FFSA
LORRAINE	M. Bruno MANZONI, FNMF	M. Jean-Christophe REMAUD, FFSA

MARTINIQUE	M. Yves BERTE, FNMF	M. Patrick RAYNAUD, FFSA
MIDI-PYRENEES	M. Pierre-Jean GRACIA, FNMF	M. Christophe BOUYSSIERE, FFSA
NORD PAS-DE-CALAIS	M. Bernard PEROY, FNMF	M. Laurent HUYGHE, CTIP
OCEAN INDIEN	M. Jean-Alfred BLAIN, FNMF	M. Bernard VEBER, FFSA
PAYS DE LA LOIRE	M. Jean-Marc CHAVEROUX, FNMF	<i>(en cours de renouvellement)</i> , FFSA
PICARDIE	Mme Adeline THOMAS, FNMF	M. Pascal LETELLIER, FFSA
POITOU-CHARENTES	M. Yves PELLETIER, FNMF	M. Stéphane DUBREUIL, 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'Assemblée plénière d'installation de la Conférence nationale de santé pour la mandature 2015-2018 a été convoquée le 9 avril 2015.

La délégation de l'UNOCAM dans le Collège n° 5, « *Acteurs de la cohésion sociale et de la protection sociale* », est composée de :

- M. Fabrice HENRY (Président), suppléé par Mme Cécile MALGUID (FFSA) ;
- M. Stéphane JUNIQUE (FNMF), suppléé par Mme Magali SIERRA (CTIP).

M. Stéphane JUNIQUE est membre titulaire de la Commission permanente.

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

Communication

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 à l'assurance santé.

L'UNOCAM participe aux rencontres organisées par des offreurs de soins, notamment des syndicats de professionnels de santé libéraux.

L'UNOCAM diffuse régulièrement ses avis sur son site Internet : www.unocam.fr. Elle répond aux questions des internautes.

Liste des sigles

ACS	Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé
ALD	Affection de longue durée
CEPS	Comité économique des produits de santé
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNSD	Confédération nationale des syndicats dentaires
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
CTIP	Centre technique des institutions de prévoyance
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FFA	Fédération française de l'assurance
FFSA	Fédération française des sociétés d'assurances
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FNIM	Fédération nationale indépendante des mutuelles
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
FSDL	Fédération des syndicats dentaires libéraux

FSPF	Fédération des syndicats pharmaceutiques de France
GEMA	Groupement des entreprises mutuelles d'assurance
IDS	Institut des données de santé
INDS	Institut national des données de santé
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
LEEM	Les entreprises du médicament
MONACO	Méthodes, outils et normes pour la mise en commun de données de l'assurance maladie complémentaire et obligatoire
NOEMIE	Norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs
ROC	Remboursement des organismes complémentaires
SNIIRAM	Système national informationnel inter-régimes de l'assurance maladie
TTC	Toutes taxes comprises
TSA	Taxe de solidarité additionnelle
TSCA	Taxe spéciale sur les conventions d'assurance
UJCD	Union des jeunes chirurgiens-dentistes
UMESPE	Union nationale des médecins spécialistes confédérés
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
UNPS	Union nationale des professionnels de santé
UNSAF	Syndicat national des audioprothésistes
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USPO	Union des syndicats des pharmaciens d'officine

