



Unocam

UNION NATIONALE DES ORGANISMES
D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Rapport d'activité 2013



14 mai 2014

Sommaire

Avant-propos	4
Introduction	8
Missions	14
Membres	20
Gouvernance	22
Equipe	26
Avis officiels	28
Propositions	34
Négociations conventionnelles	38
Comité économique des produits de santé	46
Institut des données santé	50
Commissions régionales de gestion du risque	54
Conférence nationale de santé	58
Communication	60
Liste des sigles	62

Avant-propos

Cela fera bientôt dix ans que le Parlement a voté la création de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)¹.

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

Cette prise en charge a atteint 25,1 milliards d'euros en 2012², soit 13,7% de la consommation de soins et de bien médicaux³. La part des organismes complémentaires d'assurance maladie dans le financement des dépenses de santé a augmenté de 0,8 point entre 2004 et 2011, passant de 12,9% à 13,7%. Elle est restée stable en 2012.

Avec l'UNOCAM, l'assurance maladie complémentaire peut exprimer son point de vue sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale et les projets de décrets et d'arrêtés relatifs à l'assurance maladie. Elle est associée, si elle le souhaite, aux négociations conventionnelles. Elle est consultée sur la fixation des prix ou des tarifs des produits de santé.

En 2012, l'UNOCAM avait décidé de signer trois premiers accords conventionnels tripartites. Elle est devenue signataire de quatre autres en 2013 : l'avenant n° 1 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signé le 10 janvier 2013 et publié au Journal Officiel le 27 juin 2013 ; l'avenant n° 9 à la convention nationale

¹ La création de l'UNOCAM a été prévue par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel du 17 août 2004.

² Comptes nationaux de la santé 2012, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2013.

³ La consommation de soins et de biens médicaux comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, chirurgiens-dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse 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.

des médecins libéraux, signé le 22 mars 2013 et publié le 7 juin 2013 ; l'avenant n° 2 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signé le 23 mai 2013 et publié le 15 novembre 2013 ; enfin l'avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, signé le 26 juillet 2013 et publié le 30 novembre 2013.

L'UNOCAM et la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD), seul syndicat signataire de la convention nationale des chirurgiens-dentistes, ont conclu par ailleurs un accord bipartite le 26 juillet 2013 : la charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie.

Pour l'UNOCAM, la signature de textes conventionnels tripartites a résulté d'une volonté, celle de participer, aux côtés de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), aux travaux conventionnels avec les représentants des professionnels libéraux de santé.

L'UNOCAM déplore depuis longtemps le défaut de coopération entre unions de financeurs ainsi que l'absence de reconnaissance du rôle de l'assurance maladie complémentaire et de ses spécificités. Cette situation s'est aggravée au dernier trimestre 2013. L'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a dévoyé, en effet, l'engagement financier pris par l'UNOCAM dans l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux. Le copaiement du forfait médecin traitant par l'assurance maladie complémentaire a été transformé en une nouvelle sorte de taxe versée à l'assurance maladie obligatoire par les organismes complémentaires d'assurance maladie.

Parce que sa signature, dans son esprit-même, n'a pas été respectée, l'UNOCAM se pose une question de principe : comment envisager toute nouvelle signature à l'avenir ? La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 compromet la poursuite de l'engagement de l'assurance maladie complémentaire dans la vie conventionnelle.

Le rôle de l'assurance maladie complémentaire est de cofinancer, en toute transparence, les prestations réalisées par les professionnels de santé auprès des adhérents et assurés des organismes complémentaires d'assurance maladie. Son rôle n'est pas de refinancer l'assurance maladie obligatoire par le versement de taxes parafiscales ou de contributions s'y apparentant, dont ni les adhérents et assurés ni les praticiens n'ont connaissance.

L'assurance maladie complémentaire a toujours refusé de n'être qu'un « *payeur aveugle* ». Elle ne saurait accepter aujourd'hui d'être en plus un « *financeur invisible de l'assurance maladie obligatoire* ».

Par voie de conséquence, l'UNOCAM a décidé de suspendre sa participation aux négociations conventionnelles. Elle s'est retirée en particulier des discussions avec les pharmaciens titulaires d'officine en novembre 2013.

Les membres de l'UNOCAM sont conscients de leur responsabilité. L'UNOCAM connaît les attentes dont elle est l'objet. Elle continuera en 2014 de travailler concrètement au service de l'intérêt collectif. Mais sans doute le fera-t-elle différemment à l'avenir.

Elle a engagé, fin 2013, une réflexion sur sa stratégie conventionnelle avec les professionnels de santé. Cette réflexion devrait lui permettre de reconsidérer la question de sa participation aux négociations conventionnelles tripartites.

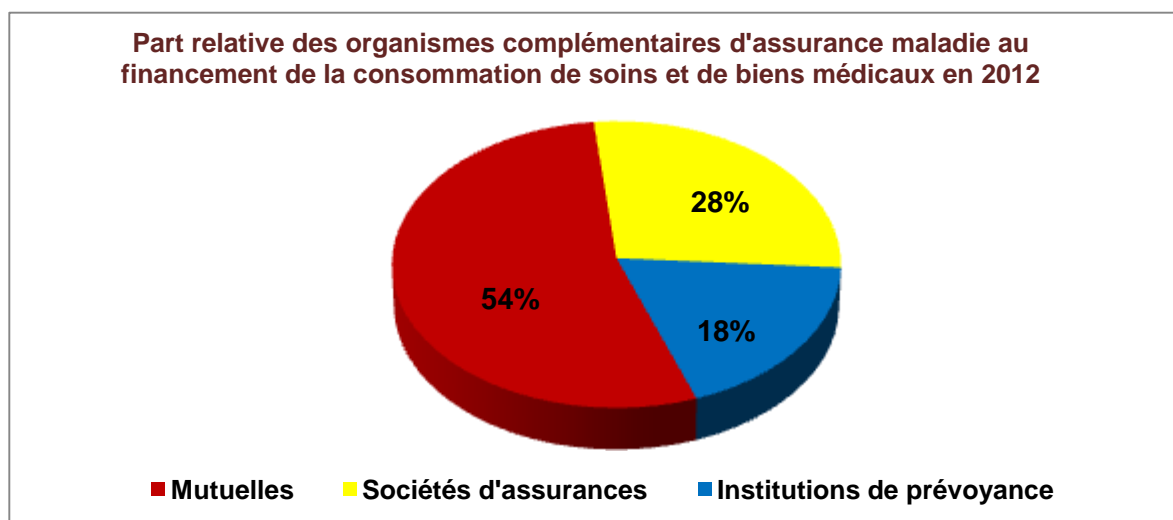
Fabrice HENRY
Président de l'UNOCAM

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'Alsace-Moselle, le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA) et la Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM).

Les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance constituent respectivement 54%, 28% et 18% de la part de l'assurance maladie complémentaire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux en 2012⁴.



L'UNOCAM est, pour ses membres, l'un des lieux utiles d'échanges et de concertation.

Dans ce lieu, les responsables de ces institutions et leurs collaborateurs travaillent au quotidien à l'élaboration de prises de positions et à la formulation de propositions consensuelles portant aussi bien sur les politiques conventionnelles, le prix des

⁴ Comptes nationaux de la santé 2012, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2013.

produits de santé que sur l'accès partagé aux données du remboursement. Offrir un cadre de discussion et de travail qui favorise l'innovation, la recherche de l'efficacité et la défense de l'intérêt collectif, c'est une originalité, au regard des nombreux cloisonnements et des situations de blocage qui caractérisent aujourd'hui le système de santé et de protection sociale.

En 2013, l'UNOCAM a démontré de nouveau sa capacité à formuler des propositions consensuelles.

- Elle a publié la brochure « *Complémentaire santé, trois clés pour bien choisir* » dans la continuité de ses recommandations sur la lisibilité des garanties.
- Elle a ouvert des discussions bilatérales avec la CNSD, qui ont abouti à la signature d'une charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie le 26 juillet 2013 et qui se poursuivent depuis au sein de la Commission bipartite de suivi de cette charte.
- Sur le développement du tiers payant, elle a rencontré la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), le syndicat des médecins généralistes MG France, puis l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS).
- Apportant son soutien à l'Institut des données de santé, elle a participé à la concertation ouverte par les pouvoirs publics sur l'ouverture des données en santé.
- Enfin, elle a continué à travailler au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS).

L'UNOCAM et l'UNCAM

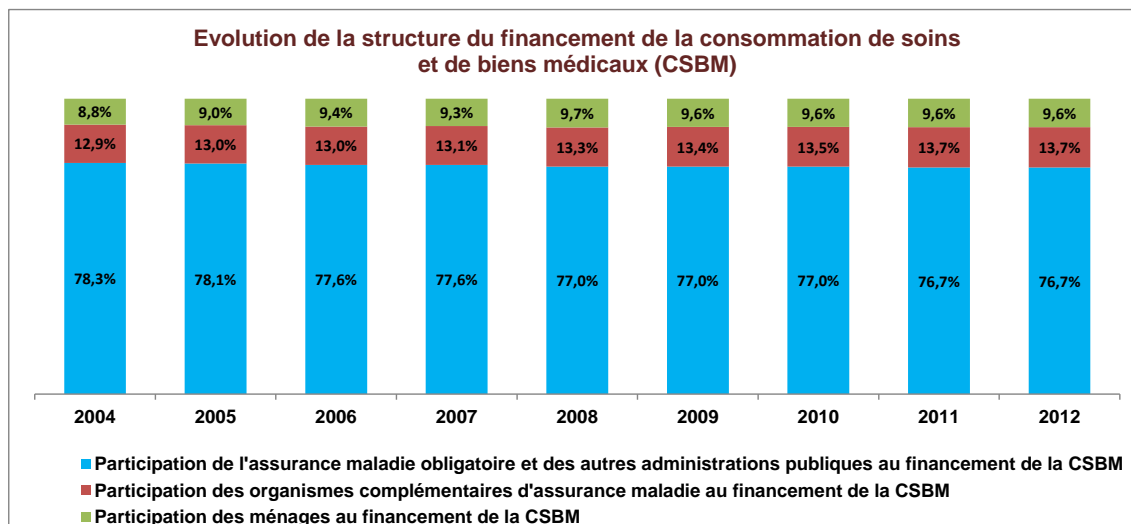
La part de l'assurance maladie obligatoire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux est passée de 78,3% en 2004 à 76,7% en 2012, soit une baisse de 1,6 point⁵. Celle de l'assurance maladie complémentaire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux est passée, quant à elle, de 12,9% à 13,7%, soit une hausse de 0,8 point⁶. En conséquence, le reste à charge direct des ménages rapporté à la consommation de soins et de biens médicaux est passé de 8,8% à 9,6% entre 2004 et 2012, soit une hausse de 0,8 point⁷. Le reste à charge direct des ménages a connu néanmoins une évolution heurtée sur la période considérée. Cette évolution a résulté, d'une part, des vagues successives de déremboursement de médicaments et, d'autre part, de l'introduction des contributions forfaitaires et des franchises qui ne peuvent pas être prises en

⁵ Comptes nationaux de la santé 2012, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2013.

⁶ *Ibidem.*

⁷ *Ibidem.*

charge par les organismes complémentaires d'assurance maladie dans le cadre des contrats responsables⁸.



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'UNCAM une méthode de travail fondée sur la concertation entre unions de financeurs, qui respecte naturellement les prérogatives du service public, mais reconnaisse aussi les spécificités de l'assurance maladie complémentaire.

Depuis 2012, l'organisation de réunions de travail bilatérales entre l'UNCAM et l'UNOCAM est devenue plus fréquente avant l'ouverture officielle des négociations conventionnelles tripartites, voire aux moments décisifs de celles-ci. Toutefois, ces réunions ne participent pas d'une véritable concertation entre unions de financeurs.

Pour conclure un accord conventionnel, la signature de l'UNCAM est requise, de même que celle de syndicats représentatifs⁹. La signature de l'UNOCAM, quant à elle, n'est pas nécessaire, y compris pour les professions de santé pour lesquelles l'UNOCAM dispose de fait d'un « *droit de veto* » suspensif de six mois¹⁰.

⁸ Définis à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les contrats responsables doivent respecter certaines obligations et interdictions de prises en charge, en contrepartie d'un régime fiscal plus favorable. Le taux de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance est fixé, pour les contrats responsables, à 7% au lieu de 14% depuis le 1^{er} janvier 2014.

⁹ Selon l'article L. 162-14-1-2 du code de la sécurité sociale, la validité d'un accord conventionnel est subordonnée à la signature d'un ou plusieurs syndicats reconnus comme représentatifs et ayant obtenu au moins 30% des suffrages exprimés, au niveau national, aux élections aux Unions régionales des professionnels de santé (URPS). Aux termes de l'article L. 162-15, l'opposition formée par un ou plusieurs syndicats représentatifs et ayant obtenu la majorité des suffrages exprimés fait obstacle à la mise en œuvre de cet accord.

¹⁰ 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

La signature de textes conventionnels tripartites a permis à l'UNOCAM d'être représentée dans trois Commissions paritaires nationales¹¹ et de devenir membre des structures qui y sont rattachées, comme les Observatoires nationaux des pratiques tarifaires des chirurgiens-dentistes et des médecins.

L'UNOCAM et les pouvoirs publics

En 2011 et 2012, les adhérents et assurés des organismes complémentaires d'assurance maladie avaient dû supporter une hausse significative des prélèvements obligatoires sur leurs cotisations. A effet du 1^{er} octobre 2011, la taxe spéciale sur les activités d'assurance pesant sur les contrats de complémentaire santé avait été augmentée pour un montant représentant en année pleine 1,2 milliard d'euros. Cette augmentation faisait suite à une hausse de 1 milliard d'euros qui était intervenue le 1^{er} janvier 2011. En 2013 et 2014, le montant de cette taxe n'a pas été réduit¹².

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 avait soumis les organismes complémentaires d'assurance maladie à de nouvelles contraintes. Celles-ci ont été allégées en 2013.

- Pour les médecins de secteur 2 des spécialités de plateaux techniques lourds (chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs et gynécologues-obstétriciens), les pouvoirs publics avaient prévu de rendre obligatoire le remboursement des dépassements d'honoraires jusqu'à 50% sur les actes techniques, dans le cadre des contrats responsables proposés par les organismes complémentaires d'assurance maladie¹³. Le Parlement a abrogé cette disposition législative¹⁴. Son décret d'application a lui-même été abrogé¹⁵.
- Les mutuelles, les entreprises d'assurances et les institutions de prévoyance se sont vues contraintes d'informer chaque année leurs adhérents ou assurés sur leurs frais de gestion, suivant une méthodologie assez peu compréhensible pour les usagers du système de santé¹⁶. L'arrêté du 17 avril 2012, publié au Journal Officiel du 4 mai 2012, a précisé les modalités de communication, par les organismes complémentaires d'assurance maladie, du montant et de la composition de leurs frais de gestion et d'acquisition. Toutefois, l'arrêté du 26 septembre 2012, publié au Journal Officiel du 5 octobre 2012, a reporté la date d'effet de cette mesure à une échéance plus

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.

¹¹ Celles des chirurgiens-dentistes, des médecins libéraux et des pharmaciens titulaires d'officine.

¹² La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a porté de 9 à 14% le taux de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance appliquée aux contrats d'assurance maladie qui ne sont pas responsables. Le taux a été maintenu à 7 % pour les contrats responsables.

¹³ Cf. article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

¹⁴ Cf. article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

¹⁵ Cf. décret du 16 mai 2013, publié au Journal Officiel du 18 mai 2013.

¹⁶ Cf. article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

raisonnable (celle des contrats et règlements souscrits ou renouvelés après le 31 décembre 2013). Quant aux modalités pratiques de cette information, elles ont été assouplies par l'arrêté du 8 juillet 2013, publié au Journal Officiel du 17 juillet 2013¹⁷.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 instaure de nouvelles obligations pour les organismes complémentaires d'assurance maladie, sur la pertinence desquelles l'UNOCAM a formulé des réserves.

- La loi de financement de la sécurité sociale dévoie ainsi l'engagement financier pris par l'UNOCAM dans l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux, signé le 25 octobre 2012 et publié au Journal Officiel le 7 décembre 2012. Entre décembre 2012 et mai 2013, l'UNOCAM a participé à plusieurs réunions de travail avec la Direction de la Sécurité sociale ou le cabinet de la Ministre afin de définir les modalités d'application de l'engagement financier de l'assurance maladie complémentaire. En date du 6 août 2013, la Direction de la Sécurité sociale a écrit à l'UNOCAM pour lui annoncer qu'elle lui transmettrait ultérieurement des propositions alternatives. Mais elle ne l'a pas fait. Sans autre échange, la Direction de la Sécurité sociale a communiqué à l'UNOCAM le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Or, celui-ci instaure, dans son article 4, une sorte de **taxe parafiscale d'un montant de 150 millions d'euros, versée à l'assurance maladie obligatoire par les organismes complémentaires d'assurance maladie**. Cette disposition a été votée.
- L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit en outre une **mise en concurrence des contrats proposés aux bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé**. A partir du 1^{er} janvier 2015, l'aide à la complémentaire santé sera réservée aux bénéficiaires de ce « *chèque santé* » qui auront choisi un contrat ainsi sélectionné. L'aide à la complémentaire santé, comme la couverture maladie universelle complémentaire, visent à permettre à tous les assurés sociaux d'accéder, une fois revenus à meilleure fortune, à la protection sociale complémentaire de droit commun. Il n'est pas de les cantonner durablement dans un dispositif dérogatoire. Or, l'UNOCAM constate que les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé vont perdre, avec les mesures envisagées, le droit de tout adhérent et assuré à conserver ou choisir une garantie en toute liberté.

L'UNOCAM a suivi avec intérêt l'adoption, en date du 19 décembre 2013, de la **loi dite « Le Roux », relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes complémentaires d'assurance maladie et les professionnels, établissements et services de santé**¹⁸. Avec cette loi, les mutuelles recouvrent le droit de bonifier leurs garanties pour les adhérents qui choisissent librement de se faire soigner dans le cadre des réseaux de soins qu'elles ont constitué avec des

¹⁷ Cette communication n'est plus réalisée nécessairement sur l'avis d'échéance. Elle doit être effectuée simultanément à l'envoi de celui-ci.

¹⁸ La loi du 27 janvier 2014 a été publiée au Journal Officiel du 28 janvier 2014.

professionnels de santé sur la base du volontariat. Si elle reconnaît l'existence des réseaux de soins et l'utilité de l'intervention des organismes complémentaires d'assurance maladie en faveur de la qualité des soins et de la réduction du reste à charge des patients, la loi ne le fait pas de la même manière pour toutes les professions de santé. Elle interdit en particulier le développement de tels réseaux avec les médecins.



UNOCAM, « Complémentaire santé, trois clés pour bien choisir », illustration de LaBaz.

Missions

Un lieu d'échanges et de propositions

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

L'UNOCAM devrait être aussi un lieu favorisant les échanges avec l'assurance maladie obligatoire. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel du 17 août 2004, charge l'UNOCAM d'examiner avec l'UNCAM les programmes annuels de négociations avec les professionnels de santé et de déterminer avec elle des actions de gestion du risque¹⁹. Toutefois, ces deux obligations ne sont toujours pas satisfaites. L'UNOCAM a réitéré en 2013 sa demande de mise en place d'une nouvelle méthode de travail, de nature partenariale, avec l'assurance maladie obligatoire. Des avancées ont été constatées depuis 2012. Elles restent cependant limitées.

Pour répondre aux attentes de la population, c'est-à-dire de personnes qui sont à la fois des citoyens, des contribuables, des assurés sociaux, parfois des patients, ainsi que des adhérents ou des assurés d'organismes complémentaires d'assurance maladie, l'UNOCAM défend le droit à l'information et la transparence sur le système de santé.

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

Une institution consultée sur les évolutions du système de santé

Obligatoirement consultée sur les projets de loi qui concernent l'assurance maladie, l'UNOCAM rend un avis « *motivé et public sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale* »²⁰.

¹⁹ Cf. article L. 182-3 du code de la sécurité sociale.

²⁰ *Ibidem*.

L'UNOCAM exprime le point de vue des organismes complémentaires d'assurance maladie sur les principaux textes de réforme du système de santé, en particulier sur les questions liées à son financement. Ainsi, l'UNOCAM rend tous les ans, à l'automne, 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.

Pour la première fois depuis sa création, l'UNOCAM n'a pas été auditionnée, à l'automne 2013, par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale. Il se trouve que, pour la première fois également, l'UNOCAM venait de rendre un avis défavorable sur un projet de loi de financement de la sécurité sociale : celui pour 2014.

L'UNOCAM est aussi consultée sur la fixation des taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et les conditions dans lesquelles ils peuvent être modifiés. La loi prévoit, en effet, que le montant de la participation de l'assuré social (que l'on désigne généralement sous le terme de « *ticket modérateur* ») est fixé après avis de l'UNOCAM²¹. Il s'agit de la fraction des frais de santé (honoraires, médicaments, interventions en établissement de santé, etc.), hors dépassements d'honoraires éventuels, qui reste à la charge des patients après le remboursement par l'assurance maladie obligatoire (hors exonérations prévues à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale). Lorsque le taux de remboursement de la Sécurité sociale diminue, le ticket modérateur augmente. Ce dispositif a un impact financier sur les patients, soit directement lorsque ceux-ci ne sont pas couverts par un organisme complémentaire d'assurance maladie, soit indirectement par une augmentation des cotisations qui leur sont demandées au titre de leur complémentaire santé, les organismes complémentaires d'assurance maladie remboursant le plus souvent le ticket modérateur. L'UNOCAM peut faire entendre la voix des adhérents et des assurés des organismes complémentaires d'assurance maladie, lorsqu'une modification de ce taux est envisagée, en particulier lorsque cette modification a pour conséquence d'augmenter la participation de l'assuré social. L'UNOCAM a rendu plusieurs avis sur ce sujet.

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

L'UNOCAM participe ponctuellement à des groupes de travail²². Elle répond aussi aux demandes d'audition des corps de contrôle de l'Etat, quand celles-ci entrent

²¹ Cf. article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

²² L'UNOCAM participe notamment aux réunions de travail organisées régulièrement par le Directeur de la Sécurité sociale sur le développement de la couverture complémentaire santé.

dans son champ de compétences²³. Si tel n'est pas le cas, ce sont naturellement les membres de l'UNOCAM qui répondent à ces demandes. L'UNOCAM peut enfin être consultée sur des projets de textes²⁴.

A cet égard, les sollicitations ont été particulièrement nombreuses en 2013. L'UNOCAM regrette de ne pas avoir toujours eu communication des rapports auxquels elles ont donné lieu. Elle considère que tous ces rapports devraient être publiés.

Une institution qui participe à la modernisation du système de santé

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

L'UNOCAM peut négocier avec les professions de santé

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009²⁵, 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 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 en dépit de l'absence de signature de l'UNOCAM. Lorsque la négociation conventionnelle concerne des professions pour lesquelles le financement de l'assurance maladie obligatoire est minoritaire, la Ministre doit respecter un délai de six mois avant de pouvoir approuver un texte conventionnel avec lequel l'UNOCAM serait en désaccord. A ce jour, l'UNOCAM n'a jamais eu à tenir cette position.

²³ L'UNOCAM a été auditionnée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), le 1^{er} mars 2013, sur l'association des syndicats d'internes d'une part et des associations de malades et d'usagers d'autre part aux négociations conventionnelles. Elle a été entendue par la Présidente et le Vice-président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), le 22 mars 2013, sur l'ensemble de son champ de compétences. Elle a rencontré l'IGAS, le 25 mars 2013, sur le dossier dentaire. Elle a reçu l'Inspection générale des finances (IGF) et l'IGAS, le 12 avril 2013, pour échanger avec elles sur les coûts de gestion des assurances maladies obligatoire et complémentaire. Elle a été consultée par la Cour des comptes, le 21 octobre 2013, sur la stratégie conventionnelle de l'UNCAM et sur la sienne. Enfin, elle a participé aux travaux de la Commission relative à l'ouverture des données en santé, qui a été installée le 21 novembre 2013.

²⁴ Afin de définir les modalités d'application de l'engagement financier pris par l'assurance maladie complémentaire dans l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux, signé le 25 octobre 2012 et publié au Journal Officiel le 7 décembre 2012, l'UNOCAM a produit de très nombreux écrits. Elle a été reçue par le Directeur de la Sécurité sociale le 18 mars 2013, a échangé avec les équipes de la Direction de la Sécurité sociale et de la CNAMTS le 19 avril 2013 et a été entendue par le Directeur de cabinet de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé le 17 mai 2013.

²⁵ Cf. article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale.

En 2012, l'UNOCAM a participé à titre officieux aux travaux de la Commission paritaire nationale des chirurgiens-dentistes, puis des pharmaciens titulaires d'officine et enfin des médecins libéraux. Cette instance réunit, pour chaque profession libérale de santé, l'assurance maladie obligatoire, les syndicats représentatifs de cette profession et signataires de sa convention nationale, ainsi que l'assurance maladie complémentaire si l'UNOCAM est elle-même signataire de cette convention ou d'un avenant à celle-ci.

En 2013, la participation de l'UNOCAM à ces instances est devenue officielle²⁶. Dorénavant, l'UNOCAM est représentée avec voix consultative dans la Commission paritaire nationale des médecins libéraux et dans celle des pharmaciens titulaires d'officine. En tant que premier financeur des soins et prothèses dentaires²⁷, 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 nationaux des pratiques tarifaires des chirurgiens-dentistes et des médecins²⁸, instaurés par les partenaires conventionnels. Dans un objectif de transparence, notamment sur les tarifs à entente directe et les dépassements d'honoraires, ces observatoires sont essentiels.

Tout en reconnaissant l'importance des Observatoires régionaux des pratiques tarifaires (qu'ils soient conventionnels ou nés de l'initiative d'Agences régionales de santé), l'UNOCAM, instance de portée nationale, n'a pas développé son implication au niveau régional.

Dans un tout autre cadre, l'UNOCAM a développé ses relations bilatérales avec les professionnels de santé en 2013. Avec la CNSD, elle a conclu un accord bipartite le 26 juillet 2013 : la charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie. Enfin, elle a fait une proposition à l'UNPS sur le développement du tiers payant le 20 novembre 2013.

²⁶ M. Fabrice HENRY est le représentant de l'UNOCAM. Il a pour suppléant M. Eric BADONNEL.

²⁷ L'assurance maladie complémentaire a financé 39,2% des soins et prothèses dentaires en 2012, tandis que l'assurance maladie obligatoire et l'Etat en ont solvabilisé 34,5% ; le reste à charge des ménages s'est élevé à 26,3% (cf. Comptes nationaux de la santé 2012, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2013).

²⁸ Trois conseillers techniques des fédérations peuvent accompagner le représentant de l'UNOCAM ou son suppléant à l'Observatoire national des pratiques tarifaires des médecins.

L'UNOCAM participe au Comité économique des produits de santé

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

L'UNOCAM a participé aux réunions du groupe de concertation sur la suppression de la vignette pharmaceutique les 15 janvier, 24 avril et 16 décembre 2013, ainsi qu'à la première réunion de la Cellule d'information et d'échange sur l'économie internationale des produits de santé le 19 novembre 2013.

En 2013, l'UNOCAM a mobilisé l'expertise acquise au sein du CEPS lors des négociations conventionnelles tripartites avec les pharmaciens titulaires d'officine. Ces discussions ont porté notamment sur la création d'un honoraire de dispensation, financé partiellement par une réforme de la marge officinale.

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

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 doit être régulé. C'est une nécessité. 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 présente et défende les responsabilités qui sont les siennes.

C'est dans cet esprit que les pouvoirs publics ont créé l'Institut des données de santé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel du 17 août 2004. Pour l'UNOCAM, presque dix ans plus tard, cet esprit est plus actuel que jamais.

Soutenant l'action de l'Institut des données de santé, l'UNOCAM a auditionné son Président et son Directeur le 18 mars 2013.

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, publiée au Journal Officiel du 22 juillet 2009, a créé les Agences régionales de santé.

Au sein de chaque Agence régionale de santé, une Commission régionale de gestion du risque est chargée de la préparation, du suivi et de l'évaluation du programme pluriannuel régional de gestion du risque.

L'UNOCAM est représentée dans les vingt-six 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 en charge de la 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, publiée au Journal Officiel du 17 août 2004, a prévu la création de l'UNOCAM et défini le champ de ses missions. L'UNOCAM a été fondée en 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, publiée au Journal Officiel du 22 juillet 2009.

L'UNOCAM est financée par les cotisations de ses membres et ne reçoit aucune subvention des administrations publiques. Son budget annuel est fixé, depuis 2010, à 1,1 million d'euros.

Ses membres fondateurs sont :

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

Ses membres adhérents sont :

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

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

- 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).

Dans la version électronique de ce rapport d'activité, les sites Internet des membres de l'UNOCAM peuvent être consultés en cliquant sur les logos ci-dessous :



Gouvernance

La gouvernance de l'UNOCAM est définie par le décret du 30 avril 2007, publié au Journal Officiel du 3 mai 2007, et dans les statuts de l'association, modifiés le 19 janvier 2009.

Le Bureau

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

Il est composé de six membres répartis en trois collèges (deux pour la FNMF, deux pour la FFSA et deux pour le CTIP), le représentant du régime local d'Alsace-Moselle siégeant à titre consultatif.

Les membres du Bureau ont été renouvelés pour trois ans le 13 février 2013.

A cette date, le Président a lui-même été reconduit pour trois ans.

Au 31 décembre 2013, le Bureau est composé de :

- M. Fabrice HENRY, Président,
Membre du Conseil d'administration de la FNMF ;
- M. Emmanuel ROUX²⁹,
Directeur général de la FNMF ;
- M. Norbert BONTEMPS,
Président du Comité maladie-accidents de la FFSA ;
- M. Alain ROUCHÉ,
Directeur santé de la FFSA ;
- M. Bernard LEMÉE³⁰
Président du CTIP ;
- M. Jean-Louis FAURE,
Délégué général du CTIP ;
- M. Daniel LORTHIOIS,
Président du régime local.

²⁹ M. Emmanuel ROUX a succédé au Docteur Jean-Martin COHEN SOLAL à la Direction générale de la FNMF le 1^{er} juillet 2013 et au Conseil et au Bureau de l'UNOCAM le 13 décembre 2013.

³⁰ M. Pierre MIE a succédé à M. Bernard LEMÉE à la Présidence du CTIP le 17 décembre 2013 et au Conseil et au Bureau de l'UNOCAM le 12 février 2014.

Le Bureau s'est réuni onze fois en 2013.

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. 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 FFSA ;
- 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 2013.

Au 31 décembre 2013, 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. Claude LEPETIT, 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 Nora TRÉHEL, FNMF ;
- M. Jacques VIALLET, FNMF ;
- M. Gérard VUIDEPOT, FNMF ;

- M. Norbert BONTEMPS, FFSA ;
- M. Hervé FRANCK, FFSA ;
- M. Pierre FRANÇOIS, FFSA ;
- M. Gérard MÉNEROUD, FFSA ;
- M. Yanick PHILIPPON, FFSA ;
- M. Jean-François PLUCHET, FFSA-GEMA ;
- M. Alain ROUCHÉ, FFSA ;

- Mme Nathalie THOOL, FFSA ;
- M. Bernard DAESCHLER, CTIP ;
- M. Jean-Louis FAURE, CTIP ;
- M. Bernard LEMÉE, CTIP ;
- M. Alain POULET, CTIP ;
- M. Laurent RABATÉ, CTIP ;
- M. Jean-Louis TERDJMAN, CTIP ;
- M. Marc VILBENOIT, CTIP ;
- M. Daniel LORTHIOIS, régime local.

Les membres suppléants du Conseil sont :

- M. Richard BARAN, FNMF ;
- M. Jean-Gabriel BAROU, FNMF ;
- Mme Agnès BOCOGNANO, FNMF ;
- M. Jacques CHEMARIN, FNMF ;
- M. Paul DEVROEDT, FNMF ;
- M. Alain GIANAZZA, FNMF ;
- M. Jean GUYOT, FNMF ;
- M. Jean-Pierre LACROIX, FNMF ;
- M. Antoine LAMON, FNMF ;
- M. Stéphane LEBRET, FNMF ;
- M. Michel MARTIN, FNMF ;
- M. Michel MASSET, FNMF ;
- M. Claude MERLET, FNMF ;
- M. Jean-Pierre POL, FNMF ;
- M. Hubert ROZÈS, FNMF ;
- M. Roland STURMEL, FNMF ;
- Mme Pascale VATEL, FNMF ;
- Mme Claudine CADIOU, FFSA ;
- M. Jean-Claude CHABOSEAU, FFSA ;
- M. Philippe CREVEL, FFSA ;
- M. Philippe DRAPIER, FFSA ;
- M. Christian GRUDE, FFSA ;
- M. François HECKER, FFSA-GEMA ;
- M. Olivier LECLERC, FFSA ;
- Mme Cécile MALGUID, FFSA ;
- Mme Delphine BENDA, CTIP ;
- Mme Valérie CORMAN, CTIP ;
- Mme Evelyne GUILLET, CTIP ;
- M. Jean-Louis JAMET, CTIP ;
- Mme Marie-Annick NICOLAS, CTIP ;
- Mme Isabelle SANCERNI, CTIP ;
- M. Alain TISSERANT, CTIP ;

- M. Albert RIEDINGER, régime local.

Le Conseil s'est réuni quatre fois en 2013.

L'Assemblée générale

L'Assemblée générale se prononce sur le projet de budget, les comptes annuels de l'association et les modifications de ses statuts.

Elle réunit l'ensemble des membres de l'UNOCAM, ses membres fondateurs (FNMF, FFSA, CTIP et régime local) comme ses membres adhérents (GEMA et FNIM).

Elle s'est réunie deux fois en 2013.

Equipe

L'équipe de l'UNOCAM est composée de **cinq collaborateurs** au 31 décembre 2013, dont un en contrat à durée déterminée :

- M. Eric BADONNEL,
Secrétaire général administratif ;
- Docteur Martine STERN,
Chargée de mission au CEPS ;
- M. Sébastien TRINQUARD,
Economiste de la santé ;
- Mme Mahé CAUCHARD³¹,
Chargée d'études ;
- Mme Michèle LARIOS³²,
Assistante du Secrétaire général administratif.

L'UNOCAM réalise ou coordonne les travaux que ses membres décident de mener en son sein. A cette fin, l'équipe de l'UNOCAM travaille au quotidien avec des experts des fédérations et du régime local, 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 douze reprises en 2013.

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

³¹ Mme Mahé CAUCHARD a rejoint l'équipe de l'UNOCAM, en contrat à durée déterminée, le 7 octobre 2013.

³² Mme Michèle LARIOS a succédé à Mme Patricia JOURNEL le 4 juillet 2013.

Avis officiels

Depuis 2005, l'UNOCAM enregistre chaque année en moyenne 30% de saisines de plus que l'année précédente. En 2013, trente-huit demandes d'avis ont été traitées.

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

La préparation des avis mobilise à la fois l'équipe de l'UNOCAM et les conseillers techniques des fédérations. Les instances de l'UNOCAM, en tant que de besoin, peuvent voter sur les rapports et projets de délibération qui leur sont soumis dans le cadre d'une procédure d'urgence. En 2013, l'UNOCAM s'est prononcée en moyenne dans un délai inférieur à vingt 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 modifications 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.

En retour, l'UNOCAM souhaite qu'à l'avenir l'assurance maladie obligatoire et les pouvoirs publics se montrent plus respectueux de ses prérogatives. Le code de la sécurité sociale fixe les délais dans lesquels l'UNOCAM doit répondre aux différents types de saisine. Pour les invitations à participer à des négociations conventionnelles tripartites, ce délai est de vingt-et-un jours. En 2013, deux convocations sur sept ont été reçues par l'UNOCAM moins de vingt-et-un jours avant la date de la première réunion de négociations. Sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, l'UNOCAM disposait en principe de sept jours pour rendre son avis. Elle n'a pas eu six jours pour se prononcer, ce qui l'a contrainte à annuler la séance de son Conseil, consacrée à ce sujet stratégique.

Dans l'élaboration de ses avis, l'UNOCAM cherche systématiquement à se référer aux dernières données de la science et aux recommandations de la Haute Autorité de santé. Dans ses rapports d'activité 2011 et 2012, l'UNOCAM avait regretté que les avis de la Haute Autorité de santé, en réponse aux sollicitations de l'UNOCAM, ne fissent pas tous l'objet d'une publication. 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. La qualité des dossiers transmis par l'UNOCAM et les pouvoirs publics à l'appui de leurs saisines reste inégale en 2013. Cinq dossiers sur les trente concernés ne comportaient pas d'éléments de chiffrage, alors que leur objet le requérait³³.

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 2013, les délibérations de l'UNOCAM ont concerné les sujets suivants :

Délibération n° CONS. – 01 – 10 janvier 2013 – Avis relatif à l'avenant n° 1 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine ;

Délibération n° CONS. – 02 – 10 janvier 2013 – Avis relatif à un projet d'avenant à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine ;

Délibération n° BUR. – 03 – 28 janvier 2013 – Avis relatif à une proposition de modification de la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, afférente aux sages-femmes ;

Délibération n° BUR. – 04 – 28 janvier 2013 – Avis relatif à des propositions de modifications de la nomenclature des actes de biologie médicale ;

Délibération n° BUR. – 06 – 28 janvier 2013 – Avis relatif à un projet de décret portant sur la participation des assurées en matière d'interruption volontaire de grossesse ;

Délibération n° BUR. – 07 – 28 janvier 2013 – Avis relatif à un projet de décret portant sur la participation des assurées mineures en matière de contraception ;

Délibération n° BUR. – 08 – 28 janvier 2013 – Avis relatif à un projet de décret portant sur les contrats responsables ;

Délibération n° BUR. – 09 – 18 mars 2013 – Avis relatif à diverses propositions de modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;

Délibération n° BUR. – 10 – 15 février 2013 – Avis relatif à des propositions de modifications de la nomenclature des actes de biologie médicale ;

Délibération n° CONS. – 11 – 8 mars 2013 – Avis relatif aux avenants n° 9 et 10 à la convention nationale des médecins libéraux ;

³³ L'UNOCAM n'a pas transmis non plus à l'UNOCAM le protocole d'accord du 10 octobre 2013 sur la biologie médicale et celui du 18 novembre 2013 sur le transport sanitaire, qui fixent, pour ces deux secteurs d'activité, des perspectives de dépenses à moyen terme.

Délibération n° CONS. – 12 – 8 mars 2013 – Avis relatif à l'ouverture des négociations sur l'avenant n° 2 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine ;

Délibération n° BUR. – 13 – 5 avril 2013 – Avis relatif à des propositions de modifications de la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, portant sur l'acte d'acupuncture et sur l'acte de procréation médicalement assistée ;

Délibération n° BUR. – 14 – 5 avril 2013 – Avis relatif à des propositions de modifications de la nomenclature, prises d'une part en application de l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux et afférentes d'autre part à l'imagerie médicale ;

Délibération n° BUR. – 15 – 15 avril 2013 – Avis relatif à l'ouverture des négociations sur l'avenant n° 4 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ;

Délibération n° CONS. – 16 – 24 avril 2013 – Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine ;

Délibération n° CONS. – 17 – 24 avril 2013 – Avis relatif à l'ouverture des négociations sur l'avenant n° 14 à la convention nationale des orthophonistes ;

Délibération n° BUR. – 18 – 29 mai 2013 – Avis relatif à une proposition de modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, visant à compléter la liste des rééducations de masso-kinésithérapie soumises à référentiel ;

Délibération n° BUR. – 19 – 17 mai 2013 – Avis relatif à l'avenant n° 7 à l'accord national portant sur la délivrance des génériques ;

Délibération n° BUR. – 20 – 24 juin 2013 – Avis relatif au projet d'arrêté modifiant l'arrêté du 17 avril 2012 sur les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ;

Délibération n° BUR. – 21 – 15 juillet 2013 – Avis relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et au protocole d'accord de télétransmission des ordonnances dématérialisées ;

Délibération n° BUR. – 22 – 26 juillet 2013 – Avis relatif à l'ouverture des négociations sur l'avenant n° 4 à la convention nationale des infirmières libérales ;

Délibération n° BUR. – 23 – 26 juillet 2013 – Avis relatif à l'ouverture des négociations sur l'avenant n° 2 à la convention nationale des sages-femmes libérales ;

Délibération n° BUR. – 24 – 26 juillet 2013 – Avis relatif à l'ouverture des négociations sur l'avenant n° 10 à la convention nationale des orthoptistes ;

Délibération n° CONS. – 25 – 26 juillet 2013 – Avis relatif à l'avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, à la charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie et à l'accord entre l'UNCAM et l'UNOCAM sur la transmission des informations nécessaires à la liquidation des prestations par les organismes complémentaires d'assurance maladie ;

Délibération n° BUR. – 26 – 9 septembre 2013 – Avis relatif à diverses propositions de modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;

Délibération n° BUR. – 27 – 9 septembre 2013 – Avis relatif à une proposition de modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, afférente au forfait de surveillance thermal ;

Délibération n° BUR. – 28 – 1er octobre 2013 – Avis relatif à la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux pour les chirurgiens-dentistes et à l'amélioration de la prise en charge de certains soins dentaires ;

Délibération n° CONS. – 29 – 3 octobre 2013 – Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 ;

Délibération n° BUR. – 30 – 25 novembre 2013 – Avis relatif à une proposition de modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, visant à compléter la liste des rééducations de masso-kinésithérapie soumises à référentiel ;

Délibération n° BUR. – 31 – 25 octobre 2013 – Avis relatif à l'avenant n° 14 à la convention nationale des orthophonistes et au protocole d'accord de télétransmission des ordonnances dématérialisées ;

Délibération n° BUR. – 32 – 23 octobre 2013 – Avis relatif à l'ouverture des négociations sur l'avenant n° 11 à la convention nationale des médecins libéraux ;

Délibération n° BUR. – 33 – 13 novembre 2013 – Avis relatif à l'avenant n° 10 à la convention nationale des orthoptistes ;

Délibération n° BUR. – 34 – 13 novembre 2013 – Avis relatif à l'avenant n° 11 à la convention nationale des médecins libéraux ;

Délibération n° BUR. – 35 – 25 novembre 2013 – Avis relatif à plusieurs propositions de modification de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie ;

Délibération n° BUR. – 36 – 16 décembre 2013 – Avis relatif à une proposition de modification de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie, portant sur la rétinographie ;

Délibération n° BUR – 37 – 16 décembre 2013 – Avis relatif à une proposition de modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, portant sur les actes d'anatomie et cytologie pathologiques ;

Délibération n° BUR. – 38 – 30 décembre 2013 – Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale des sages-femmes libérales et au protocole d'accord de télétransmission des ordonnances dématérialisées.

Propositions

En dégagant un consensus entre les fédérations qui la constituent, l'UNOCAM a affirmé en 2013 sa capacité de mener à bien des projets et à être force de propositions.

Lisibilité des garanties

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

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

Les trois documents (déclaration commune, glossaire et guide méthodologique), ainsi que l'évaluation³⁴ de leur appropriation par les organismes complémentaires d'assurance maladie, sont consultables et téléchargeables sur le site www.unocam.fr.

Conscientes de leurs responsabilités et attachées à leur autonomie, les fédérations membres de l'UNOCAM ont poursuivi en 2013 leur action en faveur de l'amélioration constante de l'information délivrée et du service rendu aux adhérents et aux assurés.

L'UNOCAM a conçu un dépliant intitulé « *Complémentaire santé : trois clés pour bien choisir* ». Elle a testé cette brochure auprès d'associations de malades, d'usagers du système de santé et de consommateurs. Elle a tenu compte de leurs observations. Elle a rendu public le document finalisé le 13 février 2013.

³⁴ Cette évaluation a été réalisée entre novembre 2011 et février 2012.

La Direction de la Sécurité sociale a invité l'assurance maladie obligatoire à en faire le meilleur usage le 25 février 2013.

Ce document peut être consulté et téléchargé sur le site www.unocam.fr.



UNOCAM, « Complémentaire santé, trois clés pour bien choisir », illustration de LaBaz.

Echanges d'informations

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

En septembre 2013, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé a indiqué vouloir proposer la dispense de l'avance de frais à l'ensemble des patients soignés en ville à l'échéance de 2017, en commençant par tous les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé en 2014. L'UNOCAM s'est mobilisée en faveur du **développement du tiers payant**, en relayant les travaux techniques réalisés par les fédérations. Elle a rencontré la CSMF, MG France, puis l'UNPS. Sa proposition a été

bien reçue par l'UNPS le 20 novembre 2013. Elle a recueilli l'accord formel de l'UNPS le 31 janvier 2014³⁵.

³⁵ Par ailleurs, l'UNOCAM a participé aux travaux de l'instance de concertation sur le tiers payant, installée par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé le 18 février 2014.

Négociations conventionnelles

En 2013, l'UNOCAM a signé quatre accords conventionnels tripartites : l'avenant n° 1 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signé le 10 janvier 2013 et publié au Journal Officiel le 27 juin 2013 ; l'avenant n° 9 à la convention nationale des médecins libéraux, signé le 22 mars 2013 et publié le 7 juin 2013 ; l'avenant n° 2 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signé le 23 mai 2013 et publié le 15 novembre 2013 ; l'avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, signé le 26 juillet 2013 et publié le 30 novembre 2013.

Chirurgiens-dentistes

L'UNOCAM avait décidé de signer l'avenant n° 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes le 9 mai 2012, tout en déplorant la précipitation dans laquelle les négociations conventionnelles s'étaient déroulées. Tel qu'il avait été négocié, le devis-type pour traitements et actes bucco-dentaires faisant l'objet d'une entente directe³⁶ ne répondait pas aux attentes de l'UNOCAM. Quant à l'accès des organismes complémentaires d'assurance maladie aux informations nécessaires à la liquidation de leurs prestations, il faisait toujours débat. Toutefois, en signant cet accord conventionnel tripartite, l'UNOCAM marquait sa volonté de peser sur le cours des négociations ultérieures. De ce point de vue, la conclusion de l'avenant n° 3 a apporté des éléments positifs

Dans ce nouveau cycle de négociations, l'UNOCAM a porté une attention particulière sur cinq dossiers : la définition des principes, de l'économie générale et des modalités pratiques de la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour la profession des chirurgiens-dentistes ; la détermination des données de remboursement transmises par les caisses d'assurance maladie aux organismes complémentaires d'assurance maladie dans les flux NOEMIE³⁷ ; l'adaptation du devis-type, voire sa dématérialisation ; les modalités de suivi de l'évolution des dépenses dentaires dans le cadre de l'observatoire conventionnel

³⁶ Ce devis-type est prévu par la loi du 10 août 2011 dite « Fourcade », publiée au Journal Officiel du 11 août 2011.

³⁷ NOEMIE est le sigle de « norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs ». Cette norme est le système informatique permettant la télétransmission des décomptes de paiement des prestations aux assurés sociaux des caisses d'assurance maladie vers les organismes complémentaires d'assurance maladie.

national ; enfin, l'officialisation de la représentation de l'UNOCAM dans la Commission paritaire nationale des chirurgiens-dentistes, en tant que membre de la section sociale ayant voix délibérative.

L'UNOCAM a participé aux discussions conventionnelles sur l'avenant n° 3 dès le 15 novembre 2012. Elles ont été marquées, le 15 février 2013, par la signature d'un point d'étape par l'UNCAM, l'UNOCAM, la CNSD et la Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL). Elles ont connu ensuite plusieurs interruptions. En parallèle, des discussions bipartites ont été menées par l'UNOCAM d'une part et la CNSD, l'Union des jeunes chirurgiens-dentistes (UJCD) et la FSDL d'autre part. Ces échanges ont abouti, le 26 juillet 2013, à trois accords qui répondent aux demandes de l'UNOCAM.

- **L'avenant n° 3 à la convention nationale, signé par l'UNCAM, l'UNOCAM et la CNSD**, prévoit le passage de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) à la CCAM, volet bucco-dentaire, le 1^{er} juin 2014. Il instaure ainsi une nomenclature des actes présentée à la fois comme exhaustive et actualisée.

Il modifie le devis-type pour traitements et actes bucco-dentaires faisant l'objet d'une entente directe, qui est remis par le chirurgien-dentiste à son patient. Ce devis, que l'adhérent ou l'assuré pourra remettre à son organisme complémentaire d'assurance maladie, devra nécessairement comporter la mention du libellé et des codes des actes en CCAM. C'était une demande forte de l'UNOCAM.

L'avenant n° 3 prévoit diverses revalorisations d'actes de prévention et de soins conservateurs, chirurgicaux et médicaux à tarifs opposables.

Il officialise la représentation de l'UNOCAM dans la Commission paritaire nationale, comme membre de la section sociale, avec voix délibérative.

Il mentionne, dans son préambule, les deux accords bilatéraux conclus simultanément, qui n'ont pas vocation à être publiés au Journal Officiel.

- **La charte de bonnes pratiques régissant les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie** a été conclue, dans un cadre bipartite, par l'UNOCAM et la CNSD.

La charte fixe, de façon générale, les engagements des chirurgiens-dentistes et de l'UNOCAM. Elle organise en particulier l'examen, par la Commission bipartite de suivi de la charte, des difficultés rencontrées dans les relations entre des chirurgiens-dentistes et des organismes complémentaires d'assurance maladie.

La première réunion de la Commission bipartite de suivi de la charte a eu lieu le 28 novembre 2013.

- **Avec l'accord trouvé par l'UNCAM et l'UNOCAM sur une liste de 16 codes de regroupement d'actes**, les organismes complémentaires d'assurance maladie vont recevoir dans les flux NOEMIE les informations nécessaires à la liquidation de leurs prestations. Cette liste a été soumise à la Commission

nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) le 19 août 2013, qui y a apporté une réponse positive dès le 4 septembre 2013.

Médecins libéraux

L'UNOCAM a signé l'**avenant n° 9** à la convention nationale des médecins libéraux le 22 mars 2013, publié au Journal Officiel le 7 juin 2013³⁸. Cet avenant porte sur diverses mesures tarifaires. Il officialise la représentation de l'UNOCAM dans la Commission paritaire nationale des médecins libéraux, avec voix consultative.

La participation de l'UNOCAM à cette Commission paritaire nationale a été marquée par des débats, souvent vifs, sur l'**application de l'avenant n° 8**. Pour l'assurance maladie complémentaire, cet avenant présente trois enjeux.

- **Augmentation de la base de remboursement dans le cadre du contrat d'accès aux soins**

Créé par l'avenant n° 8, le contrat d'accès aux soins devait entrer en vigueur dès lors qu'un tiers des praticiens de secteur 2 éligibles au dispositif auraient adhéré à celui-ci. L'atteinte de ce seuil, d'abord prévue au mois de juillet 2013, a été reportée au mois d'octobre 2013. Le 3 octobre 2013, l'UNOCAM a informé la Commission paritaire nationale des médecins libéraux que ce seuil était atteint.

Toutefois, le contrat d'accès aux soins n'est entré en vigueur qu'avec la publication, au Journal Officiel du 30 novembre 2013, de l'avenant n° 11 signé le 23 octobre 2013³⁹. Cet avenant supprime le seuil minimal d'adhésion de 33%.

Les praticiens de secteur 2 peuvent adhérer au contrat d'accès aux soins quand la moyenne de leurs dépassements d'honoraires est inférieure à 100% des tarifs de la Sécurité sociale. S'engageant à stabiliser leurs honoraires en valeur absolue, ils bénéficient des majorations de tarifs opposables qui étaient réservées jusqu'alors aux médecins de secteur 1. Cette augmentation de la base de remboursement se traduit, pour les patients et pour les organismes complémentaires d'assurance maladie, par une hausse du ticket modérateur en valeur absolue. La prise en charge de ces dépenses supplémentaires est effective depuis le 1^{er} décembre 2013.

La revalorisation de certains actes techniques de la CCAM, applicable quant à elle depuis le 1^{er} juillet 2013, quel que soit le secteur d'exercice du médecin et indépendamment de son adhésion au contrat d'accès aux soins, augmente également la base de remboursement.

³⁸ Le 8 mars 2013, l'UNOCAM a décidé de signer l'avenant n° 9, mais elle n'a pas souhaité devenir signataire de l'avenant n° 10. Signé le 14 février 2013, l'avenant n° 10 a été publié au Journal Officiel le 7 juin 2013 avec la mention erronée d'une signature de l'UNOCAM. Cet avenant étend la rémunération sur objectifs de santé publique aux gastro-entérologues et aux hépatologues.

³⁹ L'UNOCAM a décidé de ne pas participer à la négociation de cet avenant.

- **Copaiement direct du forfait médecin traitant**

Dans son article 7, l'avenant n° 8 stipule que : « *(l)es organismes complémentaires souhaitent participer à ce développement des nouveaux modes de rémunération en complétant le financement mis en place par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 millions d'euros, notamment par le développement de forfaits pour les médecins traitants.* »

Cette stipulation était une concession de l'UNOCAM. Initialement, l'UNOCAM souhaitait affecter ces 150 millions d'euros à la revalorisation de certains actes techniques, insuffisamment rémunérés et faisant l'objet de dépassements d'honoraires particulièrement élevés, notamment pour les spécialités de plateaux techniques lourds. Son objectif était d'accroître l'offre de soins médicaux à tarifs opposables et de réduire en valeur absolue les dépassements d'honoraires des médecins. L'UNOCAM n'a pas donné de suite favorable à cette proposition, qui présentait l'inconvénient, selon elle, de faire contribuer les organismes complémentaires d'assurance maladie au financement des tarifs opposables dans des proportions plus importantes qu'aujourd'hui. L'UNOCAM a donc invité l'UNOCAM à participer à la revalorisation de la rémunération des omnipraticiens de secteur 1, pour permettre à l'assurance maladie obligatoire de concentrer ses moyens, nécessairement limités, sur la revalorisation de certains actes techniques des spécialistes de secteur 2 adhérant au contrat d'accès aux soins.

Entre décembre 2012 et mai 2013, plusieurs réunions de travail ont eu lieu entre l'UNOCAM d'une part et la Direction de la Sécurité sociale ou le cabinet de la Ministre d'autre part afin de définir les modalités d'application de cet engagement financier. A de nombreuses reprises, l'UNOCAM a écrit au Ministère pour préciser ses propositions et ses attentes. Le forfait médecin traitant, d'une valeur de 5 euros, est versé chaque année au médecin traitant pour le suivi des patients qui ne sont pas en affection de longue durée. L'UNOCAM a proposé que les organismes complémentaires d'assurance maladie financent une partie de ce forfait, dans le cadre d'un copaiement direct au praticien, lors de sa première consultation annuelle (à la faveur de la généralisation du tiers payant annoncée par les pouvoirs publics). Pour l'UNOCAM, il importe en effet que la prise en charge de cette prestation soit visible pour les adhérents ou assurés comme pour les praticiens.

La Direction de la Sécurité sociale a écrit à l'UNOCAM en date du 6 août 2013 pour lui annoncer qu'elle lui transmettrait sans tarder de nouvelles propositions. Elle ne l'a pas fait. Sans nouvel échange préalable, la Direction de la Sécurité sociale a communiqué à l'UNOCAM le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. L'article 4 du projet de loi de financement transforme le copaiement direct au praticien en une « *participation* » versée à l'assurance maladie obligatoire, dans l'attente de la généralisation du tiers payant.

Cette mesure ne respecte pas, dans son esprit, l'engagement financier pris par l'UNOCAM. Aussi l'UNOCAM considère-t-elle que cette disposition compromet la poursuite de l'engagement de l'assurance maladie complémentaire dans la vie conventionnelle. Pour l'UNOCAM, le rôle de

l'assurance maladie complémentaire est de cofinancer, en toute transparence, pour les adhérents et assurés, les prestations réalisées par les professionnels de santé. Son rôle n'est pas de refinancer l'assurance maladie obligatoire, par le versement de taxes parafiscales ou de contributions s'y apparentant, dont ni les adhérents et assurés, ni les praticiens n'ont connaissance.

Le forfait médecin traitant est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2013. Depuis lors, il est versé par les caisses primaires d'assurance maladie aux praticiens à la date anniversaire de la déclaration de leur médecin traitant par les assurés sociaux (sauf pour les médecins nouvellement installés depuis la parution de l'avenant n° 11).

Les organismes complémentaires d'assurance maladie ont été destinataires en décembre 2013 d'une instruction de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales (URSSAF) d'Ile-de-France sur les modalités de collecte de leur contribution financière. Le montant est fixé pour 2013. Le principe de cette contribution est acquis jusqu'en 2015.

Parce que ces modalités de collecte soulevaient d'importantes difficultés techniques, l'UNOCAM a alerté le Ministère des Affaires sociales et de la Santé les 15 et 17 janvier 2014. La Direction de la Sécurité sociale a envoyé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) une circulaire en date du 21 janvier 2014, qui fixe les modalités de participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement des nouveaux modes de rémunération des médecins libéraux pour 2013, 2014 et 2015.

- **Incitation des organismes complémentaires d'assurance maladie, lorsque les garanties ou les contrats le prévoient, à prendre en charge de façon privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins**

Pour l'UNOCAM, l'objectif du contrat d'accès aux soins est de réduire progressivement, pour chaque médecin contractant, ses dépassements d'honoraires en valeur absolue, sur la base de sa propre pratique tarifaire (sous l'effet d'une stabilisation des honoraires et d'une revalorisation progressive des tarifs opposables). Il n'est pas de pérenniser la pratique des dépassements d'honoraires par une généralisation de leur prise en charge.

Dans cette perspective, l'attractivité du contrat d'accès aux soins est assurée par la revalorisation de la base de remboursement et la prise en charge des avantages sociaux des médecins contractants.

Dans son article 4, l'avenant n° 8 stipule que : « (l)'UNOCAM s'engage à inciter les organismes complémentaires d'assurance maladie, lorsque les garanties ou les contrats le prévoient, à prendre en charge de façon privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins pendant la durée de celui-ci. ». En d'autres termes, il ne s'agit pas de solvabiliser intégralement les dépassements d'honoraires des médecins contractants dans toutes les garanties ou les contrats.

Lors de la Commission paritaire nationale des médecins libéraux le 3 octobre 2013, puis par courrier en date du 9 octobre 2013, l'UNOCAM a demandé à l'UNCAM de lui fournir des éléments statistiques sur les praticiens de secteur 2 ayant adhéré au contrat d'accès aux soins, afin de permettre aux organismes complémentaires d'assurance maladie d'évaluer l'impact tarifaire d'une éventuelle modification de leurs garanties ou contrats. Lors de la Commission paritaire nationale du 4 décembre 2013, cette demande a été renouvelée.

Enfin, l'UNOCAM n'a pas participé à la négociation sur l'**avenant n° 11**. Prenant connaissance de l'article 4 du projet de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, qui a dévoyé l'engagement financier pris par l'UNOCAM dans l'avenant n° 8, l'UNOCAM a décidé, à partir du 23 octobre 2013, de ne plus participer aux discussions conventionnelles.

Pharmaciens titulaires d'officine

L'UNOCAM a participé aux négociations sur l'**avenant n° 1 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine** à partir du 6 décembre 2012. Elle est devenue signataire de cet avenant le 10 janvier 2013 ; celui-ci a été publié au Journal Officiel le 27 juin 2013. L'avenant n° 1 instaure un accompagnement des patients traités dans la durée par anticoagulants oraux, afin de prévenir les risques iatrogéniques. Il officialise en outre la représentation de l'UNOCAM au sein de la Commission paritaire nationale des pharmaciens titulaires d'officine, avec voix consultative.

L'UNOCAM a participé ensuite aux négociations sur l'**avenant n° 2 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine**, qui ont commencé le 19 mars 2013. Elle a décidé d'en être signataire dès le 24 avril 2013. Cet avenant, officiellement conclu le 23 mai 2013, a été publié au Journal Officiel le 15 novembre 2013. Il porte sur l'actualisation du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique, instauré par la convention nationale.

Enfin, l'UNOCAM a participé aux **négociations conventionnelles tripartites sur la création d'un honoraire de dispensation pour les pharmaciens d'officine** du 19 mars 2013 au 13 novembre 2013.

La création d'un honoraire de dispensation est prévue par la convention nationale. La rémunération du pharmacien d'officine sur les médicaments remboursables résulte aujourd'hui, pour l'essentiel, de la marge officinale. Elle est composée, d'une part, d'une marge forfaitaire par conditionnement et, d'autre part, d'une marge variable : la marge dégressive lissée.

- Le **9 juillet 2013**, l'UNOCAM a réaffirmé ses principes de négociation. Pour elle, la création de l'honoraire de dispensation doit valoriser la mission de conseil des pharmaciens d'officine lors de la délivrance des médicaments. Elle doit permettre de diversifier le mode de rémunération des pharmaciens d'officine, actuellement trop dépendant des prix et des volumes des

médicaments dispensés. Enfin, elle doit être accompagnée d'une évolution maîtrisée du réseau officinal.

- Le **6 septembre 2013**, l'UNOCAM a rencontré l'UNCAM, dans un cadre bipartite, pour échanger avec elle sur les objectifs et les modalités de la création de l'honoraire de dispensation. L'UNOCAM a alors rappelé sa position et elle a formulé des propositions à l'UNCAM.
 - La création de l'honoraire de dispensation doit donner du sens aux missions des pharmaciens d'officine et permettre de déconnecter au maximum leur rémunération de la dépense de médicament (prix et volume).
 - L'honoraire de dispensation, financé par l'affectation d'une partie de la marge officinale, ne doit pas engendrer une augmentation du reste à charge des patients.
 - La création de l'honoraire de dispensation ne doit pas provoquer de transfert de charges de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire.

- Le **10 octobre 2013**, l'UNCAM a présenté de nouvelles propositions dans un cadre tripartite. Celles-ci consistaient, pour l'essentiel, dans la transformation de la marge forfaitaire par boîte de médicament en honoraire de dispensation par boîte. Le taux de prise en charge de cet honoraire devait être identique à celui du médicament dispensé.

Ce schéma ouvrait certes la voie à une déconnection entre la rémunération des pharmaciens d'officine et le chiffre d'affaires des médicaments dispensés. Toutefois, un tel dispositif restait fondé sur une rémunération à la boîte (donc assise sur les volumes de vente). Aucun lien n'était fait entre cette rémunération et les missions de conseil et d'analyse confiées aux pharmaciens d'officine.

Dans les scénarios présentés par l'UNCAM, l'assurance maladie complémentaire supportait seule le coût lié à la mise en place de l'honoraire de dispensation, ce qui n'était pas acceptable par l'UNOCAM. En outre, le financement demandé aux organismes complémentaires d'assurance maladie était totalement invisible, car simplement issu d'une modification technique des différents paramètres de calcul de la marge officinale. Les organismes complémentaires d'assurance maladie étaient appelés à contribuer davantage à la rémunération de la marge officinale, mais ni leurs adhérents ou assurés, ni les pharmaciens d'officine, n'en auraient eu conscience. En d'autres termes, alors que l'assurance maladie obligatoire aurait pu mettre en avant son investissement dans la rémunération sur objectifs de santé publique des pharmaciens d'officine, la contribution de l'assurance maladie complémentaire au financement de cette rémunération, quant à elle, aurait été occultée.

- Pour ces raisons et compte tenu de l'article 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, l'UNOCAM a fait savoir à l'UNCAM, le **13 novembre 2013**, qu'elle se retirait de la table des négociations.

- Le 9 janvier 2014, l'UNCAM et la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) ont signé un protocole d'accord. L'Union des syndicats des pharmaciens d'officine (USPO) a décidé de signer le protocole d'accord le 13 janvier 2014, mais en a désapprouvé la partie relative à la création de l'honoraire de dispensation le 4 février 2014.

Ce protocole d'accord prévoit de remplacer l'intégralité de la marge forfaitaire de 0,53 euro par boîte de médicament par un honoraire conventionnel de 0,80 euro par boîte à partir du 1^{er} janvier 2015, puis de 1 euro à partir du 1^{er} janvier 2016.

En outre, il propose d'instaurer une rémunération de 0,50 euro par ordonnance dite complexe, c'est-à-dire comprenant au moins cinq lignes de prescription.

L'« honoraire de dispensation » ainsi créé comprendrait donc un « honoraire conventionnel » (de 0,80 euro puis 1 euro) ainsi qu'un « honoraire pour ordonnance complexe » (de 0,50 euro).

Le surcoût de l'honoraire conventionnel serait financé par une modification des seuils et des taux de la marge dégressive lissée (avec notamment le plafonnement du montant de la marge dégressive lissée pour les médicaments les plus onéreux). Celui de l'ordonnance complexe serait intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Il serait financé pour moitié par les économies que l'assurance maladie obligatoire dégagerait de la réforme de la marge.

Les organismes complémentaires d'assurance maladie supporteraient le surcoût consécutif à la modification des seuils et taux de la marge dégressive lissée pour la création de l'honoraire conventionnel. L'assurance maladie obligatoire, elle, effectuerait des économies avec la création de l'honoraire conventionnel. Cependant, elle supporterait l'intégralité du coût de la création de l'honoraire pour ordonnance complexe. Le surcoût total de l'honoraire de dispensation pour elle serait donc identique à celui de l'UNOCAM.

- A la fin du premier trimestre 2014, aucun avenant conventionnel n'a été signé.

Comité économique des produits de santé

L'UNOCAM est membre du CEPS. Elle y est représentée par le Docteur Martine STERN et par M. Sébastien TRINQUARD.

L'UNOCAM a actualisé, courant 2013, le mandat-cadre de ses représentants au CEPS. Ce mandat-cadre a été validé par le Conseil de l'UNOCAM le 12 février 2014.

Deux événements ont marqué l'activité du CEPS en 2013 :

- *la lettre d'orientations adressée au CEPS par les quatre Ministres de tutelle⁴⁰ le 2 avril 2013 :*

Cette lettre définit quatre orientations principales : contribuer à la construction de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie ; préserver les relations conventionnelles avec l'industrie des produits de santé ; contribuer davantage au bon usage des médicaments ; continuer à contribuer efficacement à la maîtrise des dépenses de produits de santé.

- *la renégociation de l'accord-cadre entre le CEPS et les organisations professionnelles signataires concernées par les produits et prestations inscrits sur la liste à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale :*

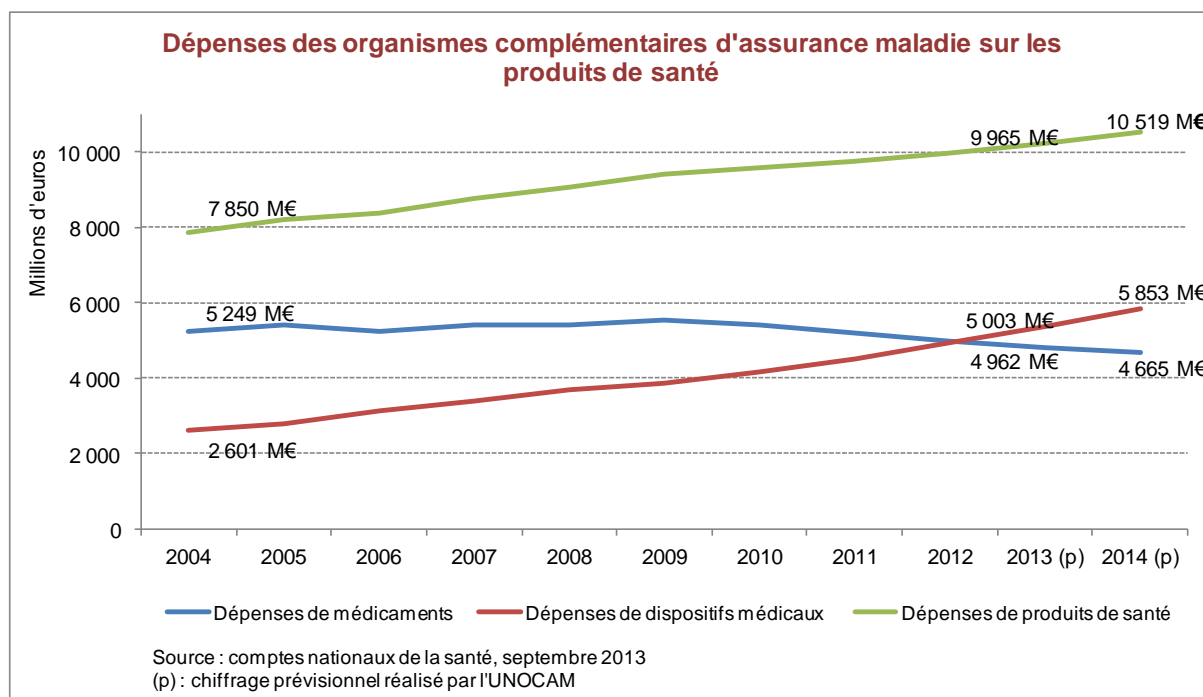
Signé le 16 décembre 2011, cet accord-cadre prévoyait une révision annuelle. Ouvertes en 2013, les négociations doivent aboutir prochainement à la signature d'un avenant. Elles portent notamment sur des modifications concernant la procédure de révision des nomenclatures et des prix, les études post-inscription, l'introduction de la notion de représentativité des organisations signataires et l'instauration de pénalités pour manquement aux règles de la publicité et aux spécifications techniques⁴¹.

⁴⁰ Les quatre Ministres de tutelle étaient alors le Ministre de l'Economie et des Finances, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, le Ministre du Redressement productif et le Ministre délégué au Budget.

⁴¹ Cf. articles L. 165-8-1, L. 165-46 et L. 165-48 du code de la sécurité sociale.

Pour les organismes complémentaires d'assurance maladie, la hausse de la dépense de dispositifs médicaux compense la baisse de la dépense de médicaments

La dépense de produits de santé⁴² (médicaments et dispositifs médicaux⁴³) financée par l'assurance maladie complémentaire augmente moins rapidement depuis 2010. Entre 2004 et 2009, le taux de croissance annuel moyen était de 3,7% ; il est de 2% entre 2010 et 2012. Ce ralentissement résulte de deux évolutions de sens contraire : la dépense de médicaments diminue depuis 2010, alors que celle de dispositifs médicaux ne cesse d'augmenter. La dépense de médicaments diminue en raison de la substitution des génériques, des baisses de prix, de la maîtrise médicalisée et des déremboursements. La croissance tendancielle de la dépense de dispositifs médicaux résulte notamment de l'augmentation de la dépense de l'optique et de la baisse en 2011 du taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire de 65% à 60%.



En 2013, la dépense de dispositifs médicaux devrait être supérieure à celle des médicaments pour les organismes complémentaires d'assurance maladie. La maîtrise de la dépense de dispositifs médicaux est donc une priorité pour les organismes complémentaires d'assurance maladie.

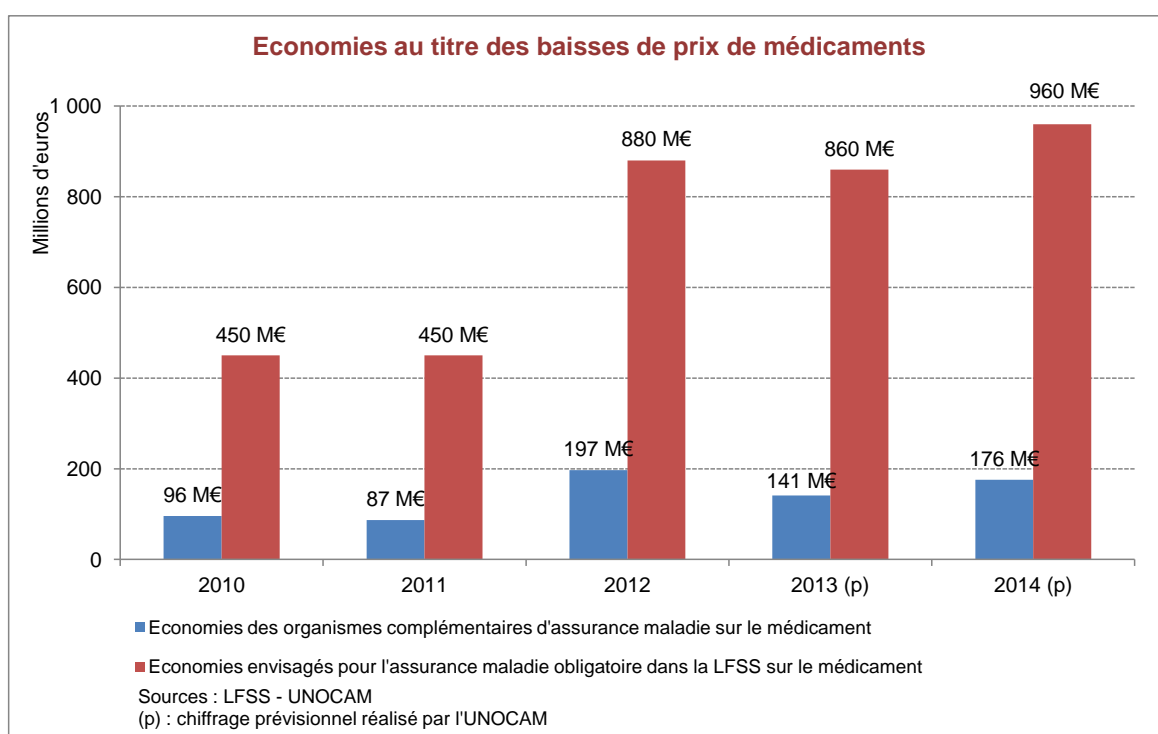
⁴² Comptes nationaux de la santé 2012, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2013.

⁴³ Dans les comptes nationaux de la santé, les dispositifs médicaux regroupent non seulement les prothèses, les orthèses, les véhicules pour personnes handicapées, les petits matériels et les pansements, mais aussi l'optique et les audioprothèses.

Décidées en 2013, les économies attendues sur les médicaments resteront importantes en 2014

Pour 2014, la contribution de l'industrie du médicament à la réduction des dépenses de l'assurance maladie obligatoire représentera 960 millions d'euros au titre des baisses de prix, soit 100 millions d'économies supplémentaires par rapport à 2013.

Les baisses de prix négociées par le CEPS s'orientent vers les classes thérapeutiques où la dépense de l'assurance maladie obligatoire est élevée. Les économies attendues pour les organismes complémentaires d'assurance maladie sont estimées⁴⁴ à 176 millions d'euros en 2014 (contre 141 millions d'euros en 2013).



Les décisions du CEPS sont collégiales. Néanmoins, les économies prévues pour les organismes complémentaires d'assurance maladie au titre des baisses de prix de médicaments sont pour partie liées aux propositions portées par les représentants de l'UNOCAM. Ces propositions devraient être à l'origine d'environ 25 millions d'euros d'économies en 2014, soit 14% des économies totales prévues pour les organismes complémentaires d'assurance maladie. Conformément au mandat-cadre des représentants de l'UNOCAM au CEPS, ces propositions visent à accroître l'efficacité de la dépense de médicaments et à promouvoir les intérêts des organismes complémentaires d'assurance maladie. En pratique, elles consistent pour l'essentiel à réduire les écarts de prix entre les médicaments comparables, en particulier sur les

⁴⁴ Ces estimations sont à considérer avec prudence pour deux raisons essentielles. D'une part, les volumes de ventes pour 2014 ne sont pas encore connus au moment de la rédaction du rapport. D'autre part, les négociations avec les entreprises ne sont pas encore achevées au moment de la rédaction du rapport.

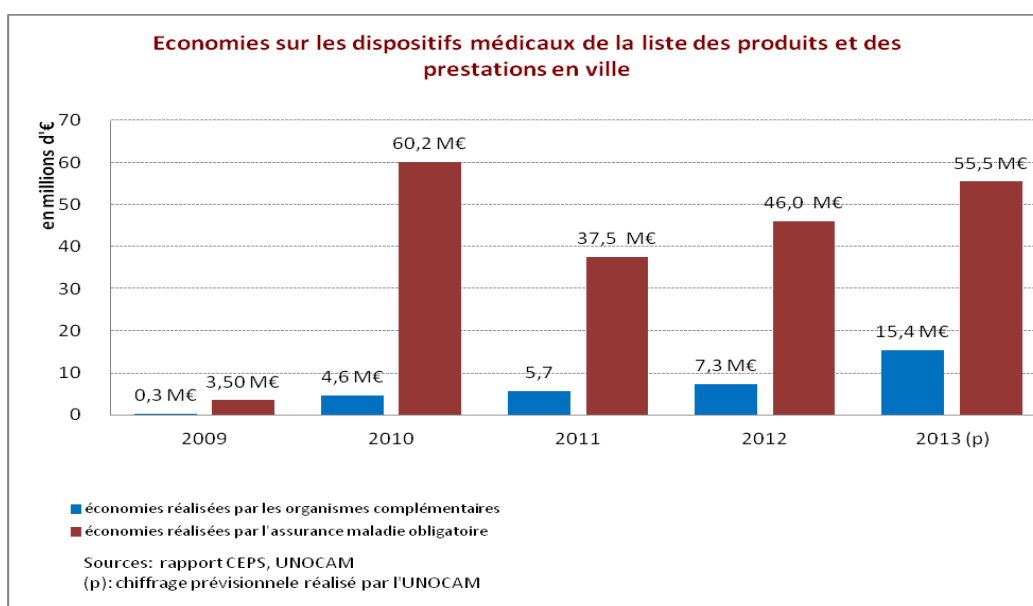
marchés où les dépenses des organismes complémentaires d'assurance maladie sont élevées.

Une partie de la dépense de dispositifs médicaux fait l'objet d'économies

Contrairement au secteur des médicaments remboursables où les prix sont administrés, de nombreux dispositifs médicaux font l'objet de dépassements sur des tarifs de responsabilité.

Or, les dépenses gérées par le CEPS ne concernent que les tarifs de responsabilité et les prix limites de vente des dispositifs médicaux.

Depuis 2009, le CEPS fait apparaître dans son rapport annuel les économies réalisées sur la liste des produits et des prestations. Ces économies ont porté en priorité sur les dispositifs médicaux implantables, pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire. Depuis 2012, elles concernent davantage les dépenses de dispositifs médicaux en ville, ce qui explique la progression des économies réalisées sur le ticket modérateur entre 2012 et 2013.



L'action du CEPS vise d'abord à réduire les tarifs des dispositifs médicaux qui sont les plus onéreux pour l'assurance maladie obligatoire. Cependant, l'UNOCAM veille à ce que les économies dégagées par les organismes complémentaires d'assurance maladie soient aussi significatives.

Institut des données de santé

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

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

M. Eric BADONNEL représente l'UNOCAM au Bureau et à l'Assemblée générale de l'Institut des données de santé, 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'Institut des données de santé. L'UNOCAM contribue au financement du groupement d'intérêt public.

L'Institut des données de santé revêt un caractère stratégique pour la société civile et notamment pour l'assurance maladie complémentaire

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 santé. L'Institut des données de santé 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 CNIL, elles autorisent l'accès à des données de santé dans des conditions respectant l'anonymat des personnes. L'Institut des données de santé 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 SNIIRAM fait l'objet, depuis des années, de vifs débats entre l'assurance maladie obligatoire et les autres acteurs du système de santé.

S'agissant de l'assurance maladie complémentaire, l'arrêté du 1^{er} décembre 2011, publié au Journal Officiel le 22 janvier 2012 et rectifié en date du 11 février 2012, autorise les organismes complémentaires d'assurance maladie, qui sont contributeurs de données dans le cadre du projet MONACO⁴⁵, à accéder aux données agrégées du SNIIRAM. Il autorise en outre les fédérations membres de l'UNOCAM, signataires de la charte assurance maladie obligatoire-assurance maladie complémentaire de janvier 2011, à accéder à l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB).

Mené au sein de l'Institut des données de santé, le **projet MONACO**, auquel ont participé dix-huit organismes complémentaires d'assurance maladie en 2013, doit permettre l'accès aux données complètes de consommation de soins et de remboursement sur un échantillon anonymisé de bénéficiaires, avec non seulement les prestations de l'assurance maladie obligatoire, mais aussi celles de l'assurance maladie complémentaire. Au surplus, ces informations sont enrichies des données de l'enquête « *santé - protection sociale* » de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). 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. Les fédérations qui constituent l'UNOCAM souhaitent évaluer les résultats de cette expérimentation (en particulier sur la qualité des appariements réalisés et sur la représentativité de l'échantillon) pour pouvoir envisager des suites à ce projet essentiel.

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

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

L'UNOCAM s'est engagée en 2013 en faveur de la reconduction de la convention constitutive de l'Institut des données de santé

La convention constitutive adoptée par l'Assemblée générale de l'Institut des données de santé arrivait à échéance le 11 mai 2012. Sa reconduction à l'identique, pour un an, a été votée par l'Assemblée générale dès le 30 mars 2012. L'arrêté du

⁴⁵ MONACO est l'acronyme de « *méthodes, outils et normes pour la mise en commun de données de l'assurance maladie complémentaire et obligatoire* ».

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

Une seconde reconduction de la convention constitutive jusqu'au 31 décembre 2014 a été votée par l'Assemblée générale de l'Institut des données de santé le 20 décembre 2013. A la demande de la Direction de la Sécurité sociale, ce nouvel avenant comprend un article relatif à la prévention des conflits d'intérêts. Dès l'été 2013, MM. Fabrice HENRY, Eric BADONNEL et Mathieu COUSINEAU ont communiqué leur déclaration publique d'intérêt.

L'UNOCAM a continué de s'engager, en 2013, en faveur de la pérennisation de l'Institut des données de santé. Le Bureau de l'UNOCAM a auditionné le Président et le Directeur du groupement d'intérêt public le 18 mars 2013.

Pour l'UNOCAM, la succession d'avenants d'une durée très courte entrave l'Institut des données de santé dans sa gestion comme dans la conduite de ses projets. Cette situation témoigne sans doute de la réticence des administrations publiques à faire exister une institution qui associe certains représentants de la société civile à la régulation des accès aux données de remboursement.

En janvier 2013, le débat sur l'accès aux données du SNIIRAM a enfin été porté sur la place publique⁴⁶. Les données du SNIIRAM peuvent-elles continuer à être considérées comme la propriété exclusive de l'assurance maladie obligatoire ? Ne pourraient-elles pas être reconnues enfin comme un bien public dont l'usage pourrait être ouvert, suivant des modalités à définir, à des acteurs du système de santé et notamment à des représentants de la société civile ?

En avril 2013, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé a demandé à l'IGAS des propositions pour la mise en place d'un dispositif d'accès et d'utilisation des bases de données médico-administratives, adapté aux besoins de santé publique et de sécurité sanitaire, dans des conditions fiables et sécurisées, respectant notamment le strict anonymat des patients. M. Pierre-Louis Bras, Inspecteur général des affaires sociales et Secrétaire général des Ministères en charge des Affaires sociales, a rendu son rapport sur « *la gouvernance et l'utilisation des données de santé* » en octobre 2013. Les fédérations qui constituent l'UNOCAM ont émis des réserves sur les préconisations de ce rapport, notamment sur ses préconisations en termes de gouvernance. Une Commission relative à l'ouverture des données en santé a été installée en novembre 2013. L'UNOCAM a participé à ses travaux⁴⁷. Les conclusions de cette Commission étaient attendues pour fin avril-début mai 2014.

⁴⁶ Le manifeste intitulé « *Liberté pour les données de santé* » a été rendu public le 24 janvier 2013 (cf. www.opendatasante.com).

⁴⁷ Elle est représentée dans cette Commission par M. Mathieu COUSINEAU (FNMF), Mme Cécile MALGUID (FFSA) et Mme Evelyne GUILLET (CTIP).

L'ouverture de ces discussions s'est traduite paradoxalement par une relative fermeture de la Direction de la Sécurité sociale, au sein du Bureau de l'Institut des données de santé, devant les demandes nouvelles d'accès au SNIIRAM.

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, publiée au Journal Officiel du 22 juillet 2009, a créé les **Agences régionales de santé**. Le décret 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 (titulaire et suppléant) 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 de gestion du risque, convoquée en formation restreinte avec les représentants désignés par l'UNOCAM. Les engagements des organismes complémentaires d'assurance maladie en matière de gestion du risque dans le cadre du programme pluriannuel régional de gestion du risque peuvent faire l'objet d'une convention signée avec le Directeur général de l'Agence régionale de santé après avis de la Commission.

L'UNOCAM a désigné l'ensemble de ses représentants, titulaires et suppléants, dans les vingt-six Commissions régionales de gestion du risque fin 2010. L'UNOCAM a communiqué également aux Agences régionales de santé l'adresse électronique dédiée à la transmission des documents relatifs au fonctionnement des Commissions régionales de gestion du risque. L'UNOCAM a procédé, courant 2013, à divers changements dans la liste de ses représentants.

L'UNOCAM a demandé au Secrétaire général des Ministères en charge des affaires sociales le 16 juillet 2013 que ses représentants, titulaires et suppléants, soient invités systématiquement dans la commission régionale de gestion du risque de l'Agence régionale de santé de Franche-Comté. La Directrice générale de cette agence en a été informée.

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

Fin 2013, l'UNOCAM a souhaité dresser un bilan de l'action des représentants des organismes complémentaires d'assurance maladie dans les Commissions régionales de gestion du risque, comme elle l'avait déjà fait en 2011⁴⁸. S'appuyant notamment sur les synthèses élaborées par les fédérations, ce nouveau bilan a été présenté au Conseil de l'UNOCAM le 14 mai 2014.

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

Les remontées d'informations de ces représentants ont été standardisées. Mais elles restent limitées.

- En 2013, deux Agences régionales de santé (Auvergne et Nord-Pas-de-Calais) ont sollicité les représentants de l'UNOCAM sur des projets susceptibles d'intéresser des organismes complémentaires d'assurance maladie⁴⁹.
- Deux Agences régionales de santé (Basse-Normandie et Nord-Pas-de-Calais) ont créé, ou envisagé de créer, des Observatoires régionaux des pratiques tarifaires des médecins, alors que les partenaires conventionnels n'avaient pas encore décidé de décliner régionalement l'Observatoire national instauré 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.
- En date du 28 janvier 2013, l'UNOCAM a demandé à ses représentants de recueillir auprès de chaque Agence régionale de santé un tableau synthétique des tarifs journaliers de prestations des établissements de santé publics. Au 31 décembre 2013, l'UNOCAM n'a obtenu ces informations que de quatre régions : Centre (sur les tarifs de 2010, 2011 et 2012), Champagne-Ardenne (sur les tarifs de 2011), Nord-Pas-de-Calais (sur les tarifs de 2011) et Pays-de-la-Loire (sur les tarifs de 2012)⁵⁰. Ces tarifs sont publics. Leur connaissance est nécessaire aux organismes complémentaires d'assurance maladie pour le remboursement de leurs adhérents et assurés. Rien ne justifie donc cette rétention d'informations, qui contraint les organismes complémentaires d'assurance maladie à des démarches individuelles et à des traitements coûteux. L'UNOCAM espère que la concertation ouverte par les pouvoirs publics sur l'ouverture des données en santé améliorera cette situation.

⁴⁸ Ce premier bilan avait été présenté au Conseil de l'UNOCAM le 9 mai 2012.

⁴⁹ Le 4 février 2014, l'UNOCAM a signé une convention d'études et statistiques avec l'Agence régionale de santé de l'Océan indien ; cette convention porte sur le recours aux soins à la Réunion.

⁵⁰ Le 4 mars 2014, l'UNOCAM a obtenu les tarifs journaliers de prestations applicables en 2013 dans la région Bretagne.

Au 31 décembre 2013, 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. Allain VERRIER, FNMF ;	M. Franck OFFREDI, FFSA ;
BOURGOGNE	M. Guillaume GARDIN, FNMF ;	M. Alain ESQUIROL, CTIP ;
BRETAGNE	M. Pierre-Yves NATUS, FNMF ;	M. Gwenaël SIMON, FFSA ;
CENTRE	M. Laurent EECKE, FNMF ;	M. Laurent BOUSCHON, FFSA ;
CHAMPAGNE-ARDENNE	M. Olivier BLAUD, FNMF ;	M. Jean-François LEMAIRE, FFSA ;
CORSE	M. François SAVELLI, FNMF ;	M. Sauveur LEONI, FFSA ;
FRANCHE-COMTE	Mme Chantal GRANDPERRIN, FNMF ;	M. Thierry REICHARDT, FFSA ;
GUADELOUPE	M. Alex SOUBDHAN, FNMF ;	M. 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. William VEZINET, 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 ;	Mme Delphine LETENDART, FFSA ;
LORRAINE	M. Bruno MANZONI, FNMF ;	M. Jean-Christophe REMAUD, FFSA ;
MARTINIQUE	M. Olivier ARNOUX, 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. Jean-François DESERSON, CTIP ;
OCEAN INDIEN	M. Jean-Alfred BLAIN, FNMF ;	M. Bernard VEBER, FFSA ;
PAYS DE LA LOIRE	M. Jean-Marc CHAVEROUX, FNMF ;	M. Jacques IZART, FFSA ;
PICARDIE	M. Jean-Luc BOSSEE, FNMF ;	M. Pascal LETELLIER, FFSA ;
POITOU-CHARENTES	M. Yves PELLETIER, FNMF ;	M. Jacky DEVERRIERE, FFSA ;
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	M. Roland COMTE, FNMF ;	M. Philippe JACQUES, FFSA ;
RHONE-ALPES	Mme Sonia FAVRE- CAPDEPON, FNMF ;	M. Alain ESQUIROL, CTIP.

Conférence nationale de santé

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

Au 31 décembre 2013, 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) ;
- Mme Christine MEYER (FNMF), suppléée par Mme Magali SIERRA (CTIP)⁵¹.

A cette même date, l'UNOCAM est représentée par Mme Christine Meyer (FNMF) au sein 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.

L'UNOCAM s'est impliquée dans la préparation des avis de la Conférence nationale de santé en 2013.

En particulier, un groupe de travail a été consacré aux solidarités dans le système de santé au premier semestre 2013. L'Assemblée plénière a adopté l'avis « *Pour une évolution solidaire du système de santé* » le 18 juin 2013, avec l'abstention de l'UNOCAM.

⁵¹ M. Stéphane JUNIQUE (FNMF) a succédé, en tant que titulaire, à Mme Christine MEYER le 2 janvier 2014. Mme Magali SIERRA, que remplaçait provisoirement Mme Evelyne GUILLET (CTIP), a repris ses fonctions, comme suppléante, le 1^{er} octobre 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 au système de soins et à l'assurance santé. L'UNOCAM diffuse régulièrement ses propositions et ses avis sur son site Internet : www.unocam.fr. Elle répond aux questions des internautes.

L'UNOCAM participe aux rencontres organisées par des offreurs de soins (syndicats de professionnels de santé libéraux, fédérations hospitalières, URPS, etc.). Elle est intervenue par exemple à l'Université d'été de la CNSD à Cap Estérel le 21 septembre 2013 et au Congrès du Syndicat des médecins libéraux (SML) à Marseille le 28 septembre 2013. L'UNOCAM a rendu public un dépliant intitulé « Complémentaire santé : trois clés pour bien choisir » le 13 février 2013. Elle a reçu M. Kenta IWASE, consultant du Normura Research Institute (Japon), le 23 septembre 2013.



UNOCAM, « Complémentaire santé, trois clés pour bien choisir », illustration de LaBaz.

Liste des sigles

ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CEPS	Comité économique des produits de santé
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
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
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
CTIP	Centre technique des institutions de prévoyance
DentAMC	Projet de norme d'échanges pour les devis et la facturation des frais dentaires aux organismes complémentaires d'assurance maladie
EGB	Echantillon généraliste de bénéficiaires
FFSA	Fédération française des sociétés d'assurances
FIDES/AMC	Facturation individuelle des établissements de santé / assurance maladie complémentaire
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

HAS	Haute Autorité de santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IDS	Institut des données de santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générales des finances
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
MG France	Syndicat des médecins généralistes MG France
MONACO	Méthodes, outils et normes pour la mise en commun de données de l'assurance maladie complémentaire et obligatoire
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
NOEMIE	Norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs
ROC	Remboursement des organismes complémentaires
SML	Syndicat des médecins libéraux
SNATIH	Système national d'informations hospitalières
SNIIRAM	Système national informationnel inter-régimes de l'assurance maladie
UJCD	Union des jeunes chirurgiens-dentistes
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
UNPS	Union nationale des professionnels de santé
URPS	Union régionale des professionnels de santé
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales
USPO	Union des syndicats des pharmaciens d'officine

