

# Rapport d'activité 2011



**9 mai 2012**



## Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	3
<b>Synthèse</b> .....	5
<b>Missions</b> .....	9
<b>Membres</b> .....	13
<b>Gouvernance</b> .....	15
<b>Equipe</b> .....	19
<b>Avis officiels</b> .....	21
<b>Propositions</b> .....	25
<b>Négociations conventionnelles</b> .....	29
<b>Comité économique des produits de santé</b> .....	31
<b>Institut des données santé</b> .....	35
<b>Agences régionales de santé</b> .....	39
<b>Conférence nationale de santé</b> .....	43
<b>Communication</b> .....	45



## Introduction

---

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu la création de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), ainsi que le champ de ses missions.

Fondée en mai 2005 sous la forme d'une association (loi 1901), l'UNOCAM a vu ses compétences renforcées et étendues progressivement, notamment par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, ainsi que par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

L'UNOCAM regroupe aujourd'hui tous les opérateurs en assurance maladie complémentaire, qu'il s'agisse des mutuelles, des entreprises d'assurances, des institutions de prévoyance ou du régime local d'Alsace-Moselle. De gouvernance et de modèle économique divers, les organismes complémentaires d'assurance maladie ont en commun d'assurer la prise en charge, à titre individuel ou collectif (par l'intermédiaire d'une entreprise ou d'une association), pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais de santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire. Leur intervention couvre 13,2 % des dépenses totales de santé<sup>1</sup>.

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

Contestation des dispositifs conventionnels des mutuelles, nouvelle augmentation de la fiscalité (pour un montant de 1,2 milliard d'euros) et renforcement des contraintes réglementaires pour tous les organismes complémentaires d'assurance maladie, enlisement de la négociation conventionnelle sur le « *secteur optionnel* » des chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs et gynécologues-obstétriciens : l'année 2011 a été particulièrement difficile pour l'assurance maladie complémentaire.

Quoi qu'il en soit, l'UNOCAM a su préserver son unité, elle est restée constamment ouverte aux discussions et a continué de formuler des propositions. Sa volonté d'entretenir un dialogue constructif avec tous les acteurs de la santé est intacte, qu'il

---

<sup>1</sup> Comptes nationaux de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2011.

s'agisse des pouvoirs publics, de l'assurance maladie obligatoire, des représentants des professionnels de santé et naturellement de ceux des malades et des usagers.

En étant attentive au respect de l'intérêt de chacun de ses membres, l'UNOCAM agit dans l'intérêt de toutes les personnes protégées, soit 94 % de la population. Décidé en octobre 2010 et concrétisé courant 2011, l'engagement des membres de l'UNOCAM sur un sujet aussi sensible que l'amélioration de la lisibilité des garanties en est une illustration. Leur prise de position en faveur de la régulation des dépassements d'honoraires en est une autre.

A l'évidence, les organismes complémentaires d'assurance maladie contribuent à la solidarité nationale. Ils sont, en effet, les seuls financeurs de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide à la complémentaire santé. Une taxe de 6,27 % sur leur chiffre d'affaires en santé abonde le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (dit « *Fonds CMU* »), qui est chargé du versement de ces aides.

Dans une décision du 26 juillet 2011<sup>2</sup>, le Conseil d'Etat a jugé que la légalité de décisions augmentant le reste à charge des patients, au regard du Préambule de la Constitution de 1946, devait être appréciée au vu notamment « *du coût et des effets, sur ces restes à charge, de la souscription d'un contrat d'assurance complémentaire de santé* ». 2011 aura donc été l'année de la reconnaissance, par la jurisprudence, du rôle déterminant joué par les organismes complémentaires d'assurance maladie dans l'accès aux soins.

Les membres de l'UNOCAM sont conscients de cette responsabilité. L'UNOCAM connaît les attentes dont elle est l'objet. Elle continuera en 2012 de travailler au service de l'intérêt collectif.

C'est notre engagement.

**Fabrice HENRY**  
**Président de l'UNOCAM**

---

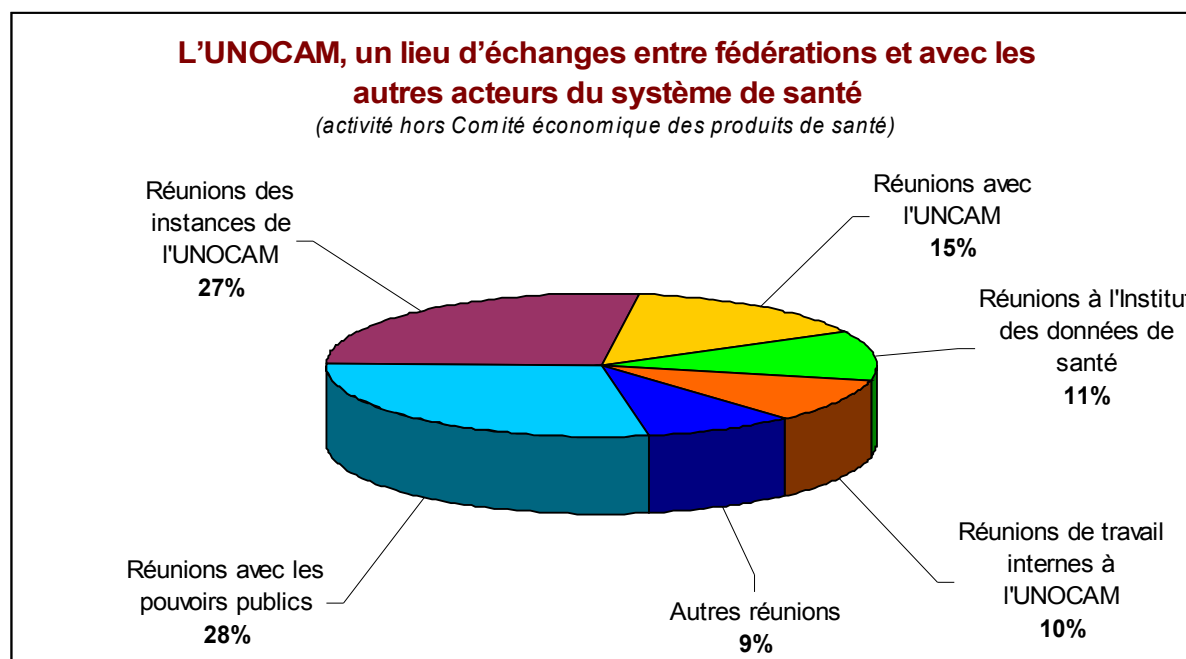
<sup>2</sup> Décision n° 337065. Résumé : le forfait journalier de 18 euros fixé à l'article R. 174-5 du code de la sécurité sociale ne méconnaît pas les exigences de l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution, dès lors que les sommes susceptibles de rester à la charge des assurés sociaux sur les frais d'hospitalisation et de soins ambulatoires n'excèdent pas, compte tenu des remboursements susceptibles d'être obtenus d'une assurance maladie complémentaire et du coût prévisible de cette assurance, la part des revenus au-delà de laquelle ces exigences ne seraient plus satisfaisantes.

## Synthèse

Au-delà de ce que prévoit la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le champ de l'UNOCAM est celui que décident d'avoir en partage, en son sein, à la fois la FNMF, la FFSA, le CTIP, le régime local d'Alsace-Moselle, le GEMA et la FNIM.

L'UNOCAM, en effet, n'est pas un ensemble dont les fédérations de l'assurance maladie complémentaire seraient des parties. Elle est une intersection. Elle permet de relayer et de renforcer l'action des fédérations qui la composent, lorsque celles-ci en ont fait le choix.

En moins de sept ans, l'UNOCAM a permis à toutes les fédérations de l'assurance maladie complémentaire, quels que soient l'histoire, les valeurs, la gouvernance et le modèle économique de leurs adhérents, de se rencontrer régulièrement, d'apprendre à se connaître, voire de parler le même langage, en tout cas sur les dossiers d'importance sur lesquels elles souhaitent conduire des travaux en commun.



L'UNOCAM est donc d'abord un lieu d'échanges, où les responsables des fédérations et leurs collaborateurs travaillent au quotidien à l'élaboration de prises de positions et à la formulation de propositions consensuelles portant notamment sur les politiques conventionnelles, le prix des produits de santé, aussi bien que sur l'accès

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

L'UNOCAM promeut une approche systémique des questions de santé, les attentes des assurés sociaux de la branche maladie de la Sécurité sociale ne se distinguant pas fondamentalement de celles des adhérents et des assurés des mutuelles, entreprises d'assurances et institutions de prévoyance. Adhérents et assurés des organismes complémentaires d'assurance maladie d'un côté, assurés sociaux de l'autre : il s'agit finalement des mêmes personnes.

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

L'UNOCAM inscrit son action dans la durée. Elle est force de propositions dans le débat public et porteuse de projets alternatifs. Ce parti pris s'est notamment illustré en 2011 dans les domaines suivants : mise en œuvre par les organismes complémentaires d'assurance maladie des recommandations de l'UNOCAM sur la lisibilité des garanties, propositions au sein du Comité économique des produits de santé, promotion des travaux de l'Institut des données de santé, propositions en faveur de la régulation des dépassements d'honoraires médicaux.

Sur ce dernier point, il est important de rappeler que les fédérations rassemblées dans l'UNOCAM n'ont pas souhaité créer, à n'importe quelles conditions, le « *secteur optionnel* » pour les trois spécialités de plateaux techniques lourds, c'est-à-dire la chirurgie, la réanimation-anesthésie et la gynécologie-obstétrique. L'UNOCAM a demandé en particulier une revalorisation des tarifs opposables au moins en chirurgie et gynécologie-obstétrique, la régulation des dépassements d'honoraires dans le secteur 2 (dit « *à honoraires différents* ») et le respect de la liberté contractuelle des organismes complémentaires d'assurance maladie.

Or, l'UNOCAM n'a pas été entendue par les pouvoirs publics. Les tarifs opposables pour les soins chirurgicaux, autrement dit les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, continueront donc de baisser en termes relatifs. Les dépassements d'honoraires les plus excessifs, qui conduisent à des reports des soins - voire à des renoncements - pour des raisons financières, ne cesseront pas d'augmenter. L'UNOCAM le regrette vivement. Mais elle ne désespère pas de recommencer bientôt à travailler avec l'UNCAM et les syndicats représentatifs des médecins libéraux sur l'avenir de ces trois spécialités.

Dans ce contexte, l'indépendance de l'UNOCAM a parfois été critiquée. La gestion équilibrée des organismes complémentaires d'assurance maladie, en comparaison des difficultés de financement de la branche maladie de la Sécurité sociale, a également



alimenté bien des controverses infondées. Ces polémiques ont visé à justifier, auprès de l'opinion, une nouvelle augmentation, à effet du 1<sup>er</sup> octobre 2011, de la taxe spéciale sur les activités d'assurance pesant sur les contrats de complémentaire santé, pour un montant représentant en année pleine 1,2 milliard d'euros, faisant suite à une première hausse de 1 milliard d'euros à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Au surplus, les organismes complémentaires d'assurance maladie se sont vu imposer de nouvelles contraintes. Pour les praticiens de secteur 2 des trois spécialités de plateaux techniques lourds, les pouvoirs publics se sont donné la possibilité de créer un succédané de « *secteur optionnel* » par voie réglementaire en dévoyant un dispositif conventionnel aujourd'hui sans grande portée : l'« *option de coordination* ». En 2011, en effet, 1 514 praticiens étaient signataires de l'option de coordination, les trois quarts ne relevant pas de ces trois spécialités. Les pouvoirs publics ont même prévu de rendre obligatoire le remboursement des dépassements d'honoraires ainsi plafonnés à 50 % sur les actes techniques des spécialités chirurgicales, dans le cadre des contrats solidaires et responsables<sup>3</sup> proposés par les organismes complémentaires d'assurance maladie (cf. article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012)<sup>4</sup>. En outre, ils ont décidé de labelliser certains contrats d'assurance complémentaires santé à l'attention des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (cf. article 55). Enfin, ils ont obligé les mutuelles, les entreprises d'assurance et les institutions de prévoyance à informer chaque année leurs adhérents ou assurés sur leurs frais de gestion suivant une méthodologie assez peu compréhensible pour les usagers (cf. article 10).

Ces contraintes sont peu respectueuses de la liberté de choix des adhérents ou des assurés des organismes complémentaires d'assurance maladie. Cette approche a néanmoins ceci de positif qu'elle est aussi révélatrice d'un changement. **Les pouvoirs publics s'intéressent de plus en plus à l'assurance maladie complémentaire, sans toutefois bien la connaître, au risque de l'appréhender parfois avec maladresse, parce que l'intervention des organismes complémentaires d'assurance maladie est devenue très importante pour l'accès aux soins.** Le Conseil d'Etat l'a lui-même reconnu dans une décision en date du 26 juillet 2011<sup>5</sup>.

Les difficultés de 2011 sont-elles, pour l'assurance maladie complémentaire, comme le revers de cette médaille ? L'action des organismes complémentaires d'assurance maladie est dorénavant reconnue comme indispensable. Leurs responsables mesurent pleinement les attentes de la population. En 2012 plus que jamais, l'UNOCAM s'efforcera donc de contribuer efficacement à la défense de l'intérêt collectif.

---

<sup>3</sup> Définis à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les contrats solidaires et responsables doivent respecter certaines obligations et interdictions de prises en charge, en contrepartie de quoi ils sont censés bénéficier d'un régime fiscal favorable. Néanmoins, cet avantage fiscal a été réduit considérablement par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2011 et 2012.

<sup>4</sup> Cf. décret n° 2012-386 du 21 mars 2012 et arrêté du 21 mars 2012, publiés au Journal officiel du 22 mars 2012.

<sup>5</sup> Décision n° 337065 du 26 juillet 2011.



## **Missions**

---

### **Un lieu d'échanges et de propositions**

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

L'UNOCAM est en outre un lieu favorisant les échanges avec l'assurance maladie obligatoire. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie la charge d'examiner avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) les programmes annuels de négociations avec les professionnels de santé et de déterminer avec elle des actions de gestion du risque (cf. article L. 182-3 du code de la sécurité sociale). Toutefois, l'UNOCAM constate à regret que ces deux obligations n'ont toujours pas été satisfaites, l'UNCAM étant réticente à instaurer une relation de travail organisée entre unions de financeurs en amont de toute négociation conventionnelle. L'UNOCAM souhaite vivement développer une nouvelle méthode de travail, de nature partenariale, avec l'assurance maladie obligatoire, naturellement dans le respect des prérogatives du service public. **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, la gestion du risque devra recouvrir demain l'ensemble des dépenses de santé, et pas seulement celles remboursées par les caisses d'assurance maladie.**

L'UNOCAM peut enfin demander à être auditionnée par le Conseil de l'UNCAM. Une audition a déjà eu lieu par exemple le 28 août 2009.

### **Une institution consultée sur les évolutions du système de santé**

#### *Les consultations obligatoires*

L'UNOCAM est obligatoirement consultée sur les projets de loi qui concernent l'assurance maladie. L'UNOCAM rend un avis « *motivé et public sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la Sécurité sociale* » (cf. article L. 182-3 du code de la sécurité sociale).

L'UNOCAM exprime le point de vue des organismes complémentaires d'assurance maladie sur les principaux textes de réforme du système de santé, en particulier sur

les questions liées à son financement. Ainsi, l'UNOCAM rend tous les ans, à l'automne, au même titre que l'assurance maladie obligatoire, un avis sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), qui fixe les ressources et les dépenses des différentes branches de la Sécurité sociale pour l'année suivante. Cet avis constitue un temps fort de la démocratie sociale.

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

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

### *Les consultations facultatives*

D'une manière générale, l'UNOCAM participe à beaucoup de groupes de travail. Elle est aussi consultée de façon informelle sur de nombreux projets de textes. Cette activité importante traduit la volonté, de la part des pouvoirs publics, de mieux associer aux décisions les organismes complémentaires d'assurance maladie complémentaire.

## **Une institution qui participe à la modernisation du système de santé**

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

### *L'UNOCAM peut négocier avec les professions de santé*

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

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

### *L'UNOCAM participe au Comité économique des produits de santé*

Depuis sa création, l'UNOCAM siège au Comité économique des produits de santé avec une voix délibérative. Sa participation au sein de cette instance qui fixe les prix des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) permet de prendre en compte les intérêts des organismes complémentaires et des personnes qu'ils protègent. L'UNOCAM a participé aux « Assises du médicament » en 2011. Une délégation de l'UNOCAM a été auditionnée par la Cour des comptes sur les dépenses de médicaments remboursables le 4 février 2011.

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

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

### *L'UNOCAM est représentée dans les Agences régionales de santé*

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a créé les Agences régionales de santé. Au sein de chaque Agence régionale de santé, une Commission régionale de gestion du risque est chargée de

la préparation, du suivi et de l'évaluation du programme pluriannuel régional de gestion du risque. L'UNOCAM est représentée dans les 26 Commissions régionales de gestion du risque.

*L'UNOCAM est présente à la Conférence nationale de santé*

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

## Membres

---

L'UNOCAM est une association.

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

Ses membres fondateurs sont :

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

Ses membres adhérents sont :

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

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

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

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





## Gouvernance

---

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

### Le Bureau

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

Le Bureau est composé de :

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

Le Bureau s'est réuni 11 fois en 2011. Chaque réunion a été préparée par un pré-Bureau, animé par le Secrétaire général administratif et rassemblant des conseillers techniques des fédérations.

## Le Conseil

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

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

Au 31 décembre 2011, les membres titulaires du Conseil sont :

- M. Jean-Claude ALBINET, FNMF ;
- M. Alain ARNAUD, FNMF ;
- M. Thomas BLANCHETTE, FNMF ;
- M. Jean-Martin COHEN SOLAL, FNMF ;
- M. Paul DEVROEDT, FNMF ;
- M. Patrick FOURMOND, FNMF ;
- M. Fabrice HENRY, FNMF ;
- Mme Jacqueline JOUGLA, FNMF ;
- Mme Huguette LACOSTE, FNMF ;
- M. Claude LEPETIT, FNMF ;
- M. Pierre-Yves NATUS, FNMF ;
- M. Jean-Paul PANZANI, FNMF ;
- M. Jean-Pierre PRIOUL, FNMF ;
- M. Maurice RONAT, FNMF ;
- M. Hubert ROZÈS, FNMF ;
- M. Jacques VIALLET, FNMF ;
- M. Gérard VUIDEPOT, FNMF ;
  
- M. Norbert BONTEMPS, FFSA ;
- M. Henri LAURENT, FFSA ;
- M. Stéphane LECOCQ, FFSA ;
- M. Gérard MÉNEROUD, FFSA ;
- Mme Christine NONNENMACHER, FFSA ;
- M. Yanick PHILIPPON, FFSA ;
- M. Jean-François PLUCHET, FFSA-GEMA ;
- M. Alain ROUCHÉ, FFSA ;

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

Les membres suppléants du Conseil sont :

- M. Gérard BAUDOIN, FNMF ;
- Mme Agnès BOCOIGNANO, FNMF ;
- M. Bruno DEHOUC, FNMF ;
- M. Claude DELAVEAU, FNMF ;
- M. Claude FERNANDEZ, FNMF ;
- M. Jean-Claude FREY, FNMF ;
- M. Didier GABORIAUD, FNMF ;
- Mme Bernadette GRANDJEAN, FNMF ;
- M. Jean-Luc GUILLOTIN, FNMF ;
- Mme Marie-Catherine LALLEMAND, FNMF ;
- M. Antoine LAMON, FNMF ;
- M. Jean-Pierre MOREAU, FNMF ;
- M. Francis PARENT, FNMF ;
- M. Henri PFEIFFER, FNMF ;
- M. Michel ROUSSEAU, FNMF ;
- M. Roland STURMEL, FNMF ;
- Mme Nora TREHEL, FNMF ;
  
- M. Jean-Claude CHABOSEAU, FFSA ;
- M. Michel CHARTON, FFSA ;
- M. Philippe CREVEL, FFSA ;
- M. Philippe DRAPIER, FFSA ;
- M. Christian GRUDE, FFSA ;
- M. François HECKER, FFSA ;
- Mme Cécile MALGUID, FFSA ;
- M. Stéphane ROSSIGNOL, FFSA ;

- Mme Delphine BENDA, CTIP ;
- M. Michel DIEU, CTIP ;
- Mme Evelyne GUILLET, CTIP ;
- M. Mychel HAVE, CTIP ;
- M. Jean-Louis JAMET, CTIP ;
- Mme Isabelle SANCERNI, CTIP ;
- M. Jean-Louis TERDJMAN, CTIP ;
  
- M. Albert RIEDINGER, régime local.

Le Conseil s'est réuni 5 fois en 2011.

### **L'Assemblée générale**

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

L'Assemblée générale a été convoquée 3 fois en 2011.

## Equipe

---

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

- M. Eric BADONNEL,  
Secrétaire général administratif (qui a pris ses fonctions le 1<sup>er</sup> septembre 2011) ;
- Docteur Martine STERN,  
Chargée de mission au Comité économique des produits de santé ;
- M. Sébastien TRINQUARD,  
Economiste de la santé ;
- Mme Patricia JOURNEL,  
Assistante du Secrétaire général administratif.

L'UNOCAM réalise ou coordonne les travaux que ses membres décident de mener en son sein. A cette fin, l'équipe de l'UNOCAM travaille au quotidien avec des experts des fédérations et du régime local : les conseillers techniques. Ces conseillers techniques suivent spécifiquement les dossiers de l'UNOCAM ou sont sollicités ponctuellement par elle en raison de leurs compétences sectorielles (négociations conventionnelles, politique du médicament, systèmes d'information, etc.). A titre d'exemple, le « *Groupe médicaments et dispositifs médicaux* » a été convoqué à 6 reprises en 2011. Au total, l'UNOCAM coordonne un réseau d'**une vingtaine d'experts**.



## Avis officiels

---

En 2009, l'UNOCAM avait rendu 28 avis sur des saisines de l'assurance maladie obligatoire et, dans une moindre mesure, des pouvoirs publics. En 2010, ces saisines étaient au nombre de 16. **Elles ont plus que doublé en 2011, passant à 38. Au premier trimestre 2012, l'UNOCAM a déjà enregistré 21 nouvelles demandes d'avis.** Cette accélération est donc à la fois récente et significative.

Les saisines émanant de l'UNOCAM sont liées, en effet, à l'ouverture de discussions conventionnelles, à la conclusion de conventions nationales ou d'avenants, voire à des propositions de modifications de la nomenclature générale des actes professionnels pris pour l'application de ces accords. Leur augmentation fin 2011 et début 2012 montre d'une part l'absence de programmation pluriannuelle de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, à laquelle l'UNOCAM a invité les pouvoirs publics dans ses propositions sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Cette hausse témoigne d'autre part de l'étatisation de la gouvernance de l'assurance maladie obligatoire, dont le rythme d'engagement des dépenses nouvelles est désormais quinquennal.

La préparation des avis mobilise à la fois l'équipe de l'UNOCAM et les conseillers techniques des fédérations. Le Conseil, en tant que de besoin, peut voter sur les rapports et projets de délibérations qui lui sont soumis dans le cadre d'une procédure d'urgence. **En 2011, l'UNOCAM s'est prononcée dans un délai de 26 jours en moyenne après la réception des saisines, alors qu'elle dispose de 6 mois pour rendre ses avis par exemple sur les propositions de modifications de la nomenclature générale des actes professionnels.** Le respect d'un délai très court illustre l'engagement, au quotidien, de l'assurance maladie complémentaire pour une bonne gouvernance du système de santé, indépendamment de toute considération sur les conséquences financières éventuelles, pour les organismes complémentaires d'assurance maladie, des mesures proposées par l'assurance maladie obligatoire ou les partenaires conventionnels.

Dans l'élaboration de ses avis, l'UNOCAM cherche systématiquement à se référer aux dernières données de la science et aux recommandations de la Haute Autorité de santé. Elle regrette à cet égard que les avis de la Haute Autorité de santé, en réponse aux sollicitations de l'UNOCAM, ne fassent pas tous l'objet d'une publication. Soucieuse de promouvoir l'efficacité globale du système de santé, l'UNOCAM fonde en même temps ses décisions sur une analyse médico-économique des mesures sur lesquelles son avis est sollicité.

Toutes les délibérations de l'UNOCAM sont portées à la connaissance du public sur le site [www.unocam.fr](http://www.unocam.fr).

En 2011, celles-ci ont concerné les sujets suivants :

**Délibération n° CONS. – 01 – 7 janvier 2011** – Avis relatif à un projet de décret modifiant le seuil d'application de la participation forfaitaire de 18 euros ;

**Délibération n° CONS. – 02 – 2 Février 2011** – Avis relatif à deux projets de décrets supprimant l'hypertension artérielle sévère de la liste des affections de longue durée ;

**Délibération n° CONS. – 03 – 2 Février 2011** – Inscription à la nomenclature de neuf nouveaux actes d'urologie ;

**Délibération n° CONS. – 04 – 2 Février 2011** – Inscription à la nomenclature de la mesure de l'élasticité du foie par élastographie impulsionnelle ultrasonore et des scores biologiques de mesure de la fibrose hépatique ;

**Délibération n° CONS. – 05 – 2 Février 2011** – Avis relatif à la révision du taux de la participation des assurés pour les médicaments à service médical rendu modéré et les dispositifs médicaux ;

**Délibération n° CONS. – 06 – 2 février 2011** – Avis relatif à un projet de décret modifiant les conditions de prise en charge des frais de transports pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée ;

**Délibération n° CONS. – 08 – 2 février 2011** – Avis relatif à la participation à des négociations interprofessionnelles en vue de la conclusion d'un accord-cadre prévu par l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale ;

**Délibération n° CONS. – 09 – 4 Mai 2011** – Inscription à la nomenclature de quatre nouveaux actes de chirurgie gynécologique ;

**Délibération n° CONS. – 10 – 4 avril 2011** – Participation aux négociations sur un avenant n° 3 à la convention nationale des infirmiers libéraux ;

**Délibération n° CONS. – 11 – 6 Avril 2011** – Participation aux négociations d'une nouvelle convention médicale ;

**Délibération n° CONS. – 12 – 4 mai 2011** – Modification des notes de facturation des radiographies du thorax et de l'abdomen sans préparation ;

**Délibération n° CONS. – 13 – 12 mai 2011** – Liberté contractuelle et réseaux de professionnels de santé – Article 22 de la proposition parlementaire de loi Fourcade et amendement n° 259 de Mme Valérie BOYER ;

**Délibération n° CONS. – 14 – 29 Juin 2011** – Diverses modifications de la nomenclature ;

**Délibération n° CONS. – 15 – 29 Juin 2011** – Inscription à la nomenclature d'un supplément pour archivage numérique des examens de scanographie et de remnographie ;

**Délibération n° CONS. – 16 – 29 Juin 2011** – Diverses modifications de la nomenclature portant sur les soins dentaires ;



Délibération n° CONS – 17 - 29 Juin 2011 – Participation à des négociations conventionnelles avec les transporteurs sanitaires (avenant n° 5) ;

Délibération n° CONS. – 18 – 16 septembre 2011 – Avenant n° 6 à la convention nationale entre les transporteurs sanitaires privés et l'assurance maladie obligatoire ;

Délibération n° CONS. – 19 – 28 septembre 2011 – Avis sur la modification de la liste des actes et prestations, relative à des traitements de masso-kinésithérapie ;

Délibération n° CONS. – 20 – 28 septembre 2011 – Avis sur la modification de la liste des actes et prestations, relative d'une part à l'archivage numérique des examens de remnographie et de scannographie et d'autre part à la prise en charge des agénésies dentaires de l'adulte ;

Délibération n° CONS. – 21 – 28 septembre 2011 – Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Délibération n° CONS. – 22 – 19 octobre 2011 – Avis sur la modification de la liste des actes et prestations, relative à des traitements de masso-kinésithérapie ;

Délibération n° CONS. – 23 – 26 octobre 2011 – Avis sur l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmiers libéraux signé le 28 septembre 2011 ;

Délibération n° CONS. – 24 – 26 octobre 2011 – Décision de non participation aux négociations conventionnelles avec les professionnels de santé et les centres de santé visés à l'article 11 de la loi n° 2011 - 940 du 10 août 2011 ;

Délibération n° CONS. – 25 – 26 octobre 2011 – Avis relatif à une décision de l'UNCAM portant sur le contrat d'amélioration des pratiques visé à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale ;

Délibération n° CONS. – 26 – 26 octobre 2011 – Avis sur l'avenant n° 1 à la convention nationale des médecins libéraux signé le 29 septembre 2011 ;

Délibération n° CONS. – 27 – 7 décembre – 2011 – Avis relatif aux modifications de la liste des actes et prestations prévues par la convention nationale des médecins libéraux signée le 26 juillet 2011 ;

Délibération n° CONS. – 28 – 7 décembre 2011 – Avis relatif à la modification de la nomenclature générale des actes professionnels visant à aligner, pour la rééducation périnéale, les dispositions applicables aux sages-femmes en termes d'entente préalable sur celles des masseurs-kinésithérapeutes ;

Délibération n° CONS. – 29 – 7 décembre 2011 – Avis relatif à l'inscription de deux majorations pour la réalisation de certains actes par les infirmiers dans la nomenclature générale des actes professionnels ;

Délibération n° CONS. – 30 – 18 novembre 2011 – Projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2012 ;

Délibération n° CONS. – 31 – 7 décembre 2011 – Avis relatif à une modification de la liste des actes et prestations portant sur la réalisation de la radiographie volumique par faisceau conique de la face ;

Délibération n° CONS. – 32 – 12 décembre 2011 – Participation aux négociations d'un avenant n° 13 à la convention nationale des orthophonistes ;

Délibération n° CONS. – 33 – 12 décembre 2011 – Participation aux négociations d'un avenant n° 9 à la convention nationale des orthoptistes ;

Délibération n° CONS. – 34 – 12 décembre 2011 – Avis relatif aux mesures d'économies sur la biologie médicale proposées par l'UNCAM ;

Délibération n° CONS. – 35 – 21 décembre 2011 – Avis relatif à l'avenant n° 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes signé le 30 novembre 2011 ;

Délibération n° CONS. – 36 – 21 décembre 2011 – Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale des médecins libéraux signé le 24 novembre 2011 ;

Délibération n° CONS. – 37 – 5 janvier 2012 – Avis relatif à l'avenant n° 6 à la convention nationale des médecins libéraux signé le 8 décembre 2011 ;

Délibération n° CONS. – 38 – 5 janvier 2012 – Avis relatif à l'avenant n° 3 à la convention nationale des médecins libéraux signé le 8 décembre 2011.

## Propositions

---

En recherchant le consensus entre les fédérations, l'UNOCAM a affirmé en 2011 sa capacité de mener à bien des projets et à être force de propositions.

### Lisibilité des garanties

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

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

Les trois documents (Déclaration commune, glossaire et guide méthodologique), ainsi que l'évaluation du dispositif, sont consultables et téléchargeables sur le site [www.unocam.fr](http://www.unocam.fr).

Une évaluation du dispositif a été réalisée entre novembre 2011 et février 2012. Plus des deux tiers des organismes complémentaires d'assurance maladie ont participé à ce premier bilan à un an. Celui-ci a fait apparaître des résultats très encourageants qui témoignent de l'action des organismes complémentaires d'assurance maladie en faveur de l'amélioration constante de l'information délivrée et du service rendu aux adhérents et aux assurés.

### Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

L'UNOCAM a formulé un premier avis, à l'automne, sur le projet de loi initiale de financement de la sécurité sociale pour 2012, puis un second sur le projet de loi rectificative. Ces avis ont été présentés devant la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale lors de l'audition de MM. Fabrice HENRY et Eric BADONNEL le 5 octobre 2011.

Mais l'UNOCAM avait aussi élaboré des propositions en amont. Dès juin 2011, la plate-forme de propositions de l'UNOCAM sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a visé à dégager des gains d'efficience parmi les dépenses de santé remboursables. Elle a invité notamment à prendre en charge les produits et services de santé en fonction de leur qualité, de leur caractère innovant et du service médical rendu.

Dans sa plate-forme de propositions, l'UNOCAM a analysé l'efficience relative des différents types de mesures généralement envisagées par les pouvoirs publics. **Il n'est plus possible, en effet, de raisonner aujourd'hui sur le seul champ de l'assurance maladie obligatoire, sans se soucier de l'impact des décisions prises sur le reste à charge des ménages comme sur le niveau de leur cotisation d'assurance complémentaire santé.**

- L'impact de la **taxation** des contrats d'assurance complémentaire santé sur le renchérissement du coût des cotisations à la charge des adhérents et des assurés a été rappelé par l'UNOCAM. Induit par cette augmentation des taxes, le risque d'une démutualisation d'une fraction significative de la population en bonne santé a été également souligné. Ce phénomène est source de grands déséquilibres au sein de l'assurance maladie complémentaire.
- L'UNOCAM a rappelé que les décisions de **transferts** de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire et, partant, vers les ménages, ne pouvaient pas avoir d'effet probant sur la dynamique des dépenses, dès lors qu'elles n'avaient pas été préparées préalablement avec les organismes complémentaires d'assurance maladie, afin que ceux-ci apportent leur valeur ajoutée en termes de régulation.
- L'UNOCAM a défendu la promotion de l'**efficience globale** du système de santé au sens d'une allocation plus efficace, à coût donné, de l'ensemble des ressources (publiques et privées) consacrées à la santé. Sur ce sujet, les propositions de l'UNOCAM s'articulent autour de trois axes :
  - la révision du panier des biens et services pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
  - l'amélioration de la régulation des dépenses (s'agissant en particulier de la biologie médicale, des médicaments et des dépenses hospitalières) ;
  - le développement des coopérations entre régime obligatoire et organismes complémentaires d'assurance maladie (dans le domaine des affections de longue durée, pour les dépenses d'optique, les frais dentaires ou s'agissant des dépassements d'honoraires).

## Echanges d'informations

Au sein de l'UNOCAM, les fédérations déterminent les positions qu'elles souhaitent tenir ensemble pour défendre les intérêts des adhérents et des assurés des organismes complémentaires d'assurance maladie dans les travaux interministériels relatifs à la dématérialisation de la facturation de la part complémentaire, menés en marge du projet de **facturation individuelle des établissements de santé**. Ce projet porte sur l'hospitalisation publique au sens large, c'est-à-dire à la fois les établissements de santé publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif.

Dans le cadre de l'UNOCAM, les fédérations définissent en outre un projet de norme d'échanges pour les devis et la facturation des frais dentaires aux organismes complémentaires d'assurance maladie : le **projet de norme DentAMC**. Enfin, les organismes complémentaires ont commencé à déployer en 2011 la **norme OptoAMC**, définie dans le cadre de l'UNOCAM en 2010.



## Négociations conventionnelles

L'année 2010 avait été une « *année blanche* », ou presque, en matière de négociations conventionnelles. En revanche, 2011 a été une année particulièrement active. En témoigne l'augmentation significative du nombre de saisines émanant de l'UNOCAM, liées à l'ouverture de discussions conventionnelles, à la conclusion de conventions nationales ou d'avenants, voire à des propositions de modifications de la nomenclature générale des actes professionnels pris pour l'application de ces accords.

Le Conseil de l'UNOCAM a décidé que l'assurance maladie complémentaire s'associerait courant 2011 à la préparation et à la conduite des discussions conventionnelles avec les médecins libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes et l'inter-professionnalité (s'agissant de la négociation de l'accord-cadre interprofessionnel avec l'Union nationale des professionnels de santé). Elle a participé en outre à l'élaboration du projet de convention nationale des fournisseurs de produits et prestations figurant aux titres I et IV de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Toutefois, dès la fin du premier semestre, les négociations conventionnelles tripartites ont été perturbées par une série d'événements, dont l'impact a été très négatif pour les organismes complémentaires d'assurance maladie :

- le vote de l'article 22 de la proposition de loi dite **Fourcade** par l'Assemblée Nationale le 22 juillet 2011, limitant la capacité des mutuelles à améliorer leurs remboursements pour les adhérents qui s'adressent à des professionnels de santé avec lesquels elles ont noué des relations conventionnelles ;
- la censure de cette disposition législative par le Conseil constitutionnel, interdisant aux mutuelles de procéder aux bonifications de leurs garanties dans le cadre de réseaux de soins ;
- l'augmentation de la **taxe spéciale sur les activités d'assurance sur les contrats de complémentaire santé** d'un montant de 1,2 milliard d'euros en année pleine, faisant suite à une première hausse décidée en 2010 et appliquée en 2011 ;
- et enfin l'absence de réponse des pouvoirs publics au courrier de l'UNOCAM en date du 19 juillet 2011, demandant des engagements précis en vue de la création du « **secteur optionnel** » pour les trois

spécialités de plateaux techniques lourds : chirurgie, anesthésie-réanimation et gynécologie-obstétrique.

Suite à ces événements, l'UNOCAM s'est retirée de la table des négociations conventionnelles tripartites. Les fédérations ont décidé ce retrait de façon unanime et à regret.

Cette situation a conduit les pouvoirs publics, le 26 octobre 2011, à faire le choix d'étendre éventuellement l'option de coordination par voie réglementaire pour les praticiens de secteur 2 dans les trois spécialités de plateaux techniques lourds et à rendre obligatoire le remboursement des dépassements d'honoraires ainsi plafonnés sur les actes techniques dans le cadre des contrats solidaires et responsables<sup>6</sup>.

En conséquence, l'UNOCAM rappelle les principes essentiels qui doivent, selon elle, fonder le tripartisme :

- sur le fond, l'UNOCAM a déjà réaffirmé les conditions de sa participation aux négociations conventionnelles : la reconnaissance de la capacité de l'assurance maladie complémentaire à contractualiser avec les professionnels de santé (en lien avec le débat sur les réseaux de soins, lors de l'examen de la proposition de loi dite Fourcade au Parlement) ; l'attachement de l'UNOCAM à la liberté des adhérents et assurés de choisir les prestations prises en charge dans le cadre des contrats qui leur sont proposés par les organismes complémentaires d'assurance maladie ; plus généralement, la reconnaissance du rôle de l'UNOCAM dans la régulation du système de santé et la gestion du risque ;
- sur la forme, l'UNOCAM est attachée à redéfinir une méthode de travail partagée par les unions de financeurs (redéfinition qui a fait d'ailleurs l'objet d'une première réunion entre le Bureau de l'UNOCAM et le Directeur général de l'UNCAM le 27 septembre 2011).

Dans l'affaire du « *secteur optionnel* », l'UNOCAM a su faire face, en préservant son unité, aux fortes pressions qui s'exerçaient sur elle comme sur les fédérations. Si les négociations conventionnelles n'ont pas été satisfaisantes pour l'assurance maladie complémentaire en 2011, l'UNOCAM entend en tirer toutes les leçons en 2012. A cet égard, elle formulera prochainement des propositions.

---

<sup>6</sup> Cf. article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.



## Comité économique des produits de santé

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

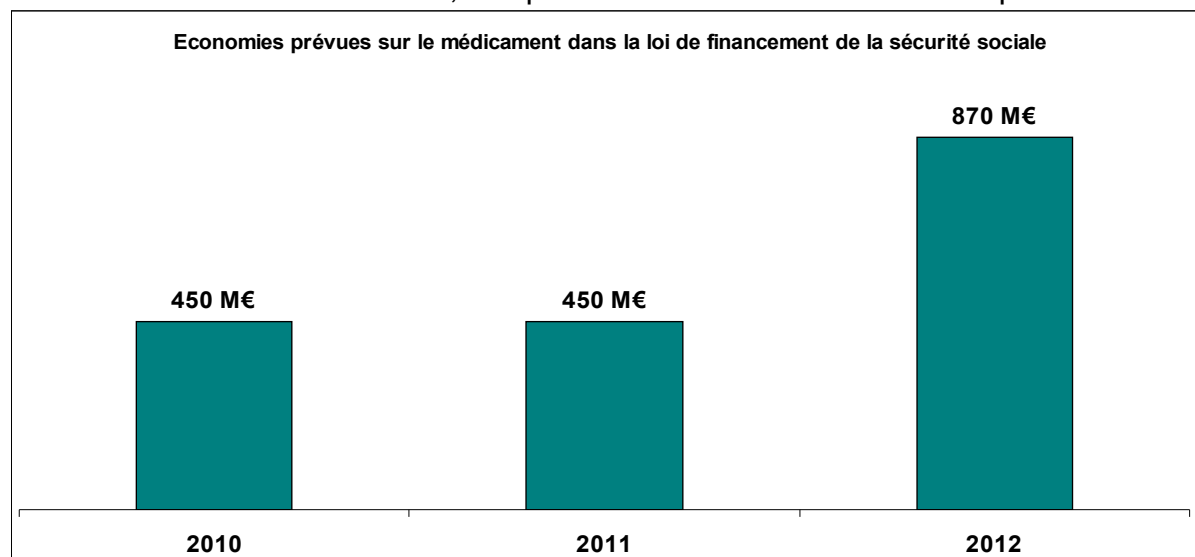
L'activité du Comité a été marquée en 2011 d'une part par l'élaboration d'un plan exigeant d'économies sur le médicament, au titre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, et d'autre part par la négociation et signature du premier accord-cadre sur les dispositifs médicaux.

### Un plan exigeant de baisses de prix sur le médicament pour 2012

#### *Les économies annoncées dans la loi de financement de la sécurité sociale*

Pour 2012, le taux de croissance de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie est fixé à 2,5 %. Ce taux de croissance est notamment construit sur l'hypothèse d'une contribution significative de l'industrie des produits de santé à la réduction des dépenses d'assurance maladie, évaluée à 1,06 milliard d'euros.

L'essentiel de cette contribution provient de diminutions de prix du médicament<sup>7</sup>, qui s'élèvent à 870 millions d'euros, soit près du double des deux années précédentes.



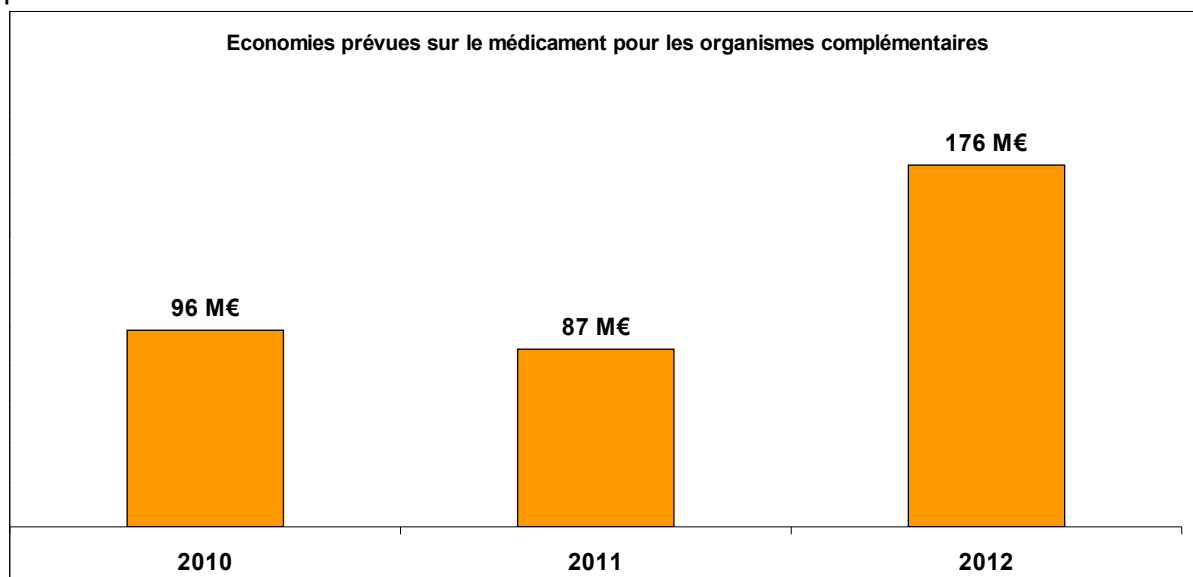
<sup>7</sup> L'écart entre 1,06 milliard et 870 millions d'euros correspond notamment aux économies attendues des radiations, de la réforme de la marge grossiste et des nouvelles orientations ministérielles relatives à la fixation des prix des médicaments du répertoire des groupes génériques.

Afin d'atteindre ces 870 millions d'euros de baisses de prix, le Comité économique des produits de santé a négocié avec les entreprises pharmaceutiques en 2011 un plan de baisses exigeant. De manière générale, ce plan de baisses se répartit ainsi (en grandes masses) :

- 620 millions d'euros d'économies sur les médicaments sous brevet ;
- 250 millions d'euros d'économies sur les médicaments du répertoire des groupes génériques.

### *Les économies attendues pour les organismes complémentaires d'assurance maladie*

Les baisses de prix négociées par le Comité économique des produits de santé s'orientent naturellement vers les classes thérapeutiques où la dépense de l'assurance maladie obligatoire est élevée afin d'atteindre un rendement financier important. Toutefois, les économies attendues pour les organismes complémentaires d'assurance maladie en 2012 sont supérieures aux économies des années précédentes<sup>8</sup> :



Les décisions du Comité économique des produits de santé sont collégiales. Toutefois, les économies prévues pour les organismes complémentaires d'assurance maladie sont pour partie liées aux propositions portées<sup>9</sup> par les représentants de l'UNOCAM.

<sup>8</sup> Les économies prévues pour les organismes complémentaires d'assurance maladie en 2011 et en 2012 ne sont pas encore stabilisées.

<sup>9</sup> L'importance des économies pour les organismes complémentaires d'assurance maladie s'observe également en termes relatifs. Ces économies représentent, en effet, 17 % des économies totales (assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire) en 2012, alors qu'elles représentaient 16 % en 2011.

Ces propositions visent à accroître l'efficacité de la dépense de médicaments remboursables et à promouvoir les intérêts des organismes complémentaires d'assurance maladie. En pratique, elles ont visé pour l'essentiel à réduire les écarts de prix entre les médicaments comparables sur les marchés où les dépenses des organismes complémentaires d'assurance maladie sont élevées. Finalement, elles sont à l'origine d'au moins 17 % des économies totales prévues pour les organismes complémentaires d'assurance maladie.

### **La signature du premier accord-cadre sur les dispositifs médicaux**

2011 a été marquée par de fortes inquiétudes sur la sécurité sanitaire des dispositifs médicaux, notamment implantables, telles que certaines prothèses mammaires.

La signature du premier accord-cadre sur les dispositifs médicaux est un autre fait saillant de cette année. L'accord-cadre a été signé le 16 décembre 2011 par 26 syndicats. Préparée de longue date, cette signature va favoriser la connaissance du marché, le recueil des données de ventes et la réalisation des études post-inscription. Pour le Comité économique des produits de santé, chargé de la gestion des nomenclatures et de la tarification, l'accord-cadre doit également permettre la réalisation d'économies sur les dispositifs médicaux et le maintien d'une prise en charge satisfaisante qui limite les restes à charge pour les patients.

Les représentants de l'UNOCAM ont participé à la révision des nomenclatures des dispositifs médicaux et aux évolutions de leurs principes de tarification en 2011.



## **Institut des données de santé**

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

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

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

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

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

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

Le **projet MONACO**, auquel participent une douzaine d'organismes complémentaires d'assurance maladie à la fin 2011, permettra l'accès aux données complètes de consommation de soins sur un échantillon anonymisé de bénéficiaires, avec non seulement les chiffres du régime de base, mais aussi ceux de l'assurance maladie complémentaire. Au surplus, ces informations sont enrichies des données de l'enquête « *santé - protection sociale* » de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). En cours d'expérimentation, ce projet permettra à terme de mettre par exemple en corrélation l'état de santé d'un échantillon d'assurés sociaux, leur consommation de soins, leur prise en charge par un organisme complémentaire d'assurance maladie et leur niveau de revenu.

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

Les bases de données peuvent être couplées avec des **tableaux de bord**. Quinze ont déjà vu le jour en 2011. Ces tableaux de bord permettent d'extraire des bases de données certaines informations très utiles, telles que le reste à charge, les transferts ville-hôpital ou encore les actes de radiologie libérale. Seul l'Institut des données de santé permet aujourd'hui ce partage d'informations.

### **L'UNOCAM s'est prononcée en 2011 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 le 30 mars 2007 prévoit que le groupement d'intérêt public est créé pour cinq ans. Réuni le 7 décembre 2011, le Conseil de l'UNOCAM s'est prononcé en faveur de la reconduction de la convention constitutive de l'Institut des données de santé, qui est intervenue à l'Assemblée générale de l'Institut des données de santé, le 30 mars 2012.

Cette décision a été prise dans un contexte que l'UNOCAM considère comme préoccupant. La loi 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé dispose, en effet, la création d'un groupement d'intérêt public qui sera chargé de conduire ou de faire conduire des études, notamment de pharmacovigilance et de pharmaco-épidémiologie. Ce groupement d'intérêt public pourra avoir accès au système national informationnel inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) ou à l'extraction de ses données.

Mais il ne sera pas ouvert à des représentants de la société civile. A ce défaut de transparence s'ajoute, du point de vue de l'UNOCAM, un risque de redondance entre les actions des deux groupements d'intérêt public.





## Agences régionales de santé

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

Au sein de chaque Agence régionale de santé, une Commission régionale de gestion du risque est chargée de la préparation, du suivi et de l'évaluation du programme pluriannuel régional de gestion du risque. Le représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie désigné par l'UNOCAM participe, 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 le représentant désigné par l'UNOCAM. Les engagements des organismes complémentaires d'assurance maladie en matière de gestion du risque dans le cadre du programme pluriannuel régional de gestion du risque peuvent faire l'objet d'une convention signée avec le Directeur général de l'Agence régionale de santé après avis de la Commission.

L'UNOCAM a désigné l'ensemble de ses représentants, titulaires et suppléants, dans les 26 Commissions régionales de gestion du risque dès novembre 2010. A cette occasion, elle a communiqué également aux Agences régionales de santé l'adresse électronique dédiée à la transmission des documents relatifs au fonctionnement des Commissions régionales de gestion du risque.

A la fin 2011, les fédérations constituant l'UNOCAM ont mobilisé les représentants des organismes complémentaires d'assurance maladie dans les Commissions régionales de gestion du risque, afin de dresser un premier bilan de leur action et d'envisager les améliorations à apporter à la préparation, à la coordination et au suivi de leurs travaux au sein de l'UNOCAM.

Le caractère très progressif de la montée en charge des Agences régionales de santé n'a pas eu de conséquences à ce stade sur la charge de travail de l'UNOCAM, au-delà du recueil et de l'archivage des documents reçus par ses représentants, titulaires ou suppléants, au sein des Commissions régionales de gestion du risque.

En première analyse, il apparaît que l'association des représentants de l'UNOCAM aux travaux des Commissions régionales de gestion du risque a été très inégale sur

le terrain. Si 2011 a été une année de montée en charge pour les Agences régionales de santé, l'UNOCAM entend contribuer activement, en 2012, au développement de leurs initiatives en matière de gestion du risque.

Au 31 décembre 2011, la liste des représentants de l'UNOCAM s'établit comme suit :

<b>Régions</b>	<b>Titulaires</b>	<b>Suppléants</b>
<b>ALSACE</b>	M. François KUSSWIEDER, FNMF ;	M. Etienne DEPEYRE, FFSA ;
<b>AQUITAINE</b>	M. Jean-Marie CARRICANO, FNMF ;	M. Yann DENOUEL, FFSA ;
<b>AUVERGNE</b>	M. Jean-Pierre MARTIN, FNMF ;	M. Patrick CARTON, FFSA ;
<b>BASSE-NORMANDIE</b>	M. Allain VERRIER, FNMF ;	M. Franck OFFREDI, FFSA ;
<b>BOURGOGNE</b>	M. Guillaume GARDIN, FNMF ;	M. Alain ESQUIROL, CTIP ;
<b>BRETAGNE</b>	M. Pierre-Yves NATUS, FNMF ;	M. Gwenaël SIMON, FFSA ;
<b>CENTRE</b>	M. Laurent EECKE, FNMF ;	M. Alain STARZYNSKI, FFSA ;
<b>CHAMPAGNE-ARDENNE</b>	Mme Marie-Josée MASSON, FNMF ;	M. Jean-François LEMAIRE, FFSA ;
<b>CORSE</b>	M. François SAVELLI, FNMF ;	M. Sauveur LEONI, FFSA ;
<b>FRANCHE-COMTÉ</b>	Mme Chantal GRANDPERRIN, FNMF ;	M. Thierry REICHARDT, FFSA ;
<b>GUADELOUPE</b>	M. Alex SOUBDHAN, FNMF ;	M. Yves EVENO, FFSA ;
<b>GUYANE</b>	M. Charles GRILLON, FNMF ;	M. Yves EVENO, FFSA ;
<b>HAUTE-NORMANDIE</b>	M. Dominique FERME, FNMF ;	M. Benoît POUPON, FFSA ;
<b>LANGUEDOC-ROUSSILLON</b>	M. Jean-Claude ROUSSON, FNMF ;	M. Pascal LOISEAU, FFSA ;
<b>ILE-DE-FRANCE</b>	M. Gabriel SZEFTTEL, FNMF ;	M. Philippe DRAPIER, FFSA ;
		M. Laurent BORELLA, CTIP ;
<b>LIMOUSIN</b>	M. Jean-Claude BOYER, FNMF ;	Mme Delphine LETENDART, FFSA ;
<b>LORRAINE</b>	M. Bruno MANZONI, FNMF ;	M. Jean-Christophe REMAUD, FFSA ;
<b>MARTINIQUE</b>	M. Olivier ARNOUX, FNMF ;	M. Yves EVENO, FFSA ;

<b>MIDI-PYRÉNÉES</b>	M. Pierre-Jean GRACIA, FNMF ;	M. Christophe BOUYSSIÈRE, FFSA ;
<b>NORD PAS-DE-CALAIS</b>	M. Bernard PEROY, FNMF ;	M. Philippe TREMOUREUX, CTIP ;
<b>OCÉAN INDIEN</b>	M. Jean-Alfred BLAIN, FNMF ;	M. Bernard VEBER, FFSA ;
<b>PAYS DE LA LOIRE</b>	M. Jean-Marc CHAVEROUX, FNMF ;	M. Jacques IZART, FFSA ;
<b>PICARDIE</b>	M. Jean-Luc BOSSEE, FNMF ;	M. Pascal LETELLIER, FFSA ;
<b>POITOU-CHARENTES</b>	M. Yves PELLETIER, FNMF ;	M. Jacky DEVERRIÈRE, FFSA ;
<b>PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR</b>	M. Roland COMTE, FNMF ;	M. Philippe JACQUES, FFSA.
<b>RHÔNE-ALPES</b>	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 du Ministre chargé de la Santé. Elle permet aux acteurs du système de santé d'exprimer leurs points de vue sur les politiques de santé.

La Conférence nationale de santé a été installée dans sa nouvelle composition le 21 juin 2011.

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

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

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

L'UNOCAM a contribué à la préparation des avis de la Conférence nationale de santé, à la rédaction de son règlement intérieur et à l'élaboration de son programme de travail pour 2012.

Dans la préparation d'un avis portant sur la politique nationale de santé, l'UNOCAM a fait valoir en particulier la nécessité d'intégrer à la réflexion des éléments de contexte à la fois social et financier, ainsi que des considérations relatives au rôle des offreurs de soins et de services.



## Communication

---

L'UNOCAM a publié 6 communiqués de presse en 2011 :

- 19 juillet 2011 Pour créer un secteur optionnel qui encadre les dépassements d'honoraires, l'UNOCAM demande aux pouvoirs publics de prendre des engagements concrets ;
- 21 juillet 2011 L'UNOCAM engage un nouveau Secrétaire général administratif : Eric BADONNEL ;
- 21 juillet 2011 Négociations sur le secteur optionnel : l'UNOCAM rend publique sa lettre d'intention ;
- 25 août 2011 L'augmentation de la taxation des contrats de complémentaire santé est une mesure pénalisante pour les Français ;
- 15 septembre 2011 Secteur optionnel : l'UNOCAM demande aux pouvoirs publics des engagements concrets ;
- 28 septembre 2011 Dépassements d'honoraires et secteur optionnel : l'UNOCAM souhaite un dialogue sincère et constructif.

M. Fabrice HENRY répond aux interviews 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](http://www.unocam.fr). Elle répond aux questions de particuliers reçues sur ce site et qui sont de plus en plus nombreuses.

Les membres de l'UNOCAM disposent, pour leurs travaux, d'un site Intranet qui leur permet d'archiver des données et d'écrire et valider à plusieurs des documents de travail dans un cadre organisé.







