



Rapport d'activité 2017

3 juillet 2018

Sommaire

Avant-propos	4
Introduction	6
Avis officiels	10
Négociations conventionnelles	16
Travaux avec les pouvoirs publics	26
Lisibilité des garanties	28
Comité économique des produits de santé	30
Institut des données de santé	36
Agences régionales de santé	40
Conférence nationale de santé	42
Communication	44
Liste des sigles	46

Avant-propos

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)¹ représente, à travers ses membres, tous les opérateurs en assurance maladie complémentaire : les mutuelles, les entreprises d'assurances, les institutions de prévoyance et le Régime local d'Alsace-Moselle.



©FNMF / N. MERGUI

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 plus de 26 milliards d'euros en 2016², soit 13,3% de la consommation de soins et de bien médicaux³.

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

*

L'activité de l'UNOCAM a été particulièrement soutenue en 2017.

L'UNOCAM a participé à plusieurs négociations conventionnelles aux enjeux lourds et complexes : avec les chirurgiens-dentistes d'une part (sur le projet d'avenant n°4 à

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

² Cf. *Les dépenses de santé en 2016*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), édition 2017.

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

la convention nationale puis sur le projet de convention nationale) et avec les pharmaciens titulaires d'officine d'autre part. Pour la première fois depuis 2013, l'UNOCAM est signataire d'un accord conventionnel avec les pharmaciens titulaires d'officine (l'avenant n°11 à la convention nationale⁴).

L'UNOCAM a mené et continue de mener, avec les fédérations qui la constituent, des travaux préparatoires et de suivi des grandes réformes annoncées par les pouvoirs publics à la mi-2017, en particulier sur le « *reste à charge zéro* » sur les prothèses dentaires, les équipements d'optique et les aides auditives.

Les fédérations qui constituent l'UNOCAM ont travaillé ensemble et en lien avec l'UNCAM et la Direction de la Sécurité sociale (DSS) à la définition de modalités techniques et financières du versement du forfait patientèle médecin traitant, dans le but de conférer à l'intervention des organismes complémentaires d'assurance maladie une plus grande visibilité. L'UNOCAM regrette que ce projet, en l'état, n'ait pas pu se concrétiser.

L'UNOCAM a été partie prenante des travaux conduits par le Comité économique des produits de santé (CEPS) visant à réaliser des gains d'efficacité sur les prix des médicaments et des dispositifs médicaux.

L'UNOCAM s'est mobilisée pour la défense des accès des fédérations et des organismes complémentaires d'assurance maladie au système national des données de santé (SNDS), à l'occasion de l'entrée en vigueur de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé⁵.

En somme, beaucoup de projets très structurants pour l'avenir ont été engagés, conduits et ont parfois abouti dès 2017, qui ne seront toutefois pleinement visibles qu'à partir de 2018. Nous sommes déterminés à les mener à bien.

Maurice RONAT
Président de l'UNOCAM

⁴ Cf. avenant n°11 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signé le 20 juillet 2017 et publié au Journal Officiel du 16 décembre 2017.

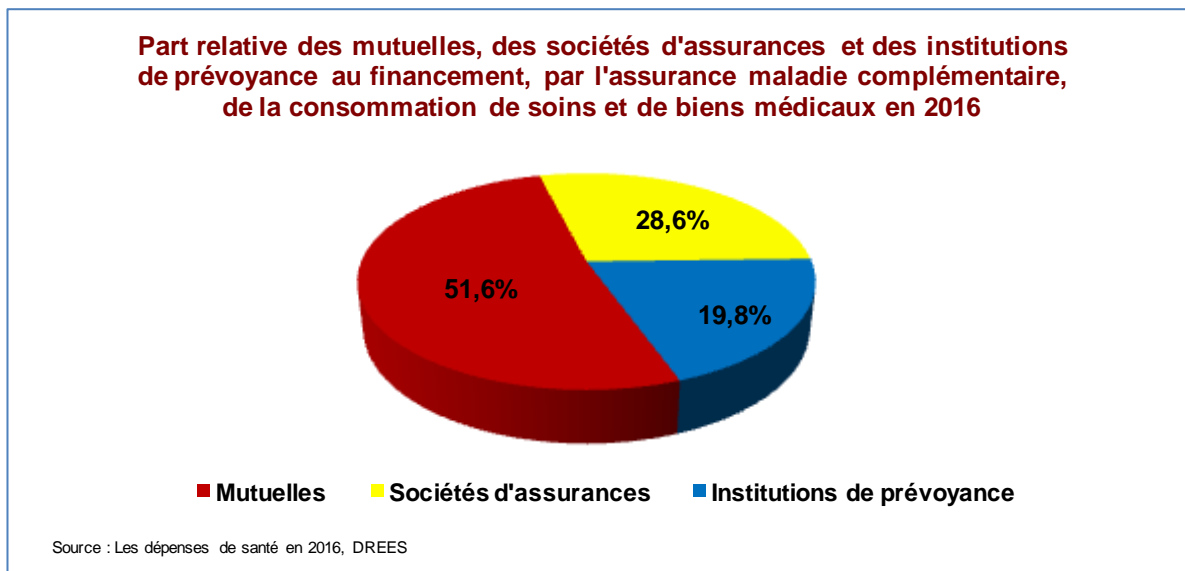
⁵ La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a été publiée au Journal Officiel du 27 janvier 2017.

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 de l'assurance (FFA)**, le **Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)**, le **Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle** et la **Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM)**.

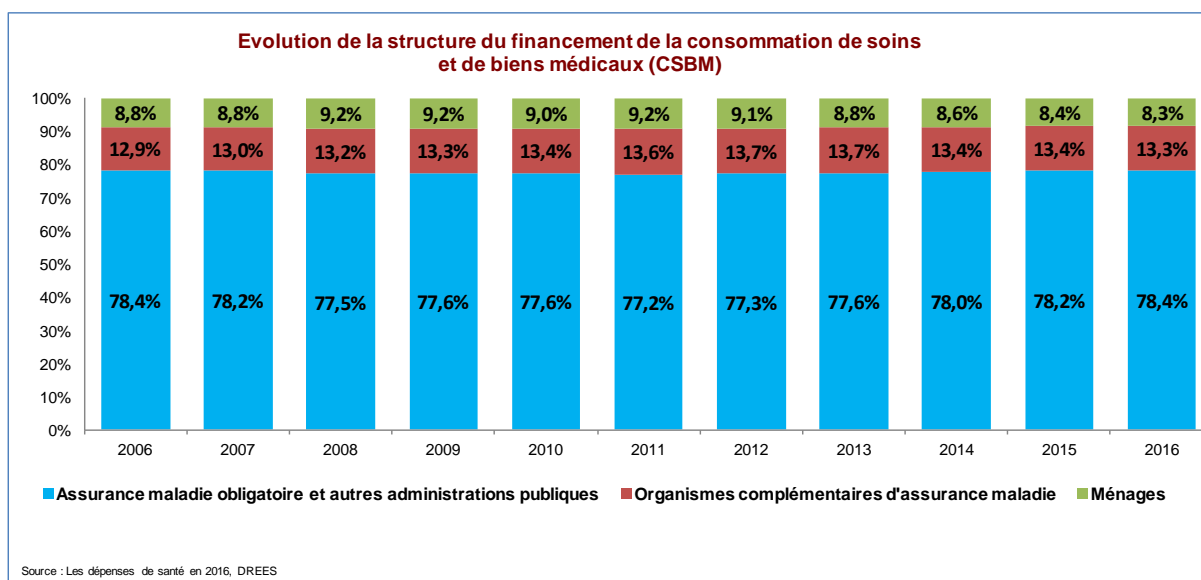
Les mutuelles, les entreprises d'assurances et les institutions de prévoyance constituent respectivement 51,6%, 28,6% et 19,8% de la part de l'assurance maladie complémentaire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux en 2016⁶.



⁶ Cf. *Les dépenses de santé en 2016*, DREES, édition 2017.

L'UNOCAM et l'UNCAM

En 2016, la part de l'assurance maladie obligatoire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux est identique à celle de 2006, soit 78,3%⁷. 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% en 2006 à 13,3% en 2016, soit une hausse de 0,4 point. 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 8,3% entre 2006 et 2016, soit une baisse de 0,5 point. Autrement dit, le reste à charge direct des ménages a baissé d'un demi-point en dix ans, essentiellement en raison de l'engagement des organismes complémentaires d'assurance maladie auprès de leurs adhérents ou assurés (+ 0,4 point).



Dans ses échanges avec l'UNCAM, l'UNOCAM veille particulièrement :

- à maîtriser le coût des dépenses nouvelles présentées au remboursement des organismes complémentaires d'assurance maladie, dont la charge est finalement supportée par leurs adhérents ou assurés et par les entreprises (employeurs et salariés) ;
- à ce que la participation de l'assurance maladie complémentaire aux négociations conventionnelles donne de la visibilité à l'intervention des organismes complémentaires d'assurance maladie.

Les intérêts de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire sont souvent conciliables. En 2017, l'organisation de réunions de travail bilatérales entre l'UNCAM et l'UNOCAM a été fréquente, en particulier avant

⁷ Cf. *Les dépenses de santé en 2016*, DREES, édition 2017.

l'ouverture officielle des négociations conventionnelles et pendant ces travaux. L'UNOCAM se réjouit de la qualité de ces discussions bilatérales.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie⁸ permet notamment à l'UNOCAM d'examiner avec l'UNCAM les programmes annuels de négociations avec les professionnels de santé⁹. Depuis 2016, les deux unions se rencontrent fréquemment pour échanger sur ces questions. Pour évoquer l'objet et le calendrier prévisionnel des négociations conventionnelles, le Directeur général de l'UNCAM a rencontré une délégation du Bureau de l'UNOCAM les 18 juillet 2017, 5 septembre 2017 et 14 novembre 2017. Dans le cadre plus spécifique des négociations conventionnelles auxquelles l'UNOCAM a participé (avec les chirurgiens-dentistes puis avec les pharmaciens titulaires d'officine), des réunions bilatérales ont eu lieu entre l'UNCAM et l'UNOCAM.

L'UNOCAM et les pouvoirs publics

Conformément à l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, l'UNOCAM est saisie des projets de loi relatifs à l'assurance maladie et des projets de loi de financement de la sécurité sociale.

L'UNOCAM a rendu un avis sur le **projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018**^{10&11}.

En 2017, l'UNOCAM a été invitée à participer aux travaux gouvernementaux sur la maîtrise des restes à charge en dentaire, en optique et pour les aides auditives¹².

Le 11 octobre 2017, l'UNOCAM a participé à une réunion de concertation, organisée par la DSS, sur la Stratégie nationale de santé. Par courrier du 20 octobre 2017, l'UNOCAM a transmis à la DSS sa contribution écrite.

Le 19 janvier 2018, l'UNOCAM a rencontré la Ministre des Solidarités et de la Santé pour échanger sur les différents travaux en cours.

L'UNOCAM participe ponctuellement à diverses instances ou groupes de travail¹³. Elle répond aux demandes d'audition des corps de contrôle de l'Etat, quand celles-ci

⁸ La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a été publiée au Journal Officiel du 17 août 2004.

⁹ Cf. article L. 182-3 du code de la sécurité sociale.

¹⁰ Cf. délibération n° 37 du Conseil de l'UNOCAM du 4 octobre 2017.

¹¹ La loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est publiée au Journal Officiel du 31 décembre 2017.

¹² Cf. *infra*, page 26.

¹³ L'UNOCAM participe au comité de pilotage sur la dématérialisation de la facturation de la part complémentaire dans les établissements de santé (projet « *remboursement des organismes complémentaires (ROC)* »), animé par le Secrétariat général des Ministères sociaux. Depuis 2017, elle siège au Conseil stratégique du numérique en santé.

entrent dans son champ de compétences¹⁴. Si tel n'est pas le cas, ce sont naturellement les membres de l'UNOCAM qui répondent à ces demandes.

¹⁴ L'UNOCAM a formulé des observations écrites sur les relevés d'observations provisoires de la Cour des comptes suivants : relevé d'observations provisoires relatif à l'enquête sur le rôle des dispositifs tarifaires dans l'efficience du système de soins (courrier de l'UNOCAM du 13 janvier 2017) ; relevé d'observations provisoires relatif à l'enquête sur les inégalités territoriales et la rationalisation de l'offre de soins (courrier de l'UNOCAM du 10 février 2017) ; relevé d'observations provisoires intitulé « *Garantir l'avenir de l'assurance maladie* » (courrier de l'UNOCAM du 19 juillet 2017) ; relevé d'observations provisoires relatif à l'enquête sur les évolutions récentes des télé-services publics de santé (courrier de l'UNOCAM du 1^{er} septembre 2017). Le 17 février 2017, l'UNOCAM a été auditionnée par la Cour des comptes dans le cadre des enquêtes relatives au rôle des dispositifs tarifaires sur l'efficience du système de soins et aux inégalités territoriales et la rationalisation de l'offre de soins. Le 3 mars 2017, l'UNOCAM a été auditionnée par la Cour des comptes dans le cadre de l'enquête sur les rémunérations des médecins spécialistes. L'UNOCAM a également formulé à la Cour des comptes des remarques écrites dans le cadre du suivi 2017 des recommandations de la Cour des comptes (courrier de l'UNOCAM du 24 avril 2017) ainsi que sur le projet de rapport public thématique intitulé « *L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs* » (courrier de l'UNOCAM du 7 novembre 2017).

Avis officiels

L'UNOCAM peut être saisie par les pouvoirs publics ou l'UNCAM. Les saisines sont relatives à des projets de texte législatif et réglementaire, à l'ouverture de négociations conventionnelles, à la conclusion de conventions nationales ou d'avenants à celles-ci, ainsi qu'à des propositions de modification de la nomenclature des actes prises pour l'application de ces accords.

En tant que de besoin, les instances de l'UNOCAM peuvent voter sur les projets de délibération qui leur sont soumis dans le cadre d'une procédure d'urgence.

Dans l'élaboration de ses avis, l'UNOCAM cherche systématiquement à se référer aux dernières données de la science et aux recommandations de la Haute Autorité de santé. Depuis 2013, la Haute Autorité de santé communique à l'UNOCAM les avis qu'elle rend en réponse aux sollicitations de l'UNCAM.

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

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

En 2017, l'UNOCAM a rendu quarante-six avis publics répondant à des saisines des pouvoirs publics et, majoritairement, de l'assurance maladie obligatoire.

En 2017, l'UNOCAM s'est prononcée en moyenne dans un délai de dix-neuf jours après la réception des saisines, alors qu'elle dispose de six mois pour rendre certains de ses avis, par exemple sur les propositions de modification de la nomenclature des actes. Le respect de ce délai très court illustre l'engagement, au quotidien, de l'assurance maladie complémentaire pour une bonne gouvernance du système de santé.

En 2017, les délibérations de l'UNOCAM ont concerné les sujets suivants :

Délibération n° BUR. – 02 – 27 janvier 2017 – Avis relatif à l'avenant n°1 à la convention nationale des médecins libéraux.

Délibération n° CONS. – 03 – 1^{er} février 2017 – Avis relatif à l'ouverture des négociations sur la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

Délibération n° BUR. – 04 – 20 février 2017 – Avis relatif à une proposition de modifications de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie relatives à la radiographie.

Délibération n° BUR. – 05 – 20 février 2017 – Avis relatif à une proposition de modifications de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie relatives aux médecins libéraux.

Délibération n° BUR. – 06 – 27 février 2017 – Avis relatif à l'ouverture des négociations conventionnelles sur l'avenant n°8 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés.

Délibération n° BUR. – 08 – 6 mars 2017 – Avis relatif à une proposition de modifications de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie afférentes aux médecins libéraux.

Délibération n° BUR. – 09 – 6 mars 2017 – Avis relatif à une proposition de modifications de la nomenclature des actes de biologie médicale.

Délibération n° BUR. – 10 – 14 mars 2017 – Avis relatif à une proposition de modifications de la nomenclature des actes de biologie médicale.

Délibération n° BUR. – 11 – 14 mars 2017 – Avis relatif à l'avenant n°10 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine.

Délibération n° BUR. – 12 – 24 mars 2017 – Avis relatif aux avenants n°2 et n°3 à la convention nationale des médecins libéraux.

Délibération n° BUR. – 13 – 30 mars 2017 – Avis sur un projet de décret relatif aux règles d'immatriculation et d'affiliation des bénéficiaires des prestations de sécurité sociale et portant modifications de différentes dispositions relatives à l'assurance maladie.

Délibération n° BUR. – 14 – 14 avril 2017 – Avis relatif à l'avenant n°8 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés.

Délibération n° BUR. – 15 – 14 avril 2017 – Avis relatif au projet de décret précisant les modalités de prise en charge, par les organismes d'assurance maladie, des victimes d'actes de terrorisme.

Délibération n° BUR. – 16 – 11 mai 2017 – Avis relatif à l'ouverture des négociations conventionnelles sur l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes libéraux.

Délibération n° BUR – 17 – 11 mai 2017 – Avis relatif à une proposition de modification de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie, portant sur un acte de neuroradiologie interventionnelle.

Délibération n° BUR. – 18 – 17 mai 2017 – Avis relatif à l'avenant n°12 à la convention nationale des orthoptistes libéraux.

Délibération n° CONS. – 19 – 18 mai 2017 – Avis relatif au protocole d'accord avec les pharmaciens titulaires d'officine.

Délibération n° BUR. – 20 – 29 mai 2017 – Avis sur l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluri-professionnelles.

Délibération n° BUR – 21 – 29 mai 2017 – Avis relatif à une proposition de modification de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie, portant sur les soins bucco-dentaires.

Délibération n° BUR. – 22 – 21 juin 2017 – Avis relatif à l'avenant n°1 à l'accord national des centres de santé.

Délibération n° BUR. – 23 – 3 juillet 2017 – Avis relatif à plusieurs propositions 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 des rééducations réalisées par des orthoptistes.

Délibération n° BUR. – 24 – 11 juillet 2017 – Avis relatif à une proposition de modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, concernant l'activité clinique des médecins.

Délibération n° BUR – 25 – 11 juillet 2017 – Avis relatif à une proposition 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. – 26 – 11 juillet 2017 – Avis relatif à l'ouverture des négociations en vue de la conclusion de l'avenant n°5 à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmiers libéraux et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

Délibération n° BUR. – 27 – 17 juillet 2017 – Avis relatif à la fixation du taux de participation de l'assuré social mentionné à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale pour les prestations hospitalières sans hospitalisation et les actes et consultations qui y sont associés.

Délibération n° BUR – 28 – 17 juillet 2017 – Avis relatif à une proposition de modification de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie, portant sur deux actes de cardiologie interventionnelle.

Délibération n° BUR. – 29 – 5 septembre 2017 – Avis relatif à une proposition de modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, portant sur la télémédecine.

Délibération n° BUR. – 30 – 4 août 2017 – Avis relatif à l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes libéraux.

Délibération n° BUR. – 31 – 26 juillet 2017 – Avis sur le projet de décret en Conseil d'Etat modifiant le décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale.

Délibération n° CONS – 32 – 14 septembre 2017 – Avis relatif à l'ouverture des négociations sur la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

Délibération n° BUR. – 33 – 4 août 2017 – Avis relatif à l'ouverture des négociations en vue de la conclusion de l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes libérales.

Délibération n° CONS. – 34 – 15 septembre 2017 – Avis relatif à l'avenant n°11 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine.

Délibération n° BUR. – 35 – 2 octobre 2017 – Avis relatif à l'avenant n°13 à la convention nationale des orthoptistes libéraux.

Délibération n° CONS. – 37 – 4 octobre 2017 – Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Délibération n° BUR. – 38 – 20 octobre 2017 – Avis relatif à plusieurs propositions 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 l'orthoptie.

Délibération n° BUR. – 39 – 20 octobre 2017 – Avis relatif à l'ouverture des négociations conventionnelles avec les pharmaciens titulaires d'officine.

Délibération n° BUR. – 40 – 20 octobre 2017 – Avis relatif à l'ouverture des négociations conventionnelles sur la reconduction de la convention nationale des établissements thermaux.

Délibération n° CONS. – 41 – 27 novembre 2017 – Avis relatif à la signature d'une part, du protocole entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire sur le cofinancement du forfait patientèle médecin traitant et, d'autre part, de la convention nationale des médecins libéraux, conclue le 25 août 2016 et publiée au Journal officiel le 23 octobre 2016.

Délibération n° BUR. – 42 – 28 novembre 2017 – Avis relatif à l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes.

Délibération n° BUR. – 43 – 15 décembre 2017 – Avis relatif à l'avenant n°5 à la convention nationale des infirmiers libéraux.

Délibération n° BUR. – 44 – 18 décembre 2017 – Avis relatif à plusieurs propositions de modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Délibération n° BUR. – 45 – 22 décembre 2017 – Avis relatif à l'avenant n°12 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine.

Délibération n° BUR. – 46 – 22 janvier 2018 – Avis relatif à une proposition de modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, portant sur la biologie médicale.

Délibération n° BUR. – 47 – 22 janvier 2018 – Avis relatif à une proposition de modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, portant sur la biologie médicale.

Délibération n° BUR. – 48 – 2 janvier 2018 – Avis relatif à l'ouverture des négociations conventionnelles sur un ou deux avenants à la convention nationale des médecins libéraux.

Délibération n° BUR. – 49 – 22 janvier 2018 – Avis relatif à une proposition de modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, portant sur l'orthophonie.

Négociations conventionnelles

En 2017, l'UNOCAM a participé aux négociations conventionnelles avec les pharmaciens titulaires d'officine puis avec les chirurgiens-dentistes libéraux.

Participation aux instances conventionnelles nationales

L'UNOCAM est signataire de huit accords conventionnels depuis 2012. A ce titre, elle participe aux travaux de la Commission paritaire nationale des pharmaciens titulaires d'officine et à celle des chirurgiens-dentistes. La Commission paritaire nationale rassemble, pour chaque profession libérale de santé, l'assurance maladie obligatoire, les syndicats représentatifs de cette profession et signataires de sa convention nationale ou d'un avenant à celle-ci, ainsi que l'assurance maladie complémentaire si l'UNOCAM est elle-même signataire de cette convention ou d'un avenant à celle-ci.

L'UNOCAM est représentée avec voix délibérative, au sein de la section sociale, dans la Commission paritaire nationale des chirurgiens-dentistes et, depuis 2017, dans celle des pharmaciens titulaires d'officine. L'UNOCAM s'abstient de siéger quand la Commission paritaire nationale doit entendre un professionnel de santé et délibérer sur son exercice professionnel.

En 2017, l'UNOCAM a participé aux réunions de la Commission paritaire nationale des pharmaciens titulaires d'officine¹⁵. La Commission paritaire nationale des chirurgiens-dentistes ne s'est pas réunie en 2017.

L'UNOCAM est membre de l'Observatoire conventionnel national des pratiques tarifaires des chirurgiens-dentistes, ainsi que de l'Observatoire du suivi de la rémunération officinale¹⁶, instaurés par les partenaires conventionnels. Dans un objectif de transparence, notamment sur les tarifs à entente directe, l'Observatoire des chirurgiens-dentistes est essentiel. Suite à l'entrée en vigueur de la réforme de la

¹⁵ En 2017, la Commission paritaire nationale des pharmaciens titulaires d'officine s'est réunie deux fois : les 18 octobre et 14 décembre.

¹⁶ Créé en 2015, l'Observatoire du suivi de la mise en place des honoraires de dispensation des pharmaciens titulaires d'officine est devenu en 2017 l'Observatoire de suivi de la rémunération officinale.

marge officinale les 1^{er} janvier 2015¹⁷ et 1^{er} janvier 2018¹⁸, l'Observatoire des pharmaciens titulaires d'officine revêt également une grande importance.

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

Négociations conventionnelles avec les pharmaciens titulaires d'officine

Le 1^{er} février 2017, l'UNOCAM a décidé de participer aux négociations conventionnelles avec les pharmaciens titulaires d'officine¹⁹.

Entre le 22 février 2017 et le 20 juillet 2017, l'UNOCAM a participé aux négociations conventionnelles avec l'UNCAM et les deux syndicats représentatifs des pharmaciens : la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) et l'Union des syndicats des pharmaciens d'officine (USPO).

Ces négociations conventionnelles avaient notamment pour objet de poursuivre la diversification de la rémunération des pharmaciens, pour limiter l'impact de la variation du prix de certains médicaments, et de valoriser le rôle de professionnel de santé du pharmacien.

Les négociations conventionnelles devaient initialement porter sur la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, arrivant à échéance le 5 mai 2017. Pour des raisons d'ordre juridique et de calendrier, l'UNCAM et les syndicats ont décidé lors de la première réunion que les négociations conventionnelles porteraient en fait sur un avenant à la convention nationale.

Il était entendu que si les négociations conventionnelles ne s'avéraient pas satisfaisantes pour les syndicats, ceux-ci pourraient dénoncer la convention nationale avant le 5 mai 2017.

Huit réunions de négociation ont eu lieu entre le 22 février et le 26 avril 2017. Des réunions techniques tripartites ou bilatérales se sont également tenues.

¹⁷ Cf. avenant n° 5 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signé le 21 mai 2014 et publié au Journal Officiel du 2 décembre 2014, et arrêté du 28 novembre 2014 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu, publié au Journal Officiel du 2 décembre 2014.

¹⁸ Cf. avenant n°11 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signé le 20 juillet 2017 et publié au Journal Officiel du 16 décembre 2017, et arrêté du 12 décembre 2017 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu, publié au Journal Officiel du 13 décembre 2017.

¹⁹ Cf. délibération n°3 du Conseil de l'UNOCAM du 1^{er} février 2017.

La réunion du 26 avril 2017 était censée être conclusive. Lors de cette réunion, l'UNCAM a fait le constat suivant lequel les travaux conventionnels avaient abouti pour une partie des sujets (nouvelles missions et rémunération sur objectifs de santé publique - ROSP -), mais qu'un travail était encore nécessaire sur le transfert d'une partie de la marge réglementée vers de nouveaux honoraires de dispensation.

L'UNCAM a donc proposé deux options :

- prendre acte de l'échec des négociations conventionnelles, ce qui pousserait les syndicats à dénoncer la convention nationale et aurait pour conséquence l'ouverture de négociations sur la convention nationale dans les six mois ;
- prendre acte des points d'accord entre les partenaires conventionnels (dans un protocole d'accord) et fixer un calendrier pour la conclusion d'un avenant d'ici la fin du mois de juillet 2017 avec pour objectif l'entrée en vigueur de nouvelles mesures dès 2018.

Le 27 avril 2017, les syndicats ont annoncé leur volonté de signer le protocole d'accord. Le 18 mai 2017, l'UNOCAM a décidé de signer ce protocole d'accord²⁰. Le protocole d'accord a été signé en date du 18 mai 2017 par l'UNCAM, l'UNOCAM, la FSPF et l'USPO.

Les discussions conventionnelles ont repris le 13 juin 2017. L'UNOCAM a participé aux quatre séances de négociation ainsi qu'aux réunions techniques.

Le 20 juillet 2017, l'avenant n°11 a été signé par l'UNCAM et l'USPO.

Cet avenant prolonge les mesures mises en œuvre à compter de 2015 visant à déconnecter la rémunération des pharmaciens d'officine du prix des médicaments (transformation d'une partie de marge en honoraires de dispensation). Sur une période de deux ans, la moitié de la marge réglementée sera transférée progressivement vers de nouveaux honoraires de dispensation. En 2018, la première étape de l'évolution de la rémunération des pharmaciens d'officine consiste à faire évoluer les taux de la marge réglementée (par voie réglementaire). Au 1^{er} janvier 2019, trois honoraires à la dispensation seront créés, en substitution de la part de la marge réglementée qui aura été transférée (60% du transfert global envisagé). Au 1^{er} janvier 2020, trois honoraires (honaire de dispensation particulière, honoraire lié à l'âge et honoraire pour ordonnance complexe) seront revalorisés, en substitution de la part de la marge réglementée qui aura été transférée (40% du transfert global envisagé). La fixation du montant de la contribution financière supplémentaire nécessaire à la réforme doit garantir une répartition financière équilibrée entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, sur toute la période d'investissement.

Pour l'UNOCAM, un des enjeux majeurs de ces négociations conventionnelles avec les pharmaciens titulaires d'officine était de continuer de désensibiliser, au maximum,

²⁰ Cf. délibération n°19 du Conseil de l'UNOCAM du 18 mai 2017.

la rémunération des pharmaciens d'officine des prix des médicaments présentés au remboursement. L'avenant n°11 poursuit la réforme de la rémunération des pharmaciens d'officine dans des conditions satisfaisantes pour l'assurance maladie complémentaire. Le 15 septembre 2017, l'UNOCAM a donc décidé de devenir signataire de cet avenant²¹. En outre, en signant cet avenant, l'UNOCAM a obtenu une voix délibérative à la Commission paritaire nationale des pharmaciens titulaires d'officine.

L'avenant n°11 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine a été publié au Journal Officiel du 16 décembre 2017²². L'arrêté modifiant les marges au 1^{er} janvier 2018 a été publié au Journal Officiel du 13 décembre 2017²³.

Dans la continuité de l'avenant n°11, des négociations conventionnelles avec les pharmaciens titulaires d'officine ont été ouvertes afin d'actualiser la ROSP relative aux médicaments génériques et de mettre en œuvre le bilan partagé de médication. L'UNOCAM a décidé de ne pas participer à ces discussions et de ne pas signer l'avenant n°12 conclu à leur issue^{24&25}.

Négociations conventionnelles avec les chirurgiens-dentistes libéraux

- En 2016 et au début de l'année 2017, l'UNOCAM a participé aux négociations conventionnelles sur un projet d'avenant n°4 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes. Ces négociations conventionnelles avaient pour principaux objets de renforcer la prévention, de rééquilibrer l'activité dentaire entre soins de prévention, conservateurs et chirurgicaux d'une part et soins prothétiques d'autre part et de mettre en place des mesures pour améliorer la répartition géographique des chirurgiens-dentistes. Il était notamment prévu de plafonner les tarifs à entente directe de certains actes prothétiques.

Les discussions conventionnelles ont été perturbées par l'adoption de l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Cette disposition prévoyait la publication d'un règlement arbitral sur les questions tarifaires à défaut de la signature avant le 1^{er} février 2017 d'un avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

Le 31 janvier 2017, l'UNOCAM a dû constater l'échec des négociations.

²¹ Cf. délibération n°34 du Conseil de l'UNOCAM du 15 septembre 2017.

²² Cf. avenant n°11 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signé le 20 juillet 2017 et publié au Journal Officiel du 16 décembre 2017.

²³ Cf. arrêté du 12 décembre 2017 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu, publié au Journal Officiel du 13 décembre 2017

²⁴ Cf. délibération n°39 du Bureau de l'UNOCAM du 20 octobre 2017 et délibération n°45 du Bureau de l'UNOCAM du 22 décembre 2017.

²⁵ L'avenant n°12 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine a été signé le 21 novembre 2017 par l'UNOCAM d'une part et la FSPF et l'USPO d'autre part.

Un arbitre, M. Bertrand FRAGONARD, a alors été désigné. Les 14 février 2017 et 3 mars 2017, l'UNOCAM a fait part à l'arbitre des positions qu'elle a défendues dans les négociations conventionnelles. L'UNOCAM a été auditionnée par l'arbitre le 21 février 2017.

Le règlement arbitral a été publié au Journal Officiel le 31 mars 2017²⁶. Ce texte instaurait notamment un mécanisme de rééquilibrage de l'activité des chirurgiens-dentistes, sur quatre années (2018 à 2021), qui consistait à revaloriser progressivement le tarif de 40 actes de soins conservateurs et chirurgicaux, en contrepartie de l'instauration de prix limites de facturation dégressifs sur 26 actes prothétiques qui font l'objet d'honoraires à entente directe.

- Le 13 juillet 2017, la Ministre des Solidarités et de la Santé a reçu les trois syndicats dentaires représentatifs : la Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL), la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) et l'Union dentaire (UD). A l'issue de cette rencontre, la Ministre a annoncé dans un communiqué de presse la réouverture des négociations conventionnelles avec les chirurgiens-dentistes ainsi que le report d'un an, du 1^{er} janvier 2018 au 1^{er} janvier 2019, de mesures prévues par le règlement arbitral et devant entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2018²⁷. Par courrier en date du 20 juillet 2017, l'UNOCAM a fait savoir à la Ministre qu'elle aurait souhaité être consultée avant cette annonce.

Dans sa lettre d'orientations adressée au Directeur général de l'UNOCAM en date du 18 juillet 2017, la Ministre des Solidarités et de la Santé a rappelé « *l'engagement du Président de la République d'offrir à tous les Français d'ici 2022 un accès à des offres sans aucun reste à charge pour les prothèses dentaires* ». Trois objectifs pour ces nouvelles négociations conventionnelles ont été définis : l'amélioration de l'accès financier aux soins ; le renforcement de la prévention ; l'attention portée aux publics les plus fragiles. Le 20 juillet 2017, le Conseil de l'UNOCAM a adopté ses quatre orientations en vue des négociations conventionnelles, qui reprennent, précisent et complètent les objectifs ministériels.

²⁶ Cf. arrêté du 29 mars 2017 portant approbation du règlement arbitral organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie.

²⁷ L'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 prévoit le report d'un an, du 1^{er} janvier 2018 au 1^{er} janvier 2019, de certaines mesures du règlement arbitral. La revalorisation des soins de prévention, conservateurs et chirurgicaux et le plafonnement des tarifs à entente directe sur les soins prothétiques sont repoussés. Les montants de la clause de sauvegarde, qui conditionne les nouvelles étapes de revalorisation et de plafonnement, sont légèrement modifiés. Les autres mesures du règlement arbitral (notamment relatives aux tarifs sociaux) sont déjà entrées en vigueur ou inchangées.

Le 14 septembre 2017, l'UNOCAM a décidé de participer à ce nouveau cycle de négociations conventionnelles avec les chirurgiens-dentistes²⁸.

Ces négociations conventionnelles portent cette fois sur une nouvelle convention nationale des chirurgiens-dentistes. Comme les précédentes, les discussions ont pour objectif de rééquilibrer l'activité des chirurgiens-dentistes entre soins de prévention, conservateurs et chirurgicaux d'une part et actes prothétiques d'autre part. Cela suppose de revaloriser progressivement les soins de prévention, conservateurs et chirurgicaux, en contrepartie de l'instauration de plafonds pour une part significative des actes prothétiques soumis à entente directe. A cela s'ajoute l'objectif d'un reste à charge nul sur une partie des actes prothétiques plafonnés²⁹.

Dans le respect de son mandat de négociation, l'UNOCAM a participé aux négociations conventionnelles qui ont débuté le 15 septembre 2017. Elle a assisté aux réunions plénières ainsi qu'aux groupes de travail techniques.

Dans le cadre de ces négociations conventionnelles, l'UNOCAM a rencontré, de manière bilatérale, l'UNCAM³⁰, parfois en présence de la DSS³¹ s'agissant de la définition du panier de soins prothétiques qui pourrait être sans reste à charge. L'UNOCAM a reçu la FSDL³², la CNSD³³ et l'UD³⁴. Elle a également rencontré l'Union nationale patronale des prothésistes dentaires (UNPPD)³⁵.

Lors des séances de négociation et de ces rencontres bilatérales, l'UNOCAM a tenu la position suivante :

- l'UNOCAM soutient l'approche qui consiste à rééquilibrer l'activité des cabinets dentaires entre soins de prévention, conservateurs et chirurgicaux d'une part et actes prothétiques d'autre part ;
- l'UNOCAM n'est pas opposée au principe de voir créer un panier de soins sans reste à charge, un panier de soins à reste à charge maîtrisé et un panier de soins à tarifs libres.

Pour l'UNOCAM, dans le cadre du reste à charge nul, le niveau des plafonds doit nécessairement se situer à un niveau inférieur au niveau

²⁸ Cf. délibération n°32 du Conseil de l'UNOCAM du 14 septembre 2017.

²⁹ Cf. infra, page 26.

³⁰ Les 14 novembre 2017 et 6 décembre 2017.

³¹ Les 11 et 13 décembre 2017.

³² Le 30 novembre 2017.

³³ Le 1^{er} décembre 2017.

³⁴ Le 1^{er} décembre 2017.

³⁵ Le 10 octobre 2017.

proposé dans le projet d'avenant n°4, compte tenu des impacts financiers liés à la prise en charge de ce panier de soins par les organismes complémentaires d'assurance maladie.

Tout l'enjeu de ces négociations conventionnelles réside dans la définition des paniers de soins, notamment de celui sans reste à charge. Fin 2017, au vu des propositions faites par l'UNCAM, l'UNOCAM a alerté les pouvoirs publics et l'UNCAM sur le fait que le surcoût pour les organismes complémentaires d'assurance maladie pourrait être difficilement soutenable et provoquer une hausse importante des cotisations des adhérents et assurés.

L'ensemble des partenaires conventionnels a décidé de poursuivre les travaux en 2018 en vue de la conclusion d'une nouvelle convention nationale des chirurgiens-dentistes.

Travaux sur le forfait patientèle médecin traitant

- En 2016, l'UNOCAM a participé aux négociations sur la convention nationale des médecins libéraux.

La convention nationale des médecins libéraux a été signée le 25 août 2016 par l'UNCAM, MG France, la Fédération des médecins de France (FMF) et Le Bloc. Elle a été publiée au Journal officiel le 23 octobre 2016. Le syndicat des médecins libéraux (SML) a également décidé d'adhérer à la convention nationale le 6 janvier 2018. En décidant le 26 mai 2018 de devenir signataire de l'avenant n°6 à la convention nationale des médecins libéraux, relatif à la télémédecine, la Confédération des syndicats médicaux français (CSFM) a choisi de devenir partenaire conventionnel.

Le texte prévoit la suppression du forfait médecin traitant et l'évolution de son financement par l'assurance maladie complémentaire à partir de 2018. Il instaure un forfait patientèle médecin traitant que l'assurance maladie complémentaire sera appelée à cofinancer, suivant des modalités qui restent à déterminer, à compter de 2018.³⁶

L'incertitude sur la définition des modalités de financement du forfait patientèle médecin traitant d'une part et l'importance des montants demandés aux organismes complémentaires d'assurance maladie d'autre part ont conduit alors l'UNOCAM à ne pas accepter, en l'état, la proposition faite par l'UNCAM, dans la convention nationale des

³⁶ La convention nationale prévoit que, dans le cadre de la mise en place de cette nouvelle modalité, la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement du forfait patientèle médecin traitant soit portée de 150 millions d'euros en 2017 à 250 millions d'euros en 2018 et 300 millions d'euros en 2019.

médecins libéraux, d'augmenter la contribution de l'assurance maladie complémentaire au financement de forfaits. C'est pourquoi, le 16 septembre 2016, le Conseil de l'UNOCAM a décidé de ne pas signer la convention nationale des médecins libéraux dans l'immédiat³⁷. La signature de l'UNOCAM restait liée à la définition des modalités de mise en œuvre du forfait patientèle médecin traitant avec l'assurance maladie obligatoire.

- La convention nationale prévoit de poursuivre le développement des rémunérations forfaitaires³⁸. L'UNOCAM a accueilli favorablement l'ouverture d'un chantier portant sur la définition, avant la fin 2017, d'une modalité technique et financière devant permettre à chaque organisme complémentaire d'assurance maladie de cofinancer le forfait patientèle médecin traitant à compter de 2018, en toute transparence pour les praticiens, pour les adhérents ou assurés et pour les entreprises (employeurs et salariés).

De nombreuses réunions de travail ont eu lieu entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'UNOCAM, parfois en présence de la DSS³⁹.

La CNAMTS et l'UNOCAM ont travaillé sur un projet de protocole entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire relatif au cofinancement du forfait patientèle médecin traitant.

Le 27 novembre 2017, l'UNOCAM a décidé de devenir signataire de ce protocole puis de la convention nationale des médecins libéraux sous réserve d'obtenir des clarifications de la DSS et de la CNAMTS sur trois points : les modalités permettant de garantir que tous les organismes complémentaires d'assurance maladie contribueront effectivement, par l'intermédiaire du « tiers AMC⁴⁰ », au financement du forfait patientèle médecin traitant pour la part due par chacun au titre de ses adhérents ou assurés ; le « fait générateur » qui permettrait le paiement direct du médecin traitant par les organismes complémentaires d'assurance

³⁷ Cf. délibération n°15 du Conseil de l'UNOCAM du 16 septembre 2016 et communiqué de presse du 16 septembre 2016.

³⁸ Extrait de l'article 15.4.1 de la convention nationale « *L'UNOCAM, l'UNOCAM et les syndicats médicaux considèrent que la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement des rémunérations forfaitaires des médecins traitants, qui a été amorcée dans la convention précédente, peut se poursuivre si elle prend une forme différente* »

³⁹ Quatre réunions techniques ont eu lieu entre la CNAMTS et l'UNOCAM. Trois réunions plus politiques entre la CNAMTS et l'UNOCAM se sont également tenues. La CNAMTS et l'UNOCAM ont rencontré la DSS à deux reprises.

⁴⁰ Ce tiers de confiance devait servir d'intermédiaire, d'une part, dans la transmission des informations nécessaires à chaque organisme complémentaire d'assurance maladie pour le calcul de la part due par lui aux médecins ainsi que pour l'imputation de ces sommes à chaque contrat et, d'autre part, dans le paiement aux médecins traitants.

maladie sans émission de facture par un médecin ; les précisions concernant les modalités de mise en œuvre de la contribution financière de la CNAMTS prévue dans le protocole.⁴¹

Dans la mesure où les modalités techniques et financières permettant le cofinancement du forfait patientèle médecin traitant par les organismes complémentaires d'assurance maladie ne sont pas opérationnelles pour 2018, l'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 prolonge, pour 2018, le mode de financement actuel⁴².

Lors de sa rencontre avec la DSS du 30 novembre 2017, l'UNOCAM a obtenu certaines précisions. Elle a reçu l'expertise écrite de la DSS le 26 décembre 2017.

Dans son courrier, la DSS indiquait que le concours des organismes complémentaires d'assurance maladie devait constituer une charge technique en tant que complément du « *coût du sinistre* », ce qui répondait à l'une des inquiétudes de l'assurance maladie complémentaire. Néanmoins, la DSS se prononçait en faveur d'un concours relevant de la catégorie des impositions de toute nature, recouvré par un tiers de confiance et versé par celui-ci aux médecins traitants pour le compte de la CNAMTS. Cette orientation ne répondait pas aux attentes de l'UNOCAM consistant à créer un mécanisme alternatif à la taxe existante.

En l'état, la proposition n'a donc pas recueilli l'accord du Bureau de l'UNOCAM, réuni le 22 janvier 2018.

Par courrier en date du 26 janvier 2018, l'UNOCAM a fait part de cette décision à la DSS. Lors de sa réunion bilatérale avec l'UNOCAM du 12 février 2018, l'UNOCAM a exposé sa position.

Le 9 mars 2018, l'UNOCAM a décidé de ne pas signer le protocole entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire relatif au cofinancement du forfait patientèle médecin traitant⁴³. L'UNOCAM a précisé, qu'en tout état de cause, l'assurance maladie complémentaire assumera ses responsabilités dans sa relation avec l'assurance maladie obligatoire et la profession médicale.

- La convention nationale des médecins libéraux a supprimé le contrat d'accès aux soins (CAS) au profit de deux options : l'option pratique tarifaire maîtrisée, applicable à l'ensemble des médecins (OPTAM), et l'option pratique tarifaire maîtrisée, applicable aux médecins exerçant

⁴¹ Cf. délibération n°41 du Conseil de l'UNOCAM du 27 novembre 2017.

⁴² Pour un montant de 250 millions d'euros.

⁴³ Cf. délibération n°6 du Conseil de l'UNOCAM du 9 mars 2018.

une spécialité de chirurgie ou une spécialité de gynécologie-obstétrique (OPTAM-CO).

S'agissant de la transition du CAS aux OPTAM, l'UNOCAM a rencontré la DSS le 10 janvier 2017⁴⁴ et a eu plusieurs échanges électroniques avec elle. A sa demande, l'UNOCAM a été consultée sur les projets de courriers relatifs à cette transition à destination des fédérations qui constituent l'UNOCAM et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

L'UNOCAM a sollicité la CNAMTS sur les modalités de la transmission, aux organismes complémentaires d'assurance maladie, des données individuelles sur les adhésions des médecins libéraux à l'OPTAM et à l'OPTAM-CO⁴⁵.

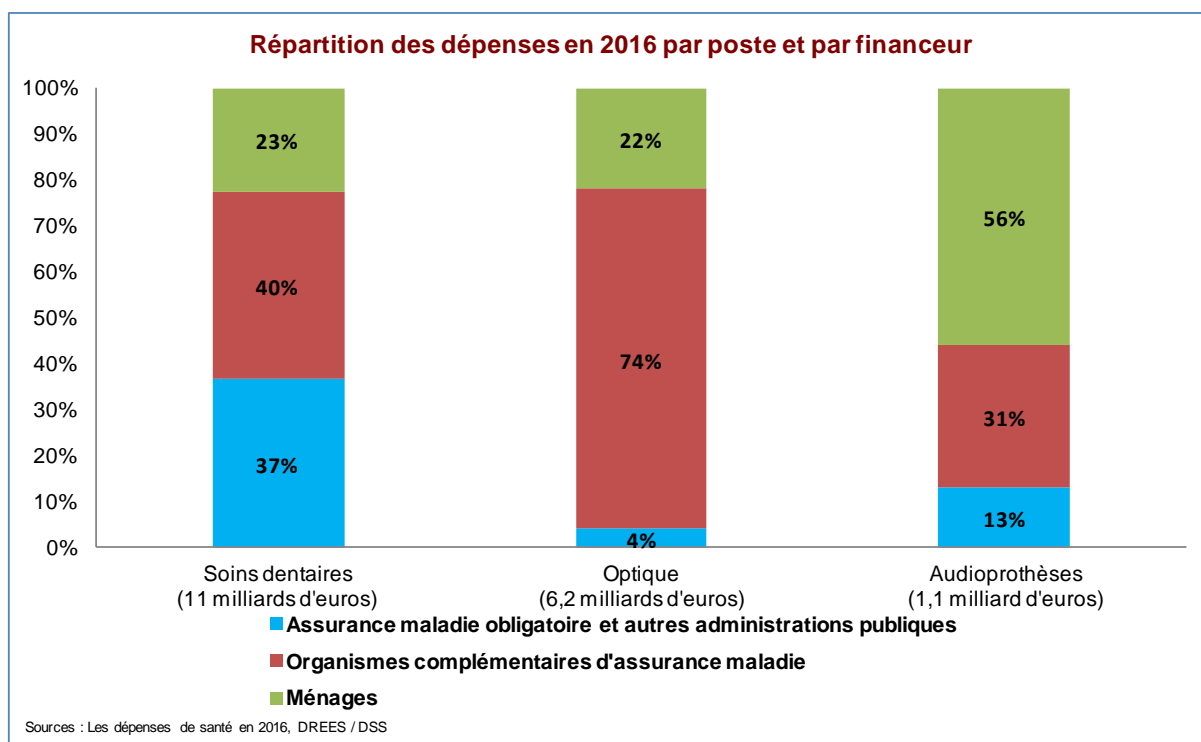
⁴⁴ Une première réunion avait eu lieu le 20 septembre 2016.

⁴⁵ Deux réunions techniques ont eu lieu les 17 janvier 2017 et 21 avril 2017.

Travaux avec les pouvoirs publics

Répartition des dépenses en 2016 par financeur pour le dentaire, l'optique et les aides auditives

Le graphique ci-dessous, issu de données de la DREES et de la DSS, présente en 2016 la part des dépenses prises en charge, par financeur, dans les secteurs du dentaire, de l'optique et des aides auditives. Les pouvoirs publics souhaitent limiter le reste à charge des patients dans ces trois secteurs.



Maîtrise des restes à charge dans les secteurs du dentaire, de l'optique et des aides auditives

Conformément à l'engagement du Président de la République, le Premier Ministre a annoncé le 4 juillet 2017, dans son discours de politique générale, que « *d'ici la fin du quinquennat tous les Français auront accès à des offres sans aucun reste à charge pour les lunettes, les soins dentaires et les aides auditives.* »

La DSS a engagé des travaux sur le reste à charge nul en octobre 2017. A la demande des fédérations qui la constituent, l'UNOCAM a été conviée à participer à ces travaux en novembre 2017.

Les fédérations et l'UNOCAM ont rencontré la DSS (en présence de l'UNCAM et, ponctuellement, dans des configurations plus larges) à plusieurs reprises pour travailler sur le « *reste à charge zéro* » en dentaire, optique et pour les aides auditives⁴⁶.

S'agissant de l'optique et des aides auditives, les travaux sont menés exclusivement dans le cadre de discussions avec la DSS.

S'agissant du dentaire, des discussions ont lieu, d'une part, avec la DSS et, d'autre part, dans le cadre des négociations conventionnelles avec les chirurgiens-dentistes.

Si l'UNOCAM partage l'objectif des pouvoirs publics de maîtriser les restes à charge, elle insiste sur le fait que l'effort permettant de proposer aux patients des offres sans reste à charge doit être partagé entre les différents acteurs : assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire et professionnels de santé.

Fin 2017, l'UNOCAM s'est inquiétée du coût des mesures alors envisagées. Celles-ci pourraient entraîner un surcoût pour les organismes complémentaires d'assurance maladie qui serait insoutenable et provoquerait nécessairement une hausse importante des cotisations des adhérents et assurés.

Les travaux se sont poursuivis en 2018 avec l'ensemble des acteurs des trois secteurs.

⁴⁶ Les réunions auxquelles l'UNOCAM a été conviée ont eu lieu les 7 décembre 2017 (optique puis aides auditives) 11 décembre 2017 (dentaire) et 14 décembre 2017 (aides auditives). D'autres réunions sont prévues en 2018.

Lisibilité des garanties

L'UNOCAM travaille depuis 2010 sur la lisibilité des garanties

L'amélioration de la lisibilité des garanties est un sujet important sur lequel l'UNOCAM travaille depuis 2010.

En octobre 2010, les fédérations membres de l'UNOCAM ont signé une « *Déclaration commune portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties* », 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* ». Ces trois documents sont consultables et téléchargeables sur le site www.unocam.fr.

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.

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.

En janvier 2013, l'UNOCAM a publié la brochure « *3 clés pour bien choisir* » dans la continuité de ses recommandations sur la lisibilité des garanties. Ce document est également consultable et téléchargeable sur le site www.unocam.fr.

En 2017, l'UNOCAM a approfondi ses travaux sur la lisibilité des garanties

Conscientes de leurs responsabilités et attachées à leur autonomie, les fédérations membres de l'UNOCAM entendent poursuivre leur action en faveur de l'amélioration de la lisibilité des garanties.

A la demande des fédérations qui la constituent, l'UNOCAM a approfondi en 2017 ses travaux sur la lisibilité des garanties.

Les objectifs de ces travaux sont, d'une part, de présenter aux pouvoirs publics une proposition sur l'amélioration de la lisibilité des garanties des organismes complémentaires d'assurance maladie et, d'autre part, de répondre aux besoins des adhérents et assurés sur le choix et la bonne compréhension de leurs garanties et contrats.

Les actions à mener devront tenir compte des chantiers ouverts par ailleurs par les pouvoirs publics sur les « *restes à charge zéro* ».

A ce stade, l'UNOCAM a envisagé deux types d'actions :

- des actions pédagogiques pour le grand public et les adhérents et assurés dont l'objectif est d'apporter à l'ensemble des acteurs une meilleure compréhension, en général, des contrats de complémentaire santé ;
- des recommandations aux organismes complémentaires d'assurance maladie portant sur les garanties et contrats en vue de permettre aux adhérents et assurés, ainsi qu'aux prospects, de mieux comprendre leurs contrats et, plus particulièrement, leurs restes à charge.

Les travaux engagés en 2017 vont se poursuivre en 2018 et donner lieu à des échanges avec la DSS mais aussi avec les associations d'usagers, afin de mettre en œuvre rapidement certaines actions.

Comité économique des produits de santé

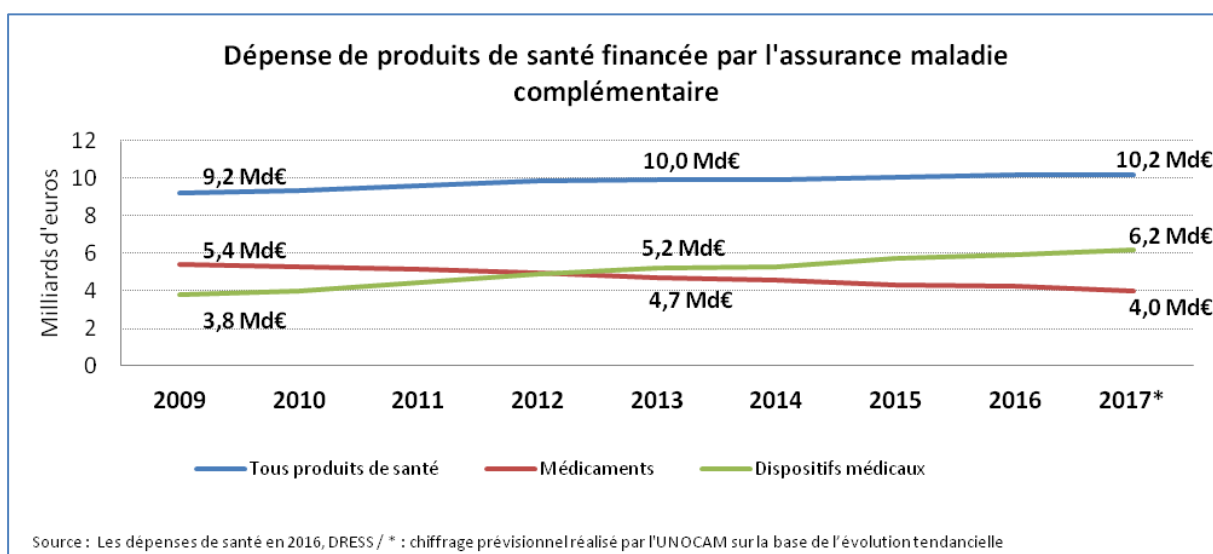
L'UNOCAM est membre du CEPS, avec voix délibérative.

La dépense des organismes complémentaires d'assurance maladie relative aux produits de santé continue de progresser

Son taux d'augmentation est de 1,5% en 2016. Selon les estimations de l'UNOCAM, cette croissance devrait légèrement ralentir en 2017 (+0,2%)⁴⁷.

Constatée malgré la baisse de la dépense remboursée de médicaments, cette progression résulte de la dynamique et du poids de la dépense des dispositifs médicaux financée par l'assurance maladie complémentaire.

La maîtrise de la dépense des dispositifs médicaux, à travers les baisses de tarifs par exemple, constitue un enjeu important pour l'assurance maladie complémentaire.



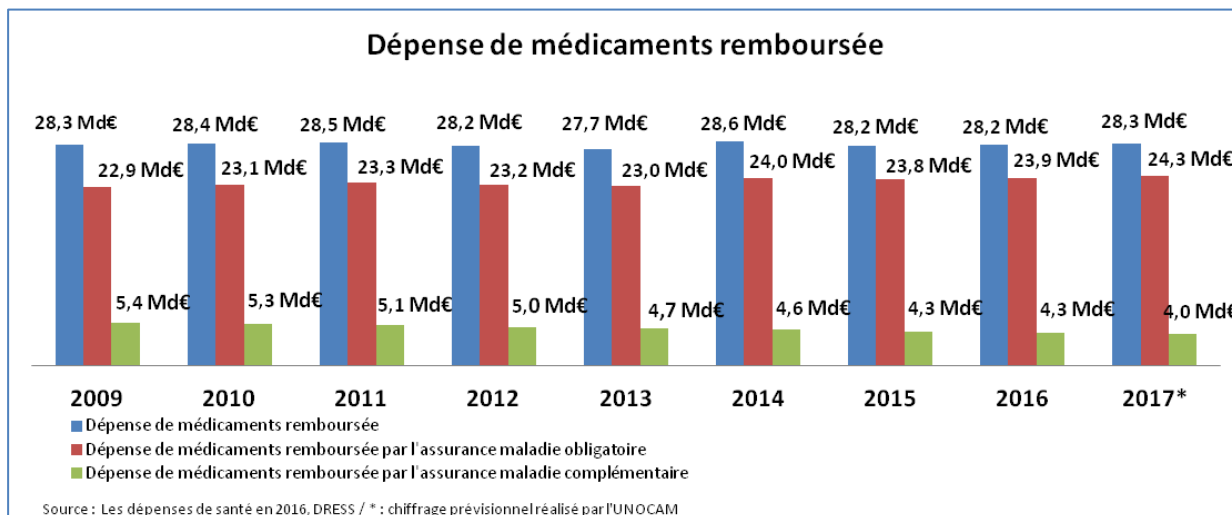
Pour l'assurance maladie complémentaire, la baisse de la dépense de médicaments remboursée se poursuit

La dépense de médicaments remboursée par l'assurance maladie complémentaire devrait baisser en 2017, pour la huitième année consécutive⁴⁸. Cette tendance

⁴⁷ La dépense prévisionnelle pour l'année 2017 est estimée sur la base de l'évolution tendancielle.

⁴⁸ Cf. *Les dépenses de santé en 2016*, DREES, édition 2017.

baissière s'explique par la dynamique des dépenses de soins remboursés à 100% par l'assurance maladie obligatoire au titre des affections de longue durée (ALD), par les baisses de prix des médicaments négociées par le CEPS et par le développement du marché des médicaments génériques.

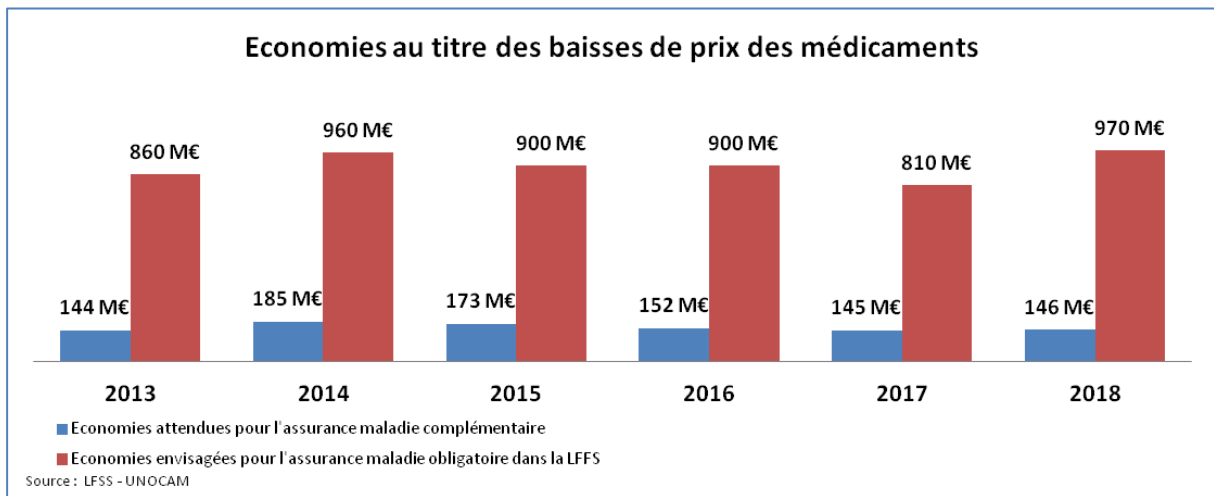


Décidées en 2017, les économies attendues au titre des baisses de prix des médicaments resteront importantes en 2018

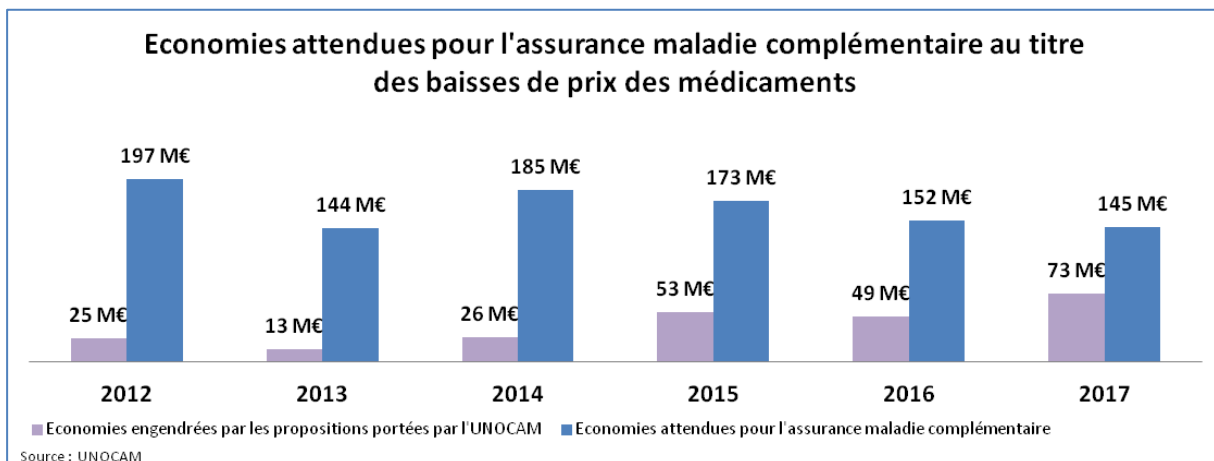
L'objectif de contribution de l'ensemble des acteurs du secteur du médicament à la réduction de la dépense de l'assurance maladie obligatoire n'a jamais été fixé à un niveau aussi élevé que pour 2018. L'objectif défini par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, s'élève à 970 millions d'euros au titre des baisses de prix, soit une augmentation de 160 millions d'euros par rapport à 2017.

Les baisses de prix négociées par le CEPS sont souvent orientées vers les classes thérapeutiques où la dépense de l'assurance maladie obligatoire est élevée (antirétroviraux, anticancéreux, médicaments orphelins, etc.). Toutefois, les économies attendues pour l'assurance maladie complémentaire restent significatives en 2018. Elles sont estimées à 146 millions d'euros.

Les économies nettes attendues sur le champ du médicament pour l'année 2018 devront cependant être appréciées au regard des nouvelles dépenses des organismes complémentaires d'assurance maladie sur le champ du médicament et notamment celles associées à la mise en œuvre de l'avenant n°11 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine.



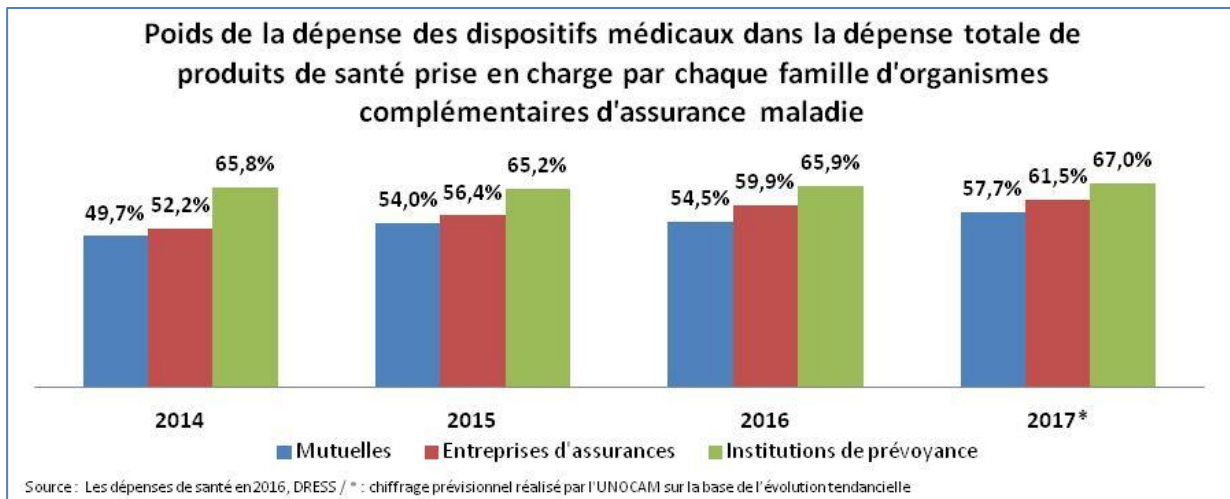
L'UNOCAM mène actuellement des travaux visant à mieux mesurer, sur la part complémentaire des dépenses, les économies effectivement constatées chaque année.



Les décisions du CEPS sont collégiales. Néanmoins, les économies prévues pour l'assurance maladie complémentaire sont pour partie liées aux propositions portées par le représentant de l'UNOCAM. Conformément au mandat-cadre du représentant de l'UNOCAM au CEPS, ces propositions visent à renforcer l'efficacité de la dépense de médicaments remboursée par l'assurance maladie complémentaire. En pratique, elles consistent pour l'essentiel à réduire les écarts de prix entre les médicaments comparables.

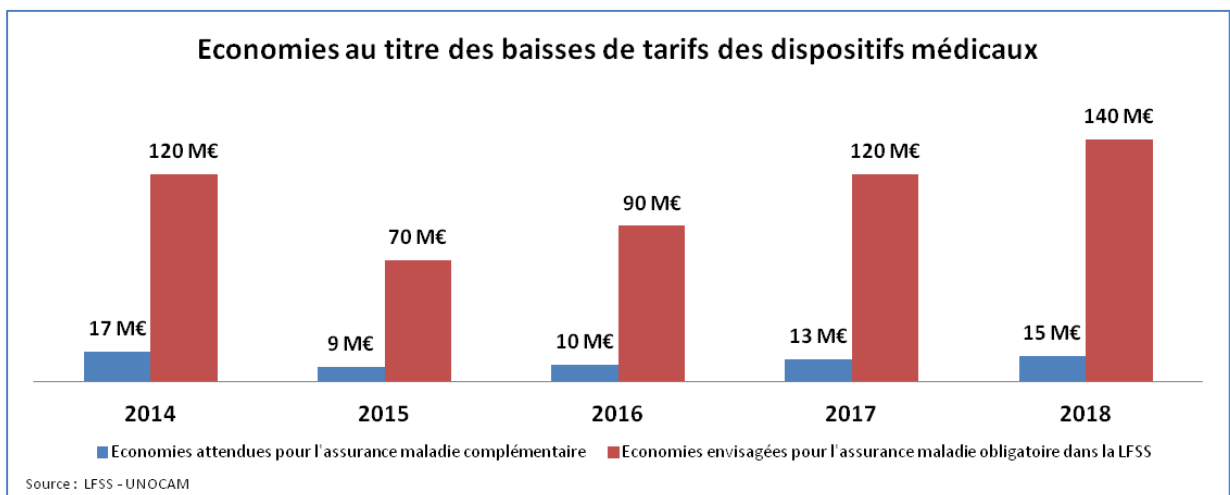
En 2017, la part de la dépense de dispositifs médicaux⁴⁹ remboursée dans la dépense totale des produits de santé devrait continuer d'augmenter pour chaque famille d'organismes complémentaires d'assurance maladie

Ce phénomène est constaté depuis plusieurs années pour les institutions de prévoyance. Il a été observé, pour la première fois, en 2013 pour les entreprises d'assurances et en 2015 pour les mutuelles.



Ce phénomène a deux causes essentielles :

- un taux de croissance annuel moyen élevé (+6,4% pour les dispositifs médicaux, contre -3,9% pour les médicaments sur la période 2010-2017) ;
- un objectif public plus limité de régulation (sur les pansements, petits matériels, etc.)

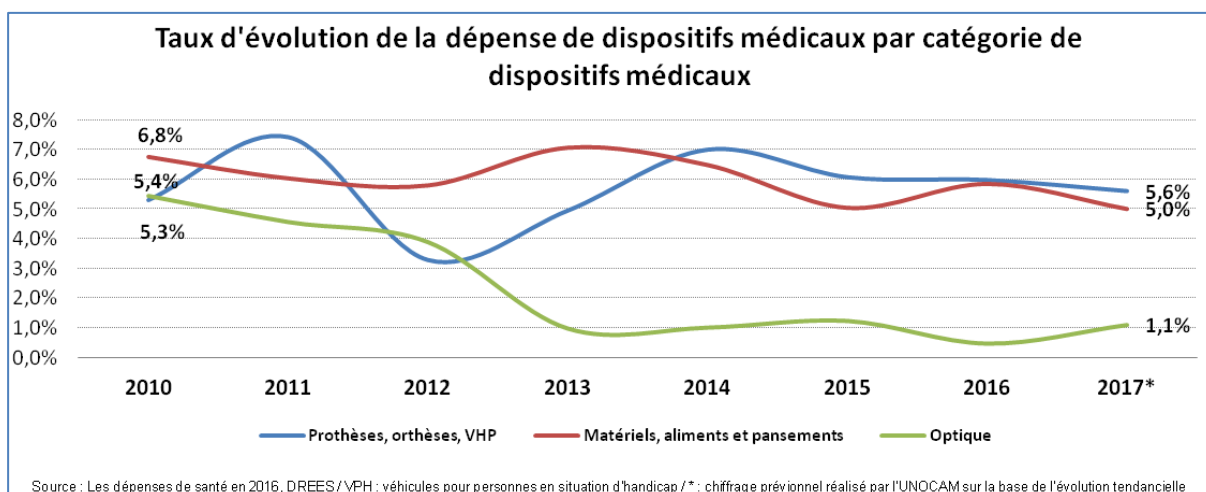


⁴⁹ Les dispositifs médicaux regroupent non seulement les prothèses, les orthèses, les véhicules pour personnes en situation de handicap, les petits matériels (masques, gants stériles, abaisse-langue, etc.) et les pansements, mais aussi l'optique et les aides auditives.

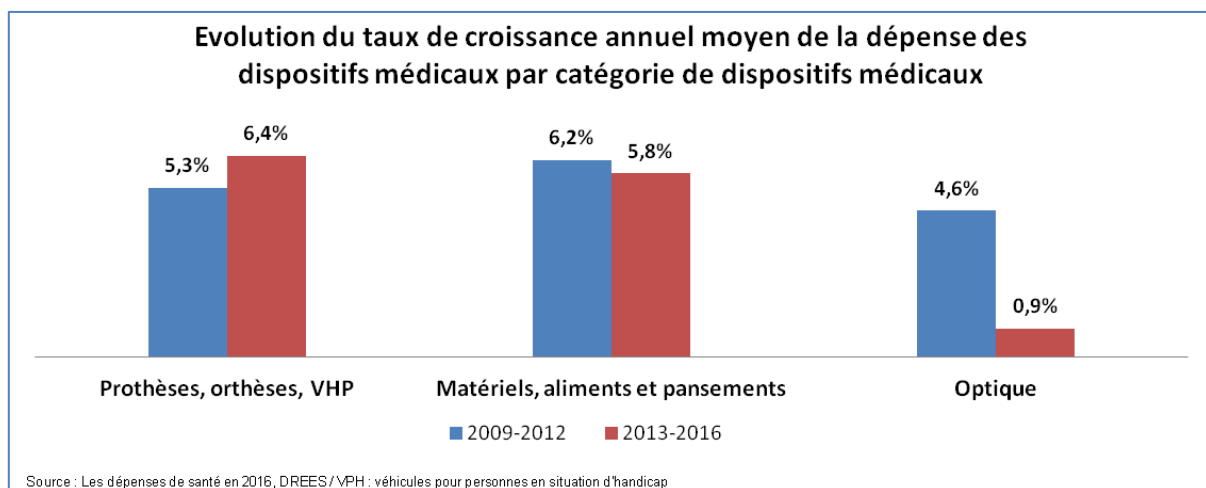
Pour 2018, l'objectif d'économie sur le champ des dispositifs médicaux est en progression par rapport à 2017.

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

La dépense d'optique devrait continuer de représenter autour de 40% de la dépense totale de dispositifs médicaux en 2017. En 2016, la dépense d'optique s'élève à 6,2 milliards d'euros et elle croît en moyenne de 1% par an depuis 2013. Ce taux d'évolution reste nettement inférieur au taux d'évolution des autres grandes catégories de dispositifs médicaux (prothèses, orthèses, petits matériels et pansement).



Cette évolution conjoncturelle confirme le ralentissement tendanciel de la croissance de la dépense d'optique observée depuis 2011, alors que la croissance des autres catégories de dispositifs médicaux se maintient à un niveau élevé sur la longue période.



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

Institut des données de santé

La bonne gouvernance du système de santé requiert une connaissance partagée de son fonctionnement et de ses financements. C'est dans cet esprit que l'Institut des données de santé (IDS) avait été créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Ce groupement d'intérêt public était constitué par l'État, les caisses nationales d'assurance maladie et des représentants de la société civile, parmi lesquels l'UNOCAM qui a contribué à son financement.

Depuis sa création, l'IDS avait favorisé 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.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé⁵⁰ modifie profondément, dans ses principes et son organisation, l'accès aux bases de données. Elle a prévu notamment la création d'un Institut national des données de santé (INDS) qui s'est substitué à l'IDS⁵¹.

De l'IDS à l'INDS

Le 6 mars 2017, l'UNOCAM a décidé d'approuver l'avenant à la convention constitutive de l'IDS qui fonde l'INDS. L'UNOCAM a alors confirmé son adhésion en tant que membre du groupement d'intérêt public. L'UNOCAM a prévu de dresser un bilan de l'action de l'INDS au premier semestre 2018, au regard des réponses apportées aux questions aujourd'hui en suspens, qui intéressent les organismes complémentaires d'assurance maladie dans leurs accès aux bases de données de remboursement. Sur la base de ce bilan, l'UNOCAM décidera de rester membre ou de se retirer de l'INDS avec date d'effet au 1^{er} janvier 2019.

⁵⁰ La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a été publiée au Journal Officiel du 27 janvier 2017.

⁵¹ L'arrêté du 20 avril 2017 portant approbation d'un avenant à la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Institut des données de santé » portant création du groupement d'intérêt public « Institut national des données de santé » a été publié au Journal Officiel du 23 avril 2017.

Le 20 novembre 2017 l'UNOCAM a décidé de signer la convention constitutive de l'INDS actualisée pour tenir compte de l'adhésion de nouveaux membres⁵².

Les difficultés à résoudre

La loi de modernisation de notre système de santé a prétendu ouvrir les accès aux bases de données. Elle les a en fait encadrés, voire potentiellement restreints, en particulier pour l'assurance maladie complémentaire, en mettant en avant deux principes : la finalité interdite des demandes d'accès d'une part ; l'intérêt public de ces demandes d'autre part. Toutefois, ces principes restent encore à définir.

Lors de sa rencontre du 6 novembre 2017 avec la Présidente et la Directrice de l'INDS, l'UNOCAM a expressément demandé à ce que des travaux soient engagés pour lever ces points de blocage et permettre aux organismes complémentaires d'assurance maladie qui le souhaitent de pouvoir demander accès à des données du système national des données de santé sans passer par un intermédiaire (ce qui est l'une des deux dispositions prévues par la loi).

Un groupe de travail animé par la DREES avait été constitué en ce sens, avec une approche pragmatique des différents sujets et la volonté de promouvoir des éléments pédagogiques et pratiques destinés à faciliter les démarches des organismes complémentaires d'assurance maladie (idée d'un document de communication commun). Un temps suspendus, ces travaux devraient reprendre en 2018.

L'UNOCAM, les fédérations et certains organismes complémentaires d'assurance maladie⁵³ disposaient et disposent toujours provisoirement (jusqu'au 31 décembre 2018) de plusieurs accès aux bases de données dans le cadre de l'IDS. Il s'agit selon les cas :

- des données agrégées du Système national informationnel inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) éventuellement détaillées par âge et sexe du bénéficiaire ou par spécialité, âge et sexe du professionnel de santé (ces données ne sont pas détaillées au niveau individuel) ;
- des données de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) : échantillon au 1/97ème de la population française contenant des données individuelles anonymisées par patient sur le parcours de soins (soins de ville ou en hospitalisation) ;
- des données du PMSI.

Les travaux qui intéressent les organismes complémentaires d'assurance maladie et leurs Fédérations sont de plusieurs types :

⁵² L'arrêté du 10 janvier 2018 portant approbation d'un avenant modifiant la convention constitutive du groupement d'intérêt public national « Institut national des données de santé » a été publié au Journal Officiel du 18 janvier 2018.

⁵³ Soit du fait de leur contribution au projet MONACO d'appariement des données régime obligatoire-régimes complémentaires, soit d'un accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) pour les bases du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

- les travaux liés à l'interprétation de la loi (finalité interdite et capacité d'accès sans intermédiaire) : interprétation juridique de la notion de « groupe d'individus » et de « risque », élément à produire pour attester d'une utilisation des données sans lien possible avec la finalité interdite (conditions d'un accès sans intermédiaire) ;
Les fédérations qui constituent l'UNOCAM arguent depuis la commission Open data que la réglementation des assureurs santé suffit à répondre aux craintes de sélection et de discrimination. Contrairement aux industriels des produits de santé également visés par une finalité interdite, qui ont recours depuis longtemps à des intermédiaires et bureaux d'études, il y a un enjeu politique et économique fort pour les organismes complémentaires d'assurance maladie (notamment la maîtrise de leurs frais de gestion) à obtenir des conditions d'accès direct aux données du SNDS ;
- la doctrine qui se construit progressivement à l'INDS sur l'intérêt public (travaux et avis du Comité pour l'intérêt public) ;
- les procédures simplifiées prévues par la loi : les cas-types demandés par la DREES lors des premières réunions de travail doivent permettre d'envisager le recours à des procédures simplifiées par les organismes complémentaires d'assurance maladie ;
- la compatibilité des obligations de transparence et de communication de l'autorisation d'accès, des enjeux et résultats des études menées, avec la préservation du secret commercial et industriel ;
- la pérennité des accès des fédérations, dont les missions justifient un accès permanent.

Les demandes de l'assurance maladie complémentaire, dont l'activité est par ailleurs strictement régulée, sont fondées au regard du soutien apporté par l'UNOCAM à l'IDS dans le passé, de son rôle de grand financeur et de sa qualité de futur fournisseur de données au sein du SNDS.

Le 5 décembre 2017, une délégation de l'UNOCAM a été reçue par le Directeur de la DREES. Celui-ci a tenu un discours très ouvert aux demandes de l'assurance maladie complémentaire, non seulement sur le maintien des accès actuels (pour l'UNOCAM et les fédérations, comme pour les complémentaires), mais aussi sur les finalités interdites.

Agences régionales de santé

Au 31 décembre 2017, la liste des représentants de l'UNOCAM dans les commissions régionales de coordination des actions de l'Agence régionale de santé et de l'assurance maladie s'établit comme suit :

Régions	Titulaires	Suppléants
AUVERGNE RHONE-ALPES	Mme Sonia FAVRE-CAPDEPON, FNMF	Mme Nathalie GATEAU, CTIP
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	M. Guillaume GARDIN, FNMF	<i>(en cours de renouvellement),</i> FFA
BRETAGNE	M. Pierre-Yves NATUS, FNMF	M. Gwenaël SIMON, FFA
CENTRE	M. Olivier BASIRE, FNMF	M. Laurent BOUSCHON, FFA
CORSE	M. François SAVELLI, FNMF	M. Sauveur LEONI, FNMF
GRAND EST	M. François KUSSWIEDER, FNMF	Mme Agnès FOURNAISE, FFA
GUADELOUPE	M. Alain KANCEL, FNMF	M. Patrick RAYNAUD, FFA
GUYANE	M. Marc HO YORCK KRUI, FNMF	M. Patrick RAYNAUD, FFA
HAUTS DE FRANCE	M. Bernard PEROY, FNMF	M Mme Rita MOTTA, FFA M. Laurent HUYGHE, CTIP
ILE-DE-FRANCE	M. Maurice FOURET, FNMF	M. Philippe DRAPIER, FFA M. Laurent BORELLA, CTIP
MARTINIQUE	M. Yves BERTE, FNMF	M. Patrick RAYNAUD, FFA
NORMANDIE	M. Jean-Pierre THOMAS, FNMF	M. Benoît POUPON, FFA
NOUVELLE AQUITAINE	M. Jacques LABERNEDE, FNMF	M. Stéphane DUBREUIL, FFA
OCCITANIE	M. Jean-Marc DURAN, FNMF	M. Christophe BOUYSSIÈRE, FFA

OCEAN INDIEN	M. Jean-Alfred BLAIN, FNMF	M. Alain BAUDRY, FFA
PAYS DE LA LOIRE	M. Jean-Marc CHAVEROUX, FNMF	M. Gilles DUFLOUX, FFA
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	M. Roland COMTE, FNMF	M. Philippe JACQUES, FFA

Conférence nationale de santé

L'Assemblée plénière d'installation de la Conférence nationale de santé pour la mandature 2015-2018 a été convoquée le 9 avril 2015.

Au 31 décembre 2017, la délégation de l'UNOCAM dans le Collège n° 5, « *Acteurs de la cohésion sociale et de la protection sociale* », est composée de :

- M. Maurice RONAT (Président), suppléé par Mme Cécile MALGUID (FFA) ;
- M. Eric CHENUT (FNMF), suppléé par Mme Magali SIERRA (CTIP).

En 2016, M. Stéphane JUNIQUE était membre titulaire de la Commission permanente. A ce jour, il n'a pas été procédé au vote pour son remplacement à la Commission permanente.

Communication

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

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

L'UNOCAM participe aux rencontres organisées par des offreurs de soins, notamment des syndicats de professionnels de santé libéraux. Le 21 octobre 2017, l'UNOCAM est intervenue au Congrès national des pharmaciens à l'invitation de la FSPF. Le 31 janvier 2018, l'UNOCAM a participé aux 10^{èmes} Rencontres de l'USPO.

Le 22 novembre 2017, l'UNOCAM a reçu une délégation néerlandaise, à la demande de l'Ambassade des Pays-Bas.

L'UNOCAM diffuse régulièrement ses avis et ses communiqués de presse sur son site Internet : www.unocam.fr.

Elle répond aux questions des internautes.

Liste des sigles

ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ALD	Affection de longue durée
CAS	Contrat d'accès aux soins
CEPS	Comité économique des produits de santé
CMU	Couverture maladie universelle
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
CSFM	Confédération des syndicats médicaux français
CTIP	Centre technique des institutions de prévoyance
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EGB	Echantillon global des bénéficiaires
FFA	Fédération française de l'assurance
FMF	Fédération des médecins de France
FNIM	Fédération nationale indépendante des mutuelles
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
FSDL	Fédération des syndicats dentaires libéraux

FSPF	Fédérations des syndicats pharmaceutiques de France
HCAAM	Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IDS	Institut des données de santé
INDS	Institut national des données de santé
MG France	Syndicat des médecins généralistes
MONACO	Méthodes, outils et normes pour la mise en commun de données de l'assurance maladie complémentaire et obligatoire
OPTAM	Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à tous les médecins
OPTAM-CO	Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
ROC	Remboursement des organismes complémentaires
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
SML	Syndicat des médecins libéraux
SNDS	Système national des données de santé
TTC	Toutes taxes comprises
UD	Union dentaire
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
UNPPD	Union nationale patronale des prothésistes dentaires
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USPO	Union des syndicats des pharmaciens d'officine

