



unocam

UNION NATIONALE DES ORGANISMES
D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

RAPPORT D'ACTIVITÉ

— 2020 —

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2020

Ce rapport d'activité a été adopté le 30 juin 2021
par le Conseil de l'UNOCAM.

Il a été transmis, en application de l'article L. 182-3
du code de la Sécurité sociale, au Parlement
et au Ministre chargé de la Sécurité sociale.

> Il est disponible sur le site unocam.fr



Sommaire

04 - Le mot du Président

05 - L'UNOCAM en synthèse

06 - L'UNOCAM et les organismes complémentaires d'Assurance maladie dans leur environnement

08 - Les faits marquants 2020

L'activité 2020

09 - La poursuite du dialogue avec les pouvoirs publics

12 - Une année conventionnelle dense à la suite du Ségur de la santé

16 - La lisibilité des garanties, un chantier majeur

18 - La participation active aux travaux du Comité économique des produits de santé (CEPS)

20 - L'accès aux données de santé, un enjeu important

23 - Tous les avis officiels rendus par l'UNOCAM

25 - Les réponses de l'UNOCAM aux enquêtes de la Cour des comptes

26 - Liste des sigles

26 - Liens utiles

Le mot du président



Maurice RONAT —
Président de l'UNOCAM

Dans un contexte inédit marqué par une crise liée à l'épidémie de COVID, l'UNOCAM a poursuivi en 2020 son activité au service de ses adhérents sur ses missions traditionnelles mais aussi sur de nouveaux chantiers.

Concernant la réforme du 100 % Santé qui a continué son déploiement en 2020, l'UNOCAM a mis en place, un Baromètre 100 % Santé leur permettant de disposer de remontées d'information de la part des organismes complémentaires santé et ainsi de suivre la montée en charge de la réforme dans les trois domaines, optique, prothèses dentaires et aides auditives.

S'agissant de la lisibilité des garanties, autre chantier majeur, les organismes complémentaires santé ont montré qu'ils étaient au rendez-vous : l'Engagement pris par la profession en 2019 est désormais mis en œuvre par la très grande majorité d'entre eux, comme le montrent les résultats de l'enquête réalisée début 2021. L'UNOCAM a également refondu ses outils pédagogiques expliquant le système de remboursement des soins et les garanties d'un contrat afin d'aider le grand public à mieux comprendre et à bien choisir sa complémentaire.

À la suite des annonces du Ségur de la santé, 2020 a aussi été une année d'intenses négociations conventionnelles auxquelles l'UNOCAM a participé. Des négociations qui avaient pour thèmes le développement de l'exercice coordonné, la valorisation de la prise en charge des soins non programmés, le développement de la télémédecine et le soutien à l'e-santé, ont été ouvertes par l'UNOCAM avec pas moins de dix professions en même temps. Si toutes n'ont pas abouti, beaucoup ont permis de poser des jalons et de préparer l'avenir.

L'UNOCAM a enfin, à la demande des fédérations, été mobilisée sur de nouveaux chantiers tels que les travaux sur le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) dont la révision reste une priorité et plus généralement sur le développement des rémunérations forfaitaires ou encore la demande sur l'accès aux codes de nomenclature en optique et en audiologie, élément essentiel dans la mise en œuvre opérationnelle du 100 % Santé.

C'est donc une année 2020, inédite, difficile mais aussi dense et riche qui s'achève!

L'UNOCAM en synthèse

Créée en 2005, l'Union nationale des organismes d'Assurance maladie complémentaire (UNOCAM) rassemble sous une même bannière les différentes familles d'organismes complémentaires d'Assurance maladie représentées par :

- 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 complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

En 2008, la Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM) a rejoint ces quatre membres fondateurs au sein de l'UNOCAM.

Par sa composition, l'UNOCAM représente tous les organismes complémentaires d'Assurance maladie, dans la diversité de leur gouvernance, de leur modèle économique et de leurs métiers que sont les mutuelles, les entreprises d'assurance et les institutions de prévoyance.

L'UNOCAM est née de la volonté des différentes familles de complémentaire santé de davantage échanger et de prendre, le cas échéant, des positions communes sur les sujets relatifs à l'Assurance maladie et au financement du système de santé.

Conformément à ses Statuts et aux dispositions en vigueur, l'UNOCAM est :

- Un lieu d'échanges et de propositions pour ses membres
- Un interlocuteur naturel des pouvoirs publics
- Un partenaire conventionnel
- Un acteur investi en matière de données de santé

Reconnue par la loi¹ et mise en place sous la forme d'une association, l'UNOCAM est administrée par un Bureau et un Conseil. Elle est financée par les seules cotisations de ses membres et ne reçoit aucune subvention des administrations publiques.



Retrouvez plus d'informations sur le fonctionnement et la gouvernance de l'UNOCAM sur le site : unocam.fr



¹ Cf. article L. 182-3 du code de la sécurité sociale.



L'UNOCAM et les complémentaires santé dans leur environnement

L'Union nationale des organismes d'Assurance maladie complémentaire (UNOCAM) 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.

De gouvernance et de modèle économique divers, les organismes complémentaires d'Assurance maladie ont en commun d'assurer la prise en charge, à titre individuel ou collectif (par l'intermédiaire d'une entreprise ou d'une association), pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais de santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance maladie obligatoire.

Les organismes complémentaires santé, seconds financeurs du système de santé après l'Assurance maladie obligatoire

En 2019², la part de l'Assurance maladie obligatoire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) a atteint 78,2 %, un taux en progression continue depuis 2012 (78 % en 2018). Comme l'indique la DREES, cette tendance s'explique à la fois par le vieillissement de la population et par la plus forte prévalence d'ALD à âge donné.

Les prestations en soins et biens médicaux versées par les organismes complémentaires ont représenté **27,9 Mds € en 2019** (après 27,3 Mds € en 2018) dont notamment 12,1 Mds € au titre des soins de ville, 5 Mds € au titre des soins hospitaliers, 4 Mds € au titre des médicaments et 6,5 Mds € au titre des autres biens médicaux.

La part des organismes complémentaires santé dans le financement de la CSBM est restée stable à **13,4 % en 2019**, comme en 2018, après 13,1 % en 2017. Les prestations de soins et de biens médicaux des organismes complémentaires ont

crû à une vitesse similaire à celle de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2018 et en 2019, comme le souligne la DREES. En 2019, 47 % des prestations servies par les organismes complémentaires sur le champ de la CSBM l'ont été au titre des contrats individuels et 53 % au titre des contrats collectifs.

Grâce à cette complémentarité entre Assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires, le reste à charge des ménages a continué de diminuer pour s'établir à 6,9 % en 2019, après 7,1 % en 2018, 7,5 % en 2017 et 7,7 % en 2016. Cette part de la dépense financée par les ménages est la plus faible des pays de l'OCDE, nettement en dessous de la moyenne des pays de l'Union européenne. Toutefois, cet indicateur moyen ne rend pas compte des disparités qui peuvent exister selon les postes de dépenses.

Disposer d'une complémentaire santé apparaît donc comme un facteur indispensable dans l'accès aux soins pour tous et la réduction des restes à charge.

Un rôle majeur dans la prise en charge des dépenses d'optique et en dentaire, deux postes concernés par la réforme du 100 % Santé

Si les organismes complémentaires d'Assurance maladie interviennent moins sur certains postes en comparaison de l'Assurance maladie obligatoire, ils sont en revanche les **premiers financeurs de postes essentiels** comme l'optique, le dentaire ou encore les aides auditives.

En 2019, les organismes complémentaires ont notamment assuré le financement de 72,7 % de la dépense d'optique (soit 4,9 Mds €) en croissance de 3,4 % en un an et de 40,3 % de la dépense de soins dentaires en repli de 1,4 point en un an (soit 4,7 Mds €), deux postes où leur participation est structurellement haute.

² Cf. Les dépenses de santé en 2019, Résultats des comptes de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Edition 2020.

Un secteur très régulé et en forte concentration

En France, si les organismes complémentaires santé jouent un rôle important dans le financement des soins, le secteur de la complémentaire santé fait l'objet d'une forte régulation par la puissance publique, notamment dans le cadre du renforcement du cahier des charges du contrat dit « solidaire et responsable » (généralisation de la complémentaire santé pour les salariés du

secteur privé, mise en place de la réforme du 100 % Santé en optique, prothèses dentaires et aides auditives...).

Le marché de la complémentaire santé est dominé par trois familles d'acteurs - les mutuelles, les entreprises d'assurance et les institutions de prévoyance - qui ont versé respectivement 49 %, 32 % et 20 % des prestations en 2019. Il connaît d'importants bouleversements qui se traduisent par une forte concentration du secteur et l'apparition de nouveaux acteurs.

— Financement des organismes complémentaires en 2019

— En millions d'euros

	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institution de prévoyance	Ensemble	Évolution 2018-2019 (en %)	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	13 557	8 920	5 445	27 921	2,2	13,4
Soins hospitaliers	2 685	1 583	735	5 004	1,5	5,2
Soins de ville	5 755	3 852	2 527	12 133	2,2	21,5
Médecins	1 950	1 463	842	4 256	4,4	18,5
Soins dentaires (y compris prothèses)	2 137	1 460	1 156	4 752	-1,4	40,3
Auxiliaires médicaux	1 126	562	319	2 008	6,1	11,8
Laboratoires d'analyses	541	367	210	1 117	3,4	24,7
Médicaments	2 093	1 245	697	4 035	-0,8	12,4
Autres biens médicaux	2 901	2 185	1 467	6 554	4,7	39,0
optique	1 971	1 741	1 197	4 909	3,4	72,7
Prothèses, orthèses, pansements, etc.	931	444	270	1 645	8,5	16,4
Transports sanitaires	122	55	18	195	6,3	3,9
Prestations connexes à la santé	969	654	278	1 901	6,1	
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure	708	410	190	1 308	1,6	
Prestations à la périphérie des soins de santé	261	244	88	593	17,7	

Notes : y compris prestations CMU-C versées par les organismes. Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures : suppléments chambres particulières, télévision, frais de long séjour, etc. Prestations à la périphérie des soins de santé : ostéopathie, psychothérapie, etc.

Source : DREES; Comptes de la santé, édition septembre 2020.

Faits marquants 2020



janvier 2020

3 mars 2020

L'UNOCAM a décidé de participer aux **négociations conventionnelles avec les opticiens et les audioprothésistes**. Ces négociations visent à rénover les relations entre l'Assurance maladie obligatoire et ces professions dans un contexte profondément renouvelé avec la réforme du 100 % Santé. Elles arrivent à leur terme au moment de la publication de ce rapport.

9 mars 2020

L'UNOCAM a publié un premier bilan très encourageant de **la mise en œuvre de l'Engagement de 2019 sur la lisibilité des garanties de complémentaire santé**. Il montre une harmonisation des libellés des principaux postes de garanties par une grande majorité d'organismes et une diffusion bien engagée des exemples de remboursement communs et en euros pour les actes les plus fréquents. Début 2021, l'UNOCAM a publié les résultats de la 2^e enquête qui confirment le très bon niveau d'implication des organismes.

22 juillet 2020

Afin de contribuer à l'effort de pédagogie sur le fonctionnement du système de santé, l'UNOCAM a mis à disposition du grand public et des organismes complémentaires santé un **kit pédagogique complet sur le système de remboursement des soins et sa complémentaire santé** : une brochure « 6 clés pour mieux comprendre et bien choisir sa complémentaire santé », un fascicule de 7 cas pratiques de remboursement, un Glossaire de l'Assurance complémentaire santé et de courtes vidéos.

15 septembre 2020

L'UNOCAM a participé, aux côtés des fédérations, au **Comité de suivi de la réforme du 100 % Santé** réuni dans sa formation plénière et présidé par le Ministre des solidarités et de la santé. Ce comité de suivi a permis de faire un point sur le déploiement de la réforme marqué par une nouvelle étape importante au 1^{er} janvier 2020 et la crise sanitaire liée à la COVID.

5 octobre 2020

L'UNOCAM a rendu, à la majorité, **un avis défavorable sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2021**. Dans cet avis, l'UNOCAM dénonce l'instauration prématurée d'une nouvelle taxe sur les complémentaires santé dans le contexte COVID. S'ils ne contestent pas le principe d'une participation aux dépenses avancées de manière exceptionnelle par l'Assurance maladie obligatoire, ils considèrent que cette taxe s'appuie sur des chiffres provisoires et ne tient pas compte des autres éléments qui affectent les OCAM.

L'UNOCAM a décidé à l'unanimité de participer à l'ensemble des **négociations conventionnelles ouvertes par l'Assurance maladie obligatoire à la suite des conclusions du Ségur de la Santé** de juillet 2020. Ces négociations pluriprofessionnelles et monoprofessionnelles visent à « *tirer dans le champ conventionnel les enseignements de la crise sanitaire liée à la COVID et à accélérer les transformations du Plan Ma santé 2022* ».

La poursuite du dialogue avec les pouvoirs publics

En 2020, le dialogue avec les pouvoirs publics s'est poursuivi mais a été fortement marqué par l'épidémie de la COVID et les sujets liés à la gestion de crise :

- L'UNOCAM a été associée aux nouvelles étapes de déploiement et au suivi de la réforme du 100 % Santé qui a continué sa montée en charge dans un contexte toutefois très particulier qui a impacté le recours aux soins.
- L'UNOCAM a, en application des textes en vigueur, été consultée par les pouvoirs publics sur les évolutions relatives à l'Assurance maladie et son financement, et notamment sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2021.

Le déploiement de la réforme du 100 % Santé dans le calendrier prévu

La réforme du 100 % Santé, qui a fait l'objet d'une intense concertation en 2018 entre les pouvoirs publics, les représentants des organismes complémentaires et les professionnels, a poursuivi son déploiement en 2020. Pour mémoire, cette réforme, déployée progressivement jusqu'au 1^{er} janvier 2021, permet aux Français ayant un contrat de complémentaire santé dite « responsable » d'accéder à des soins et des équipements sans reste à charge dans les domaines de l'optique, des prothèses dentaires et des aides auditives. Des étapes très importantes étaient prévues en 2020 avant une entrée en vigueur complète de la réforme au 1^{er} janvier 2021.

Les organismes complémentaires santé, partenaires essentiels de cette réforme, ont été mobilisés en 2020 pour accompagner son déploiement :

- Intégration de la nouvelle nomenclature optique au 1^{er} janvier 2020, entrée en vigueur du panier 100 % Santé et application des conditions de prise en charge des contrats responsables ;
- Entrée en vigueur du panier 100 % Santé et application des conditions de prise en charge

des contrats responsables pour une partie des prothèses dentaires ;

- Augmentation des bases de remboursement des aides auditives et évolution des prix limite de vente (PLV) des aides auditives sur le panier 100 % Santé, avant la prise en charge coordonnée prévue au 1^{er} janvier 2021.

Compte tenu du contexte, le Comité de suivi de la réforme 100 % Santé ne s'est réuni qu'une seule fois en formation plénière le 15 septembre 2020. Cette instance de dialogue et de concertation³, qui rassemble l'ensemble des parties prenantes, assure un suivi global de la réforme. L'UNOCAM a participé, aux côtés des fédérations, à la réunion du 15 septembre 2020. Cette réunion a été l'occasion de réaliser un premier bilan provisoire de la réforme sur les premiers mois de l'année 2020, d'évoquer les difficultés de mise en œuvre et les perspectives pour 2021.

Avis défavorable sur le PLFSS pour 2021

Le 5 octobre 2020, l'UNOCAM a rendu, à la majorité, **un avis défavorable sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2021**⁴. Pour mémoire, en application de l'article L.182-3 du code de la Sécurité sociale, l'UNOCAM rend un « avis public et motivé » sur les projets de loi relatifs à l'Assurance maladie et au financement de la Sécurité sociale. Le PLFSS pour 2021 est à tous égards un texte exceptionnel marqué par la crise de la COVID.

Dans sa délibération n° 26 du 5 octobre 2020, l'UNOCAM a relevé la dégradation inédite et sans doute durable des comptes de la Sécurité sociale qui a joué son rôle d'amortisseur dans la période. Elle a pris acte des nouvelles projections réalisées par les pouvoirs publics dans un contexte très incertain. Si elle reconnaît que les pouvoirs publics ont dû gérer dans l'urgence une crise sanitaire, économique et sociale sans équivalent, elle a regretté qu'ils n'aient pas fait le choix de travailler en coordination étroite avec les financeurs complémentaires.

³ Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

⁴ Consulter la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042665307>



L'UNOCAM A MIS EN PLACE AVEC LES FÉDÉRATIONS UN BAROMÈTRE POUR SUIVRE LE DÉPLOIEMENT DE LA RÉFORME 100 % SANTÉ

L'UNOCAM et les fédérations FNMF, FFA et CTIP ont mis en place un baromètre visant à suivre la montée en charge de la réforme du 100 % Santé. Une première enquête portant sur l'année 2020 a été réalisée début 2021 par les fédérations auprès de leurs adhérents. Les résultats ont été consolidés toutes familles confondues (mutuelles, entreprises d'assurance, institutions de prévoyance) au sein de l'UNOCAM.

Principaux enseignements et résultats⁵ :

Les réponses recueillies couvrent plus de 28 millions de personnes protégées, soit une bonne représentativité du marché (hors bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S)).

- Les résultats de l'enquête sont cohérents avec les chiffres avancés par les pouvoirs publics concernant le taux de recours à l'offre 100 % Santé dans les trois domaines sachant que la montée en charge de la réforme devait s'achever en 2021 : **7 % en optique, 44 % en panier 100 %, 19 % en panier maîtrisé, 37 % pour le panier libre pour les prothèses dentaires et 7 % en audiologie.**
- Elle met en évidence que les organismes complémentaires d'Assurance maladie (OCAM) restent les financeurs prépondérants de ces postes de dépenses et que leur part dans le financement global est stable (optique) ou en progression (dentaire et audiologie) avec la réforme. Il ressort que les OCAM contribuent majoritairement au financement des soins et équipements 100 % Santé.
- Elle tend à montrer une baisse du reste à charge des assurés (RAC par consommant) en optique et en dentaire, étant rappelé qu'en audiologie la réforme n'est pleinement entrée en vigueur qu'en 2021.

Une nouvelle enquête portant sur l'année 2021, première année de mise en œuvre complète de la réforme 100 % Santé, sera réalisée début 2022.

Plus particulièrement, elle a contesté les mesures suivantes qui l'ont conduit à rendre un avis défavorable sur le texte :

— Instauration d'une contribution exceptionnelle sur des organismes complémentaires en santé (« taxe COVID »)

Le texte prévoit l'instauration d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de COVID-19 au titre de 2020 et 2021. Le produit de cette contribution assise sur l'ensemble des sommes versées en 2020 au titre des cotisations d'Assurance maladie complémentaire au profit de ces organismes est affecté à la CNAM. Son taux est fixé à 2,6 % en 2020 et à 1,3 % en 2021. Au total, cette contribution représente une taxe de 1 Md € en 2020 et 500 M € en 2021.

Si les organismes complémentaires santé n'ont pas contesté le principe d'une participation des OCAM aux dépenses avancées de manière exceptionnelle par l'Assurance maladie obligatoire, ils ont dénoncé l'instauration prématurée d'une nouvelle taxe qui ne tient pas compte de la complexité de la situation actuelle pour les OCAM et qui viendra mécaniquement alourdir les charges pesant sur les assurés, les entreprises et les salariés. En particulier, cette contribution, qui s'appuie sur des chiffrages très provisoires, ne tient pas compte des autres éléments qui affectent les OCAM (maintien des garanties santé et prévoyance dans le cadre de la portabilité prévue par les contrats collectifs...).

Présentée comme une mesure de solidarité par les pouvoirs publics, cette taxe alourdit une fois de plus la fiscalité sur les contrats de complémentaires santé.

⁵ Les chiffres sont à interpréter avec une certaine prudence compte tenu de la période observée à savoir l'année 2020 marquée par l'épidémie de COVID.

— **La prolongation d'une année de la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie obligatoire des téléconsultations**

Le texte prévoit aussi la prolongation de la prise en charge intégrale par l'Assurance maladie obligatoire des téléconsultations jusqu'au 31 décembre 2021. Si l'UNOCAM partage la volonté des pouvoirs publics d'accélérer le développement des téléconsultations, domaine dans lequel la France est en retard par rapport à d'autres pays, elle a dénoncé la prorogation du régime dérogatoire jusqu'à fin 2021 de prise en charge intégrale par l'Assurance maladie obligatoire des téléconsultations. **Elle a rappelé son souhait de revenir sans délai au droit commun avec un co-financement AMO-AMC sous forme de ticket modérateur**, évitant ainsi un mécanisme lourd et discutable de remboursement a posteriori. Elle a contesté l'argument selon lequel il s'agit d'un délai nécessaire pour laisser le temps aux professionnels de santé de s'équiper des outils permettant la facturation, ces outils étant d'ores et déjà disponible via le circuit Sesam-Vitale.

— **La généralisation du tiers payant intégral pour les prestations et les soins relevant du 100 % santé d'ici le 1^{er} janvier 2022**

Dans le cadre de l'examen du PLFSS pour 2021, les députés ont adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, un amendement prévoyant

la généralisation d'ici le 1^{er} janvier 2022 du tiers payant intégral pour les remboursements de soins entrant dans le cadre des couvertures 100 % santé.

La portée de cette obligation de tiers-payant complémentaire sur les prestations et les soins relevant du 100 % Santé, introduite à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale⁶, en ne concernant que les OCAM et pas les professionnels de santé, pourrait donc être limitée.

Cette année encore, l'UNOCAM et les fédérations ont également dénoncé le transfert du solde du produit de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) du Fonds Complémentaire santé solidaire à la branche maladie. Pour mémoire, le produit de cette taxe perçue sur les contrats d'assurance santé est affecté à ce Fonds mais le solde non utilisé est transféré, depuis une disposition de la LFSS pour 2018, à la branche maladie. Or, ce transfert ne répond à aucune logique, si ce n'est budgétaire.

Au-delà de ces mesures, l'UNOCAM et les fédérations ont alerté sur **un niveau d'encadrement réglementaire toujours plus important et le fait d'être cantonnées à un rôle de « payeur aveugle et invisible »** qui les empêchent d'apporter à leurs assurés et au système de santé tous les bénéfices d'une complémentarité de financement entre Assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires santé.

⁶ Cf. article 65 de la LFSS pour 2021 : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042665307>

Une année conventionnelle dense à la suite du Ségur de la santé

Le calendrier des négociations conventionnelles a, lui aussi, largement été bousculé par l'épidémie de la COVID qui a conduit à revoir les priorités. À la suite des conclusions du Ségur de la santé, l'Assurance maladie obligatoire a ouvert un cycle inédit de négociations conventionnelles avec l'ensemble des professions de santé pour tirer les principaux enseignements de la crise actuelle. Par ailleurs, elle a initié un chantier de rénovation des conventions nationales liant l'Assurance maladie obligatoire et les entreprises d'optique, d'une part, et d'audioprothèses, d'autre part.

En tant que partenaire conventionnel, et en application de l'article L. 162-14-3 du code de la Sécurité sociale, l'UNOCAM a été invitée à participer à plusieurs négociations en vue de la signature de conventions ou d'avenants. Ses instances ont décidé de participer aux négociations « post-Ségur » et à celles relatives à l'optique et l'audiologie. Elle a également participé à d'autres négociations dont certaines ont débouché sur des avenants, notamment les avenants n° 20, 21, 22 à la convention nationale des pharmaciens d'officine.

En 2020, l'UNOCAM a participé à **33 séances de négociation avec 10 professions différentes** (opticiens, audioprothésistes, médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues), contre 25 séances avec 3 professions différentes en 2019. C'est une évolution significative qui montre une volonté de participer pleinement aux discussions conventionnelles avec les professions de santé aux côtés de l'Assurance maladie obligatoire.

L'ouverture d'un cycle de négociations avec l'ensemble des professions de santé à la suite des conclusions du Ségur de la santé

En septembre 2020, la CNAM a engagé des négociations conventionnelles avec l'ensemble des professions de santé afin « de décliner dans le champ conventionnel certaines mesures annoncées dans le cadre du Ségur de la santé, à

tirer les enseignements de la crise sanitaire liée à la COVID-19 et à accélérer la transformation du système de santé dans le cadre du plan Ma santé 2022 ».

Dans sa délibération n° 22 du 15 septembre 2020, l'UNOCAM a décidé à l'unanimité de participer à ce cycle de négociations portant sur des thèmes structurants pour la transformation du système de soins : le développement de l'exercice coordonné qui doit devenir demain un modèle de référence, la mise en place du service d'accès aux soins (SAS) et la valorisation de la prise en charge des soins non programmés, le développement de la télémédecine et le soutien à l'e-santé.

Dans ce cadre, des négociations se sont ouvertes :

- Avec **l'ensemble des professions dans un cadre pluriprofessionnel**, en vue d'un avenant à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et à l'ACI relatif aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).
- Avec **les professions suivantes dans un cadre monoprofessionnel** : médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues.
- Ainsi qu'avec **les fédérations représentant les centres de santé (CDS)** en vue d'un avenant à l'accord national.

Ces négociations se sont déroulées dans un contexte marqué par la reprise à l'automne 2020 de l'épidémie de COVID qui a obligé l'Assurance maladie obligatoire à se remettre en mode « gestion de crise » ainsi que par la proximité des élections aux Unions régionales des professions de santé (URPS) prévues à la fin du premier trimestre 2021.

Ces négociations, et notamment celles avec les médecins et celles en vue d'un avenant à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux CPTS, ont été suspendues et reportées au printemps 2021. Même si ces négociations n'ont pas toutes pu aboutir, elles ont largement permis de « défricher » les sujets qui ont vocation à être

repris après les élections URPS. Début février 2021, un avenant n° 17 à la convention avec les orthophonistes a néanmoins été conclu par l'Assurance maladie et le syndicat représentatif, l'UNOCAM ayant décidé de prendre acte sans en devenir signataire.



En 2020, l'UNOCAM a participé à **29 séances de négociation en moins de 4 mois**, entre mi-septembre et fin décembre

La rénovation des conventions nationales liant l'Assurance maladie obligatoire et les entreprises d'optique et d'audioprothèses

Début 2020, l'Assurance maladie a engagé un chantier d'actualisation des conventions nationales liant l'Assurance maladie obligatoire et les entreprises d'optique et d'audioprothèses. De fait, les conventions actuelles sont anciennes et éparpillées et ne tiennent pas compte d'un contexte renouvelé notamment avec le 100 % Santé. Le chantier s'inscrit dans une démarche plus globale de rénovation des conventions dans le champ de la Liste des produits et prestations (LPP).

Dans sa délibération n° 5 du 3 mars 2020, l'UNOCAM a décidé à l'unanimité de participer à ces deux négociations dans des domaines où les organismes complémentaires d'Assurance maladie sont financeurs majoritaires. Elle a notamment indiqué qu'elle serait attentive à ce que ces négociations n'empiètent pas sur d'autres cadres (réglementaires pour la fixation des tarifs, contractuels au sein de l'Inter-AMC pour le tiers-payant complémentaire notamment).

Tout au long de l'année 2020, la CNAM a conduit des travaux techniques associant les représentants des professions concernées et l'UNOCAM afin de construire un dispositif conventionnel complet (champ de la convention, adhésion à la convention nationale, conditions de délivrance, suivi de l'application du dispositif 100 % Santé, facturation, transmission des ordonnances et règlement des prestations, aide à la télétransmission sécurisée, suivi de l'application du régime conventionnel...).

Côté opticiens, après 6 séances de négociation en format groupe de travail en 2020 et 2021, une séance de négociation conclusive s'est tenue le 31 mars 2021 et a permis la finalisation du projet de convention. Côté audioprothésistes, la finalisation a eu lieu à la même période, le 23 mars 2021, après 9 séances de négociations en format groupe de travail en 2020 et 2021. Ces projets de convention nécessitaient d'être signés par au moins un des syndicats autour de la table, étant rappelé qu'il n'existe pas d'enquête de représentativité pour ces professions.

L'UNOCAM a décidé le 12 mai 2021⁷ de devenir signataires des conventions nationales liant l'Assurance maladie et les entreprises d'optique et les entreprises d'audioprothèses qui posent les bases d'un dispositif conventionnel organisant les relations entre l'Assurance maladie obligatoire et ces professions.

Les autres négociations monoprofessionnelles conduites en 2020

En sus de ces deux grands chantiers – négociations « post-Ségur » et rénovation des conventions optique et audiologie, l'UNOCAM s'est prononcée sur plusieurs avenants qui lui ont été soumis, et notamment les pharmaciens titulaires d'officine et les transporteurs sanitaires.

En 2020, **le dialogue conventionnel avec les pharmaciens** s'est poursuivi et a débouché sur trois avenants à la convention – dont l'UNOCAM a pris acte :

- Dans sa délibération n° 7 du 3 mars 2020, l'UNOCAM a pris acte, sans en devenir signataire, de l'avenant n° 20 qui définit les conditions et modalités de l'intervention des pharmaciens en faveur d'une **dispensation adaptée** aux besoins thérapeutiques du patient, en s'assurant de la bonne observance des traitements prescrits. Le mécanisme incitatif retenu doit permettre de valoriser la contribution du pharmacien à la baisse du nombre de médicaments délivrés. La rémunération de cette mission sera financée intégralement par l'Assurance maladie obligatoire dans le cadre de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP). L'UNOCAM sera attentive au bilan réalisé à l'issue des deux années d'application.

⁷ Délibérations n° CONS. - 6 et 7 du 12 mai 2021.



FPMT ET RÉMUNÉRATIONS FORFAITAIRES : la poursuite des travaux engagés en commun au sein de l'UNOCAM

- L'UNOCAM a poursuivi en 2020, en lien étroit avec ses adhérents, ses travaux d'expertise en vue de trouver des modalités de financement du Forfait patientèle médecin traitant (FPMT) compatibles avec le modèle de l'assurance et le fonctionnement des organismes complémentaires santé.
 - Si l'UNOCAM est favorable au principe du co-financement d'un forfait pour une prestation de coordination par les médecins traitants telle que prévue par la dernière convention médicale⁸, elle est en revanche opposée aux modalités retenues qui consistent en une taxe de 0,8 % sur les cotisations reçues⁹. Cette solution n'est pas satisfaisante en ce qu'elle fait des complémentaires santé des « payeurs aveugles et invisibles » et dénature leur rôle qui est avant tout de verser des prestations à leurs assurés.
 - L'UNOCAM continue de travailler sur ce dossier en vue de la renégociation de la prochaine convention médicale avec pour objectif de **trouver une solution satisfaisante pour l'ensemble des partenaires (OCAM, Assurance maladie obligatoire et médecins libéraux) et sollicitera les pouvoirs publics pour leur partager ces travaux d'expertise actualisés et échanger sur les suites à donner.**
 - Au-delà du dossier FPMT, l'UNOCAM considère que les nouveaux modes de rémunération forfaitaires, en cours d'expérimentation dans le cadre dit de « l'article 51 », vont impacter fortement dans les années à venir les modalités de co-financement entre l'Assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires et nécessitent d'engager sans tarder une réflexion avec les pouvoirs publics sur ces évolutions.
-
- Dans sa délibération n° 19 du 18 août 2020, l'UNOCAM a pris acte, sans en devenir signataire, de l'avenant n° 21 qui prévoit notamment la mise en place d'un nouvel **accompagnement pharmaceutique pour les patients suivant un traitement anticancéreux oral** rémunéré à l'acte. En outre, il modifie les modalités de rémunération de tous les accompagnements pharmaceutiques et du bilan de médication, avec un passage d'une rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) à une rémunération à l'acte, avec pour objectif de favoriser le développement de ces dispositifs. Il conviendra de vérifier que cet objectif est atteint dans le cadre du bilan réalisé dans le cadre des instances conventionnelles. Enfin, l'avenant vise à favoriser la participation des pharmaciens à l'exercice professionnel coordonné, en en faisant un pré-requis à partir de 2022 pour le bénéfice de la ROSP.
 - Enfin, dans sa délibération n° 21 du 8 septembre 2020, l'UNOCAM a pris acte, sans en devenir signataire, de l'avenant n° 22 concernant la **rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) portant sur les médicaments génériques**. Cet avenant prévoit, comme chaque année, la révision des paramètres de calcul et l'actualisation de la liste des molécules ciblées dans le cadre de la ROSP Génériques.
- Ces avenants confortent le rôle du pharmacien dans ses missions de conseil et d'accompagnement des patients, évolutions qui doivent contribuer à une meilleure efficacité du système de santé.
- En 2020, la CNAM a aussi conduit **des négociations avec les représentants des transporteurs sanitaires privés** auxquelles l'UNOCAM n'a pas participé et qui ont abouti à un avenant n° 10 à la convention nationale. Dans sa délibération n° 31 du 15 janvier 2021, l'UNOCAM a pris acte de l'avenant n° 10 qui prévoit des revalorisations tarifaires pour les transports en Véhicule sanitaire léger (VSL) et en ambulance et concrétise le volet tarifaire de la réforme des transports urgents préhospitaliers (TUPH). Ces mesures se traduiront par un effort

⁸ Cf. article 15.4.1 de la convention médicale de 2016.

⁹ Cf. article L. 862-4-1 du code de la sécurité sociale (CSS).

financier significatif de la part de l'Assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires santé (220 M€ en année pleine dont 33,1 M€ pour les organismes complémentaires). Les mesures tarifaires TUPH concrétisent un des volets du protocole d'accord conclu entre l'État et cette profession en 2018 auquel l'UNOCAM n'a pas été associée.

La participation de l'UNOCAM aux Commissions paritaires nationales (CPN) et aux Observatoires

En tant que signataire de plusieurs conventions, l'UNOCAM participe aux travaux des Commissions paritaires nationales (CPN¹⁰ et observatoires conventionnels). L'UNOCAM est ainsi représentée avec voix délibérative à la

Commission paritaire nationale (CPN) des chirurgiens-dentistes et à la Commission paritaire nationale (CPN) des pharmaciens titulaires d'officine. En 2020, elle a participé à plusieurs réunions de la CPN des chirurgiens-dentistes et de la CPN des pharmaciens titulaires d'officine. Elle a intégré en 2020 les instances conventionnelles des infirmiers libéraux à la suite de la signature en 2019 de l'avenant n° 7 emportant l'adhésion à la convention. Par ailleurs, 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 officinale. Enjeu : suivre la mise en œuvre des conventions nationales et de leurs avenants et échanger sur d'éventuelles adaptations à envisager dans le cadre conventionnel.

¹⁰ La CPN 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.

La lisibilité des garanties, un chantier majeur

La lisibilité des garanties de complémentaires santé est un chantier majeur pour les organismes complémentaires santé qui partagent avec les pouvoirs publics et les associations de consommateurs l'objectif d'une information claire et transparente sur les offres et contrats de complémentaire santé.

La forte réglementation qui caractérise ce secteur et la complexité du système de remboursement des soins (avec de nombreux actes, tarifs et taux de remboursement) rendent l'exercice particulièrement difficile mais non moins nécessaire.

L'UNOCAM est pleinement engagée, avec ses fédérations adhérentes, pour améliorer la lisibilité des garanties de complémentaires santé et contribuer à une meilleure compréhension du système de santé et de remboursement des soins avec une première Déclaration commune en 2010 et un nouvel Engagement de la profession conclu le 14 février 2019.

Une très bonne implication des organismes complémentaires santé dans la mise en œuvre de l'Engagement de 2019

Deux ans après la signature de l'Engagement de 2019, l'UNOCAM a publié, en mars 2021, les résultats de la 2^e enquête sur sa mise en œuvre, après un premier bilan réalisé en février 2020. Les résultats confirment la dynamique engagée et la bonne appropriation par les organismes complémentaires de la démarche « lisibilité ».

Dans le détail, il ressort de cette enquête les principaux enseignements suivants :

- **La confirmation d'un bon niveau d'implication des organismes de complémentaires santé dans la mise en œuvre de l'Engagement** : les réponses concernent plus de 45 millions de personnes protégées représentant plus de 95 % des contrats « responsables » des organismes ayant répondu. Au regard de la représentativité de l'enquête, on peut considérer que les résultats obtenus reflètent l'ensemble du marché de la complémentaire santé.

- **L'harmonisation des libellés des principaux postes de garanties est désormais pleinement effective** : 99 % de ces personnes protégées bénéficient de cette harmonisation, contre 91 % lors de la première enquête. Cet objectif de l'Engagement est atteint et tous les contrats entrant dans le périmètre de l'enquête ont désormais une présentation harmonisée des intitulés des grands postes de garanties.
- **Une diffusion large des 15 exemples de remboursement communs et en euros pour les actes les plus fréquents** : 83 % de ces personnes protégées ont accès à ces exemples, contre 70 % lors de la précédente enquête. C'est une progression significative de la diffusion des exemples de 13 points. La mise à disposition s'est faite essentiellement par voie dématérialisée. La nouvelle enquête a permis de mettre l'accent sur l'accessibilité de ces exemples sur les sites Internet.
- **Au-delà des engagements proprement dits, l'enquête permet aussi de mettre en évidence de grandes tendances.** La première d'entre elles est le très fort développement, en un an, des outils de calcul des restes à charge (type calculateur ou simulateur) : 91 % des personnes protégées y ont désormais accès, ils n'étaient que 45 % lors de la précédente enquête. De nouveaux outils pédagogiques ont été mis à disposition du grand public et des organismes complémentaires mi-2020.

Cette nouvelle enquête confirme une bonne appropriation de la démarche par les organismes complémentaires et valide la pertinence de la démarche engagée en 2019 : les deux engagements prévus sont désormais globalement atteints. Autre point positif, les organismes semblent désormais inscrire cet engagement dans une démarche plus globale de lisibilité, comme en témoignent l'accélération du développement des outils numériques et la diffusion des nouveaux outils pédagogiques.

Poursuite des travaux au sein du Comité consultatif du secteur financier (CCSF)

L'UNOCAM et les fédérations sont associées aux travaux en cours du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) sur la lisibilité et la comparabilité des contrats de complémentaires santé.

Cette instance est le lieu privilégié du dialogue avec l'ensemble des parties prenantes (professionnels, associations de consommateurs, partenaires sociaux, administrations).

Le dialogue approfondi noué au sein de cette instance permet, d'échanger avec les acteurs sur les points d'attention et de travailler à des pistes d'amélioration conciliant l'intérêt des assurés et les contraintes des professionnels et tenant compte de la complexité du système de remboursement des soins.

Les travaux ont été très soutenus en 2020 avec de nombreuses réunions de travail. Ils étaient encore en cours au moment de la rédaction de ce rapport.

L'UNOCAM met à disposition du grand public de nouveaux outils pédagogiques

En complément de l'Accord de place de 2019, l'UNOCAM a engagé une rénovation complète de ses outils pédagogiques sur le système de remboursement des soins et l'articulation entre Assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires santé ou encore la formulation des garanties des contrats.

Elle considère que, face à la complexité du système de santé, la pédagogie est un élément essentiel pour aider les assurés à comprendre le fonctionnement du système, avoir les clés d'analyse des différentes offres pour comparer les garanties des contrats et in fine réaliser un choix éclairé et répondant à leurs besoins.

Concrètement, l'UNOCAM a mis à disposition du grand public et des organismes complémentaires :

- une brochure « **6 clés pour mieux comprendre et bien choisir sa complémentaire santé** »,
- un fascicule téléchargeable de « **7 exemples de remboursement en euros** » dans le cadre d'une présentation didactique sous forme d'infographies,
- un **Glossaire de l'Assurance complémentaire santé** proposant une définition des principaux termes utilisés par les organismes complémentaires santé,
- **deux vidéos** ont par ailleurs été réalisées et diffusées, l'une expliquant les grands mécanismes de remboursement des soins, l'autre la formulation des garanties d'un contrat de complémentaire santé.



La participation active aux travaux du CEPS

L'UNOCAM siège avec voix délibérative au Comité économique des produits de santé (CEPS), instance chargée de fixer les prix des médicaments et les tarifs des dispositifs médicaux à usage individuel pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

En 2020, l'UNOCAM a participé à **67 séances du CEPS** avec 44 séances en section médicament et 23 séances en section dispositif médical.

La dépense des produits de santé par les organismes complémentaires est relativement stable depuis 2012

En 2019, la dépense des produits de santé est en augmentation (+2,53 %) par rapport à 2018. Selon les estimations UNOCAM, la dépense devrait être stable¹¹ en 2020.

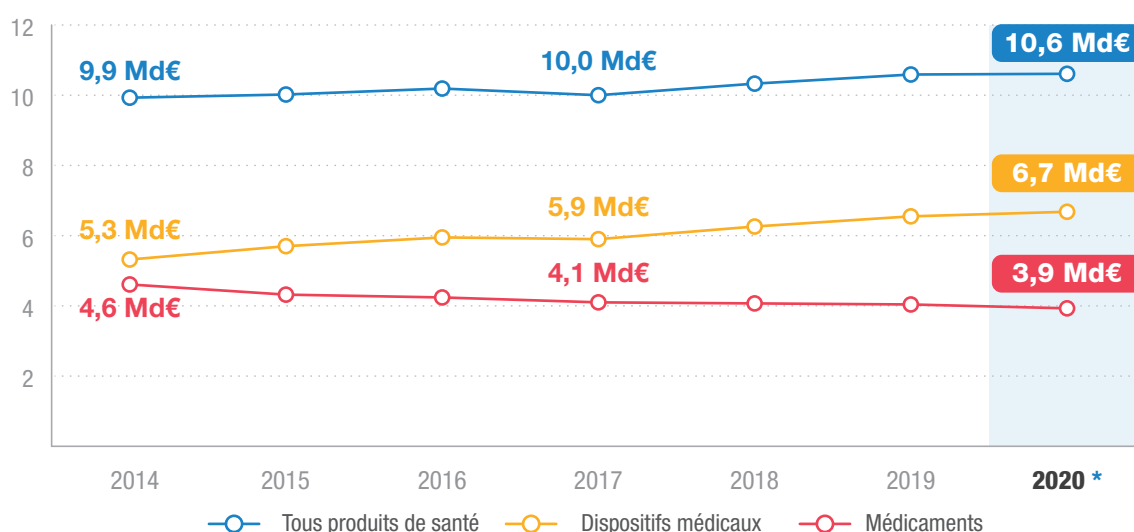
Cette évolution constatée malgré la baisse de la dépense remboursée de médicaments résulte de la dynamique et du poids de la dépense des dispositifs médicaux financée par l'Assurance maladie complémentaire.

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 remboursée sur les médicaments se poursuit

La dépense de médicaments remboursée par l'Assurance maladie complémentaire a continué de baisser en 2020, pour la onzième année consécutive. Cette tendance s'explique principalement 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. La tendance devrait se poursuivre en 2021 compte tenu également du déremboursement des spécialités homéopathiques.

Dépense de produits de santé financée par l'Assurance maladie complémentaire

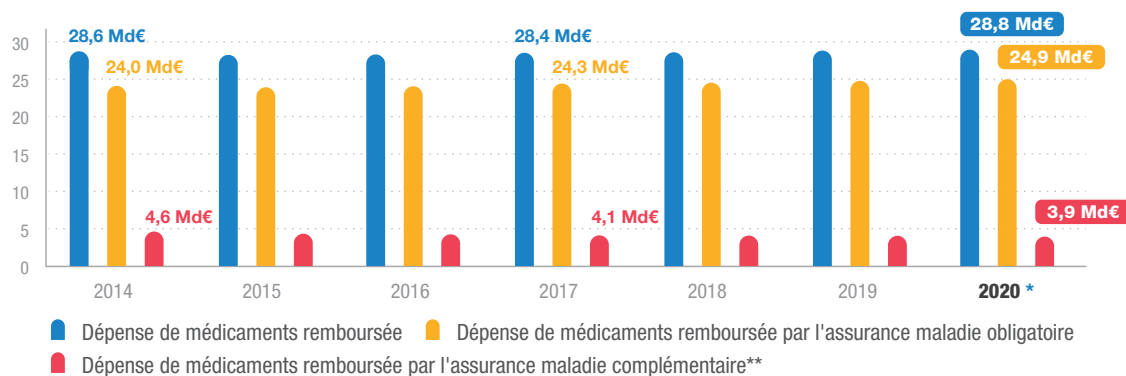


* : chiffrage prévisionnel réalisé par l'UNOCAM / ** : y compris prestations CMU-C versées par les organismes complémentaires

Source : Les dépenses de santé en 2019, DREES

¹¹ La dépense prévisionnelle pour l'année 2020 est estimée sur la base de l'évolution tendancielle.

— Dépense de médicaments remboursée



* : chiffrage prévisionnel réalisé par l'UNOCAM / ** : y compris prestations CMU-C versées par les organismes complémentaires
 Source : Les dépenses de santé en 2019, DREES

En 2020, les économies attendues au titre des baisses de prix des médicaments sont revues à la baisse

L'objectif de contribution de l'ensemble des acteurs du secteur du médicament à la réduction de la dépense de l'Assurance maladie obligatoire est diminué de 280 M€ pour 2021. L'objectif défini par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 s'élève à 640 M€ au titre des baisses de prix, soit un objectif très inférieur par rapport à 2019 qui était de 920 M€.

Dans le cadre de cette représentation, l'UNOCAM formule des propositions dans le respect du mandat-cadre validé par ses instances. Ces propositions visent notamment à renforcer l'efficacité de la dépense des médicaments remboursés par l'Assurance maladie complémentaire et consistent pour l'essentiel à réduire les écarts de prix entre les médicaments comparables.

Les baisses de prix négociées par le CEPS sont toutefois majoritairement orientées vers les classes thérapeutiques où la dépense de l'Assurance maladie obligatoire est élevée (antirétroviraux, anticancéreux, médicaments orphelins, etc.).



CONCLUSION DÉBUT 2021 D'UN NOUVEL ACCORD-CADRE LEEM-CEPS

En 2020, l'activité du CEPS a été marquée par la renégociation de l'accord-cadre avec le LEEM qui définit conventionnellement les règles de fixation du prix des médicaments. Cet accord, conclu le 5 mars 2021 pour trois ans, traduit la volonté des pouvoirs publics et du LEEM de :

- Simplifier et accélérer les procédures d'accès au marché ;
- Valoriser l'innovation ;
- Contribuer à sécuriser la production de médicaments.

Au cours de cette négociation, l'UNOCAM s'est inscrite en accompagnement de ces objectifs tout en mettant l'accent sur l'amélioration de la transparence des prix et la prévisibilité de la régulation.

Tout en reconnaissant l'importance des enjeux autour de l'amélioration de l'attractivité du territoire, l'UNOCAM a mis en avant la nécessité d'une plus grande transparence des prix et d'une mise en œuvre plus stricte des règles de transformation des remises en baisse de prix.

L'année 2021 sera consacrée à la renégociation de l'accord-cadre entre le CEPS et les organisations professionnelles de la Liste des produits et prestations (LPP) remboursables.

L'accès aux données de santé, un enjeu important

L'année 2020 a été marquée par la poursuite des travaux autour de la mise en place de la Plateforme nationale des données de santé (PNDS) ou « Health Data Hub » (HDH) dans un contexte COVID qui a mis en lumière les enjeux majeurs autour de l'accès et du partage des données de santé.

Pour les organismes complémentaires santé, l'accès et le partage des données de santé sont un enjeu important. Malgré des avancées récentes avec le HDH, les organismes complémentaires santé plaident pour une plus grande ouverture des données de santé, encadrée et transparente, considérant qu'elle permettrait un véritable bénéfice pour les assurés et la collectivité dans son ensemble.

L'accès aux données de santé, un enjeu important pour les organismes complémentaires santé

Pour les organismes complémentaires d'Assurance maladie, l'accès et le partage des données de santé constituent, dans le respect des libertés individuelles, des règles éthiques et déontologiques quant à leur usage et de la réglementation en vigueur, un enjeu majeur en ce qu'ils doivent permettre :

- La participation à la gestion du risque santé à travers une connaissance des données de santé de remboursement ;
- La contribution à la réflexion et l'action autour d'une évolution du système de santé, son organisation, son fonctionnement (prise en charge des patients, parcours de soins, modes de rémunération, etc.) ;
- La bonne gouvernance du système de santé qui requiert une connaissance partagée de son fonctionnement et de ses financements ;

Même si la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a confirmé le principe d'une ouverture aux données de santé, dans la droite ligne des travaux sur l'Open Data, l'accès aux

données de santé pour les organismes complémentaires santé reste, dans les faits, limité, ce qui fait de ces acteurs importants du système de santé des « payeurs aveugles ».

En octobre 2020, l'UNOCAM et les fédérations ont rappelé aux pouvoirs publics leur souhait de pouvoir exercer leur métier d'assureur complémentaire santé au bénéfice de leurs assurés, ce qui signifie :

- Verser des prestations à leurs assurés en cas de sinistre, et non rembourser des avances de l'Assurance maladie obligatoire sous forme de taxe (comme le FPMT ou encore la taxe COVID) ;
- Disposer des données de santé nécessaires à la réalisation de leurs missions de liquidation des prestations et de contrôle, dans le respect de la réglementation relative à la protection de ces données ;
- Être associés à la gestion du risque maladie afin de favoriser des actions coordonnées en particulier entre Assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires santé – c'est plus particulièrement vrai en optique, audiologie et dentaire où les complémentaires santé sont des financeurs majoritaires

Le GIP « Plateforme des données de santé » ou Health Data Hub, un lieu de dialogue autour des données de santé pour les complémentaires santé

Créé par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé et mis en place le 1^{er} décembre 2019, le Health Data Hub est un groupement d'intérêt public (GIP) qui associe 56 parties prenantes, en grande majorité issues de la puissance publique. Objectif : créer une vaste plateforme d'accès aux données de santé visant à enrichir et à valoriser l'usage des données de santé dans notre pays¹².

¹² La loi du 26 janvier 2016 relatif à la modernisation du système de santé a posé le principe de l'alimentation du Système national de données de santé (SNDS) par les organismes complémentaires. Les modalités de cette alimentation font l'objet d'une concertation entre la DREES et les fédérations FNMF, FFA et CTIP.

Fin 2019, l'UNOCAM a rejoint le groupement d'intérêt public (GIP) Health Data Hub qui a pris le relais de l'Institut national des données de santé (INDS) dont elle était un membre fondateur, tout en les élargissant¹³.

Même si l'État est très majoritaire en termes de droits de vote dans les instances du nouveau GIP, **le Health Data Hub est pour l'UNOCAM et les fédérations un lieu de dialogue et de partage avec l'ensemble des parties prenantes** (pouvoirs publics, associations, usagers, industriels, établissements de santé...) sur les sujets d'accès aux données.

En 2020, le « Health Data Hub » a poursuivi sa mise en place malgré un contexte marqué par l'épidémie de COVID-19 avec notamment :

- Poursuite de la structuration des équipes du GIP pour accompagner la montée en charge du HDH, chantier organisationnel et managérial important ;
- Instruction et avis par le Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (CESREES) sur des projets d'études et de recherches nécessitant le recours à des données personnelles de santé, avec de nouveaux projets portant sur la COVID en 2020 ;
- Participation aux travaux sur l'architecture numérique de la Plateforme des données de santé – qui doivent conduire à la publication de plusieurs textes réglementaires sur le fonctionnement du Health Data Hub et le Système national des données de santé (SNDS) piloté par la plateforme nationale des données de santé.

L'UNOCAM et les fédérations ont continué à porter la voix des organismes complémentaires santé dans les instances du HDH. Elles suivront

avec attention la mise en place des tarifs des services qui seront facturés aux utilisateurs pour la mise à disposition de ces données et qui constituera demain une source de financement de la plateforme.

Numérique en santé : les travaux se poursuivent et s'accroissent sous l'égide des pouvoirs publics

En 2020, la Délégation ministérielle au Numérique en Santé et les directions du ministère des Solidarités et de la Santé accompagnées de l'Agence du Numérique en Santé et de la Caisse nationale d'Assurance maladie ont poursuivi et accéléré leurs travaux autour du numérique en santé.

Principaux travaux en cours :

- mise à jour et enrichissement de la doctrine technique du numérique en santé qui a vocation à devenir le cadre de référence dans lequel doivent s'inscrire les services numériques d'échange et de partage de données de santé,
- actualisation de la feuille de route du numérique en santé et Ségur de la santé,
- retour d'expérience sur numérique et COVID (mobilisation de l'écosystème, initiatives portées par l'État pendant la pandémie)...

Signe du dynamisme des travaux engagés, le Conseil du numérique en santé (CNS) mis en place en 2019 s'est réuni à trois reprises en 2020 : le 20 février, le 18 juin avec la participation d'Olivier Véran, Ministre des Solidarités et de la Santé, et le 4 décembre 2020.

L'UNOCAM est systématiquement conviée à ces réunions.

¹³ L'article 41 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a posé le principe de la création de la Plateforme des données de santé. Puis, l'arrêté du 29 novembre 2019 a approuvé l'avenant à la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Institut national des données de santé » portant création du groupement d'intérêt public « Plateforme des données de santé » paru au Journal Officiel du 30 novembre 2019.



ACCÈS AUX CODES DE NOMENCLATURE EN OPTIQUE ET EN AUDIO : un enjeu opérationnel majeur pour les organismes complémentaires

- Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du 100 % Santé, l'UNOCAM et les fédérations ont demandé en 2019 à la CNAM une transmission des codes de nomenclature dans les flux NOEMIE pour l'optique, l'audiologie et les prothèses dentaires, et plus seulement des codes de regroupement. Aujourd'hui, la granularité des informations transmises aux OCAM ne leur permet pas, dans certains cas, de liquider et de vérifier les prestations dans de bonnes conditions et dans le respect de la réglementation – ce qui est le cœur de leur métier.
- Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'UNOCAM et les fédérations ont travaillé étroitement en 2020 avec la CNAM, la CNIL et la Direction de la Sécurité sociale (DSS). Cette dernière a ouvert un chantier qui a donné lieu à plusieurs réunions multilatérales et bilatérales entre octobre et novembre 2020.
- Les OCAM attendaient début 2021 le résultat de ces travaux ministériels tout en insistant sur la nécessité de **disposer d'un cadre conciliant les exigences de protection des données des assurés et des professionnels de santé et d'efficacité au regard des missions reconnues par les textes aux OCAM**. Ils alertent, à défaut, sur le risque d'allonger les délais de remboursement, notamment le tiers-payant, à rebours des objectifs de la réforme du 100 % Santé, de complexifier les processus de gestion et de fragiliser les actions de gestion du risque engagées par les OCAM sur ces postes de dépenses.

Tous les avis officiels rendus par l'UNOCAM

L'Union nationale des organismes d'Assurance maladie complémentaire (UNOCAM) peut être saisie pour avis par les pouvoirs publics.

- des projets de textes législatifs et réglementaires et en particulier sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), par la Direction de la Sécurité sociale (DSS),
- la participation à des négociations conventionnelles avec les professions de santé et la signature de conventions nationales ou d'avenants à celles-ci, par l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNOCAM),
- des propositions de modification de la nomenclature des actes prises pour l'application de ces accords, par l'UNOCAM.



Toutes les délibérations de l'UNOCAM sont portées à la connaissance du public sur le site de l'UNOCAM : unocam.fr



En 2020, l'UNOCAM a rendu **29 avis** répondant à des saisines des pouvoirs publics et, majoritairement, de l'Assurance maladie obligatoire.

En 2020, l'UNOCAM s'est prononcée en moyenne dans un délai de **18 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 2020, les délibérations de l'UNOCAM ont concerné les sujets suivants :

- **Délibération n° BUR. – 4 – 11 février 2020**
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, NGAP infirmiers (suite de l'avenant n° 7 – infirmier en pratiques avancées - IPA)
- **Délibération n° BUR. – 5 – 3 mars 2020**
Avis relatif à l'ouverture de négociations conventionnelles avec les opticiens d'une part et les audioprothésistes d'autre part
- **Délibération n° BUR. – 6 – 3 mars 2020**
Avis relatif à l'ouverture de négociations sur l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux
- **Délibération n° BUR. – 7 – 3 mars 2020**
Avis relatif à la signature d'un avenant n° 20 à la convention nationale entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie concernant la dispensation adaptée
- **Délibération n° BUR. – 8 – 3 mars 2020**
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, en matière de biologie médicale
- **Délibération n° BUR. – 9 – 23 mars 2020**
Avis relatif à l'ouverture des négociations conventionnelles sur l'avenant n° 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés
- **Délibération n° BUR. – 10 – 28 avril 2020**
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 – NGAP médecins
- **Délibération n° BUR. – 11 – 7 avril 2020**
Avis relatif à la signature de l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux
- **Délibération n° BUR. – 12 – 22 avril 2020**
Avis relatif à la signature de l'avenant n° 3 à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les organismes d'Assurance maladie
- **Délibération n° BUR. – 13 – 22 avril 2020**
Avis relatif à signature de l'avenant n° 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en faveur du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
- **Délibération n° BUR. – 2 – 7 janvier 2020**
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 – CCAM médecins (modificateur C)
- **Délibération n° BUR. – 3 – 13 janvier 2020**
Avis relatif à une proposition de modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (radiologie interventionnelle)

- **Délibération n° BUR. – 14 – 28 avril 2020**
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 – CCAM médecins et chirurgiens-dentistes
- **Délibération n° BUR. – 15 – 26 mai 2020**
Avis relatif à plusieurs propositions de modification de la NGAP (consultation bucco-dentaire complexe et test HPV)
- **Délibération n° BUR. – 16 – 12 juin 2020**
Avis relatif au projet de décret en Conseil d'État portant diverses mesures concernant la prise en charge des produits de santé
- **Délibération n° BUR. – 17 – 19 juin 2020**
Avis relatif à l'ouverture de négociations conventionnelles sur un avenant n° 14 à la convention nationale des orthoptistes libéraux
- **Délibération n° BUR. – 18 – 23 juin 2020**
Avis relatif à des modifications de nomenclature de liste des actes et prestations (LAP) – CCAM médecins
- **Délibération n° BUR. – 19 – 18 août 2020**
Avis relatif à la signature d'un avenant n° 21 à la convention nationale entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie concernant notamment l'accompagnement des patients sous traitement anticancéreux oral
- **Délibération n° BUR. – 20 – 22 juillet 2020**
Fixation du nouveau taux de la participation de l'assuré par l'Assurance maladie pour les honoraires de dispensation et les prestations effectuées par un pharmacien d'officine
- **Délibération n° BUR. – 21 – 8 septembre 2020**
Avis relatif à la signature d'un avenant n° 22 sur la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie, concernant la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) portant sur les médicaments génériques
- **Délibération n° BUR. – 22 – 15 septembre 2020**
Avis relatif à l'ouverture de différentes négociations conventionnelles pluriprofessionnelles, monoprofessionnelles et avec les centres de santé, dans le contexte de l'épidémie de la COVID-19 et à la suite des conclusions du Ségur de la santé
- **Délibération n° BUR. – 23 – 2 octobre 2020**
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 – NGAP stomatologues
- **Délibération n° BUR. – 24 – 2 octobre 2020**
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 – CCAM V66
- **Délibération n° CONS. – 26 – 5 octobre 2020**
Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021
- **Délibération n° BUR. – 27 – 13 octobre 2020**
Avis relatif à la signature d'un avenant n° 4 à la convention nationale des pédicures-podologues
- **Délibération n° BUR. – 28 – 10 novembre 2020**
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, en matière d'appareils de scanographie
- **Délibération n° BUR. – 29 – 10 novembre 2020**
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, NGAP infirmiers BSI
- **Délibération n° BUR. – 30 – 11 décembre 2020**
Projet de décret en Conseil d'État relatif à la mise en œuvre de la réforme du financement des urgences et portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé
- **Délibération n° BUR. – 31 – 15 janvier 2021**
Avis relatif à la signature de l'avenant n° 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés

Les réponses de l'UNOCAM aux enquêtes de la Cour des comptes

L'UNOCAM a répondu à plusieurs sollicitations de la Cour des comptes en 2020 et notamment sur la Complémentaire santé solidaire (CSS), sur l'évolution des dépenses de biologie médicale et sur la prévention des principales pathologies chroniques.

Enquête réalisée à la demande de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur la Complémentaire santé solidaire (CSS) et le Fonds CMU

Rappelant les difficultés importantes que posait aux OCAM le niveau des frais de gestion décidé par les pouvoirs publics, l'UNOCAM a notamment demandé aux pouvoirs publics qu'un bilan sur l'équilibre économique de la réforme soit réalisé au bout d'un an dans le cadre du Comité de suivi de la réforme du 100 % Santé.

Enquête sur l'évolution des dépenses de biologie médicale

L'UNOCAM considère que les mesures mises en place ont permis de ralentir la progression des dépenses de biologie médicale libérale mais doivent être poursuivies et renforcées en développant systématiquement une approche médico-économique permettant de réaliser des gains d'efficacité tout en améliorant la qualité. L'UNOCAM ne dispose pas d'éléments permettant d'aller plus loin dans l'appréciation des mesures de régulation prix/volume et des actions de maîtrise médicalisée mises en place par l'Assurance maladie obligatoire pour les biologistes et les médecins prescripteurs. De fait, l'UNOCAM ne participe pas aujourd'hui à la définition des

grandes orientations concernant cette profession et sa consultation ponctuelle sur des évolutions techniques de nomenclature ne lui permet pas d'apporter une appréciation plus précise sur les évolutions réalisées et souhaitables. Dans la période actuelle, l'UNOCAM indique qu'elle sera très vigilante sur le fait que la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 et les dépenses exceptionnelles qu'elle génère dans le champ de la biologie médicale libérale ne remettent pas cause les efforts de régulation réalisés au cours des dernières années.

Enquête sur l'évaluation des politiques de prévention des principales pathologies chroniques du comité d'évaluation et de contrôle (CEC) de l'Assemblée nationale

L'UNOCAM rappelle que les organismes complémentaires participent au co-financement des dépenses de prévention remboursables au côté de l'Assurance maladie obligatoire (consultation, examens biologie, vaccins, traitements nicotiques de substitution...), par la prise en charge du ticket modérateur voire de dépassements. De plus, de nombreux organismes complémentaires santé proposent des forfaits et des actions de prévention dans leurs garanties contractuelles, voire dans le cadre de leur politique d'action sociale. L'UNOCAM considère que l'évolution des modes de rémunération des professionnels de santé et le modèle économique d'exercice sont clairement des éléments qui peuvent contribuer au développement d'une culture de prévention, comme l'ont montré les discussions conventionnelles récentes.

Liste des sigles

<u>ALD</u>	Affection de longue durée
<u>CCSF</u>	Comité consultatif du secteur financier (CCSF)
<u>CEPS</u>	Comité économique des produits de santé
<u>CNAM</u>	Caisse nationale de l'Assurance maladie
<u>CNIL</u>	Commission nationale de l'informatique et des libertés
<u>CSBM</u>	Consommation de soins et de biens médicaux
<u>CTIP</u>	Centre technique des institutions de prévoyance
<u>DREES</u>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<u>DSS</u>	Direction de la sécurité sociale
<u>FFA</u>	Fédération française de l'Assurance
<u>FNIM</u>	Fédération nationale indépendante des mutuelles
<u>FNMF</u>	Fédération nationale de la Mutualité française
<u>HDH</u>	Health Data Hub
<u>PNDS</u>	Plateforme nationale des données de santé
<u>ROSP</u>	Rémunération sur objectifs de santé publique
<u>SNDS</u>	Système national des données de santé
<u>UNOCAM</u>	Union nationale des caisses d'Assurance maladie
<u>UNOCAM</u>	Union nationale des organismes complémentaires d'Assurance maladie

Liens utiles

- Le site de l'UNOCAM : unocam.fr
- Le site de la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF) : mutualite.fr
- Le site de la Fédération Française de l'Assurance (FFA) : ffa-assurance.fr
- Le site du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) : ctip.asso.fr
- Le site du Régime Local d'Assurance maladie Alsace-Moselle (RLAM) : <https://regime-local.fr/>
- Le site de la Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM) : fnim.fr



unocam

UNION NATIONALE DES ORGANISMES
D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

120, boulevard Raspail
75006 PARIS

Site Internet : unocam.fr