



Rapport d'activité 2014

18 juin 2015

Sommaire

Avant-propos	4
Introduction	8
Missions	16
Membres	22
Gouvernance	24
Equipe	28
Avis officiels	30
Décrets relatifs à l'assurance maladie complémentaire	34
Négociations conventionnelles	42
Comité économique des produits de santé	56
Institut des données de santé	64
Commissions régionales de gestion du risque	68
Conférence nationale de santé	72
Communication	74
Liste des sigles	76

Avant-propos

Entrée en fiscalité des mutuelles et des institutions de prévoyance, modifications nombreuses et profondes de la réglementation applicable à l'assurance maladie complémentaire, évolution des règles prudentielles relatives au risque santé : 2014 aura été une année de grands changements. Rarement un secteur d'activité aura connu des transformations à la fois aussi rapides et de pareille ampleur !

Pour les organismes complémentaires d'assurance maladie, ces changements constituent ce que les économistes appellent un « *choc d'offre* » : une rupture soudaine des conditions de production, qui affecte l'équilibre microéconomique des entreprises.

S'agissant des modifications relevant de son champ de compétences et sur lesquelles elle a été appelée à rendre des avis en 2014, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) s'est montrée souvent sceptique, parfois critique. C'est en 2015 et 2016 que les bouleversements intervenus dans la réglementation applicable aux garanties santé vont faire connaître leur plein effet. Les observateurs pourront alors mesurer si ce surcroît de réglementation est vertueux et s'il sert vraiment les intérêts des adhérents et assurés. Progrès de la régulation ou excès d'administration ? Au vu des résultats, chacun pourra bientôt apprécier.

*

L'UNOCAM¹ a été créée il y a maintenant plus de dix ans. Elle regroupe tous les opérateurs en assurance maladie complémentaire, qu'il s'agisse des mutuelles, des entreprises d'assurances, des institutions de prévoyance ou du régime local d'Alsace-Moselle. De gouvernance et de modèle économique divers, les organismes complémentaires d'assurance maladie ont en commun d'assurer la prise en charge, à titre individuel ou collectif (par l'intermédiaire d'une entreprise ou d'une association), pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais de santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie

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.

obligatoire. Cette prise en charge a atteint 25,7 milliards d'euros en 2013², soit 13,8% 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 relatifs à la santé, sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que sur les projets de décrets et d'arrêtés relatifs à l'assurance maladie. L'UNOCAM est associée aussi, si elle le souhaite, aux négociations conventionnelles ouvertes par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). L'UNOCAM est consultée enfin sur la fixation des prix ou des tarifs des produits de santé.

*

En 2012 et 2013, l'UNOCAM a signé sept accords conventionnels tripartites avec les médecins libéraux, les pharmaciens titulaires d'officine et les chirurgiens-dentistes. La signature de ces accords témoignait de l'engagement de l'UNOCAM en faveur d'un nouveau partenariat avec l'assurance maladie obligatoire.

Mais ce partenariat n'a pas duré. L'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a dévoyé l'engagement financier pris par l'UNOCAM dans l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux médecins, signé le 25 octobre 2012 et publié au Journal Officiel du 7 décembre 2012. Le copaiement du forfait médecin traitant par l'assurance maladie complémentaire a été transformé, en effet, en une nouvelle sorte de taxe exceptionnelle versée à l'assurance maladie obligatoire par les organismes complémentaires d'assurance maladie.

En conséquence, l'UNOCAM a choisi de suspendre, à l'automne 2013, sa participation aux négociations conventionnelles avec l'UNCAM et les syndicats représentatifs des professions libérales de santé. L'année 2014 a été marquée par ce retrait.

Dès lors, l'UNOCAM a engagé une réflexion sur sa stratégie conventionnelle avec les professionnels de santé. Ce travail a permis à l'UNOCAM de débattre en son sein sur les conditions dans lesquelles elle pourrait accepter de participer à de nouvelles négociations conventionnelles tripartites, en particulier sur le dossier dentaire pour lequel elle a décidé, fin 2014, qu'un travail d'approfondissement devait être réalisé. L'UNOCAM est intervenue enfin en appui et relai des travaux menés par les fédérations dans le cadre de la généralisation du tiers payant.

² Cf. *Comptes nationaux de la santé 2013*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2014.

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.

L'année 2015 s'est ouverte sur des tensions entre les syndicats médicaux et l'assurance maladie obligatoire ainsi que sur la réouverture des concertations sur le projet de loi relatif à la santé⁴, notamment sur le tiers payant.

Fabrice HENRY
Président de l'UNOCAM

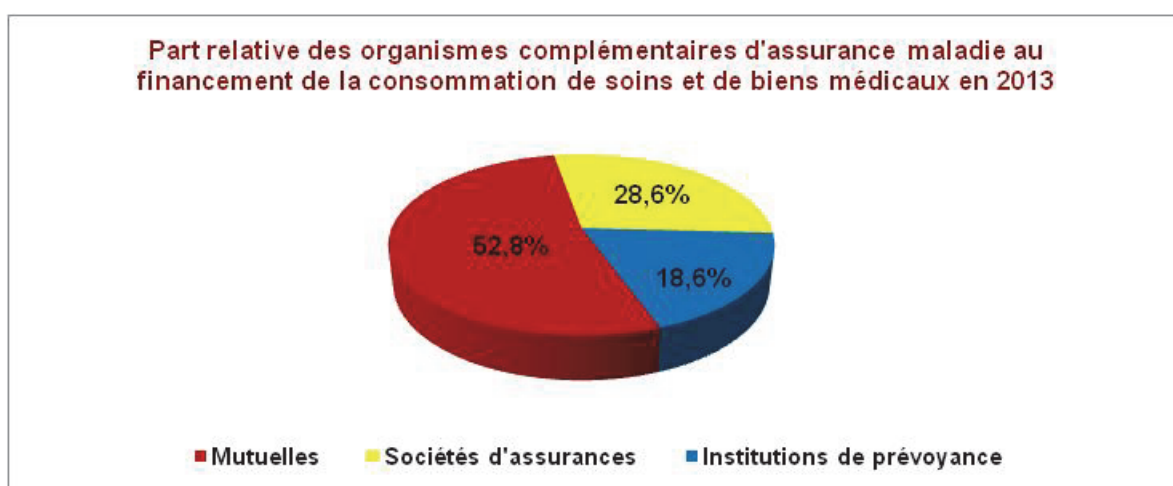
⁴ Le projet de loi relatif à la santé est appelé projet de loi de modernisation de notre système de santé depuis mars 2015.

Introduction

L'UNOCAM et ses membres

L'assurance maladie complémentaire est représentée par plusieurs institutions qui sont membres de l'UNOCAM : la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), le régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA) et la Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM).

Les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance constituent respectivement 52,8%, 28,6% et 18,6% de la part de l'assurance maladie complémentaire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux en 2013⁵.



L'UNOCAM est, pour ses membres, l'un des lieux utiles d'échanges et de concertation. Dans ce lieu, les responsables de ces institutions et leurs collaborateurs travaillent au quotidien à l'élaboration de prises de position et à la formulation de propositions consensuelles portant aussi bien sur les politiques conventionnelles, le prix des produits de santé que sur l'accès partagé aux données

⁵ Cf. *Comptes nationaux de la santé 2013*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2014.

de remboursement. Offrir un cadre de discussion et de travail qui favorise l'innovation, la recherche de l'efficience et la défense de l'intérêt collectif, c'est une originalité, au regard des nombreux cloisonnements et des situations de blocage qui caractérisent le système de santé et de protection sociale.

En 2014, l'UNOCAM a su formuler de nouveau des propositions consensuelles sur des sujets intéressant particulièrement l'assurance maladie complémentaire.

- L'UNOCAM a poursuivi ses relations bilatérales avec la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD). Au sein de la **Commission bipartite de suivi de la charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie**, signée par l'UNOCAM et la CNSD le 26 juillet 2013, les échanges sont francs, directs, réguliers et très constructifs. Ils ont déjà donné lieu à l'élaboration d'un modèle-type de note d'honoraires, qui a été envoyé aux éditeurs de logiciels le 23 janvier 2015. La commission poursuit ses travaux, dont certains pourraient aboutir prochainement.
- Sur le **développement du tiers payant**, l'UNOCAM a été associée aux deux phases de concertation ouvertes par les pouvoirs publics, successivement en février 2014 et en janvier 2015. La FNMF, la FFSA et le CTIP étaient en première ligne sur ce dossier, les trois fédérations ayant décidé de se rapprocher dans le but de simplifier et de moderniser leurs dispositifs de tiers payant, au plan opérationnel, au service des adhérents et assurés comme des professionnels de santé. L'UNOCAM est intervenue en appui de cette démarche très innovante, dans la perspective d'éventuelles négociations conventionnelles sur la généralisation du tiers payant. Ainsi l'UNOCAM a-t-elle travaillé en 2014 avec l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS). Le 11 février 2015, l'UNOCAM et l'UNPS ont signé un point d'étape qui exposait les principes auxquels les deux parties entendaient se référer dans la poursuite de leurs travaux techniques.
- Membre de l'Institut des données de santé (IDS), l'UNOCAM a participé à la concertation ouverte par les pouvoirs publics sur l'**ouverture des données en santé**. La Commission *Open Data* en santé s'est réunie jusqu'en mai 2014, puis de nouveau à partir de février 2015. Dans son avis sur la version initiale du projet de loi relatif à la santé⁶, l'UNOCAM a formulé d'importantes critiques sur les dispositions alors envisagées par les pouvoirs publics. Celles-ci étaient en effet très en retrait des conclusions de la commission⁷.

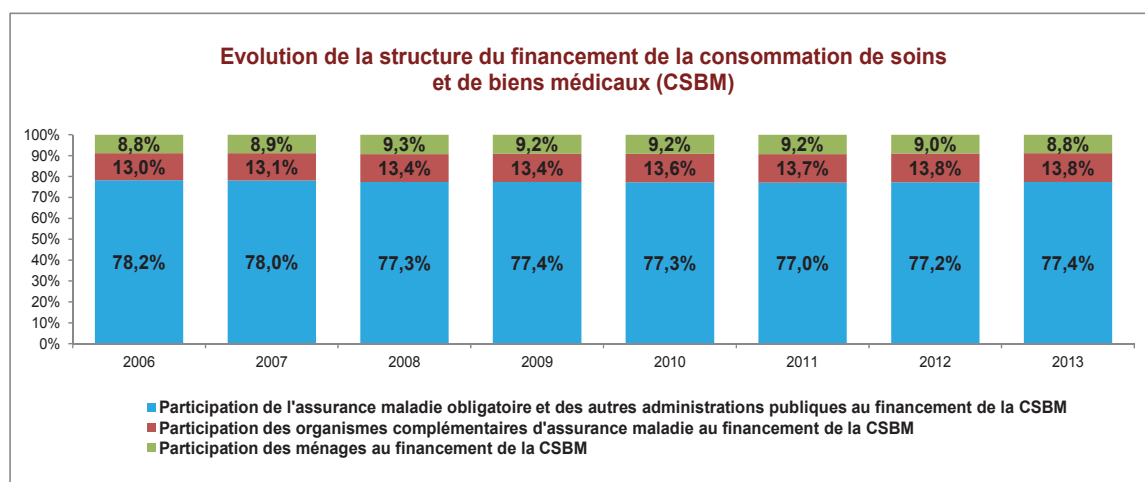
⁶ Cf. délibération n° 20 du Conseil de l'UNOCAM du 16 septembre 2014.

⁷ Cf. *Rapport de la Commission Open Data en santé*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 9 juillet 2014.

- Enfin, l'UNOCAM a été force de propositions au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS). En 2014, elle a participé à la mission d'évaluation de la politique de **promotion des médicaments génériques**. Elle a été auditionnée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la politique de promotion du médicament générique le 18 juin 2014.

L'UNOCAM et l'UNCAM

La part de l'assurance maladie obligatoire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux est passée de 78,2% en 2006 à 77,4% en 2013, soit une baisse de 0,8 point⁸. Celle de l'assurance maladie complémentaire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux est passée, quant à elle, de 13,0% à 13,8%, soit une hausse de 0,8 point⁹. En 2013, le reste à charge direct des ménages rapporté à la consommation de soins et de biens médicaux est revenu à son niveau de 2006, soit à 8,8%¹⁰.



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

⁸ Cf. *Comptes nationaux de la santé 2013*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2014.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ *Ibidem*.

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

Il s'agit d'un expédient qui rend le système plus opaque. Le procédé ne fait pas apparaître, aux yeux des assurés sociaux, un désengagement financier de l'assurance maladie obligatoire. Il fait supporter aux seuls organismes complémentaires d'assurance maladie la responsabilité de devoir afficher une hausse de leurs coûts. A la fin de la période 2006-2013, la hausse de ces coûts ne se traduit plus par une augmentation de la part de l'assurance maladie complémentaire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux.

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

Pour l'UNOCAM, assurances maladie obligatoire et complémentaire sont par nature liées. L'UNOCAM a toujours essayé de nouer des relations partenariales avec l'assurance maladie obligatoire. Avec constance, elle a souhaité instaurer avec l'UNCAM une méthode de travail fondée sur la concertation entre unions de financeurs, qui respecte naturellement les prérogatives du service public, mais qui reconnaisse aussi les spécificités de l'assurance maladie complémentaire. Depuis 2012, l'organisation de réunions de travail bilatérales entre l'UNCAM et l'UNOCAM est devenue plus fréquente avant l'ouverture officielle des négociations conventionnelles tripartites, voire aux moments décisifs de celles-ci. Toutefois, ces réunions ne participent pas d'une véritable concertation entre unions de financeurs. A cet égard, l'UNOCAM se réjouit que la situation soit en train de s'améliorer.

En 2014, la Cour des comptes a réalisé une enquête sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé. Elle s'est notamment intéressée à la procédure conventionnelle¹¹. Ses conclusions corroborent les analyses de l'UNOCAM. Aux termes du rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat du 8 juillet 2014¹² :

¹¹ A l'issue de son enquête sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé, la Cour des comptes a consulté l'UNOCAM, en mai 2014, sur son relevé d'observations provisoires. En juillet 2014, l'UNOCAM a été consultée sur le projet de rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

¹² Cf. Rapport au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat sur l'enquête de la Cour des comptes sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé, 8 juillet 2014.

« La Cour estime qu'une plus forte implication de l'UNCAM et de l'UNOCAM, en tant que financeurs, et de l'État, en tant que décideur, pourrait renforcer la cohérence des actions menées et aboutir à la mise en place de contreparties plus efficaces pour la rémunération des professionnels et la gestion du risque. *Incontestablement, le rôle de l'UNOCAM apparaît aujourd'hui trop en retrait par rapport à la place grandissante prise par les assurances complémentaires dans la couverture maladie.* Le désengagement du régime général des soins dentaires et de l'optique – critiqué à juste titre par la Cour en raison des difficultés qui en résultent quant à l'accès aux soins – impose que l'UNCAM et l'UNOCAM puissent se coordonner pour définir un mandat de négociation commun dans leurs relations conventionnelles avec les professionnels concernés. »¹³

« Le renforcement du rôle de l'UNCAM et de son directeur général, par la réforme de 2004, a fait que l'acteur le plus puissant s'est trouvé en situation de maîtriser intégralement la politique conventionnelle, sans éprouver le besoin de rechercher une articulation négociée avec l'UNOCAM ou une coopération pour mener les discussions avec les professions de santé. »¹⁴

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale daté de septembre 2014¹⁵, la Cour des comptes constate en outre que « l'association [de l'UNOCAM] aux négociations reste chaotique »¹⁶ ; l'assurance maladie complémentaire le déplore elle-même. La plus haute juridiction financière explique ainsi son constat :

« Il convient également de mieux associer les organismes complémentaires à la régulation du système de soins, au regard de la place grandissante qu'ils tiennent dans la couverture des dépenses d'assurance maladie des ménages. *Il n'apparaît pas souhaitable que les organismes complémentaires soient utilisés comme de simples opérateurs financiers permettant de solvabiliser les accords passés entre l'UNCAM et les professions de santé, en raison du risque inflationniste que cela représente.* L'amélioration des conditions d'accès aux soins suppose une véritable coopération des régimes de base et complémentaires. Une application stricte de la loi de 2004 qui prévoit un examen conjoint annuel, entre l'UNCAM et l'UNOCAM, des programmes de négociation serait déjà de nature à renforcer cette

¹³ Cf. *Rapport au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat sur l'enquête de la Cour des comptes sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé*, 8 juillet 2014, page 9.

¹⁴ *Ibidem*, page 133.

¹⁵ Cf. *Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2014.

¹⁶ *Ibidem*, page 249.

coordination. La concertation obligatoire devrait être élargie à l'ouverture de toute négociation et en constituer un préalable nécessaire. Il pourrait également être prévu que le comité national de pilotage puisse entendre l'UNOCAM et ses composantes sur les thèmes qui les concernent plus particulièrement. »¹⁷

L'UNOCAM et les pouvoirs publics

Conformément à l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, l'UNOCAM est saisie des projets de loi relatifs à l'assurance maladie et des projets de loi de financement de la sécurité sociale. En 2014, plusieurs textes législatifs et réglementaires ont modifié profondément les principes et les modalités d'intervention de l'assurance maladie complémentaire. Ces textes portent notamment sur la mise en concurrence des contrats d'assurance complémentaire santé pouvant être proposés aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), sur le contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales dits « *contrats responsables* », ainsi que sur les modalités de la généralisation des garanties d'assurance complémentaire santé des salariés.

L'UNOCAM a été saisie du **projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014**¹⁸. Dans son avis¹⁹, l'UNOCAM a demandé un report de la date d'entrée en vigueur des différents décrets concernant l'assurance maladie complémentaire, notamment ceux sur les contrats responsables et sur la mise en concurrence des contrats pour les bénéficiaires de l'ACS. L'application de ces dispositions au 1^{er} janvier 2015 n'était pas envisageable matériellement²⁰.

L'UNOCAM a rendu un avis défavorable sur le **projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015**^{21 & 22}. Elle a formulé des critiques sur plusieurs mesures.

- Le projet de loi de financement prévoit la mise en place du tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS qui, à compter du 1^{er} juillet 2015, auront souscrit un des contrats éligibles à l'ACS sélectionnés par un appel à la concurrence²³. L'UNOCAM a émis de sérieuses réserves sur ce dispositif. Elle a noté néanmoins que ces modalités sont censées maintenir la liberté de choix des professionnels de santé ainsi que les outils de tiers payant que ceux-ci utilisent déjà, notamment avec l'assurance maladie complémentaire.

¹⁷ *Ibidem*, page 254.

¹⁸ La loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 a été publiée au Journal Officiel du 9 août 2014.

¹⁹ Cf. délibération n° 13 du Conseil de l'UNOCAM du 12 juin 2014.

²⁰ Cette date d'entrée en vigueur a été reportée finalement au 1^{er} avril 2015 pour les contrats responsables et au 1^{er} juillet 2015 pour les contrats éligibles à l'ACS.

²¹ La loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 a été publiée au Journal Officiel du 24 décembre 2014.

²² Cf. délibération n° 21 du Conseil de l'UNOCAM du 1^{er} octobre 2014.

²³ Cf. *infra* : « *Décrets relatifs à l'assurance maladie complémentaire* ».

- Le projet de loi de financement modifie les modalités de recouvrement des taxes sur les contrats d'assurance. L'harmonisation de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et de la TSCA, versées par les mutuelles, les entreprises d'assurances et les institutions de prévoyance, était présentée par les pouvoirs publics comme une simplification administrative, ce qui est inexact pour les organismes complémentaires d'assurance maladie. Pour l'UNOCAM, la fusion des deux taxes n'était pas une priorité. En revanche, l'accent devrait être mis sur la réduction des taxes sur les contrats responsables, dont l'augmentation ces dernières années a renchéri le coût de la complémentaire santé au point d'entraver l'accès aux soins pour une partie de la population.

En 2011 et 2012, les adhérents et assurés des organismes complémentaires d'assurance maladie ont dû supporter une hausse significative des prélèvements obligatoires sur leurs cotisations. A effet du 1^{er} octobre 2011, la TSCA pesant sur les contrats de complémentaire santé a été augmentée pour un montant représentant en année pleine 1,2 milliard d'euros. Cette augmentation faisait suite à une hausse de 1 milliard d'euros qui était intervenue le 1^{er} janvier 2011. Le montant de cette taxe n'a pas été réduit en 2014²⁴. L'UNOCAM regrette vivement cette situation.

L'UNOCAM a rendu un avis sur le [projet de loi relatif à la santé](#)²⁵. Les fédérations qui composent l'UNOCAM ne partagent pas la même appréciation globale sur le projet de loi. Mais elles sont unanimes pour alerter les pouvoirs publics sur plusieurs de ses dispositions.

- Le projet de loi relatif à la santé prévoit la généralisation du tiers payant à l'ensemble des assurés sociaux pour la médecine de ville. Il fixe aux contrats responsables l'obligation de permettre à l'adhérent et assuré de « *bénéficiaire de la dispense d'avance des frais sur les prestations faisant l'objet [des] garanties, a minima à hauteur du tarif des prestations servant de base au calcul de la prise en charge par l'assurance maladie.* » Cette disposition doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2017. L'UNOCAM a insisté sur la nécessité d'assurer, d'une part, l'interopérabilité des systèmes d'information de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire et, d'autre part, l'indépendance des organismes complémentaires d'assurance maladie dans leurs relations avec les professionnels de santé comme avec leurs adhérents et assurés. Pour l'UNOCAM, cette indépendance passe par deux flux distincts de paiement.

²⁴ La loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, publiée au Journal Officiel du 24 décembre 2013, a porté de 9 à 14% le taux de la TSCA appliquée aux contrats d'assurance maladie qui ne sont pas responsables. Le taux a été maintenu à 7 % pour les contrats responsables.

²⁵ Cf. délibération n° 20 du Conseil de l'UNOCAM du 16 septembre 2014.

- Le projet de loi relatif à la santé organise un dispositif d'accès public aux données de santé, issues principalement des fichiers de l'assurance maladie obligatoire et des hôpitaux²⁶. Les pouvoirs publics ont organisé une concertation dont les conclusions sont intéressantes. Pour l'UNOCAM, leur traduction législative, en termes de processus et de gouvernance associée, ne saurait être en retrait. Elle doit garantir un traitement des demandes d'accès aux données de santé, certes encadré, mais simple, transparent et équitable.
- Le projet de loi relatif à la santé prévoit « *un encadrement des tarifs des prestations d'optique et de soins dentaires prothétiques et orthodontiques* » délivrés aux bénéficiaires de l'ACS. L'encadrement des tarifs pour certains assurés sociaux pourrait induire une augmentation des tarifs pour les autres. L'UNOCAM est opposée à la différenciation des tarifs en fonction de la capacité financière des patients, qui peut être stigmatisante. Cette différenciation va à l'encontre des principes de solidarité entre assurés sociaux. Dans les réseaux de soins proposés par les organismes complémentaires d'assurance maladie, tous les adhérents et assurés peuvent bénéficier des mêmes avantages tarifaires.

²⁶ Cf. *infra* : « Institut des données de santé ».

Missions

Un lieu d'échanges et de propositions

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

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

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel du 17 août 2004, permet notamment à l'UNOCAM d'examiner avec l'UNCAM les programmes annuels de négociations avec les professionnels de santé²⁷. Toutefois, cette obligation n'a jamais été vraiment satisfaite. La Cour des comptes l'a signalé à plusieurs reprises en 2014^{28 & 29}.

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

²⁷ Cf. article L. 182-3 du code de la sécurité sociale.

²⁸ Cf. Rapport au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat sur l'enquête de la Cour des comptes sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé, 8 juillet 2014 ; Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014.

²⁹ Elle a considéré en particulier que « (l)amélioration des conditions d'accès aux soins suppose une véritable coopération des régimes de base et complémentaires. Une application stricte de la loi de 2004 qui prévoit un examen conjoint annuel, entre l'UNCAM et l'UNOCAM, des programmes de négociation serait déjà de nature à renforcer cette coordination. La concertation obligatoire devrait être élargie à l'ouverture de toute négociation et en constituer un préalable nécessaire. » (cf. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014, page 254).

Une institution consultée sur les évolutions du système de santé

L'UNOCAM rend un avis « *motivé et public sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale* »³⁰.

L'UNOCAM exprime le point de vue des organismes complémentaires d'assurance maladie sur les principaux textes de réforme du système de santé, en particulier sur les questions liées à son financement. Ainsi, l'UNOCAM rend un avis sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui fixe les ressources et les dépenses des différentes branches de la Sécurité sociale pour l'année suivante, avec des objectifs pluriannuels. L'UNOCAM a été auditionnée par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale le 9 octobre 2014.

L'UNOCAM est aussi consultée sur la fixation des taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et sur les conditions dans lesquelles ils peuvent être modifiés. La loi prévoit, en effet, que le montant de la participation de l'assuré social (que l'on désigne généralement sous le terme de « *ticket modérateur* ») est fixé après avis de l'UNOCAM³¹. Il s'agit de la fraction des frais de santé (honoraires, médicaments, interventions en établissement de santé, etc.), hors dépassements d'honoraires éventuels, qui reste à la charge des patients après le remboursement par l'assurance maladie obligatoire (hors exonérations prévues à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale). Lorsque le taux de remboursement de la Sécurité sociale diminue, le ticket modérateur augmente. Ce dispositif a un impact financier sur les patients, soit directement lorsque ceux-ci ne sont pas couverts par un organisme complémentaire d'assurance maladie, soit indirectement par la détermination du niveau des cotisations qui leur sont demandées au titre de leur complémentaire santé, les organismes complémentaires d'assurance maladie remboursant le plus souvent le ticket modérateur.

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

³⁰ Cf. article L. 182-3 du code de la sécurité sociale.

³¹ Cf. article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

L'UNOCAM participe ponctuellement à des groupes de travail³². Elle répond aux demandes d'audition des corps de contrôle de l'Etat, quand celles-ci entrent dans son champ de compétences³³. Si tel n'est pas le cas, ce sont naturellement les membres de l'UNOCAM qui répondent à ces demandes. L'UNOCAM regrette de ne pas toujours avoir communication des rapports auxquels ses auditions donnent lieu.

Une institution qui participe au fonctionnement du système de santé

L'UNOCAM peut négocier avec les professions de santé

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009³⁴, l'UNOCAM doit être invitée par l'UNCAM à toutes les négociations conventionnelles avec les professions de santé.

L'UNOCAM peut négocier et signer les conventions nationales avec l'assurance maladie obligatoire et avec les professions de santé. Si l'UNOCAM refuse de conclure le texte présenté à sa signature à l'issue de négociations auxquelles elle a participé, l'UNCAM doit en informer la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. C'est à la Ministre que revient la décision d'approuver l'accord, le cas échéant en dépit de l'absence de signature de l'UNOCAM. Lorsque la négociation conventionnelle concerne des professions pour lesquelles le financement de l'assurance maladie obligatoire est minoritaire, la Ministre doit respecter un délai de six mois avant de pouvoir approuver un texte conventionnel avec lequel l'UNOCAM serait en désaccord³⁵. A ce jour, l'UNOCAM n'a jamais eu à tenir cette position.

L'UNOCAM est signataire de sept accords conventionnels. A ce titre, elle a participé en 2014 aux travaux de la Commission paritaire nationale des chirurgiens-dentistes, des médecins libéraux et des pharmaciens titulaires d'officine. Cette instance réunit, pour chaque profession libérale de santé, l'assurance maladie obligatoire, les syndicats représentatifs de cette profession et signataires de sa

³² L'UNOCAM participe aux réunions organisées régulièrement par le Directeur de la Sécurité sociale sur le développement de la couverture complémentaire santé. L'UNOCAM participe aussi 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. Enfin, l'UNOCAM participe aux réunions de concertation sur la dispense d'avance des frais.

³³ L'UNOCAM a été auditionnée par l'IGAS sur le tiers payant le 28 février 2014, sur la suppression de la vignette pharmaceutique le 24 mars 2014 et sur la politique de promotion du médicament générique le 18 juin 2014.

³⁴ Cf. article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale.

³⁵ L'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale dispose que, lorsqu'une négociation conventionnelle concerne des professions de santé pour lesquelles le financement de l'assurance maladie obligatoire est minoritaire, la Ministre doit respecter un délai de six mois avant de pouvoir approuver un texte conventionnel avec lequel l'UNOCAM serait en désaccord. L'arrêté du 5 mai 2009, publié au Journal Officiel du 7 mai 2009, dresse la liste de ces professions de santé : chirurgiens-dentistes, opticiens-lunetiers et audioprothésistes.

convention nationale, ainsi que l'assurance maladie complémentaire si l'UNOCAM est elle-même signataire de cette convention ou d'un avenant à celle-ci.

L'UNOCAM est représentée avec voix consultative dans la Commission paritaire nationale des médecins libéraux et dans celle des pharmaciens titulaires d'officine. En tant que premier financeur des soins et prothèses dentaires³⁶, l'UNOCAM compte un représentant avec voix délibérative au sein de la section sociale (qui regroupe assurances maladie obligatoire et complémentaire) de la Commission paritaire nationale des chirurgiens-dentistes. L'UNOCAM s'abstient de siéger quand la Commission paritaire nationale doit entendre un professionnel de santé et délibérer sur son exercice professionnel.

L'UNOCAM est membre des Observatoires nationaux des pratiques tarifaires des chirurgiens-dentistes et des médecins³⁷, instaurés par les partenaires conventionnels. Dans un objectif de transparence, notamment sur les tarifs à entente directe et les dépassements d'honoraires, ces observatoires sont essentiels.

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

L'UNOCAM a intensifié ses relations bilatérales avec les professionnels de santé en 2014. La Commission bipartite de suivi de la charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie, signée avec la CNSD le 26 juillet 2013, s'est réunie à trois reprises en 2014³⁸. L'UNOCAM a rencontré l'UNPS deux fois en 2014, afin d'échanger sur les principes et les modalités de développement du tiers payant³⁹. L'UNOCAM a reçu une délégation de l'Union nationale des pharmacies de France (UNPF) le 30 janvier 2014.

L'UNOCAM participe au Comité économique des produits de santé

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

³⁶ L'assurance maladie complémentaire a financé 39,3% des soins et prothèses dentaires en 2013, tandis que l'assurance maladie obligatoire et l'Etat en ont solvabilisé 35,4% ; le reste à charge des ménages s'est élevé à 25,3% (cf. *Comptes nationaux de la santé 2013*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2014).

³⁷ Trois conseillers techniques des fédérations peuvent accompagner le représentant de l'UNOCAM ou son suppléant à l'Observatoire national des pratiques tarifaires des médecins.

³⁸ Les 28 mars, 4 juillet et 30 octobre 2014. Des groupes de travail rassemblant des experts de l'UNOCAM et de la CNSD se sont réunis en outre les 11 septembre et 20 novembre 2014.

³⁹ Les 10 avril et 15 mai 2014.

En 2014, l'UNOCAM a participé à la cellule d'information et d'échange sur l'économie internationale des produits de santé, ainsi qu'au comité de pilotage de la mission d'évaluation de la politique de promotion des médicaments génériques.

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

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

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

C'est dans cet esprit que la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel du 17 août 2004, a créé l'IDS. Pour l'UNOCAM, cet esprit est plus actuel que jamais.

L'UNOCAM a participé aux travaux de la Commission *Open Data* en santé en 2014⁴⁰. L'UNOCAM a pris connaissance des mesures retenues par les pouvoirs publics au terme de cette première concertation. Ces mesures lui sont apparues en retrait des conclusions de la commission. C'est pourquoi l'UNOCAM a formulé de sérieuses réserves sur l'article 47 de la version initiale du projet de loi relatif à la santé⁴¹.

Dans un courrier adressé aux membres de la commission le 25 février 2015, la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a indiqué avoir entendu les réserves formulées par l'UNOCAM et les autres représentants de la société civile et a informé que des propositions d'amendements au texte initial seraient présentées dans le cadre la Commission *Open Data* en santé. Cette commission a été convoquée de nouveau à cette fin le 26 février 2015. Les familles de l'UNOCAM ont exprimé une nouvelle fois leurs positions lors de cette réunion.

L'UNOCAM est représentée dans les Agences régionales de santé

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, publiée au Journal Officiel du 22 juillet 2009, a créé les Agences régionales de santé⁴².

⁴⁰ Cf. *Rapport de la Commission Open Data en santé*, 9 juillet 2014.

⁴¹ Cf. délibération n° 20 du Conseil de l'UNOCAM du 16 septembre 2014.

⁴² La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a été publiée au Journal Officiel du 22 juillet 2009.

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

L'UNOCAM est représentée dans les vingt-six Commissions régionales de gestion du risque.

L'UNOCAM est présente à la Conférence nationale de santé

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

Membres

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel du 17 août 2004, a prévu la création de l'UNOCAM et a défini le champ de ses missions. L'UNOCAM a été fondée en mai 2005 sous la forme d'une association (loi 1901). Ses compétences ont été renforcées et étendues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009⁴³, ainsi que par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, publiée au Journal Officiel du 22 juillet 2009.

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

Ses membres fondateurs sont :

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

Ses membres adhérents sont :

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

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

⁴³ La loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 a été publiée au Journal Officiel du 18 décembre 2008.

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

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



Gouvernance

La gouvernance de l'UNOCAM est définie par le décret du 30 avril 2007, publié au Journal Officiel du 3 mai 2007⁴⁴, et dans les statuts de l'association, modifiés les 5 mars 2008, 19 janvier 2009 et 15 décembre 2014.

Le Bureau

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

Le Bureau est composé de six membres répartis en trois collèges (deux pour la FNMF, deux pour la FFSA et deux pour le CTIP), le représentant du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle siégeant à titre consultatif. Les membres du Bureau ont été renouvelés pour trois ans le 13 février 2013. A cette date, le Président a lui-même été reconduit pour trois ans.

Au 31 décembre 2014, le Bureau est composé de :

- M. Fabrice HENRY, Président,
Membre du Conseil d'administration de la FNMF ;
- M. Emmanuel ROUX,
Directeur général de la FNMF ;
- M. Norbert BONTEMPS,
Président du Comité maladie-accidents de la FFSA ;
- M. Alain ROUCHÉ,
Directeur santé de la FFSA⁴⁵ ;
- M. Pierre MIE⁴⁶
Président du CTIP ;

⁴⁴ Le décret n° 2007-659 du 30 avril 2007 relatif à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) a été publié au Journal Officiel du 3 mai 2007.

⁴⁵ Mme Véronique CAZALS a succédé à M. Alain ROUCHÉ à la Direction santé de la FFSA, ainsi qu'au Conseil et au Bureau de l'UNOCAM, le 2 mars 2015.

⁴⁶ Monsieur Bernard DAESCHLER a succédé à M. Pierre MIE à la Présidence du CTIP le 20 janvier 2015, ainsi qu'au Conseil et au Bureau de l'UNOCAM le 9 février 2015.

- M. Jean-Paul LACAM⁴⁷ ;
Délégué général du CTIP ;
- M. Daniel LORTHIOIS,
Président du régime local.

Le Bureau s'est réuni neuf fois en 2014.

Chaque réunion du Bureau est préparée par un pré-Bureau, animé par le Secrétaire général administratif et rassemblant des conseillers techniques des fédérations.

Le Conseil

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

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

La liste des membres du Conseil a été modifiée à plusieurs reprises en 2014.

Au 31 décembre 2014, elle s'établit comme suit :

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

⁴⁷ M. Jean-Paul LACAM a succédé à M. Jean-Louis FAURE en tant que Délégué général du CTIP et membre du Conseil et du Bureau de l'UNOCAM le 1er juillet 2014.

- M. Gérard VUIDEPOT, FNMF ;
- M. Norbert BONTEMPS, FFSA ;
- M. Etienne DEPEYRE, FFSA ;
- M. Hervé FRANCK, FFSA ;
- M. Pierre FRANÇOIS, FFSA ;
- M. Yanick PHILIPPON, FFSA ;
- M. Jean-François PLUCHET, FFSA-GEMA ;
- M. Alain ROUCHÉ, FFSA ;
- Mme Nathalie THOOL, FFSA ;
- M. Bernard DAESCHLER, CTIP⁴⁸ ;
- M. Jean-Paul LACAM, CTIP ;
- M. Pierre MIE, CTIP ;
- M. Alain POULET, CTIP ;
- M. Laurent RABATÉ, CTIP ;
- M. Jean-Louis TERDJMAN, CTIP ;
- M. Marc VILBENOIT, CTIP ;
- M. Daniel LORTHIOIS, régime local.

Les membres suppléants du Conseil sont :

- M. Richard BARAN, FNMF ;
- M. Jean-Gabriel BAROU, FNMF ;
- Mme Agnès BOCOGNANO, FNMF ;
- M. Jean-Marie CARRICANO, FNMF ;
- M. Jacques CHEMARIN, FNMF ;
- M. Paul DEVROEDT, FNMF ;
- M. Alain GIANAZZA, FNMF ;
- M. Jean GUYOT, FNMF ;
- M. Jean-Pierre LACROIX, FNMF ;
- M. Olivier LAJOUS, FNMF ;
- M. Stéphane LEBRET, FNMF ;
- M. Michel MARTIN, FNMF ;
- M. Michel MASSET, FNMF ;
- M. Claude MERLET, FNMF ;
- M. Jean-Pierre POL, FNMF ;
- M. Roland STURMEL, FNMF ;
- Mme Pascale VATEL, FNMF ;
- Mme Claudine CADIOU, FFSA ;
- M. Philippe CREVEL, FFSA ;
- M. Philippe DRAPIER, FFSA ;
- M. Christian GRUDE, FFSA ;

⁴⁸ En date du 20 janvier 2015, le Conseil d'administration du CTIP a procédé au renouvellement de ses représentants titulaires et suppléants au sein du Conseil de l'UNOCAM.

- M. François HECKER, FFSA-GEMA ;
- M. Jean-Claude LAZARUS, FFSA ;
- M. Olivier LECLERC, FFSA ;
- Mme Cécile MALGUID, FFSA ;

- Mme Delphine BENDA, CTIP⁴⁹ ;
- Mme Valérie CORMAN, CTIP ;
- Mme Evelyne GUILLET, CTIP ;
- M. Jean-Louis JAMET, CTIP ;
- Mme Marie-Annick NICOLAS, CTIP ;
- Mme Isabelle SANCERNI, CTIP ;
- M. Alain TISSERANT, CTIP ;

- M. Antoine FABIAN, régime local.

Le Conseil s'est réuni quatre fois en 2014.

L'Assemblée générale

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

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

Elle s'est réunie deux fois en 2014.

⁴⁹ *Idem.*

Equipe

L'équipe de l'UNOCAM est composée de **quatre collaborateurs** au 31 décembre 2014 :

- M. Eric BADONNEL,
Secrétaire général administratif ;
- M. Sébastien TRINQUARD⁵⁰,
Economiste de la santé ;
- Mme Mahé CAUCHARD,
Chargée d'études ;
- Mme Michèle LARIOS,
Assistante du Secrétaire général administratif.

L'UNOCAM réalise ou coordonne les travaux que ses membres décident de mener en son sein. A cette fin, l'équipe de l'UNOCAM travaille au quotidien avec des experts des fédérations et du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, qui suivent spécifiquement les dossiers de l'UNOCAM ou sont sollicités ponctuellement par elle en raison de leurs compétences sectorielles (négociations conventionnelles, politique du médicament, systèmes d'information, dossiers dentaires, etc.). A titre d'exemple, le « *groupe médicaments et dispositifs médicaux* » a été convoqué à 8 reprises en 2014.

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

⁵⁰ Le Docteur Martine STERN, chargée de mission, a quitté l'UNOCAM le 15 août 2014. M. Sébastien TRINQUARD lui a succédé en tant que représentant titulaire de l'UNOCAM au CEPS.

Avis officiels

En 2014, l'UNOCAM a rendu vingt-cinq avis répondant à vingt-neuf saisines. Ces demandes provenaient majoritairement de l'assurance maladie obligatoire, celles des pouvoirs publics étant un peu moins nombreuses.

Les saisines de l'UNOCAM se sont réduites en 2014, avant son changement de gouvernance. Liées, pour l'essentiel, à l'ouverture de discussions conventionnelles, à la conclusion de conventions nationales ou d'avenants, voire à des propositions de modification de la nomenclature des actes pris pour l'application de ces accords, la fréquence de ces saisines s'est naturellement ralentie dans ce contexte.

Les saisines des pouvoirs publics ont requis, de la part de l'UNOCAM et des fédérations, un travail particulièrement approfondi compte tenu des sujets traités. Plusieurs projets de texte législatif et réglementaire, en effet, sont venus modifier les principes et les modalités d'intervention de l'assurance maladie complémentaire en 2014. La plupart de ces projets de texte a fait l'objet d'une saisine de l'UNOCAM pour avis. La préparation de ces délibérations, concernant le cœur de métier des organismes complémentaires d'assurance maladie, a nécessité une mobilisation toute particulière.

En tant que de besoin, les instances de l'UNOCAM peuvent voter sur les projets de délibération qui leur sont soumis dans le cadre d'une procédure d'urgence. En 2014, l'UNOCAM s'est prononcée en moyenne dans un délai inférieur à dix-huit jours après la réception des saisines, alors qu'elle dispose de six mois pour rendre certains de ses avis, par exemple sur les propositions de modification de la nomenclature des actes. Le respect de ce délai très court illustre l'engagement, au quotidien, de l'assurance maladie complémentaire pour une bonne gouvernance du système de santé.

En retour, l'UNOCAM regrette de devoir rappeler à l'assurance maladie obligatoire et aux pouvoirs publics de se montrer plus respectueux de ses prérogatives. Le code de la sécurité sociale fixe les délais dans lesquels l'UNOCAM doit répondre aux différents types de saisine. Pour les invitations à participer à des négociations conventionnelles tripartites, ce délai est de vingt-et-un jours. En 2014, cinq convocations sur huit ont été reçues par l'UNOCAM moins de vingt-et-un jours avant la date de la première réunion de négociations. Sur le projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, l'UNOCAM disposait en principe de sept jours pour rendre son avis. Elle n'a eu que six jours pour se prononcer.

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. La qualité des dossiers transmis en 2014 par l'UNCAM et les pouvoirs publics à l'appui de leurs saisines s'est améliorée par rapport aux années précédentes.

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 2014, les délibérations de l'UNOCAM ont concerné les sujets suivants :

Délibération n° BUR. – 01 – 13 janvier 2014 – Avis relatif à un projet de décret portant sur la participation des assurés pour les frais de transport mentionnés au 19° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale ;

Délibération n° BUR. – 02 – 20 janvier 2014 – Avis relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale des infirmières libérales ;

Délibération n° BUR. – 04 – 24 février 2014 – Avis relatif à une proposition de modifications de la nomenclature des actes de biologie médicale ;

Délibération n° BUR. – 05 – 3 mars 2014 – Avis relatif à l'ouverture des négociations sur l'avenant n° 7 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés ;

Délibération n° BUR. – 06 – 7 avril 2014 – Avis relatif à une proposition de modifications de la nomenclature des sages-femmes ;

Délibération n° BUR. – 07 – 17 avril 2014 – Avis relatif à l'avenant n° 7 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés ;

Délibération n° BUR. – 08 – 26 mai 2014 – Avis relatif à une proposition de modifications de la nomenclature des actes de biologie médicale ;

Délibération n° BUR. – 09 – 26 mai 2014 – Avis relatif à l'ouverture des négociations sur un nouvel accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et l'assurance maladie ;

Délibération n° CONS. – 10 – 11 juillet 2014 – Avis relatif au projet de décret en Conseil d'Etat pris pour l'application de l'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale ;

Délibération n° BUR. – 11 – 28 mai 2014 – Avis relatif à l'ouverture des négociations conventionnelles sur les soins de proximité ;

Délibération n° BUR. – 12 – 18 juin 2014 – Avis relatif aux avenants n° 3, n° 4 et n° 5 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine ;

Délibération n° CONS. – 13 – 12 juin 2014 – Avis relatif au projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 ;

Délibération n° BUR. – 14 – 23 juin 2014 – Avis relatif à une proposition de modification de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie, portant sur la radiologie ;

Délibération n° BUR. – 15 – 11 juillet 2014 – Avis relatif à une proposition de modifications de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie, portant sur l'orthophonie ;

Délibération n° BUR. – 16 – 11 juillet 2014 – Avis relatif à une proposition de modifications de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie, portant sur les soins infirmiers ;

Délibération n° BUR. – 17 – 8 septembre 2014 – Avis relatif à une proposition de modifications de la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie ;

Délibération n° CONS. – 18 – 19 septembre 2014 – Avis afférent au projet de décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales dits « *contrats responsables* » ;

Délibération n° BUR. – 19 – 8 septembre 2014 – Avis relatif à l'ouverture des négociations conventionnelles sur les soins de proximité ;

Délibération n° CONS. – 20 – 16 septembre 2014 – Avis afférent au projet de loi relatif à la santé ;

Délibération n° CONS. – 21 – 1^{er} octobre 2014 – Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 ;

Délibération n° BUR. – 22 – 3 octobre 2014 – Avis relatif à l'avenant n° 1 à l'accord-cadre interprofessionnel (ACIP) ;

Délibération n° BUR. – 23 – 14 novembre 2014 – Avis relatif à l'ouverture des négociations sur un avenant à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine ;

Délibération n° BUR. – 24 – 10 décembre 2014 – Avis relatif à l'avenant n° 6 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine ;

Délibération n° BUR. – 25 – 12 décembre 2014 – Avis relatif au projet de décret portant diverses dispositions relatives aux frais pharmaceutiques ;

Délibération n° BUR. – 26 – 6 janvier 2015 – Avis relatif à la fixation de la participation de l'assuré social pour l'honoraire de dispensation par conditionnement.

Décrets relatifs à l'assurance maladie complémentaire

En 2014, plusieurs textes législatifs et réglementaires ont modifié profondément les principes et les modalités d'intervention de l'assurance maladie complémentaire. Ces textes, qui constituent un véritable « choc de réglementation » pour les organismes complémentaires d'assurance maladie, vont produire leurs effets en 2015 et 2016.

Les décrets portent notamment sur la mise en concurrence des contrats d'assurance complémentaire santé pouvant être proposés aux bénéficiaires de l'ACS, sur le contenu des contrats responsables, ainsi que sur les modalités de la généralisation des garanties d'assurance complémentaire santé des salariés.

Mise en concurrence des contrats éligibles à l'ACS

Jusqu'à présent, la législation prévoyait que le bénéficiaire de l'ACS pouvait choisir tout contrat responsable (dans le cadre d'une adhésion individuelle ou d'un contrat collectif à adhésion facultative⁵¹).

L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a instauré une procédure de mise en concurrence afin de sélectionner, pour les bénéficiaires de l'ACS, un nombre réduit de contrats sur des critères de qualité et de prix⁵². A compter du 1^{er} juillet 2015⁵³, pour bénéficier de l'ACS, les assurés sociaux ne pourront plus choisir leur contrat que parmi une liste réduite d'offres sélectionnées au

⁵¹ La loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 a modifié les articles L. 863-1 et L. 863-6 du code de la sécurité sociale en vue de permettre au bénéficiaire de l'ACS de souscrire à un contrat individuel ou, lorsqu'il acquitte l'intégralité du coût de la couverture, à un contrat collectif facultatif d'assurance complémentaire en matière de santé. Cette disposition a élargi le dispositif de sélection des contrats éligibles à l'ACS aux contrats collectifs à adhésion facultative.

⁵² L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a abrogé par ailleurs l'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, qui avait introduit une labellisation pour les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées. Les modalités de cette labellisation devaient être déterminées par une convention conclue entre l'Etat, le Fonds CMU et l'UNOCAM. La négociation de cette convention n'a jamais pu aboutir, dans la mesure où la Direction de la Sécurité sociale concevait la labellisation non pas comme la description d'une procédure permettant de référencer plusieurs types de contrats, mais comme la définition d'un produit-type, ce qu'a toujours refusé l'UNOCAM.

⁵³ La date initialement prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 était le 1^{er} janvier 2015. Cette date a été reportée au 1^{er} juillet 2015 par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

terme de cette mise en concurrence. L'UNOCAM déplore que la faculté de choisir de certains assurés sociaux ait ainsi été restreinte.

Le décret du 8 octobre 2014 fixe les conditions et les modalités de la mise en concurrence des contrats éligibles à l'ACS⁵⁴. Il porte notamment sur :

- l'avis d'appel à la concurrence (précisant les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères de sélection et d'évaluation des offres)⁵⁵ ;
- le cahier des charges devant être joint à l'avis d'appel à la concurrence lors de sa publication et fixant les garanties attendues ;
- la mise en place, par la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, d'une commission de sélection chargée de la mise en œuvre et du contrôle de la procédure ainsi que du suivi du respect des engagements correspondant aux offres sélectionnées ;
- les conditions et modalités de la radiation d'une offre.

Lors de l'élaboration de ce décret, des échanges ont eu lieu entre les pouvoirs publics et l'assurance maladie complémentaire, notamment entre la Direction de la Sécurité sociale et les fédérations. M. Vincent BEAUGRAND, le Directeur du Fonds CMU, et Mme Raphaëlle VERNIOLLE, son adjointe, ont été auditionnés par le Bureau de l'UNOCAM le 20 janvier 2014. La Direction de la Sécurité sociale a communiqué, à titre officieux, un avant-projet de décret le 7 mai 2014. Enfin, en date du 10 juin 2014, le gouvernement a lancé une consultation publique, close le 20 juin 2014, sur le projet de décret relatif à la mise en concurrence des contrats éligibles à l'ACS. Les fédérations ont répondu à cette consultation.

Saisie du projet de décret, l'UNOCAM a rendu un avis défavorable sur la procédure retenue pour la sélection des contrats éligibles à l'ACS⁵⁶. Tout en reconnaissant la légitimité de l'objectif poursuivi par le Gouvernement, à savoir améliorer le taux de recours à l'ACS, l'UNOCAM a formulé trois critiques⁵⁷. Elle a estimé que la

⁵⁴ Le décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale a été publié au Journal Officiel du 9 octobre 2014.

⁵⁵ L'avis d'appel public à la concurrence, en application du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, a été publié au Journal Officiel du 17 décembre 2014. L'arrêté du 10 avril 2015 fixant la liste des contrats donnant droit au crédit d'impôt en application de l'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale a été publié au Journal Officiel du 11 avril 2015 ; dix offres ont été sélectionnées.

⁵⁶ Cf. délibération n° 10 du Conseil de l'UNOCAM du 11 juillet 2014.

⁵⁷ Dans sa délibération n° 10, l'UNOCAM a insisté également sur le fait que la date du 1^{er} janvier 2015, envisagée pour l'entrée en vigueur du dispositif, n'était pas réaliste au regard des délais nécessaires à la construction de nouvelles offres et au temps nécessaire aux démarches d'information devant être entreprises auprès des actuels bénéficiaires de l'ACS. Elle a pris acte toutefois des amendements au projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, qui prévoyaient le report de l'échéance de la mise en concurrence des contrats éligibles à l'ACS au 1^{er} juillet 2015.

procédure envisagée conduirait *in fine* à établir une liste limitative d'organismes complémentaires d'assurance maladie (alors même qu'il s'agit de sélectionner des contrats) et, en conséquence, que de nombreux bénéficiaires de l'ACS seraient obligés de changer non seulement de contrat, mais aussi d'opérateur, avec la double contrainte d'un choix d'offres plus réduit et d'un maillage territorial moins dense. A cet égard, dans un contexte économique et social difficile, l'UNOCAM redoute une baisse du taux de recours à l'ACS lors de la mise en place du nouveau dispositif. Dans son avis, l'UNOCAM a considéré en outre que le projet de décret mélangeait les règles du cahier des charges et son contenu et qu'il était insuffisamment précis sur les éléments les plus structurants. Enfin, s'agissant des conditions de la généralisation du tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS⁵⁸ & ⁵⁹, qui constituent un critère de la sélection des contrats, l'UNOCAM a signalé que les modalités de mise en œuvre retenues viendraient perturber les solutions déjà déployées et présenteraient un risque non seulement financier pour les professionnels de santé, mais aussi juridique pour les pouvoirs publics et l'assurance maladie obligatoire.

Contenu des contrats responsables

Définis à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les contrats responsables doivent respecter certaines obligations et interdictions de prise en charge, en contrepartie de quoi ils se voient appliquer un régime fiscal plus favorable que les contrats non responsables.

D'une part, l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu la révision du contenu des contrats responsables, initialement au 1^{er} janvier 2015. Les règles que doivent respecter les contrats pour être responsables sont fixées par voie réglementaire. D'autre part, l'article 19 de la loi de financement a porté à 14% le taux de TSCA appliquée aux contrats d'assurance maladie qui ne sont pas responsables. Le taux a été maintenu à 7% pour les contrats responsables.

L'article 14 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 a apporté des précisions et modifications au dispositif initialement prévu :

- les dispositions relatives aux contrats responsables doivent entrer en vigueur pour les « *contrats, les bulletins d'adhésion ou les règlements conclus, souscrits ou renouvelés* » à compter du 1^{er} avril 2015 (et non plus à compter du 1^{er} janvier 2015) ;
- le texte réglementaire définissant le contenu des contrats responsables peut, lorsqu'il fixe les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distinguer entre les dépassements tarifaires des médecins

⁵⁸ Les pouvoirs publics privilégiaient alors le tiers payant coordonné. Finalement, les professionnels de santé pourront choisir toute solution permettant d'assurer le tiers payant intégral ou, à défaut, le tiers payant coordonné.

⁵⁹ Initialement prévue à la fin 2014, la généralisation du tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS a été reportée au 1^{er} juillet 2015 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

- ayant adhéré au contrat d'accès aux soins et ceux des médecins non adhérent ;
- les contrats résultant d'accords collectifs⁶⁰ conclus avant la date de publication de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 (soit le 9 août 2014) continuent d'ouvrir droit au bénéfice des aides fiscales et sociales jusqu'à la prochaine modification des accords collectifs et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2017.

Le décret du 18 novembre 2014 fixe le panier de soins minimum des garanties, ainsi que des plafonds de remboursement pour certains postes de soins que doivent respecter les contrats responsables⁶¹. Il précise notamment les conditions de prise en charge, au-delà du ticket modérateur, des dispositifs médicaux d'optique à usage individuel (planchers et plafonds de remboursement pour les lunettes). Il fixe la double limite dans laquelle les contrats responsables peuvent prendre en charge les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins, lorsque les garanties prévoient la prise en charge de dépassements d'honoraires. Cette prise en charge est limitée à 100% du tarif de la Sécurité sociale à partir de 2017 - 125% en 2015 et 2016 - et elle est minorée de 20% du tarif de responsabilité par rapport à celle des dépassements d'honoraires des médecins adhérent. Le décret prévoit la création d'un observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale, placé auprès de la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

Saisie du projet de décret, l'UNOCAM a rendu un avis défavorable⁶². L'UNOCAM a estimé qu'il y avait un risque sérieux de renchérissement du coût du contrat d'assurance maladie complémentaire. Ce risque résulte, d'une part, de l'élargissement du champ des obligations de prise en charge (notamment du forfait journalier pour une durée illimitée) et, d'autre part, de la fixation de *minima* de prise en charge se situant à un niveau pouvant être significativement plus élevé que celui proposé actuellement par certaines garanties (qui répondent néanmoins aux besoins de certains adhérents et assurés). L'UNOCAM a insisté sur la nécessité d'engager un important travail de communication sur le contrat d'accès aux soins pour la bonne compréhension, par les usagers, du système de soins et des remboursements tant obligatoires que complémentaires. L'UNOCAM a considéré que des mesures permettant d'appréhender le modèle économique de l'optique dans sa globalité restaient à définir pour éviter que l'introduction des plafonds ait des effets pervers sur

⁶⁰ L'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale dispose : « *A moins qu'elles ne soient instituées par des dispositions législatives ou réglementaires, les garanties collectives dont bénéficient les salariés, anciens salariés et ayants droit en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale sont déterminées soit par voie de conventions ou d'accords collectifs, soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.* »

⁶¹ Le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales a été publié au Journal Officiel du 19 novembre 2014.

⁶² Cf. délibération n° 18 du Conseil de l'UNOCAM du 19 septembre 2014.

les tarifs (effets d'aubaine sur certains produits, sortie du marché pour d'autres) et sur la qualité (non contrôlée) des équipements distribués. L'UNOCAM a réitéré ses demandes en vue d'obtenir l'accès des organismes complémentaires d'assurance maladie à un référentiel de médecins (mis à jour régulièrement et précisant les adhésions et sorties du contrat d'accès aux soins)⁶³ et afin que soient rapidement engagés des travaux de fiabilisation des données contenues dans les flux NOEMIE⁶⁴. Enfin, l'UNOCAM a demandé aux pouvoirs publics un engagement de stabilité sur ces règles. Cette stabilité est indispensable aux organismes complémentaires d'assurance maladie pour la maîtrise de leurs frais de gestion. Elle est aussi nécessaire à la bonne compréhension, par les adhérents et assurés, des offres d'assurance maladie complémentaire.

La circulaire précisant les dispositions que doivent respecter les contrats responsables a été publiée le 5 février 2015⁶⁵. L'UNOCAM et les fédérations qui la constituent ont été consultées par la Direction de la Sécurité sociale sur le projet de circulaire en décembre 2014.

Le projet de loi relatif à la santé, dont l'UNOCAM a été saisie et sur lequel elle a rendu un avis le 16 septembre 2014⁶⁶, imposerait une nouvelle obligation aux contrats responsables : celle de permettre à l'adhérent et assuré de « *bénéficiaire du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur du tarif des prestations servant de base au calcul de la prise en charge par l'assurance maladie.* »⁶⁷

Généralisation des garanties d'assurance complémentaire santé des salariés

L'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, transposé dans la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi⁶⁸, a prévu une obligation de couverture minimale en santé de l'ensemble des salariés du secteur privé, au plus tard le 1^{er} janvier 2016⁶⁹. L'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale précise désormais les dépenses devant être prises en charge dans le cadre de la couverture minimale dont bénéficient les salariés. Un décret détermine le niveau de prise en charge de ces dépenses ainsi que la liste des dispositifs médicaux entrant dans le

⁶³ Depuis janvier 2015, l'UNOCAM a accès à ce référentiel.

⁶⁴ NOEMIE est le sigle de « *norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs* ». Cette norme est le système informatique permettant la télétransmission des décomptes de paiement des prestations aux assurés sociaux des caisses d'assurance maladie vers les organismes complémentaires d'assurance maladie.

⁶⁵ Cf. circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

⁶⁶ Cf. délibération n°20 du Conseil de l'UNOCAM du 16 septembre 2014.

⁶⁷ Cf. article 18 du projet de loi relatif à la santé, dans sa version du 15 octobre 2014.

⁶⁸ La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi a été publiée au Journal Officiel du 16 juin 2013.

⁶⁹ Cf. accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 pour un nouveau modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés.

champ de cette couverture. Cette couverture est financée à hauteur de 50% minimum par l'employeur. Les contrats conclus en vue d'assurer cette couverture minimale doivent être conformes aux dispositions relatives aux contrats responsables. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit la possibilité, pour les partenaires sociaux, de recommander un ou plusieurs organismes assureurs dans le cadre d'une convention ou d'un accord collectif de branche⁷⁰. Cette possibilité est ouverte à la condition que les partenaires sociaux prévoient, dans des conditions fixées par décret, « *l'institution de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif, pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés ou anciens salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale.* »⁷¹ De plus, conformément à l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale, la recommandation doit être précédée d'une mise en concurrence des organismes ou institutions concernés, selon des modalités prévues par décret.

Trois décrets ont ainsi été publiés en application des articles L. 911-7 et L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Le décret du 8 septembre 2014 détermine le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1^{er} janvier 2016⁷². Il précise par ailleurs les conditions dans lesquelles certains salariés peuvent demander à être dispensés de l'obligation d'affiliation, pour leur propre couverture ou pour celle de leurs ayants droit.

⁷⁰ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoyait la faculté pour les partenaires sociaux de recommander un ou plusieurs organismes. Elle laissait la possibilité aux entreprises couvertes par un accord de branche comportant une « *clause de recommandation* » de s'assurer auprès d'un autre organisme que celui ou ceux recommandés. Mais elles auraient été assujetties de ce fait, pour les contributions de l'employeur destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance prévues par l'accord, à un taux de forfait social différent de celui auquel auraient été assujetties les entreprises couvertes par le même accord et ayant souscrit un contrat avec le ou l'un des organismes recommandés. Cette différence de taux de forfait social aurait été de 8% pour les entreprises de moins de dix salariés et de 12% pour celles qui en comptent dix et plus. Dans sa décision du 19 décembre 2013, le Conseil constitutionnel a censuré ce dispositif visant à inciter les entreprises à choisir les organismes recommandés, au motif que le caractère disproportionné de l'incitation entraînait une rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques. En revanche, il a déclaré conformes à la Constitution les « *clauses de recommandation* » introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, sans modulation du forfait social.

⁷¹ Cf. article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

⁷² Le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale a été publié au Journal Officiel du 10 septembre 2014.

Le décret du 11 décembre 2014 définit la nature des garanties et des prestations qui caractérisent un degré élevé de solidarité ainsi que leurs modalités de mise en œuvre par les partenaires sociaux⁷³.

Le décret du 8 janvier 2015 fixe les conditions dans lesquelles les partenaires sociaux pourront recommander un ou plusieurs organismes et instaure une procédure de mise en concurrence transparente⁷⁴.

L'UNOCAM n'avait pas été saisie du projet de loi relatif à la sécurisation de l'emploi en 2013. Elle n'a pas non plus été saisie des projets de décret.

⁷³ Le décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014 relatif aux garanties collectives présentant le degré élevé de solidarité mentionné à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale a été publié au Journal Officiel du 13 décembre 2014.

⁷⁴ Le décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015 relatif à la procédure de mise en concurrence des organismes dans le cadre de la recommandation prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale a été publié au Journal Officiel du 10 janvier 2015.

Négociations conventionnelles

L'UNOCAM n'a pas souhaité participer à de nouvelles négociations conventionnelles tripartites en 2014. Pour autant, elle n'a pas remis en cause sa présence dans les instances paritaires nationales des médecins libéraux, pharmaciens titulaires d'officine et chirurgiens-dentistes. L'UNOCAM a poursuivi ses relations bilatérales avec la profession dentaire. L'assurance maladie complémentaire a réalisé des travaux politiques et techniques à la fois novateurs et très ambitieux dans la perspective de la généralisation du tiers payant à l'échéance de 2017. Enfin, les instances de l'UNOCAM ont mené une réflexion sur la stratégie conventionnelle avec les professionnels de santé.

Non-participation aux négociations conventionnelles

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

- A l'issue des négociations conventionnelles tripartites sur l'avenant n° 8 à la convention nationale des **médecins libéraux**⁷⁵, l'UNOCAM s'était engagée, en octobre 2012, à ce que l'assurance maladie complémentaire cofinance, dans le cadre d'un copaiement direct (le cas échéant, à l'occasion de la généralisation du tiers payant), le forfait médecin traitant de 5 euros versé au praticien pour le suivi annuel d'un patient ne souffrant pas d'une affection de longue durée (ALD). Pour l'UNOCAM, la prise en charge de cette prestation devait être visible pour l'adhérent et assuré comme pour le médecin.

L'article 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a transformé ce copaiement direct en une « *participation* » exceptionnelle versée à l'assurance maladie obligatoire, en principe

⁷⁵ L'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins a été signé le 25 octobre 2012 et publié au Journal Officiel du 7 décembre 2012. Dans son article 7, il précise que : « *(l)es organismes complémentaires souhaitent participer à ce développement des nouveaux modes de rémunération en complétant le financement mis en place par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 millions d'euros, notamment par le développement de forfaits pour les médecins traitants.* »

dans l'attente de la généralisation du tiers payant. Cette mesure ne respecte pas l'engagement pris par l'assurance maladie complémentaire. Aussi l'UNOCAM a-t-elle considéré que cette disposition compromettrait la poursuite de son engagement dans la vie conventionnelle. Pour l'UNOCAM, le rôle de l'assurance maladie complémentaire est de cofinancer, en toute transparence, pour les adhérents et assurés, les prestations réalisées par les professionnels de santé. Son rôle n'est pas de refinancer l'assurance maladie obligatoire, par le versement de taxes parafiscales ou de contributions s'y apparentant, dont ni les adhérents et assurés, ni les praticiens n'ont connaissance.

Le forfait médecin traitant est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2013. Depuis lors, il est versé par les caisses primaires d'assurance maladie aux praticiens à la date anniversaire de la déclaration de leur médecin traitant par les assurés sociaux (sauf pour les médecins nouvellement installés depuis la parution de l'avenant n° 11⁷⁶). Les organismes complémentaires d'assurance maladie ont été destinataires en décembre 2013 d'une instruction de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales (URSSAF) d'Ile-de-France sur les modalités de collecte de leur contribution financière. Parce que ces modalités de collecte soulevaient d'importantes difficultés techniques, l'UNOCAM a alerté le Ministère des Affaires sociales et de la Santé les 15 et 17 janvier 2014. La Direction de la Sécurité sociale a envoyé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) une circulaire en date du 21 janvier 2014, qui précisait les contours du mécanisme transitoire de récupération de la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie mis en place pour 2013 à 2015⁷⁷. Le décret précisant les modalités de recouvrement de la participation des organismes complémentaires au forfait médecin traitant, prévu par l'avenant n° 8 à la convention médicale, a été publié au Journal Officiel du 6 juillet 2014⁷⁸.

Dès qu'elle a eu connaissance de l'article 4 du projet de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, l'UNOCAM a décidé de suspendre sa participation aux négociations conventionnelles. Ainsi

⁷⁶ L'arrêté du 26 novembre 2013 portant approbation de l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 a été publié au Journal Officiel du 30 novembre 2013.

⁷⁷ Cf. Circulaire DSS/SD1B/SD2A/SD4C/SD5D n° 2014-15 du 21 janvier 2014 relative à la participation des organismes assurant la couverture complémentaire en santé à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale.

⁷⁸ Le décret n° 2014-769 du 4 juillet 2014 relatif au recouvrement de la participation des organismes de protection sociale complémentaire à la prise en charge des modes de rémunération des médecins mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale a été publié au Journal Officiel du 6 juillet 2014.

l'UNOCAM a-t-elle choisi, le 23 octobre 2013, de ne pas participer aux discussions en vue de la conclusion de l'avenant n° 11.

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

Pour l'UNOCAM, la création de l'honoraire de dispensation devait renforcer les missions du pharmacien d'officine et lui permettre de diversifier son mode de rémunération en déconnectant au maximum sa rémunération de la dépense de médicament (prix et volumes). Financé par l'affectation d'une partie de la marge officinale, l'honoraire de dispensation ne devait pas engendrer une augmentation du reste à charge des patients. Enfin, la création de l'honoraire de dispensation ne devait pas provoquer de transfert de charges de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire.

La proposition de l'UNCAM consistait, pour l'essentiel, dans la transformation de la marge forfaitaire par boîte de médicament en un honoraire de dispensation par boîte. S'il ouvrait la voie à une rémunération des pharmaciens d'officine déconnectée de la dépense des médicaments dispensés, le schéma proposé restait ancré sur une rémunération à la boîte (donc assise sur les volumes de vente), sans lien direct fait avec les missions de conseil et d'analyse confiées à ces professionnels de santé.

En outre, le financement demandé aux organismes complémentaires d'assurance maladie était totalement invisible pour les adhérents et assurés comme pour les pharmaciens d'officine, car simplement issu d'une modification technique des différents paramètres de calcul de la marge officinale. En d'autres termes, alors que l'assurance maladie obligatoire aurait pu mettre en avant son investissement dans la rémunération sur objectifs de santé publique des pharmaciens d'officine, la contribution de l'assurance maladie complémentaire au financement de l'honoraire de dispensation, quant à elle, aurait été occultée.

Dans un contexte marqué par l'article 4 du projet de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, l'UNOCAM a fait savoir à l'UNCAM, le 13 novembre 2013, qu'elle se retirait de la table des négociations.

L'UNOCAM a pris acte, sans en devenir signataire, des avenants n° 3 (délivrance des médicaments génériques), n° 4 (accompagnement des patients asthmatiques) et n°5 (instauration de l'honoraire de dispensation) à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signés le 21 mai 2014 et publiés au Journal Officiel du

2 décembre 2014⁷⁹. Elle n'a pas participé aux discussions sur l'avenant n° 6 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine⁸⁰, visant à proroger le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique des pharmaciens d'officine. Elle a pris acte de cet avenant sans en devenir signataire⁸¹.

- L'UNOCAM n'a pas souhaité prendre part aux discussions relatives aux **soins de proximité**.

La mise en place d'expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) pour les structures de premier recours était prévue par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008⁸². Dans le cadre des expérimentations, les pouvoirs publics se sont opposés à ce que les mutuelles testent des modalités de versement direct de leur participation aux professionnels de santé. Les modalités retenues pour ces expérimentations compromettaient donc l'implication des organismes complémentaires d'assurance maladie lors d'une éventuelle généralisation.

L'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a ouvert la possibilité de définir une rémunération d'équipe par accord conventionnel interprofessionnel (ACI)⁸³. L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prolongé les ENMR pour un an (jusqu'au 31 décembre 2014) afin de permettre aux partenaires conventionnels concernés d'ouvrir des négociations. L'article a également introduit la possibilité, en cas d'échec des négociations d'un ACI, de saisir un arbitre pour élaborer un règlement arbitral⁸⁴.

Le 4 avril 2014, l'UNCAM a adopté des orientations en vue de la négociation interprofessionnelle relative aux soins de proximité. A cette même date, l'UNCAM a sollicité l'UNOCAM pour organiser le 9 avril 2014 une rencontre bilatérale relative aux négociations conventionnelles sur les soins de proximité. Elle a également convié l'UNOCAM à participer à une première réunion de négociations informelle, prévue le 10 avril 2014. L'UNOCAM a décidé de ne pas répondre favorablement aux invitations de l'UNCAM.

⁷⁹ Cf. délibération n° 12 du Bureau de l'UNOCAM du 18 juin 2014.

⁸⁰ Cf. délibération n° 23 du Bureau de l'UNOCAM du 14 novembre 2014.

⁸¹ Cf. délibération n° 24 du Bureau de l'UNOCAM du 10 décembre 2014.

⁸² La loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 a été publiée au Journal Officiel du 21 décembre 2007.

⁸³ La loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 a été publiée au Journal Officiel du 28 décembre 2012.

⁸⁴ Cf. article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale.

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé souhaitait qu'un accord conventionnel soit conclu en juillet 2014.

La forme de l'accord conventionnel a fait débat. D'une part, l'article L. 162-14-1 II du code de la sécurité sociale prévoit que des ACI intéressant plusieurs professions de santé et visant à « *améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients* » peuvent être conclus entre l'UNCAM et les professions de santé ayant une convention nationale⁸⁵. D'autre part, l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale prévoit la signature d'un accord-cadre interprofessionnel (ACIP) entre l'UNCAM et l'UNPS⁸⁶. L'ACIP a été signé le 15 mai 2012⁸⁷. Conformément à l'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale, l'UNOCAM peut, si elle le souhaite, participer aux négociations de ces deux types d'accords et les signer.

L'UNCAM a ouvert les négociations conventionnelles à la fois dans le cadre de l'ACI et dans celui de l'ACIP. Elle a convié l'UNPS à participer aux négociations sur l'ACIP et toutes les professions médicales et paramédicales concernées à prendre part aux négociations sur l'ACI. Elle a également convié l'UNOCAM à ces discussions. Les réunions de négociation se sont tenues entre le 28 mai et le 23 juillet 2014, en l'absence de l'UNOCAM⁸⁸.

Le 23 juillet 2014, dix organisations⁸⁹ ont signé avec l'UNCAM un point d'étape sur la négociation des soins de proximité. Les parties se sont accordées sur la nécessité d'utiliser les deux outils juridiques autorisés par le code de la sécurité sociale (ACI et ACIP) pour mettre en place la coordination des soins.

⁸⁵ Il s'agit des médecins libéraux, chirurgiens-dentistes, pharmaciens titulaires d'officine, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, opticiens, audioprothésistes, podo-orthésistes, orthoprothésistes, ophtalmologistes, épithésistes, directeurs de laboratoires d'analyse de biologie médicale, entreprises de transports sanitaires et centres de santé.

⁸⁶ L'UNPS représente douze professions de santé : médecins libéraux, chirurgiens-dentistes, pharmaciens titulaires d'officine, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, audioprothésistes, directeurs de laboratoire d'analyse de biologie médicale et entreprises de transports sanitaires.

⁸⁷ L'UNOCAM n'est pas signataire de l'ACIP (cf. délibération n°28 du Conseil de l'UNOCAM du 25 juin 2012).

⁸⁸ Cf. délibération n° 11 du Bureau de l'UNOCAM du 28 mai 2014.

⁸⁹ Au 23 juillet 2014, les dix signataires du point d'étape sont : MG France, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), le Syndicat des biologistes (SDB), le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL), la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), Convergence infirmière, la Fédération nationale des centres de santé (FNCS), Adessadomicile, la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) et l'Union des syndicats des pharmaciens d'officine (USPO). Selon l'UNCAM, une vingtaine d'organisations syndicales représentatives sont, le 12 août 2014, signataires du point d'étape.

Ce point d'étape a précisé le cadre des négociations conventionnelles portant sur les soins de proximité. Le 4 septembre 2014, le Conseil de l'UNCAM s'est vu proposer d'apporter un complément à ses orientations pour ces négociations conventionnelles. L'UNCAM a convié de nouveau l'UNOCAM à participer à ces discussions devant s'ouvrir en septembre 2014. L'UNOCAM n'a pas souhaité y prendre part⁹⁰.

Le 10 septembre 2014, les partenaires conventionnels ont clarifié le cadre juridique de ces négociations. L'ACI devait viser à pérenniser les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération et l'ACIP devait formaliser deux modalités d'organisation du travail en équipe en ville.

Début novembre 2014, les projets d'ACI et d'ACIP ont été rejetés par les syndicats.

Le 17 novembre 2014, le Directeur général de l'UNCAM a confié l'arbitrage à M. Bertrand FRAGONARD⁹¹. Celui-ci a sollicité une contribution de l'UNOCAM pour alimenter son projet de règlement arbitral. Ayant décidé de ne pas participer aux négociations conventionnelles sur les soins de proximité, dans le cadre de l'ACIP ou dans celui d'un ACI, et ne s'étant pas exprimée alors sur l'objet-même des négociations auprès de l'UNCAM, de l'UNPS comme des organisations syndicales représentatives, l'UNOCAM n'a pas souhaité apporter de contribution. Le règlement arbitral relatif à la pérennisation des ENMR a été publié au Journal Officiel du 27 février 2015⁹².

- Enfin l'UNOCAM a été conviée à participer à trois **autres négociations conventionnelles** en 2014, portant sur l'avenant n° 7 à la convention nationale des transporteurs sanitaires, sur un nouvel accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et l'assurance maladie, ainsi que sur l'avenant n° 1 à l'ACIP.

⁹⁰ Cf. délibération n° 19 du Bureau de l'UNOCAM du 8 septembre 2014.

⁹¹ L'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale dispose : « L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des professionnels de santé libéraux concernés. A défaut ou en cas d'opposition à cette désignation, formée dans les mêmes conditions que celles définies au quatrième alinéa de l'article L. 162-15, il est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. »

⁹² Cf. arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.

Participation aux instances conventionnelles nationales

Si l'UNOCAM a décidé de suspendre sa participation aux négociations conventionnelles, elle n'a pas rompu pour autant le dialogue avec les autres acteurs conventionnels.

En 2014, l'UNOCAM a donc participé aux réunions de la Commission paritaire nationale des médecins libéraux, des pharmaciens titulaires d'officine et des chirurgiens-dentistes⁹³.

Elle a également assisté aux réunions des Observatoires nationaux des pratiques tarifaires des médecins⁹⁴ et des chirurgiens-dentistes⁹⁵.

- L'Observatoire national des pratiques tarifaires des médecins a plusieurs missions, définies à l'annexe 23 de l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux. Il doit :
 - suivre l'évolution des pratiques tarifaires de l'ensemble des médecins ;
 - suivre et évaluer la mise en œuvre du contrat d'accès aux soins depuis le 1^{er} décembre 2013, c'est-à-dire suivre et évaluer le nombre des adhésions, le profil des adhérents ainsi que le taux et le niveau des dépassements d'honoraires des adhérents ;
 - suivre la mise en œuvre de la procédure de régulation des pratiques tarifaires excessives ;
 - établir un rapport annuel sur l'évolution des pratiques tarifaires.

Le premier rapport de l'Observatoire national des pratiques tarifaires des médecins devait être publié en décembre 2014. Lors de la réunion de l'observatoire du 22 octobre 2014, un projet de rapport annuel a été présenté en séance⁹⁶. Ce document n'ayant pas pu être analysé en amont de la réunion par les membres de l'observatoire, une nouvelle rencontre a été fixée le 28 octobre 2014, avec l'accord unanime des syndicats médicaux. Toutefois, ceux-ci ont annoncé peu après leur refus de participer à cette rencontre. En l'absence de la section professionnelle, la section sociale a rédigé une proposition d'avis à

⁹³ En 2014, la Commission paritaire nationale des médecins libéraux et celle des chirurgiens-dentistes se sont réunies quatre fois, tandis que celle des pharmaciens titulaires d'officine a été convoquée à six reprises.

⁹⁴ L'Observatoire national des pratiques tarifaires des médecins s'est réuni deux fois en 2014 : les 12 mars et 22 octobre.

⁹⁵ L'Observatoire national des pratiques tarifaires des chirurgiens-dentistes s'est réuni une fois en 2014 : le 20 juin.

⁹⁶ Le projet de rapport de l'Observatoire national des pratiques tarifaires des médecins en date du 22 octobre 2014 porte sur trois points : le respect de l'engagement de modération tarifaire de l'ensemble des médecins de secteur 2 ; la mise en œuvre et l'impact du contrat d'accès aux soins sur les taux et les montants des dépassements d'honoraires ; la mise en œuvre du dispositif d'information et de sanction des dépassements d'honoraires excessifs.

discuter ultérieurement avec les syndicats médicaux. Une réunion de l'observatoire aurait dû avoir lieu en décembre 2014, permettant l'adoption de l'avis officiel et du rapport définitif. L'UNOCAM regrette que cela n'ait pas été le cas. Elle souhaite que l'observatoire soit convoqué sans tarder à cette fin.

- S'agissant du **contrat d'accès aux soins**, l'assurance maladie complémentaire souhaite être destinataire d'informations de deux types : d'une part, de données agrégées sur les adhésions au contrat d'accès aux soins ; d'autre part, de données individuelles sur ces adhésions, qui seront utiles à la liquidation des garanties dans le respect du nouveau cahier des charges des contrats responsables⁹⁷.

A plusieurs reprises, l'UNOCAM a exprimé des demandes d'informations relatives aux pratiques tarifaires des praticiens adhérant au contrat d'accès aux soins et à l'attractivité du dispositif pour les nouveaux installés⁹⁸. Le projet de rapport du 22 octobre 2014 ne répond que partiellement à ces demandes d'information.

Par ailleurs, dans sa délibération n° 18 du 19 septembre 2014 sur le contenu des contrats responsables, l'UNOCAM a réitéré sa demande d'obtenir l'accès des organismes complémentaires d'assurance maladie à un référentiel de médecins, mis à jour régulièrement et précisant les adhésions et sorties du contrat d'accès aux soins. Mi-décembre 2014, l'UNOCAM a indiqué qu'elle allait mettre à disposition de l'assurance maladie complémentaire le fichier des adhérents du contrat d'accès aux soins. La première livraison mensuelle de ce fichier a eu lieu le 6 janvier 2015.

Les modalités pratiques d'utilisation de ce fichier ont été expertisées par les fédérations et les organismes complémentaires d'assurance maladie afin d'établir si le contenu du fichier était adapté aux besoins des organismes. En date du 23 janvier 2015, l'UNOCAM a demandé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) des précisions sur le contenu de ce fichier et la tenue d'une réunion technique. La CNAMTS a répondu aux premières questions de l'UNOCAM le 3 février 2015.

⁹⁷ Le décret du 18 novembre 2014 fixe une double limite à la prise en charge, par les contrats responsables, des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du contrat d'accès aux soins. La prise en charge est plafonnée à 125 % du tarif de responsabilité en 2015 et en 2016, puis à 100 % de ce tarif à compter de 2017. Elle est nécessairement inférieure, de 20 % du tarif de responsabilité, au montant pris en charge pour les dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.

⁹⁸ Par courriers des 14 février et 29 avril 2014, en Commission paritaire nationale comme à chaque réunion de l'observatoire.

Relations bilatérales avec les chirurgiens-dentistes

Les discussions conventionnelles sur l'avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes et les discussions bipartites menées par l'UNOCAM avec les syndicats des chirurgiens-dentistes et avec l'UNCAM ont abouti, le 26 juillet 2013, à trois accords répondant aux demandes de l'UNOCAM :

- l'avenant n°3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes signé par l'UNCAM, la CNSD et l'UNOCAM ;
- la charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie conclue par l'UNOCAM et la CNSD ;
- l'accord trouvé par l'UNCAM et l'UNOCAM sur une liste de 16 codes de regroupement d'actes, transmis par les caisses d'assurance maladie aux organismes complémentaires d'assurance maladie dans les flux NOEMIE.

Dans la continuité de ces accords, l'UNOCAM a participé pleinement aux évolutions du secteur dentaire et a poursuivi ses relations bilatérales avec la CNSD tout au long de l'année 2014.

- L'UNCAM a constitué un groupe technique pour accompagner l'entrée en vigueur de la **classification commune des actes médicaux (CCAM) volet bucco-dentaire** et pour résoudre les difficultés éventuelles. Ce groupe est composé de l'UNCAM, de la CNSD et de l'UNOCAM. Ce lieu d'échange a été l'occasion pour l'UNOCAM de faire part à l'UNCAM des demandes des organismes complémentaires d'assurance maladie. Il a permis à l'UNOCAM de prendre connaissance des difficultés rencontrées par les caisses d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes.
- Une Commission bipartite assure le suivi de la **charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie**. Elle est composée d'une délégation de l'UNOCAM et d'une délégation de la CNSD. Elle a trois fonctions : la conciliation des points de vue sur les difficultés d'application de la charte dont elle est saisie ; la conduite de discussions ou la supervision de travaux d'experts relatifs à l'évolution des pratiques dentaires et à leur impact dans les relations entre chirurgiens-dentistes et organismes complémentaires d'assurance maladie ; la réalisation d'un bilan de ses travaux.

La réunion de lancement de cette commission a eu lieu le 28 novembre 2013. La commission s'est réunie trois fois au cours de l'année 2014⁹⁹. Ces réunions ont permis à l'UNOCAM et à la CNSD d'échanger sur :

- la mise en œuvre de la CCAM volet bucco-dentaire ;
- l'utilisation du devis pour traitements et actes bucco-dentaires et sa déclinaison en prise en charge (lorsqu'elle est requise) et en note d'honoraires ;
- les difficultés rencontrées en pratique par les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie ;
- les travaux destinés à améliorer la qualité des échanges entre chirurgiens-dentistes traitants et chirurgiens-dentistes consultants (avec la constitution d'un groupe de travail dédié).

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

Afin de résoudre les difficultés rencontrées en pratique par les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie, l'UNOCAM et la CNSD se sont entendues pour rédiger et diffuser périodiquement une lettre d'information exposant les difficultés les plus fréquemment rencontrées et les réponses consensuelles que la commission propose d'y apporter.

- La Commission bipartite a mis en place un **groupe de travail, rassemblant des chirurgiens-dentistes traitants et des chirurgiens-dentistes consultants et ayant pour objectif d'améliorer les rapports entre les intervenants**. Ce groupe de travail s'est réuni deux fois en 2014¹⁰⁰. Il est chargé de rédiger un document à visée pédagogique exposant le rôle du chirurgien-dentiste consultant et celui du chirurgien-dentiste traitant. Ce document sera soumis à la validation de la Commission bipartite, avant sa diffusion aux organismes complémentaires d'assurance maladie et aux chirurgiens-dentistes.

Travaux préparatoires des fédérations en vue de la généralisation du tiers payant

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, sur lequel l'UNOCAM a rendu un avis le 1^{er} octobre 2014¹⁰¹, prévoit la mise en œuvre du tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit, à compter du 1^{er} juillet 2015,

⁹⁹ Les 28 mars, 4 juillet et 30 octobre 2014.

¹⁰⁰ Les 11 septembre et 20 novembre 2014.

¹⁰¹ Cf. délibération n° 21 du Conseil de l'UNOCAM du 1^{er} octobre 2014.

un contrat éligible à cette aide, c'est-à-dire sélectionné suite à un appel à concurrence¹⁰².

La version initiale du projet de loi relatif à la santé, sur laquelle l'UNOCAM a rendu un avis le 16 septembre 2014¹⁰³, prévoit la mise en œuvre du tiers payant pour tous les assurés sociaux au 1^{er} janvier 2017.

Sur ces deux chantiers, l'UNOCAM a été auditionnée par l'IGAS le 28 février 2014. L'UNOCAM a été associée aux deux phases de concertation ouvertes par les pouvoirs publics, successivement en février 2014 et en janvier 2015. Les fédérations étaient en première ligne, l'UNOCAM n'intervenant qu'en appui dans la perspective d'éventuelles négociations conventionnelles sur la généralisation du tiers payant.

- Installé par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé le 18 février 2014, le comité d'orientation sur le tiers payant, aussi appelé **instance de concertation sur le tiers payant**, s'est réuni à plusieurs reprises au cours de l'année 2014¹⁰⁴. Aux côtés des fédérations, l'UNOCAM a participé aux différentes réunions.

Cette première phase de concertation visait deux objectifs : la mise en œuvre, au 1^{er} juillet 2015, du tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit, à compter de cette date, un contrat éligible à cette aide ; la généralisation du tiers payant pour tous les assurés sociaux au 1^{er} janvier 2017.

S'agissant de l'ACS, les professionnels de santé doivent pouvoir choisir toute solution technique permettant d'assurer le tiers payant intégral (dans l'objectif de ménager les dispositifs déjà déployés avec plusieurs professions de santé) ou, à défaut, le tiers payant intégral coordonné.

- Compte tenu des réactions suscitées par la version initiale du projet de loi relatif à la santé, la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a annoncé le 20 janvier 2015 la création de quatre groupes de travail, dont un **groupe de travail sur la dispense d'avance des frais**. Celui-ci avait pour objectif de déterminer les différentes solutions techniques permettant la mise en place du dispositif, dont celle déjà déployée par les organismes complémentaires d'assurance maladie et qui fonctionne parfaitement avec près de 150 000 professionnels de santé. La concertation sur la dispense d'avance des frais a été ouverte le 29 janvier 2015. En appui des fédérations, l'UNOCAM a participé aux différentes réunions de l'instance de concertation.

¹⁰² Cf. loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

¹⁰³ Cf. délibération n° 20 du Conseil de l'UNOCAM du 16 septembre 2014.

¹⁰⁴ Les 18 février, 25 mars, 29 avril, 10 juillet et 16 octobre 2014.

- Dans ses prises de position, l'UNOCAM s'est référée aux **travaux réalisés par la FNMF, la FFSA et le CTIP**. Les trois fédérations ont décidé de travailler ensemble à la simplification et à la modernisation de leurs dispositifs de tiers payant. L'enjeu est de répondre aux attentes et besoins des professionnels de santé, en termes de simplicité et de rapidité, tout en préservant les conditions d'un lien direct entre les professionnels de santé et les organismes complémentaires d'assurance maladie.

Dans un premier temps, les fédérations ont développé ensemble :

- un annuaire des services de l'assurance maladie complémentaire mis à la disposition des professionnels de santé ;
- une harmonisation des attestations de tiers payant ;
- des normes communes d'échanges avec les professionnels de santé.

Dans un second temps, les fédérations ont réalisé une étude stratégique dans l'objectif de construire une « *solution cible* » de généralisation du tiers payant répondant à la fois aux attentes des professionnels de santé et à celles des adhérents et assurés. Cette étude a été menée en 2014 en étroite association avec les membres de chacune des fédérations. Pilotée par les Présidents des fédérations, elle s'est conclue en février 2015 par des engagements concrets et communs des organismes complémentaires d'assurance maladie en faveur d'une solution simple et rapide, qui assure aux professionnels de santé une garantie de paiement et une qualité de services et qui repose sur des délais courts et une procédure transparente.

La mise en œuvre de cette solution suit un calendrier précis. Elle est pilotée par l'intermédiaire d'une association créée à cet effet par les fédérations. Les professionnels de santé seront étroitement associés à cette démarche, car c'est en co-construisant cette solution qu'il sera possible de déployer un dispositif performant et opérationnel au 1^{er} janvier 2017, respectueux des attentes et prérogatives de chacun. Ainsi, en 2015, les fédérations vont travailler avec l'assurance maladie obligatoire et les professionnels de santé pour tester, d'un point de vue opérationnel et concret, les orientations de l'assurance maladie complémentaire. Un travail avec les opérateurs de tiers payant et les éditeurs de logiciels est également prévu.

- La **proposition de l'UNOCAM à l'UNPS** sur le développement du tiers payant, en date du 20 novembre 2013, a reçu un accueil favorable. L'UNPS a donné son accord formel le 31 janvier 2014. L'UNOCAM et l'UNPS se sont à nouveau réunies les 10 avril et 15 mai 2014. Suite à cette dernière réunion, l'UNOCAM a proposé à l'UNPS un point d'étape

qui a été signé le 11 février 2015. Ce document exposait les principes auxquels les deux parties entendaient se référer pour développer le tiers payant.

Réflexion sur la stratégie conventionnelle de l'UNOCAM

Depuis qu'elle a suspendu sa participation aux négociations conventionnelles, l'UNOCAM a conduit des travaux internes en vue de redéfinir les conditions auxquelles elle entend subordonner à l'avenir sa participation éventuelle à de nouvelles négociations conventionnelles tripartites.

En 2014, l'UNOCAM a institué un groupe de travail ayant pour objet de formuler des analyses et des propositions sur le repositionnement de l'UNOCAM dans les négociations conventionnelles avec les professions libérales de santé.

Ce groupe de travail s'est réuni quatre fois entre le 16 juillet et le 19 novembre 2014. Il a notamment débattu sur les conditions dans lesquelles l'UNOCAM pourrait accepter de participer à une nouvelle négociation conventionnelle.

Le groupe de travail a dressé une liste des questions auxquelles il a proposé aux instances de l'UNOCAM de répondre à l'avenir avant d'envisager une participation à une nouvelle négociation conventionnelle tripartite.

Comité économique des produits de santé

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

Deux événements ont marqué l'activité du CEPS en 2014 :

- *la suppression de la vignette pharmaceutique :*

La vignette pharmaceutique a été supprimée le 1^{er} juillet 2014. Ce changement s'est traduit par l'abandon de toute mention du prix sur la boîte de médicament remboursable. Les prix sont appelés sur une base de données embarquée sur le poste informatique de l'officine. Cette base est administrée par le CEPS. Cette mesure accélère la mise en œuvre d'un changement de prix décidé par le CEPS puisqu'elle supprime les opérations de revignettage. La suppression de la vignette a été l'occasion d'améliorer et de normaliser les informations contenues sur le ticket Vitale.

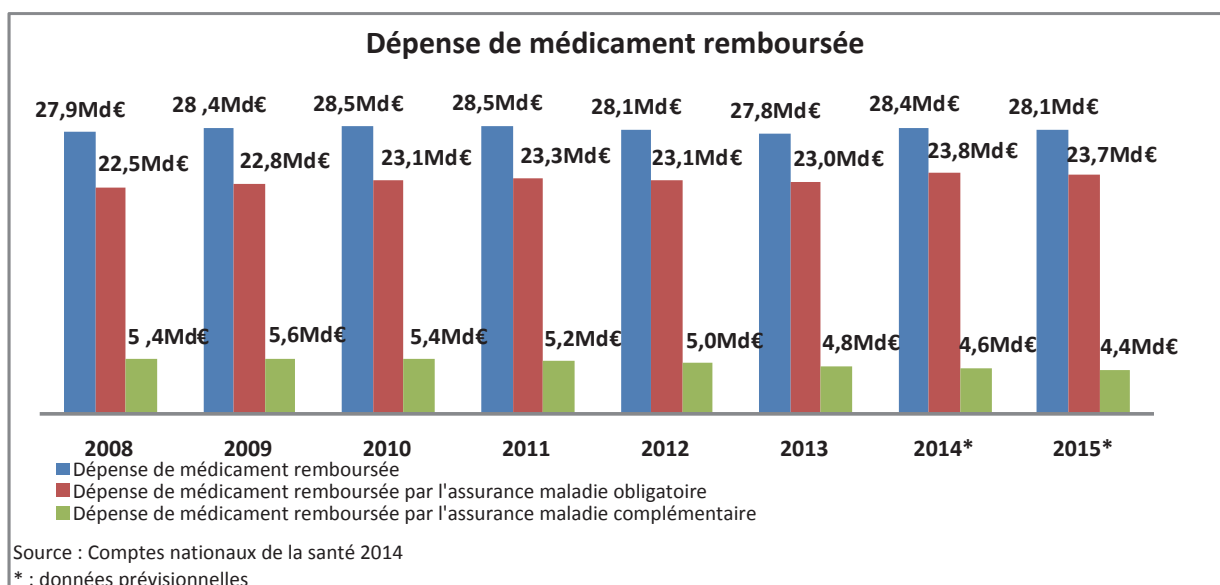
- *la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C :*

Les prix élevés des dernières innovations thérapeutiques majeures indiquées dans le traitement de l'hépatite C, ainsi que le nombre important de patients souffrant de cette pathologie, engendrent une dépense très importante pour l'assurance maladie obligatoire. Dans ce contexte, l'article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale¹⁰⁵ pour 2015 a introduit un mécanisme progressif de contribution. Ce dispositif vise à rendre la dépense remboursée des traitements de l'hépatite C compatible avec l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ce mécanisme spécifique est limité à la période 2014-2016. Afin de privilégier la politique conventionnelle, le CEPS peut conclure une convention exonératoire de cette contribution. Les entreprises signataires de cette convention doivent s'acquitter de remises dont le montant doit être au moins égal à 90% de la contribution.

¹⁰⁵ Cf. article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Pour les organismes complémentaires d'assurance maladie, la baisse de la dépense de médicament remboursée se poursuit

La dépense de médicament remboursée par l'assurance maladie complémentaire devrait baisser en 2014, pour la cinquième année consécutive¹⁰⁶. Cette tendance baissière s'explique par la dynamique des dépenses de soins remboursés à 100% par l'assurance maladie obligatoire au titre des ALD, par le développement du marché des médicaments génériques et par les baisses de prix des médicaments négociées par le CEPS.



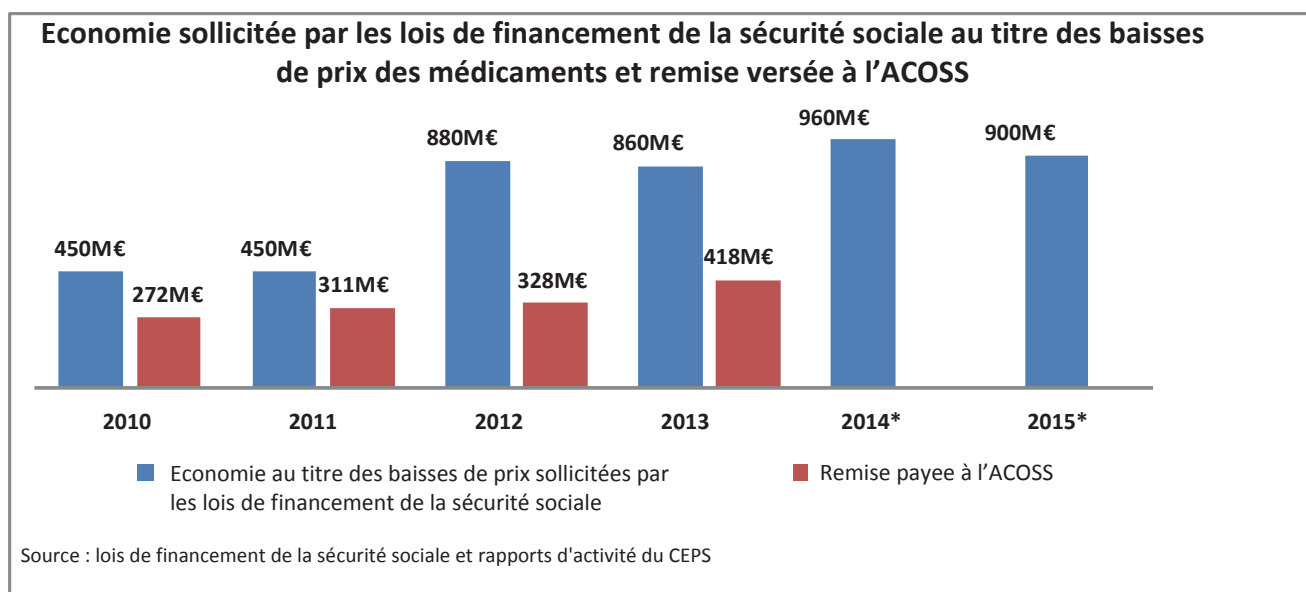
En 2015, la baisse de la dépense de médicament remboursée par l'assurance maladie complémentaire pourrait être moindre. Ce ralentissement aurait deux raisons.

- L'évolution du mode de rémunération du pharmacien d'officine depuis le 1^{er} janvier 2015 devrait engendrer un surcoût de 20 millions d'euros sur douze mois pour l'assurance maladie complémentaire. Cette évolution consiste dans la création d'un honoraire conventionnel¹⁰⁷. Cet honoraire est financé en partie par la réforme et la baisse de la marge officinale. Pour l'assurance maladie complémentaire, les économies induites par la baisse de la marge officinale ne compensent pas le surcoût engendré par l'honoraire conventionnel.

¹⁰⁶ Cf. *Comptes nationaux de la santé 2013*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2014.

¹⁰⁷ L'honoraire conventionnel regroupe un honoraire de dispensation par conditionnement (fixé à 0,82 euro toutes taxes comprises - TTC - en 2015 et à 1,02 euro TTC en 2016) et un honoraire pour ordonnance complexe (fixé à 0,51 euro TTC). L'honoraire de dispensation par conditionnement se voit appliquer le ticket modérateur de la boîte de médicament dispensée.

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 prévoit une baisse des économies réalisées par l'assurance maladie obligatoire au titre des baisses de prix : ces économies passent de 960 millions d'euros en 2014 à 900 millions d'euros en 2015. En revanche, la loi de financement dispose une augmentation des économies sous forme de remises. Ces économies doivent résulter de la clause de sauvegarde¹⁰⁸ (dont le taux L est fixé à -1%), ainsi que de la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C. Or, l'assurance maladie complémentaire ne perçoit pas les remises.

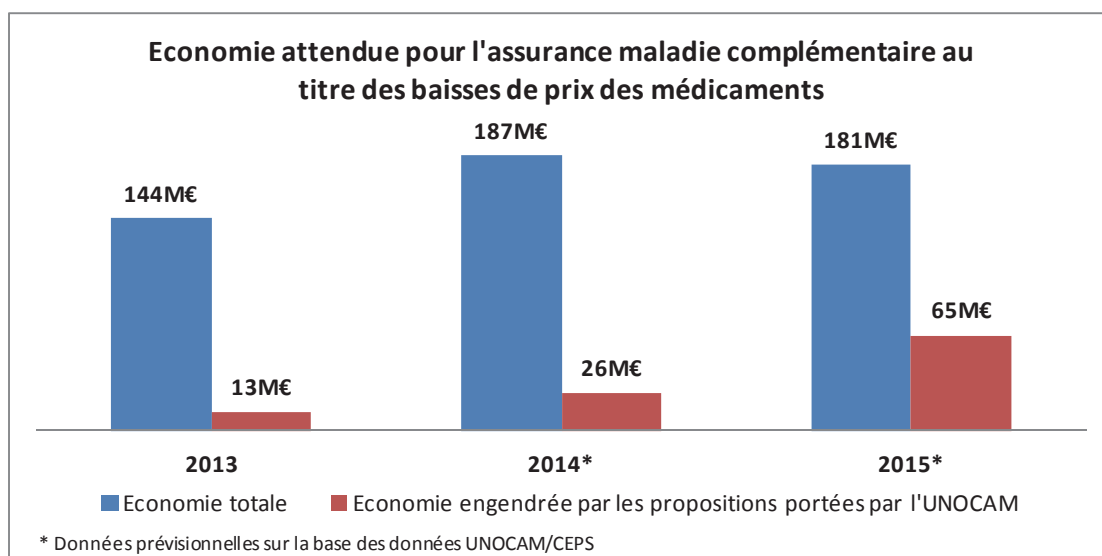


Pour l'assurance maladie complémentaire, les économies attendues sur les médicaments resteront importantes en 2015

Les économies attendues par l'assurance maladie complémentaire resteront significatives en 2015, mais elles devraient diminuer légèrement. Cette baisse s'explique par la diminution des économies sollicitées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 au titre des baisses de prix et par la volonté du CEPS d'orienter les baisses de prix vers les médicaments coûteux pour l'assurance maladie obligatoire.

¹⁰⁸ La clause de sauvegarde est une participation financière de l'industrie à la régulation de dépense de l'assurance maladie obligatoire. Au-delà d'un taux d'évolution du chiffre d'affaires hors taxe des médicaments remboursés, l'industrie verse une contribution financière à l'ACOSS. Ce taux d'évolution est appelé le taux L. Il est fixé à -1% pour 2015 en application de l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Les entreprises pharmaceutiques sont exonérées du paiement de la clause de sauvegarde si elles choisissent de signer une convention avec le CEPS. Elles doivent alors s'acquitter de remises dont le montant doit être au moins égal à 80% de la contribution de sauvegarde.

Cette diminution des économies sera atténuée par les propositions de baisses de prix portées par l'UNOCAM au CEPS. Les propositions de l'UNOCAM visent à renforcer l'efficacité de la dépense de médicament remboursé par l'assurance maladie complémentaire. Elles pourraient représenter 65 millions d'euros d'économies en 2015, soit 36% des économies totales attendues par les organismes complémentaires d'assurance maladie au titre des baisses de prix des médicaments.



L'UNOCAM a été associée en 2014 à la politique de développement du médicament générique

Le 19 février 2014, l'UNOCAM a été sollicitée par la Direction de la Sécurité sociale pour participer au comité de pilotage de la mission d'évaluation de la politique de promotion des médicaments génériques¹⁰⁹. L'objectif de ce comité est de formuler des mesures opérationnelles à court terme pour augmenter la part des médicaments génériques dans le marché remboursable. Dans ce cadre, l'UNOCAM a été auditionnée par l'IGAS le 18 juin 2014.

L'UNOCAM a fait valoir la volonté des organismes complémentaires d'assurance maladie d'être associés davantage à la politique de promotion des médicaments génériques, mise en œuvre par l'État et l'assurance maladie obligatoire : dispositif du « *tiers payant contre génériques* », rémunération relative à l'optimisation de la prescription dans le répertoire des groupes génériques, rémunération relative à la délivrance des médicaments génériques, etc.

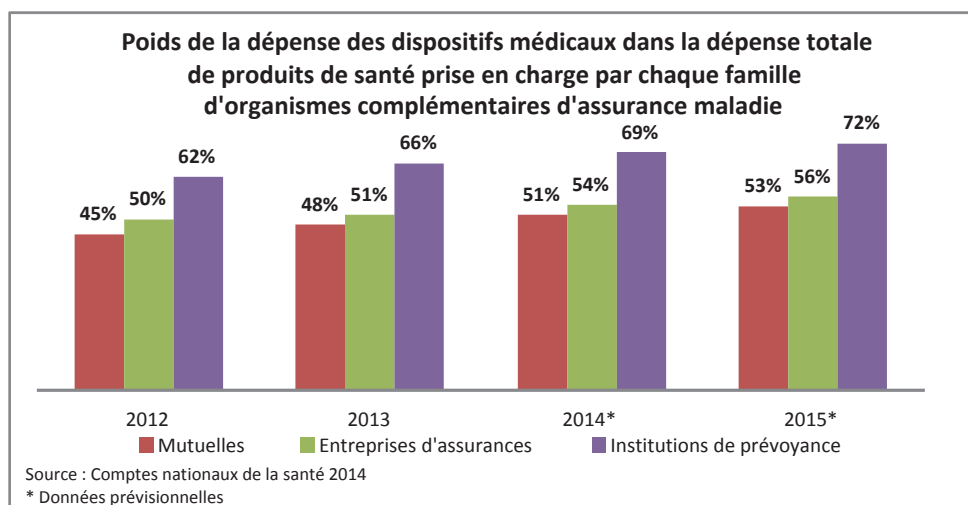
Pour accompagner la politique de promotion des médicaments génériques, l'UNOCAM a proposé notamment de donner aux organismes complémentaires

¹⁰⁹ Ce comité s'est réuni les 10 mars, 28 avril et 24 juin 2014. Les travaux de ce comité ont été complétés par Mme Muriel DAHAN, qui a présenté un projet de plan d'action à une délégation de l'UNOCAM le 11 février 2015.

d'assurance maladie la possibilité de moduler leurs remboursements selon la nature des médicaments consommés (génériques *versus* princeps). Cette proposition n'a pas été retenue.

En 2014, la dépense de dispositifs médicaux remboursée serait supérieure à celle du médicament pour chaque famille d'organismes complémentaires d'assurance maladie

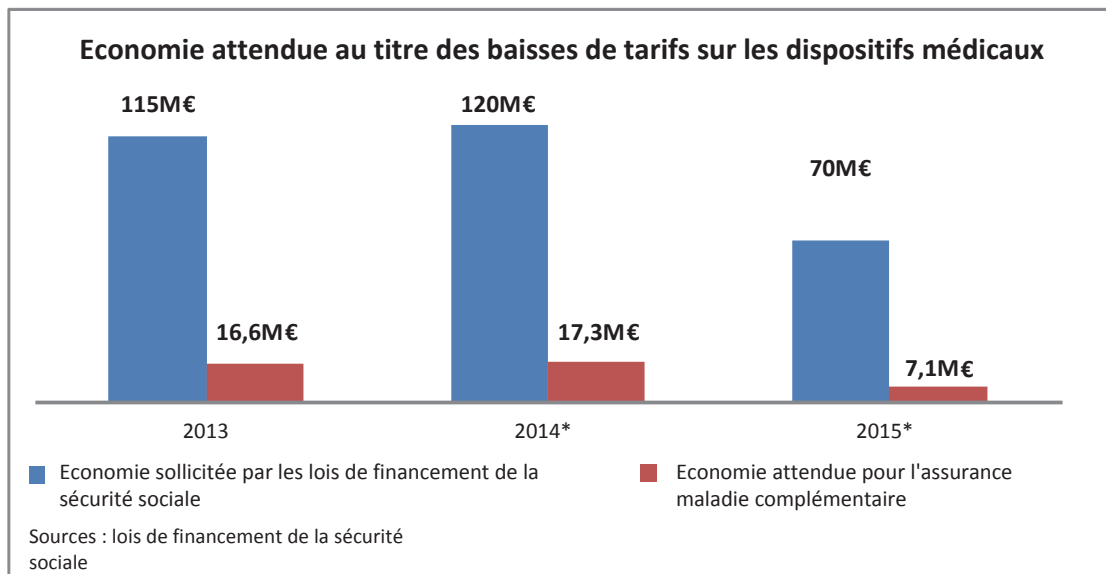
Ce phénomène est constaté depuis plusieurs années pour les institutions de prévoyance. Il est observé depuis 2013 pour les entreprises d'assurances. Il devrait se vérifier en 2014 pour les mutuelles.



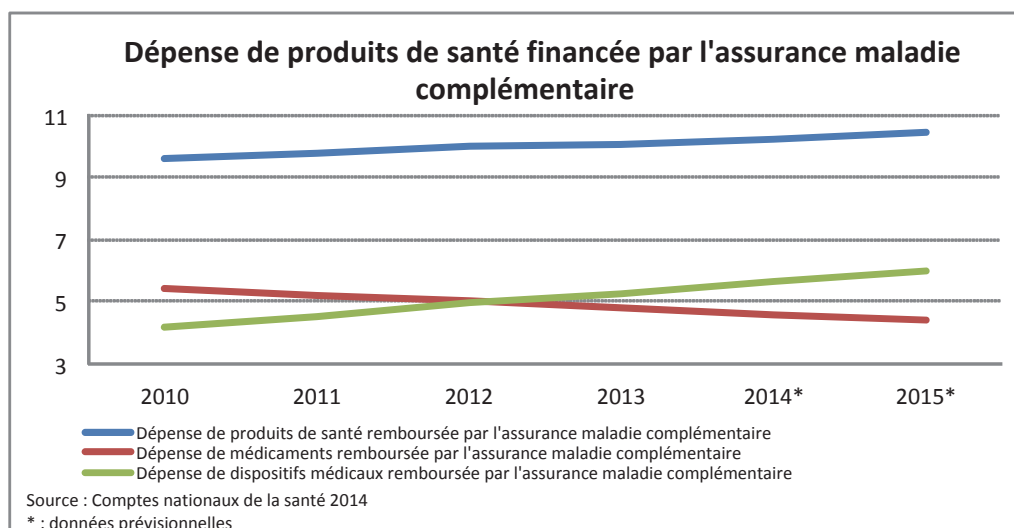
Ce phénomène a deux causes essentielles :

- un taux de croissance annuel moyen élevé (+7% pour les dispositifs médicaux, contre -4% pour les médicaments sur 2012-2015) ;
- un objectif limité de régulation¹¹⁰ (sur les pansements, petits matériels, etc.)

¹¹⁰ Cf. *Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2014, chapitre X.



La dynamique et le poids de la dépense des dispositifs médicaux expliquent la croissance de la dépense des produits de santé financée par l'assurance maladie complémentaire. La maîtrise de la dépense des dispositifs médicaux, à travers les baisses de tarifs par exemple, devient donc un enjeu pour l'assurance maladie complémentaire.



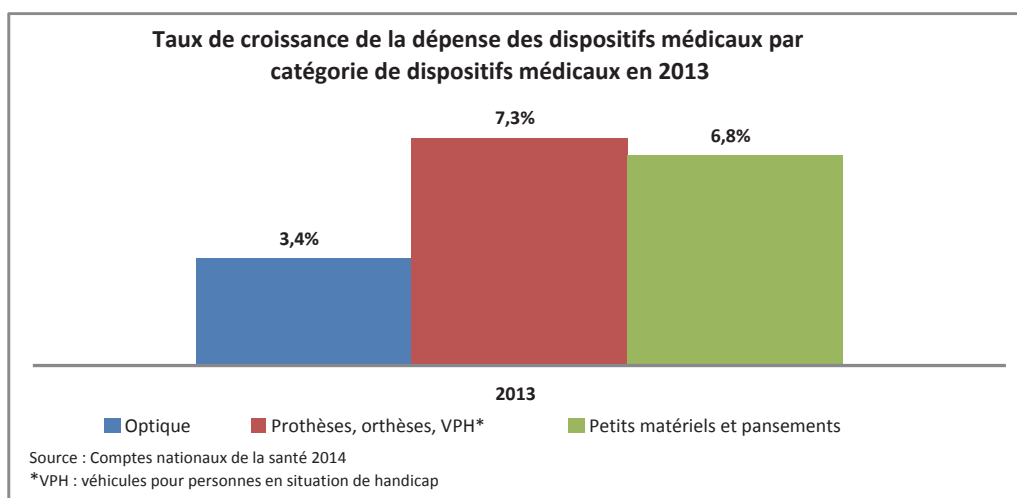
Les réseaux de soins des organismes complémentaires d'assurance maladie interviennent utilement dans la régulation de la dépense d'optique

La dépense des dispositifs médicaux¹¹¹ & ¹¹² représente 13,4 milliards d'euros en 2013 (optique comprise), soit une augmentation de 5,4% par rapport à 2012.

¹¹¹ Cf. *Comptes nationaux de la santé 2013*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2014.

	Optique	Prothèses, orthèses et véhicules pour personnes en situation de handicap	Petits matériels et pansements
Contribution à la croissance de la dépense des dispositifs médicaux en 2013	+1,5 point	+1,4 point	+2,5 points

La dépense d'optique augmente à un rythme plus soutenu (+2,7% entre 2012 et 2013) que l'ensemble de la consommation de soins et biens médicaux. (+2,2% en 2013)¹¹³. L'optique est le premier contributeur à la croissance de la dépense à la charge des organismes complémentaires d'assurance maladie. Toutefois, la dépense d'optique a enregistré en 2013 un taux de croissance inférieur à celui observé pour les autres catégories de dispositifs médicaux, notamment les petits matériels et les pansements. La croissance de la dépense d'optique ralentit sur la longue période, alors que celle des autres catégories de dispositifs médicaux s'accélère.

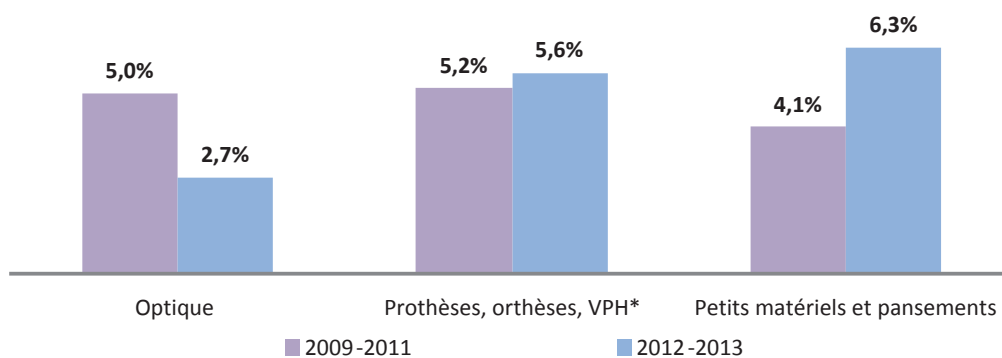


La modération constatée dans l'évolution de la dépense d'optique s'explique en partie par l'action des réseaux mis en place par les organismes complémentaires d'assurance maladie.

¹¹² Les dispositifs médicaux regroupent non seulement les prothèses, les orthèses, les véhicules pour personnes en situation de handicap, les petits matériels (masques, gants stériles, abaisse-langue, etc.) et les pansements, mais aussi l'optique et les audioprothèses.

¹¹³ Cf. *Comptes nationaux de la santé 2013*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2014.

Evolution du taux de croissance annuel moyen de la dépense des dispositifs médicaux par catégorie de dispositifs médicaux



Source : Comptes nationaux de la santé 2014

*VPH : véhicules pour personnes en situation de handicap

Institut des données de santé

L'IDS est un groupement d'intérêt public créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel du 17 août 2004. Ce groupement d'intérêt public a été constitué par l'État, les caisses nationales d'assurance maladie et des représentants de la société civile, parmi lesquels l'UNOCAM.

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

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

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

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

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

Officiel du 13 août 2013, autorise les organismes complémentaires d'assurance maladie qui sont contributeurs de données dans le cadre du projet MONACO¹¹⁴ à accéder aux données agrégées du SNIIRAM. Il autorise en outre les fédérations membres de l'UNOCAM, signataires d'une charte avec l'assurance maladie obligatoire, à accéder à l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB)¹¹⁵.

Mené au sein de l'IDS, le **projet MONACO**, auquel participent dix-sept organismes complémentaires d'assurance maladie, doit permettre l'accès aux données complètes de consommation de soins et de remboursement sur un échantillon anonymisé de bénéficiaires, avec non seulement les prestations de l'assurance maladie obligatoire, mais aussi celles de l'assurance maladie complémentaire. Au surplus, ces informations sont enrichies des données de l'enquête « *santé - protection sociale* » de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). MONACO est un projet expérimental qui a pour objectif de tester, d'un point de vue technique, le rapprochement des données de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires d'assurance maladie. Les fédérations qui constituent l'UNOCAM se sont attachées en 2014 à évaluer les résultats de cette expérimentation (en particulier sur la qualité des appariements réalisés et sur la représentativité de l'échantillon)¹¹⁶.

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

L'UNOCAM s'est engagée en 2014 en faveur de la reconduction de la convention constitutive de l'IDS

L'Assemblée générale de l'IDS a voté, le 20 décembre 2013, la reconduction de la convention constitutive du groupement d'intérêt public jusqu'au 31 décembre 2014. L'Assemblée générale a reconduit la convention constitutive pour une année supplémentaire le 19 décembre 2014. L'UNOCAM s'est engagée de façon constante en faveur de la pérennisation de l'IDS.

¹¹⁴ MONACO est l'acronyme de « *méthodes, outils et normes pour la mise en commun de données de l'assurance maladie complémentaire et obligatoire* ».

¹¹⁵ Cette charte a été signée en janvier 2011.

¹¹⁶ L'IRDES a publié sa propre évaluation en janvier 2014 (in « *Vers un système d'information sur les coûts des soins, les remboursements des couvertures obligatoire et complémentaire, et les restes à charge réels des ménages. Bilan et perspectives du projet MONACO* », *Question d'économie de la santé*, n° 194, janvier 2014). Les fédérations ont échangé avec l'IRDES à la suite de cette publication pour étudier l'opportunité et les conditions de la poursuite de cette expérimentation.

Une commission relative à l'ouverture des données en santé a été installée en novembre 2013. L'UNOCAM a participé à ses travaux¹¹⁷. La Commission *Open Data* en santé s'est réunie jusqu'en mai 2014. Ses conclusions ont été rendues publiques en juillet 2014¹¹⁸. Elle a été convoquée à nouveau à partir de février 2015.

L'article 47 de la version initiale du projet de loi relatif à la santé diffère sensiblement des conclusions de la commission. Dans son *Rapport au Parlement 2014*, l'IDS a comparé de façon synthétique les conclusions de la commission et le dispositif alors envisagé par les pouvoirs publics.

Ces différences étaient autant de reculs qui portaient en particulier sur les conditions de l'accès à certaines données en *Open Data*, sur l'encadrement de l'accès aux données (avec un risque potentiel de ré-identification) et sur la gouvernance du système. Dans son avis sur le projet de loi, l'UNOCAM a donc été conduite à formuler d'importantes critiques sur le dispositif alors envisagé¹¹⁹.

Pour l'UNOCAM, la rédaction initiale de l'article 47 du projet de loi relatif à la santé n'était pas à la hauteur des enjeux

L'objectif prioritaire de l'UNOCAM est de rendre simple, transparent, équitable et effectif le processus d'accès dit régulé aux données pour tous les acteurs, dont les organismes complémentaires d'assurance maladie, en raison de leurs missions et notamment de leurs besoins en matière de gestion du risque.

L'UNOCAM souhaitait donc que la version initiale du projet de loi soit amendée et prévoie :

- de garantir aux organismes complémentaires d'assurance maladie, au regard des missions qui leur incombent (en termes de gestion du risque, de régulation et d'amélioration des services rendus aux adhérents et assurés), les mêmes droits d'accès aux données médico-administratives que ceux accordés à l'assurance maladie obligatoire¹²⁰ ;
- de lever la distinction introduite entre organismes complémentaires d'assurance maladie, fondée sur leur différence de modèle économique, pour les accès aux données ;
- de ne pas imposer l'alimentation des organismes complémentaires d'assurance maladie au système national des données de santé, mais

¹¹⁷ Elle était représentée dans cette commission par M. Mathieu COUSINEAU (FNMF), Mme Cécile MALGUID (FFSA) et Mme Evelyne GUILLET (CTIP).

¹¹⁸ Cf. *Rapport de la Commission Open Data en santé*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 9 juillet 2014.

¹¹⁹ Cf. délibération n° 20 du Conseil de l'UNOCAM du 16 septembre 2014.

¹²⁰ Le rapport de la Commission *Open Data* suggérait de fonder les autorisations d'accès pour les utilisateurs permanents « sur l'analyse de [leurs] missions et des garanties apportées en termes de respect de la confidentialité, d'organisation des accès et de respect d'un référentiel de sécurité » (cf. page 57 du rapport).

- de prévoir la possibilité de mise en commun, sur une base volontaire, comme c'est le cas aujourd'hui dans le projet MONACO ;
- de prévoir et garantir la neutralité de l'opérateur hébergeur des données de santé ;
 - de renforcer le rôle du nouvel Institut national des données de santé (INDS) dans la supervision et l'accès aux données, en lui reconnaissant pleinement un rôle de guichet unique, de la réception des demandes d'accès aux données à l'instruction des dossiers transmis à la CNIL.

Dans un courrier adressé aux membres de la Commission *Open Data* en santé le 25 février 2015, la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a indiqué avoir pris connaissance des réserves formulées, notamment par la société civile, dont l'UNOCAM, et a informé que des amendements seraient présentés le 26 février 2015 dans le cadre d'une nouvelle réunion de la Commission *Open Data* en santé.

Commissions régionales de gestion du risque

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, publiée au Journal Officiel du 22 juillet 2009, a créé les **Agences régionales de santé**. Le décret du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque, publié au Journal Officiel du 20 mai 2010, définit les missions et la gouvernance des **Commissions régionales de gestion du risque**.

Au sein de chaque Agence régionale de santé, une Commission régionale de gestion du risque est chargée de la préparation, du suivi et de l'évaluation du programme pluriannuel régional de gestion du risque. Les représentants (titulaire et suppléant) des organismes complémentaires d'assurance maladie désignés par l'UNOCAM participent, selon l'ordre du jour, aux travaux de cette commission. Avant d'être arrêtées par le Directeur général de l'Agence régionale de santé, les actions régionales complémentaires spécifiques font l'objet de réunions de concertation au sein de la Commission régionale de gestion du risque, convoquée en formation restreinte avec les représentants désignés par l'UNOCAM. Les engagements des organismes complémentaires d'assurance maladie en matière de gestion du risque dans le cadre du programme pluriannuel régional de gestion du risque peuvent faire l'objet d'une convention signée avec le Directeur général de l'Agence régionale de santé après avis de la commission.

L'UNOCAM a désigné l'ensemble de ses représentants, titulaires et suppléants, dans les vingt-six Commissions régionales de gestion du risque fin 2010. L'UNOCAM a communiqué également aux Agences régionales de santé l'adresse électronique dédiée à la transmission des documents relatifs au fonctionnement des Commissions régionales de gestion du risque. L'UNOCAM a procédé, courant 2014 et début 2015, à divers changements dans la liste de ses représentants.

Fin 2013, les fédérations constituant l'UNOCAM ont souhaité mobiliser les représentants des organismes complémentaires d'assurance maladie dans les Commissions régionales de gestion du risque, afin de dresser à nouveau un bilan de leur action et d'envisager les améliorations à apporter à la préparation, à la coordination et au suivi de leurs travaux au sein de l'UNOCAM¹²¹. S'appuyant notamment sur les synthèses élaborées par les fédérations, ce bilan a été présenté au Conseil de l'UNOCAM le 14 mai 2014.

¹²¹ Un premier bilan avait été présenté au Conseil de l'UNOCAM le 9 mai 2012.

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

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

L'Agence régionale de santé de l'Océan Indien a conclu le 4 février 2014 une convention d'études et de statistiques sur le recours aux soins à La Réunion. Sollicitée par son représentant titulaire, l'UNOCAM est devenue signataire de cette convention.

En date du 28 janvier 2013, l'UNOCAM avait demandé à ses représentants de recueillir auprès de chaque Agence régionale de santé un tableau synthétique des tarifs journaliers de prestations des établissements de santé publics. En 2014, l'UNOCAM n'a obtenu ces informations que de deux régions : Bretagne (sur les tarifs de 2013) et Océan Indien (sur ceux de 2014). L'UNOCAM rappelle que ces tarifs sont publics et que leur connaissance est nécessaire aux organismes complémentaires d'assurance maladie pour le remboursement de leurs adhérents et assurés. Rien ne justifie donc cette rétention d'informations, qui contraint les organismes complémentaires d'assurance maladie à des démarches individuelles et à des traitements coûteux.

Au 31 décembre 2014, la liste des représentants de l'UNOCAM s'établit comme suit :

Régions	Titulaires	Suppléants
ALSACE	M. François KUSSWIEDER, FNMF ;	M. Etienne DEPEYRE, FFSA ;
AQUITAINE	M. Jacques LABERNEDE, FNMF ;	M. Yann DENOUEL, FFSA ;
AUVERGNE	M. Jean-Pierre MARTIN, FNMF ;	M. Patrick CARTON, FFSA ;
BASSE-NORMANDIE	<i>(En cours de désignation)</i> FNMF ;	M. Franck OFFREDI, FFSA ;
BOURGOGNE	M. Guillaume GARDIN, FNMF ;	M. Alain ESQUIROL, CTIP ;
BRETAGNE	M. Pierre-Yves NATUS, FNMF ;	M. Gwenaël SIMON, FFSA ;
CENTRE	M. Laurent EECKE, FNMF ;	M. Laurent BOUSCHON, FFSA ;
CHAMPAGNE-ARDENNE	M. Olivier BLAUD, FNMF ;	M. Jean-François LEMAIRE, FFSA ;
CORSE	M. François SAVELLI, FNMF ;	M. Sauveur LEONI, FFSA ;

FRANCHE-COMTE	Mme Chantal GRANDPERRIN, FNMF ;	M. Thierry REICHARDT, FFSA ;
GUADELOUPE	M. Alain KANCEL, FNMF ;	M. Patrick RAYNAUD, FFSA ;
GUYANE	M. Marc HO YORCK KRUI, FNMF ;	M. Patrick RAYNAUD, FFSA ;
HAUTE-NORMANDIE	M. Dominique FERME, FNMF ;	M. Benoît POUPON, FFSA ;
ILE-DE-FRANCE	M. Maurice FOURET, FNMF ;	M. Philippe DRAPIER, FFSA ;
		M. Laurent BORELLA, CTIP ;
LANGUEDOC-ROUSSILLON	M. Bernard CREISSEN, FNMF ;	M. Pascal LOISEAU, FFSA ;
LIMOUSIN	M. Jean-Claude BOYER, FNMF ;	M. Robert GRAY, FFSA ;
LORRAINE	M. Bruno MANZONI, FNMF ;	M. Jean-Christophe REMAUD, FFSA ;
MARTINIQUE	<i>(En cours de désignation)</i> FNMF ;	M. Patrick RAYNAUD, FFSA ;
MIDI-PYRENEES	M. Pierre-Jean GRACIA, FNMF ;	M. Christophe BOUYSSIERE, FFSA ;
NORD PAS-DE-CALAIS	M. Bernard PEROY, FNMF ;	M. Laurent HUYGHE, CTIP ;
OCEAN INDIEN	M. Jean-Alfred BLAIN, FNMF ;	M. Bernard VEBER, FFSA ;
PAYS DE LA LOIRE	M. Jean-Marc CHAVEROUX, FNMF ;	M. Jacques IZART, FFSA ;
PICARDIE	Mme Adeline THOMAS, FNMF ;	M. Pascal LETELLIER, FFSA ;
POITOU-CHARENTES	M. Yves PELLETIER, FNMF ;	M. Jacky DEVERRIERE, FFSA ;
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	M. Roland COMTE, FNMF ;	M. Philippe JACQUES, FFSA ;
RHONE-ALPES	Mme Sonia FAVRE- CAPDEPON, FNMF ;	M. Alain ESQUIROL, CTIP.

Conférence nationale de santé

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

Au 31 décembre 2014, la délégation de l'UNOCAM dans le Collège n° 5, « *Acteurs de la cohésion sociale et de la protection sociale* », est composée de :

- M. Fabrice HENRY (Président), suppléé par Mme Cécile MALGUID (FFSA) ;
- M. Stéphane JUNIQUE (FNMF), suppléé par Mme Magali SIERRA (CTIP)^{122 & 123}.

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

¹²² Le 1^{er} octobre 2013, l'UNOCAM a demandé le remplacement de Mme Christine MEYER par M. Stéphane JUNIQUE à compter du 2 janvier 2014. Ce changement a été officialisé par l'arrêté du 21 août 2014 portant nomination à la Conférence nationale de santé. Le 20 octobre 2014, l'UNOCAM a proposé au Directeur général de la Santé de reconduire sa délégation en l'état pour la prochaine mandature. L'arrêté de nomination a été signé le 26 février 2015.

¹²³ M. Stéphane JUNIQUE a été élu à la Commission permanente de la Conférence nationale de santé le 9 avril 2015.

Communication

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

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

L'UNOCAM participe aux rencontres organisées par des offreurs de soins, notamment des syndicats de professionnels de santé libéraux. Elle est intervenue par exemple à l'université d'été de la CNSD le 21 septembre 2014.

A la demande de la CNAMTS, l'UNOCAM a présenté le système français d'assurance maladie complémentaire à une délégation du régime turc de Sécurité sociale (le SSK) le 15 mai 2014. L'UNOCAM a rencontré en outre une délégation du Bureau des ressources humaines et de la Sécurité sociale du district de Yunnan (Chine) le 8 décembre 2014.

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

Liste des sigles

ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
ACIP	Accord-cadre interprofessionnel
ACS	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
ALD	Affection de longue durée
ANI	Accord national interprofessionnel
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CEPS	Comité économique des produits de santé
CIP	Code d'identification de la présentation (pharmaceutique)
CISS	Collectif interassociatif sur la 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
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
CTIP	Centre technique des institutions de prévoyance
EGB	Echantillon généraliste de bénéficiaires
ENMR	Expérimentations de nouveaux modes de rémunération

FFSA	Fédération française des sociétés d'assurances
FMF	Fédération des mutuelles de France
FNCS	Fédération nationale des centres de santé
FNIM	Fédération nationale indépendante des mutuelles
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
FSPF	Fédération des syndicats pharmaceutiques de France
GEMA	Groupement des entreprises mutuelles d'assurance
IDS	Institut des données de santé
INDS	Institut national des données de santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
MG France	Syndicat des médecins généralistes
MONACO	Méthodes, outils et normes pour la mise en commun de données de l'assurance maladie complémentaire et obligatoire
NOEMIE	Norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs
ROC	Remboursement des organismes complémentaires
SDB	Syndicat des biologistes
SNIL	Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux
SNIIRAM	Système national informationnel inter-régimes de l'assurance maladie
TSA	Taxe de solidarité additionnelle
TSCA	Taxe spéciale sur les conventions d'assurance
TTC	Toutes taxes comprises

UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
UNPF	Union nationale des pharmacies de France
UNPS	Union nationale des professionnels de santé
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales
USPO	Union des syndicats des pharmaciens d'officine
VPH	Véhicules pour personnes en situation de handicap



Unocam

UNION NATIONALE DES ORGANISMES
D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

