

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

Par lettre du 21 août 2014, notifiée par courriel, la Direction de la Sécurité sociale a saisi l'UNOCAM pour avis, en application de l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, d'un projet de loi relatif à la santé.

Par lettre du 5 septembre 2014, notifiée par courriel le 5 septembre 2014, la Direction de la Sécurité sociale a transmis à l'UNOCAM, pour avis, une saisine rectificative sur le projet de loi relatif à la santé.

Les Fédérations composant l'UNOCAM ne partagent pas la même appréciation globale sur le projet de loi.

Toutefois, l'UNOCAM tient à faire part des points d'alerte suivants, sur le traitement desquels elle sera particulièrement attentive :

- L'article 17 prévoit la généralisation du tiers payant à l'ensemble des assurés sociaux pour la médecine de ville. Il fixe une nouvelle obligation aux contrats responsables : celle de permettre à l'adhérent ou 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 au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

L'UNOCAM rappelle que, le 7 juillet 2014, les Présidents de la FNMF, de la FFSA et du CTIP ont cosigné une lettre à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé pour lui faire part de leurs inquiétudes sur les modalités de mise en œuvre du dispositif de tiers payant en faveur des bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et, surtout, en vue de la définition du système cible de généralisation du tiers payant à horizon 2017. Cette lettre est restée sans suite à ce jour.

Plus généralement, l'UNOCAM insiste sur la nécessité d'assurer l'interopérabilité des systèmes de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire, ainsi que sur la capacité de contrôle, par les organismes complémentaires d'assurance maladie, du paiement des factures des professionnels de santé les concernant.

- L'article 19 instaure « *un encadrement des tarifs des prestations d'optique et de soins dentaires prothétiques et orthodontiques délivrés aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).* »<sup>1</sup> Désormais, la convention nationale des chirurgiens-dentistes devra fixer, comme elle le fait pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), le montant maximal de dépassement pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale applicable aux bénéficiaires de l'ACS. Les accords nationaux conclus entre l'UNOCAM ou les organismes complémentaires d'assurance maladie et les distributeurs de dispositifs médicaux devront également fixer les tarifs maxima applicables aux bénéficiaires de l'ACS pour les biens concernés.

L'UNOCAM rappelle qu'elle s'est déjà opposée à l'instauration de tarifs différenciés en fonction de la capacité financière des adhérents et assurés au regard des risques induits, sur le reste de la population, pour des prestations identiques. Dans son esprit, la disposition de l'article 19 va à l'encontre des principes de solidarité entre assurés sociaux, contrairement aux partenariats conclus entre les professionnels de santé et les organismes complémentaires d'assurance maladie (réseaux de soins), dont profitent l'ensemble des adhérents et assurés. Enfin, cette mesure concourt à complexifier davantage le système de santé en créant, potentiellement, une triple échelle de tarifs.

- Les articles 39 et 40 renforcent le rôle de régulateur des pouvoirs publics dans les négociations conventionnelles nationales, ainsi que le plan national de gestion du risque.

L'UNOCAM a alerté, à plusieurs reprises, les pouvoirs publics sur le défaut de dialogue constaté en amont des négociations conventionnelles nationales entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire.

- L'article 46 organise un dispositif d'accès public aux données de santé. Dans les propositions qu'elle a formulées au sein de la Commission *Open data*, l'UNOCAM a insisté sur les points suivants.

L'article 46 prévoit que les organismes complémentaires d'assurance maladie transmettent au système national des données médico-administratives « *des données de remboursement par bénéficiaire* ». Cette obligation pose des difficultés techniques et présente un coût non négligeable. La gestion de ce système par la CNAMTS pose question. L'UNOCAM demande la neutralité de l'opérateur hébergeur des données médico-administratives.

Dans le projet de loi, les accès des organismes complémentaires d'assurance maladie se limiteraient aux seules statistiques agrégées ouvertes à tous, sauf étude, évaluation ou recherche ponctuelle qui présenterait un « *intérêt public significatif* » et qui serait soumis à l'avis du nouveau comité d'expertise placé auprès des ministres chargés de la santé et de la recherche et totalement indépendant de l'Institut national des données de santé (*cf. ci-*

---

<sup>1</sup> Cf. exposé des motifs du projet de loi

dessous) Dans le cas d'études ou de recherches effectuées pour le compte d'entreprises et d'organismes à but lucratif, l'accès aux données est réservé à des intermédiaires, garantissant des critères d'expertise et d'indépendance. De fait, cette situation crée une rupture d'égalité entre les organismes complémentaires d'assurance maladie des trois codes et les plateformes de services auxquelles ils font appel. La loi de sécurisation de l'emploi du 13 juin 2013, qui introduit une obligation de couverture en complémentaire santé pour les salariés du secteur privé et plus généralement l'objectif de généralisation de la couverture complémentaire santé, sont autant d'éléments légitimant, à des fins de gestion du risque, de régulation et d'amélioration des services rendus aux adhérents et assurés, l'accès des organismes complémentaires d'assurance maladie à une information statistique large et détaillée. Dans ces conditions, l'assurance maladie complémentaire, au regard des missions qui lui incombent, doit pouvoir disposer de droits semblables à ceux de l'assurance maladie obligatoire.

L'article 46 crée un Institut national des données de santé. Les organismes complémentaires d'assurance maladie défendent l'idée de confier à cet institut un rôle réel. En termes de visibilité pour les acteurs et d'efficacité dans la prise de décision, il est essentiel que l'Institut national des données de santé joue pleinement un rôle de guichet unique, de la réception des demandes à leur instruction. Dans ce cadre, sans nier le rôle central de l'Etat et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) en tant que garants de la protection de la vie privée, l'UNOCAM a réitéré sa demande d'une gouvernance qui laisse une place réelle à chaque acteur afin de reconnaître la pluralité des enjeux associés à l'ouverture des données de santé et d'évaluer, collectivement, les bénéfices et risques associés à la mise à disposition des données.

Si le projet de loi suit les recommandations de la Commission *Open data* en matière d'ouverture au public des données sans risque d'identification ou de ré-identification, il reste très en deçà de ses préconisations, s'agissant des données relatives à l'activité des professionnels de santé et à leur réutilisation.

**Délibération adoptée à l'unanimité**  
**(avec l'abstention du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle)**