

The word "INSIDE" is rendered in large, bold, white capital letters. The letters are filled with a photograph of various pills, including white round tablets, red and white capsules, and blue and white capsules, scattered on a light-colored surface.

INSIDE

FINANCIAL SERVICES

numéro
33

1^{er} trimestre
2016

exton
consulting

STRATEGY &
MANAGEMENT



SANTÉ : LE GRAND BOULEVERSEMENT !

Le marché de la santé est en pleine transformation.

Après l'entrée en vigueur de l'ANI, la fin des clauses de désignation et la réforme des contrats responsables, c'est la généralisation du tiers payant en 2017, qui va modifier tant les règles de fonctionnement du marché que les règles de fonctionnement internes aux acteurs. Avec pour effets principaux, la concentration du secteur de l'assurance, mais aussi la transformation de la relation des banques avec les professionnels de santé.

Par ailleurs, la santé connectée ouvre le champ à de nouvelles opportunités en termes de marketing, d'offres et de business model : c'est notamment l'occasion de développer des services d'accompagnement innovants, dans une logique préventive et non plus seulement curative.

Nous avons choisi de consacrer ce numéro de notre lettre *Inside Financial Services* à ce secteur en pleine mutation, à travers quatre articles, traitant respectivement de la transformation de l'assurance santé, des impacts du tiers payant généralisé sur le monde bancaire, du développement des réseaux de professionnels de santé et des perspectives ouvertes par l'expansion de l'e-santé.

Nous remercions très chaleureusement Christian Babusiaux, Président de l'Institut des Données de Santé, Norbert Bontemps, Directeur Assurances des Particuliers de Groupama et Guillaume Oreckin, Directeur Général Adjoint de Pacifica, pour leurs éclairages sur ces sujets.

Bonne lecture

Les Associés

SOMMAIRE

3 > 5

LA TRANSFORMATION DU MARCHÉ
DE L'ASSURANCE SANTÉ

6 > 7

LA GÉNÉRALISATION DU TIERS PAYANT :
UNE NOUVELLE DONNE DANS LA
RELATION DES BANQUES AVEC LES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ

10 > 11

LES RÉSEAUX DE SOINS : DES ACTEURS QUI
S'IMPOSENT FACE AUX PROFESSIONNELS
DE SANTÉ, AU BÉNÉFICE DES ASSUREURS
ET DES ASSURÉS

13 > 15

LA SANTÉ CONNECTÉE :
UNE TRANSFORMATION EN MARCHÉ !

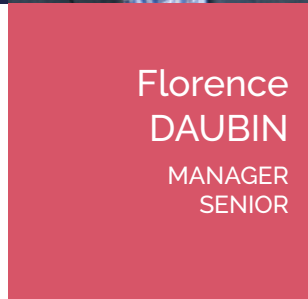
Pour plus d'informations
contactinfo@extonconsulting.com

LA TRANSFORMATION DU MARCHÉ DE L'ASSURANCE SANTÉ



**Bertrand
LAUZERAL**
ASSOCIÉ

3 > 5



**Florence
DAUBIN**
MANAGER
SENIOR



La complémentaire santé est jugée trop coûteuse par les consommateurs, par rapport au niveau de prise en charge offert ; les pouvoirs publics remettent en cause son fonctionnement, et les coûts qu'il génère. Ainsi, le principe de l'assurance complémentaire santé se trouve de plus en plus contesté.

Les quinze dernières années ont vu le coût de l'assurance santé complémentaire s'envoler de près de 100 %, pour couvrir les transferts du régime obligatoire, une hausse de la fiscalisation, suivre les progrès de la médecine et les exigences croissantes des assurés devenus consommateurs pour certains postes de dépense (ex. : optique).

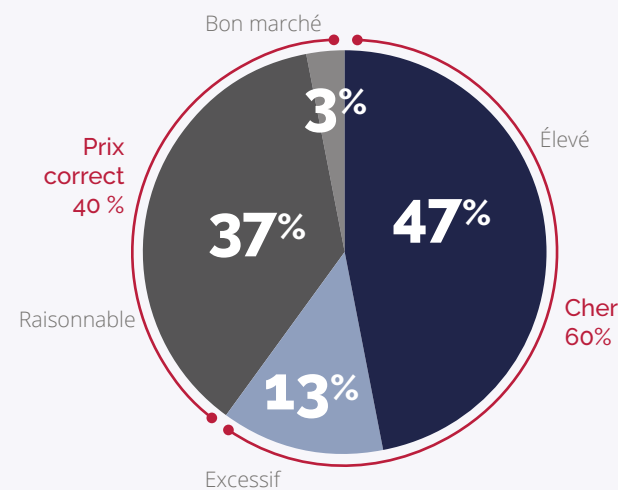
Ainsi, le prix et le pouvoir d'achat ont constitué un critère de segmentation fort des offres. Le marché s'organise d'une part autour d'offres haut de gamme, incluant de nombreux services et souvent collectives, et d'autre part autour de couvertures beaucoup plus restreintes, souvent individuelles.

Dans le même temps, la mise en place successive de cadres juridiques spécifiques à certains types de bénéficiaires ou de garanties a amplifié un mouvement de standardisation des offres, des services et de leur contenu : loi Evin en 1989 pour les anciens salariés, contrats Madelin pour les TNS en 1994, contrats labellisés pour les fonctionnaires depuis 2012, garanties standard de la CMU-C en 2000 puis appel d'offres ACS en 2015, label contrat solidaire et responsable en 2004, refondu en 2015, et surtout l'ANI, conjuguant un socle restrictif et un périmètre d'application d'ampleur incomparable.

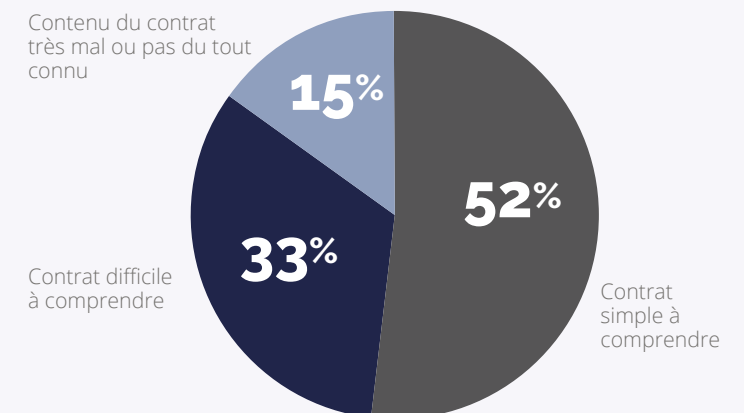
Les services associés aux garanties, autrefois différenciants, se sont banalisés, à l'image du tiers-payant, des plates-formes de devis et des réseaux de professionnels de santé et ne sont plus perçus aujourd'hui comme une réelle valeur ajoutée.

LES FRANÇAIS TROUVENT LEUR CONTRAT DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ CHER ET PRÈS D'UN SUR DEUX EN CONNAÎT MAL LE CONTENU

Les Français jugent le prix de leur complémentaire santé...



Les Français et le contrat de leur complémentaire santé...



Source : Etude Odoxa / Les Furets, octobre 2015.

LA STANDARDISATION ET LA NORMALISATION DE L'ASSURANCE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE IMPACTENT LES MODÈLES ÉCONOMIQUES DES OPÉRATEURS

La normalisation des offres et services malmène *in fine* tous les opérateurs du marché.

En effet elle concourt à **réduire les marges techniques dans un contexte de concurrence exacerbée sur des marchés très segmentés et de baisse mécanique des cotisations collectées** (particulièrement dans le cas de la santé collective et des effets socle - ANI, contrat responsable, ACS).

La partition du marché en segments spécifiques accroît les risques de déstabilisation technique liée à la démutualisation (actifs / inactifs - notamment seniors pour l'ANI). Elle fragilise ainsi particulièrement les acteurs mono activité, poussés à puiser dans leurs réserves. Le développement des sur-complémentaires ne semble pas pouvoir compenser à terme ces tendances. Normalement moins risquées techniquement, ces sur-complémentaires sont susceptibles de générer de l'anti sélection.

La succession d'évolutions réglementaires nécessite des aménagements fréquents et importants des modèles de distribution et systèmes de gestion, avec un impact important sur les coûts des acteurs.

L'ANI a contraint les acteurs spécialisés en assurance de personnes à transformer en un temps record leurs modèles de distribution : nécessité pour les mutuelles d'accéder aux branches, et de disposer d'un réseau commercial capable d'exploiter les recommandations en démarchant des flux très importants d'entreprises ; pour les acteurs paritaires, enjeu de mobiliser de véritables réseaux de distribution et d'intégrer les coûts associés, le modèle historiquement adapté à la négociation de branche devenant insuffisant face à la suppression des clauses de désignation. Par ailleurs, assureurs traditionnels et bancassureurs, dans le cadre de leur stratégie de positionnement sur le marché des Pros et TPE/PME, élargissent leur offre à l'ensemble de la gamme de produits d'assurance (IARD et assurance de personnes) et positionnent leurs réseaux commerciaux sur ce marché considéré comme un des rares espaces de croissance restants.

Pour les seules trois dernières années, les fonctions opérationnelles et techniques ont été sollicitées en continu pour s'adapter successivement et selon les cas à la gestion du collectif, de l'ACS et des contrats responsables : projets informatiques importants, recours à des intérimaires, formations intensives...

Les services « de base », tiers-payant et réseaux de soins, peuvent également représenter un coût non négligeable, d'autant plus élevé pour les acteurs ne disposant pas d'une surface de négociation suffisamment importante vis-à-vis des opérateurs de ces plates-formes... et d'autant moins valorisable que ces services se sont généralisés.

La maîtrise des frais généraux est de plus en plus cruciale pour les opérateurs, afin de financer l'effort de développement, supporter les contraintes sur les coûts de gestion (notamment pour l'ACS) et anticiper l'effort à venir sur le niveau de redistribution vers les adhérents, suite logique à l'obligation de publication des taux de frais de gestion. Or les acteurs de la santé sont, pour nombre d'entre eux, contraints par des effectifs souvent importants notamment en gestion, des modèles sociaux relativement favorables aux salariés et disposent souvent de marges de productivité conséquentes. Face à eux, des courtiers gestionnaires plus agiles proposent des coûts de gestion souvent inférieurs et les fragilisent.

LA CONVERGENCE DES CADRES JURIDIQUES ACCENTUE L'UNIFORMISATION DES MODÈLES

Le contexte réglementaire du secteur, très actif, connaît également un phénomène d'uniformisation qui tend à gommer les particularités de certains modèles, notamment mutualistes ou groupes de protection sociale, sur un marché historiquement marqué par les identités fortes de ses acteurs.

Ainsi, l'uniformisation touche les instances de régulation (l'ACPR devenue tutelle commune à toutes les familles d'assureurs) comme les règles prudentielles et les codes (directive Solvabilité II, transposée dans le seul code des assurances), mais aussi la fiscalité ou les modes de gouvernance (règle des « 4 yeux », compétence des administrateurs). Elle découle aussi de l'application du droit européen relatif aux assurances, à la concurrence et l'intermédiation en assurance (IDD), et de la reconnaissance par le conseil constitutionnel du caractère contractuel des dispositifs de protection sociale complémentaire.

La dernière réforme en date, la généralisation du tiers payant, engage peut-être la dernière étape de la transformation du marché. Elle prévoit une application du dispositif de tiers payant pour l'ensemble des assurés sociaux au 1^{er} janvier 2017, avec une application effective et totale au plus tard au 30 novembre 2017, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire.

Cette réforme est vue par certains acteurs de la santé comme l'amorce de la mise en place d'un guichet payeur unique, étape vers l'unification des outils de gestion de la complémentaire santé qui réduira à terme les acteurs à des opérateurs anonymes sans particularisme ni lien avec leurs assurés.

La mise en place du Tiers Payant Généralisé reste encore à préciser, mais une évolution de l'assurance santé analogue à celle de la retraite ne semble alors plus si hypothétique, avec un régime complémentaire devenant universel, arrimé au régime obligatoire, très normé et géré industriellement par des acteurs quasi indifférenciés, associé par ailleurs au développement de sur-complémentaires premium destinées à certaines catégories de consommateurs.

LA PRESSION ÉCONOMIQUE ET LA DISPARITION DES SPÉCIFICITÉS POUSSENT AU RAPPROCHEMENT DES ACTEURS

Le paysage de l'assurance santé se transforme rapidement et profondément, avec la réduction drastique du nombre d'acteurs.

Les effets conjugués des exigences prudentielles, du renversement de marché provoqué par la généralisation de la complémentaire santé et de l'exigence de taille critique toujours plus importante, requise tant en gestion des moyens qu'en distribution, ont déjà nourri la spectaculaire accélération des rapprochements. Ce mouvement est soutenu par le développement d'outils juridiques spécifiques (SGAM, SGAPS, UMG...), qui élargissent les opportunités de collaboration et donnent lieu à des alliances variées.

Les mutuelles du code de la mutualité sont particulièrement concernées : leur nombre a été divisé par plus de 2 en 8 ans. Elles n'étaient plus que 250 entités actives en 2015, contre 483 en 2010⁽¹⁾. Au-delà des alliances et fusions « classiques » entre mutuelles ou groupes de protection sociale, on assiste à des rapprochements inter-familles (mutuelle - IP - assureur) avec les éventuelles incompréhensions réciproques que cela provoque, notamment du point de vue de la gouvernance.

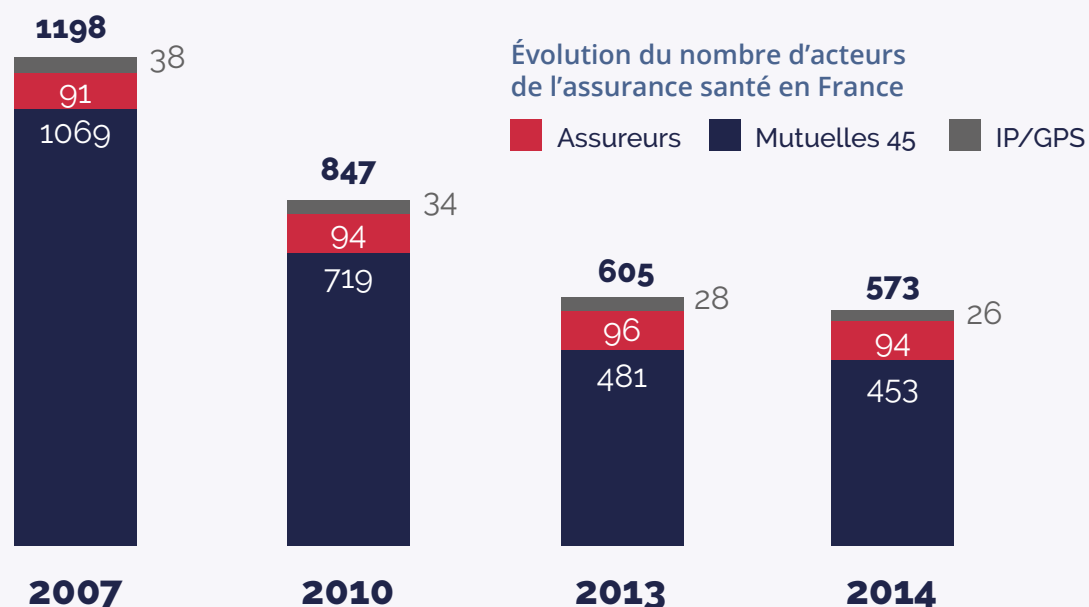
QUELLES SONT ALORS LES OPTIONS POUR LES ACTEURS DU MARCHÉ ?

Deux voies de différenciation, non exclusives, nous semblent se dessiner.

Le développement d'offres de services à forte valeur ajoutée, dans les domaines du conseil, de l'accompagnement, de l'accès aux soins et de la prévention, semble la meilleure alternative face aux modèles économiques contraints de la distribution et gestion d'offres standardisées et normées. L'essor de la santé connectée constitue à ce titre un parfait tremplin pour nourrir l'innovation dans le domaine des services : santé mobile, *quantified self*... servent directement les démarches d'accompagnement et de prévention. Les professionnels des réseaux de soins peuvent représenter des relais précieux dans la collecte ou l'analyse de ces données. Ces services peuvent aussi être inscrits dans le cadre plus large d'offres globales, autour de l'habitation, de la mobilité, des services de bien-être...

L'évolution vers un rôle d'opérateur d'usine de gestion constitue l'autre option. Les acteurs choisissant cette voie devront s'inscrire dans une véritable logique industrielle, disposer de plateformes agiles, économiquement performantes, assurant de bons niveaux de qualité, largement dématérialisées et connectées à l'ensemble des écosystèmes (assurance maladie obligatoire, réseaux de soins...) et s'appuyer sur un modèle social adapté. Ils pourront bénéficier des flux d'activité de gestion déléguée par les acteurs désireux de se recentrer sur les métiers de l'offre et de la distribution ou ne parvenant pas à atteindre les standards économiques exigés.

LA DIMINUTION DU NOMBRE D'ACTEURS SUR LE MARCHÉ DE LA SANTÉ SE POURSUIT



Source : DREES - Juin 2015

Si tous les acteurs ne seront pas en capacité de constituer des groupes importants, innovants en termes d'offres et de distribution, avec un portefeuille diversifié et en maîtrise industrielle, leur capacité à se positionner sur ces métiers nous semble déterminante, dans une logique de *make or buy*, en fonction de leurs atouts et marchés.

La conclusion de partenariats *ad hoc* leur fournira l'opportunité de se doter des solutions les plus performantes dans chacun des domaines.

(1) Source DREES - juin 2015. 453 mutuelles dont 203 totalement substituées au 31/12/2014 et 719 mutuelles dont 236 totalement substituées au 31/12/2010.

LA GÉNÉRALISATION DU TIERS PAYANT : UNE NOUVELLE DONNE DANS LA RELATION DES BANQUES AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



Frédéric
PERRIN
ASSOCIÉ

6 > 7

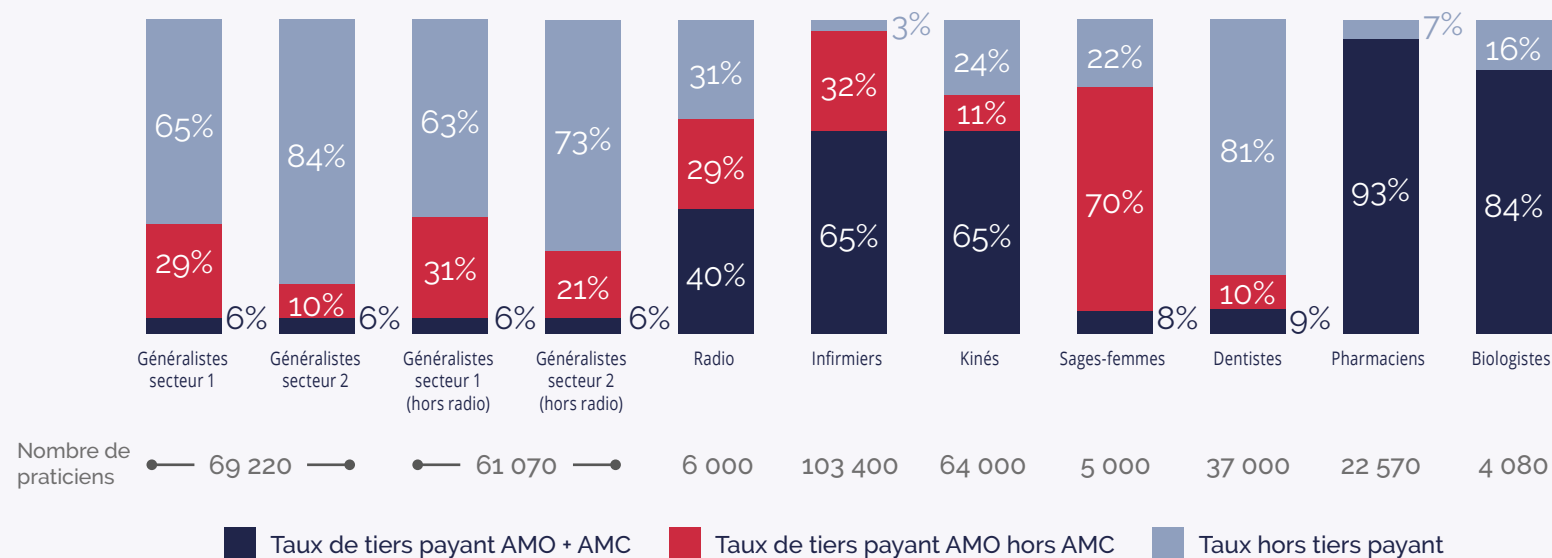


Fabien
GAYNO-AMÉDRO
DIRECTEUR

La censure partielle du conseil constitutionnel n'y changera rien : le tiers payant va progressivement devenir une réalité, tant sur la part Sécurité sociale que sur la part complémentaire. Il faut s'en réjouir dans un contexte où plus d'un quart des patients renonce à des soins faute de pouvoir avancer le montant de la consultation.

Certes les sages de la rue Cambon ont rendu l'application tiers payant optionnelle aux professionnels de santé sur la part complémentaire, mais divers facteurs laissent présager que le tiers payant généralisé devrait s'inscrire dans la durée.

■ TAUX D'ACTES EN TIERS-PAYANT PAR CATÉGORIE DE PS



Source : Rapport conjoint de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé, 17 février 2016.

TROIS ÉLÉMENTS LAISSENT À PENSER QUE LA GÉNÉRALISATION DU TIERS PAYANT NE SERA PAS UN FEU DE PAILLE

Incitation des complémentaires pour favoriser les patients et baisser les coûts de gestion.

Les principales AMC ont mis sur pied une association pour réfléchir à la création d'une plateforme unique de gestion du tiers payant. Montée fin juin 2015, cette association regroupe le Centre Technique des Institutions de Prévoyance, la Fédération Française des Sociétés d'Assurances et la Fédération Nationale de la Mutualité Française, soit les 3 structures faitières des AMC de la place.

Incitation des pouvoirs publics avec la plateforme de flux de remboursement unique.

La CNAM et l'UNOCAM ont publié le rapport technique de gestion du tiers payant. Les bonnes pages du rapport évoquent la mise en place d'un concentrateur de flux afin d'assurer un remboursement rapide et simultané des parts obligatoire et complémentaire.

Acceptation progressive du tiers payant. Le parallèle peut être fait avec l'opposition des médecins au lancement de la carte vitale en 1997, lesquels, forcés de s'informatiser et de se doter d'un lecteur de carte, n'y voyaient que des contraintes et des coûts supplémentaires. Puis, ils ont progressivement infléchi leur position. Si le tiers payant est aujourd'hui largement pratiqué, il l'est cependant d'une façon très hétérogène d'une catégorie de professionnels de santé à l'autre : les taux de prise en charge en tiers payant, qui avoisinent les 100 % chez les pharmaciens ou 80 % chez les kinés, sont ainsi encore relativement faibles chez les médecins généralistes.

FACE À CES MENACES, LES BANQUES PEUVENT TENIR DEUX POSTURES

Une posture attentiste, qui consiste à attendre la généralisation effective du tiers payant pour réagir. Dans l'intervalle, les banques ont tout intérêt à continuer de déployer leurs solutions monétiques pour préserver leur PNB et répondre aux attentes des patients qui souhaitent régler par carte le reste à charge. Avec le service de différé de recouvrement sur TPE, les banques ont la possibilité de faire un investissement qui répond à la promesse faite aux patients de ne plus avancer le montant de la consultation. Lors du paiement de la consultation sur le TPE, le patient est automatiquement débité avec un différé de 30 jours

LA GÉNÉRALISATION DU TIERS PAYANT VA IMPACTER LES BANQUES DANS LEUR RELATION AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

D'une part la généralisation du tiers payant induit à terme la suppression de toute activité d'encaissement de cash, chèque ou paiement carte par le médecin. Les flux de paiement arriveront sur le compte bancaire du médecin par virement, envoyés par l'organisme de tiers payant. Le métier du banquier de gestionnaire des flux va perdre une partie de sa valeur. Il convient d'évaluer les impacts financiers directs pour les banques. Les premières estimations indiquent que les pertes de PNB monétique seront supérieures de plusieurs millions d'euros aux gains sur la réduction de l'usage du cash ou du chèque.

Une analyse de PNB indique qu'un client professionnel dont la banque gère les flux d'encaissement, génère un PNB qui peut être 2 fois supérieur au client professionnel non équipé de solution d'encaissement dans la banque. La gestion des flux fidélise le client professionnel. Avec la perte de cette activité, les banquiers auront moins l'occasion de voir leurs clients médecins. Cette menace est d'autant plus forte que les concentrateurs techniques et les gestionnaires de tiers payant se positionnent déjà sur des services financiers à destination des médecins : offre d'avance de trésorerie, service de rapprochement de remboursement, service de changement de domiciliation bancaire...

au maximum. Il serait dès lors remboursé du montant de la consultation avant que son compte ne soit débité.

Une posture plus ambitieuse, en regardant comment se positionner sur la chaîne de valeur du traitement du tiers payant, comme l'ont déjà fait certains groupes bancaires, à l'image du Crédit Agricole avec sa filiale Santeffi, et en cherchant à développer toujours plus de services à valeur ajoutée dans la gestion des flux pour les professionnels de santé.



INTERVIEW, Norbert Bontemps, Directeur Assurances des Particuliers, Groupama

COMMENT VOYEZ-VOUS L'ÉVOLUTION DE L'ASSURANCE SANTÉ ?

La santé est un secteur complexe pour des raisons à la fois historiques, politiques, économiques, sociologiques voire philosophiques.

Sur le plan de la masse assurable, il s'agit d'un secteur structurellement en croissance compte tenu des tendances démographiques, des progrès de la médecine, et des besoins des consommateurs. Ces évolutions devraient conduire à restreindre le périmètre d'intervention de l'Assurance Maladie, qui a accumulé des déficits difficilement soutenables à terme.

A contrario, l'assurance santé a subi au cours des dernières années un enchaînement de contraintes spectaculaires et de diverses natures : l'ANI qui bouleverse la répartition entre l'individuel et le collectif, les contrats responsables qui formatent les garanties des acteurs, l'appel d'offres sur la population bénéficiant de l'ACS, l'encadrement des modalités de gestion des prestations avec notamment le tiers payant généralisé, Solvabilité 2... Et cette tendance à la structuration des offres par les pouvoirs publics risque de se poursuivre avec les dispositifs en cours de construction sur les plus de 65 ans.

La capacité des assureurs à influencer sur la gestion du risque reste limitée compte tenu du peu d'informations dont ils peuvent disposer dans le cadre actuel. En revanche, les services qu'ils fournissent aux assurés sont fortement utilisés (~ 1 prestation par mois) et *de facto* ils ont un rôle privilégié dans la relation avec les assurés.

Face à ces contraintes qui limitent fortement leur champ d'action, les assureurs doivent renforcer l'efficacité de leurs dispositifs de gestion, ce qui contribue à la concentration du secteur. Les assureurs santé doivent rechercher l'excellence opérationnelle et la satisfaction clients. Et devant la standardisation des offres, il leur faut trouver des services différenciants, leur permettant également de progresser dans la gestion du risque.

LE TIERS PAYANT GÉNÉRALISÉ CONSTITUE-T-IL UNE RÉELLE AVANCÉE ?

Le principe de tiers payant généralisé a été fixé par la loi de modernisation de santé. Les services de tiers payant sont déjà largement développés au niveau des complémentaires santé, dans des schémas d'utilisation industrialisés, globalement appréciés par les assurés et les professionnels de santé qui les pratiquent. L'extension recherchée par la loi, en particulier pour les médecins, doit respecter les fondamentaux des solutions existantes avec une simplicité d'utilisation pour les assurés et les professionnels de santé, et la sécurisation de la garantie de paiement.

Dans ce cadre, les assureurs relevant des 3 familles (AFA, CTIP, FNMF) se sont rapprochés pour travailler ensemble et ont constitué une association inter AMC notamment en charge de construire et piloter la solution de tiers payant des complémentaires. Il s'agit en cible de proposer un dispositif unifié en termes de conventionnement, process de contrôle des droits et garantie de paiement pour les professionnels de

santé, avec une mise en œuvre qui pourra être progressive compte tenu des évolutions technologiques en cours. *In fine* le TPG devrait constituer un pas de plus vers la digitalisation de la relation assuré.

OPEN DATA, SANTÉ CONNECTÉE, DIGITAL : QUELLES OPPORTUNITÉS POUR LES ASSUREURS ?

L'open data n'est pas très open ! Avant la promulgation de la loi, la commission « open data » avait laissé penser à plus d'ouverture aux acteurs privés. Les enjeux de l'accès aux données de santé sont globalement la recherche de l'efficacité et une amélioration de la gestion du risque : accompagnement de certaines pathologies, responsabilisation de l'assuré, parcours de soins, prévention...

Sur ces sujets, le développement du digital peut permettre d'apporter de nouveaux services par exemple à destination de salariés d'entreprises assurés dans nos contrats collectifs santé / prévoyance, ou des services d'accompagnement à destination des seniors.

Au même titre qu'ils sont en train de le développer dans d'autres domaines, comme par exemple en assurance auto, les assureurs sont légitimes pour favoriser la prévention, améliorer les comportements face aux risques et dans le domaine de la santé coordonner et inciter aux meilleurs parcours de soins dans l'intérêt de l'assuré et de la maîtrise des dépenses du système de santé.

Propos recueillis en février 2016



INTERVIEW, Guillaume Oreckin, Directeur Général Adjoint, Pacifica (Crédit Agricole Assurances)

COMMENT VOYEZ-VOUS L'ÉVOLUTION DES ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ ?

La multiplication des réglementations est un double piège pour les assureurs complémentaires. D'une part, cela restreint la capacité que nous avons à proposer des offres répondant à la diversité des besoins des entreprises et des particuliers. D'autre part, ces normes sont toutes différentes et cela crée une complexité qui pèse sur nos coûts de gestion. Les objectifs de santé publique qui sous-tendent ces réformes sont légitimes, mais malheureusement je ne pense pas que l'impact sera significatif dans ces domaines. Le Tiers Payant Généralisé (TPG) est l'illustration parfaite de cette dérive : des intentions louables et au final des développements informatiques complexes pour gérer une avance de trésorerie de quelques jours pour des populations qui ne sont pas démunies puisque non éligibles à la CMUC ou à l'ACS qui incluent déjà un mécanisme de TPG. Tout ceci est un piège car si nos coûts augmentent sous l'effet de la multiplication des normes pour une valeur ajoutée qui n'est pas perçue par les clients, nous nous exposons à la critique.

QUELLES RÉPONSES PEUVENT APPORTER LES ASSUREURS COMPLÉMENTAIRES ?

Pour les assureurs, la première réponse à ces défis se situe au niveau du conseil donné au client. Nous devons être à l'écoute des besoins de nos clients et leur donner un conseil personnalisé en comprenant les éléments clés de la consommation médicale du foyer. Le développement d'outils d'aide à la vente me semble donc une priorité.

Les réseaux de soins sont une deuxième réponse car ils permettent de maîtriser la charge des prestations et surtout de limiter le reste à charge pour les assurés. Je suis convaincu que demain la valeur perçue d'une assurance complémentaire sera davantage dans l'impact de nos réseaux de soins sur le reste à charge que sur les montants remboursés. Aujourd'hui, nous ne communiquons pas assez sur cette valeur ajoutée que nous offrons aux clients. Les réseaux de soins nous ont permis de négocier avec les professionnels de santé des conditions privilégiées pour nos assurés, que ce soit sur la qualité des soins proposés, le niveau de prix ou des services supplémentaires principalement en optique, dentaire, audioprothèses. En optique par exemple, Carte Blanche Partenaires, avec qui nous travaillons, a conçu une gamme de lunettes « zéro reste à charge » qui sera disponible chez tous les opticiens du réseau. Ce dialogue avec les professionnels de santé doit pouvoir s'étendre aux cliniques et hôpitaux ou à d'autres catégories de PS. La loi ne doit pas restreindre le périmètre de ces échanges qui me semblent nécessaires et utiles à la régulation du système.

La troisième réponse réside dans la maîtrise des coûts de gestion. Malgré l'empilement des normes, cela reste une exigence et une responsabilité forte pour l'ensemble des assureurs complémentaires. Le nombre de plates-formes de gestion va continuer à diminuer car les économies d'échelle sont très importantes en santé du fait du haut niveau d'automatisation de la gestion. C'est la raison pour laquelle nous avons historiquement fait le choix d'un partenariat avec Humanis. Encore une fois, je regrette que cette dimension de maîtrise des coûts n'ait pas été suffisamment prise en compte dans les positions prises par l'ensemble des acteurs sur certains dossiers.

SANTÉ CONNECTÉE, E-SANTÉ, OPEN DATA : OPPORTUNITÉS POUR LES ASSUREURS ?

La santé connectée est une formidable opportunité pour les pouvoirs publics et les professionnels de santé afin de mieux suivre les patients dans la durée, comprendre les pathologies, et devrait permettre une meilleure efficacité de notre système de santé.

Pour les assureurs santé, je reste prudent. La loi régit strictement l'accès aux données de santé et nous n'avons pas le droit de sélectionner ou tarifier nos assurés en fonction de leur état de santé. Même quand on se limite aux données dites « de bien-être », les clients sont réticents à l'idée de transmettre des données jugées intimes à un assureur. Finalement, les assureurs sont un peu coincés entre ce qui relève de politiques de santé publique portées par l'Etat et ce qui relève du gadget marketing pas toujours bien perçu. Je pense que les initiatives les plus fructueuses émergeront en santé collective avant l'individuel et les TPE/PME.

L'open data en santé est une source d'innovation pour les assureurs complémentaires. Cela permet d'améliorer nos produits et de proposer des services utiles. Malheureusement, nous craignons que la loi santé restreigne *de facto* l'accès des acteurs privés aux données publiques de santé. En effet, ce texte met beaucoup en avant la notion d'intérêt général, ce qui est louable. Or nous savons d'expérience qu'il est aisé de considérer de façon dogmatique qu'un acteur privé n'agit jamais dans l'intérêt général.

Enfin, peut-être verrons-nous un jour la généralisation du Dossier Médical Partagé, qui aujourd'hui n'est ouvert que pour 400 000 Français. Le DMP pourrait être une formidable source d'information santé et d'aide au pilotage des parcours de soins mais les résistances sur le terrain sont encore nombreuses.

LES RÉSEAUX DE SOINS : DES ACTEURS QUI S'IMPOSENT FACE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ, AU BÉNÉFICE DES ASSUREURS ET DES ASSURÉS



Cédric
MEUNIER
DIRECTEUR

8 > 9

La création des réseaux de professionnels de santé par les assureurs complémentaires remonte au début des années 2000. Ainsi, dès le début des années 90, la MGEN a lancé sa plateforme de santé, bientôt suivie par Actil (2000), Itelis et carte blanche en 2001, Santéclair en 2003 ou plus récemment Sévéane, Kalystia ou encore Istya. La plupart de ces plates-formes ont été créées directement par les assureurs eux-mêmes afin de répondre à une double contrainte : juguler la hausse du coût des contrats tout en maintenant le niveau des garanties. Leurs services s'adressent aussi bien aux assurés individuels qu'aux entreprises, qui demandent désormais aux assureurs de travailler à budget constant, de conserver l'équilibre général du régime tout en garantissant le maintien d'un bon niveau de garanties pour les salariés. Le mouvement s'est accéléré depuis 18 mois, les assureurs complémentaires étant très actifs pour offrir ce type de services à leurs adhérents. Les plates-formes de santé couvrent désormais 43 millions de personnes.

UN OBJECTIF PRINCIPAL, LA MAÎTRISE DES COÛTS

Les réseaux de soins ont pour premier objectif de mutualiser les achats de soins auprès des professionnels de santé pour réduire le reste à charge des assurés. Ils s'imposent donc comme des « centrales » d'achats, intercalées entre assureurs et PS, négociant les tarifs pour certains types de prestations (optique, dentaire...) en s'appuyant sur la masse de bénéficiaires pour obtenir des conditions tarifaires avantageuses. Les plates-formes de santé répondent donc principalement à une logique de maîtrise des coûts pour limiter le reste à charge des assurés. Les plates-formes s'appuient sur plusieurs leviers d'actions pour peser sur les tarifs des soins :

- La massification des achats auprès des PS
- L'orientation des assurés vers les réseaux de soins
- Le contrôle des prestations et des réseaux de soins (analyses techniques, maîtrise du réseau).

Les plates-formes de santé offrent une proposition de valeur à l'ensemble des acteurs de la chaîne de valeur et pas seulement aux assurés :

- Pour les assureurs, le recours à la plateforme permet de fournir à leurs clients une alternative à la hausse des cotisations et d'améliorer la connaissance des dépenses de santé, permettant à terme une meilleure maîtrise du risque.
- L'assuré quant à lui bénéficie d'une diminution de son reste à charge ou d'un meilleur niveau de remboursement, et de la mise à disposition de services complémentaires. Dans cette optique du zéro reste à charge, la plateforme Carte Blanche vient récemment d'innover en lançant sa propre centrale d'achats qui proposera sa propre collection sous marque propriétaire. Objectif : maîtriser à la fois les prix et la qualité des produits.
- Enfin, les professionnels de santé bénéficient d'un apport de chiffre d'affaires supplémentaire, en contrepartie du respect d'un cahier des charges (tarif, qualité de service...).

DEUX MODÈLES ÉCONOMIQUES

Le marché des réseaux de soins voit coexister deux grands types de modèles économiques :

- Un premier modèle, fondé sur une facturation à l'unité (souvent à la personne protégée) et travaillant pour des partenaires autres que leurs actionnaires (Santéclair, Itelis, Carte Blanche)
- Un second modèle qui repose sur le partage des coûts entre les différents partenaires de la plateforme (Kalivia ou Sévéane), et n'ayant pas vocation à servir des partenaires externes.

Néanmoins, les plates-formes de santé sont entrées dans une course à la taille qui les pousse à s'ouvrir à de nouveaux clients ou partenaires au-delà de leur périmètre initial.

L'ensemble des assureurs de la place recourt désormais à ce type de plates-formes, qui constituent la norme sur le marché de la santé et ne sont plus un élément de différenciation.

LES PLATES-FORMES DE SANTÉ COUVRENT AUJOURD'HUI ENVIRON 43 MILLIONS DE PERSONNES

Nom du réseau	Statut	NB de bénéficiaires	Nombre d'adhérents par profession			Autres professions adhérentes	Actionnaires/membres	Clients
			Opticiens	Audioprothésistes	Dentistes			
Actil	Asso. Loi 1901	1,5 M ²	11 000 ²	150 ²	2 100 ²	Implantologie dentaire	Groupe Apicil, Alptis Assurance, Humanis	Mutuelle Intégrance, Mutuelle Médico-chirurgicale, GRM, Vanbreda International
Carte Blanche	SA	6,5 M ¹	9 397	2 487	5 000 8 000 (ob. 2015)	Ostéopathes, diététiciens, pédicures, podologues	Swiss Life, Groupe Henner, Aviva, Generali, Sogecap, Thelem Assurances, Crédit Agricole	Aviva, Crédit Agricole, La Mutuelle du Médecin, Réunica, Swisslife, MNH, Miel Mutuelle
Istya	Dpt MGEN	4 M	2 200	2 900	25 000	Hospitalisation	NA	Istya (MGEN, MGET, MCDéf, MAEE, MGEFI, MCF)
Itelis	SA	6 M	2 200	670	2 860	Chirurgie réfractive	Axa France Vie, Axa Assistance, Union Fraternelle des Régions, Humanis	Axa, Humanis, Klesia, MCCI, Mutuelle Verte, Smatis, Uniprévoyance
Kalivia	SAS	10 M	4 400	1 600	Pour fin 2014	-	Malakoff-Médéric, Harmonie Mutuelle	Adrèa, Apréva, Eovi Mutuelle, Harmonie Mutuelle, Malakoff-Médéric, Mutuelle SG, Soliumut
Santclair	SA	7 M	2 040	550	2 900	Chirurgie réfractive, diététiciens, ostéopathes	MAAF, MMA, Allianz, IPECA, MG Police	Allianz, B2V, Covéa, Intériale, Mutuelle Ipéca, LBP, MAPA, MGAS, MGC, MGP, MGS, MNPAF, MNA,
Sévéane	GIE	6 M	1 975	748	4 700	-	Groupama SA, BTP Prévoyance, Mutuelle Mieux-être	Mutuelle Mieux-être, Audiens, Groupama Gan, IRP auto, Pro BTP
Terciane	GIE	2,5 M	4 500	1 100	-	-	AG2R, Macif	AG2R La Mondiale, BPCE, Macif, Survavenir

(1) 1^{er} janvier 2015. (2) 31.12.2011. (3) 2013 - Source : La Tribune de l'Assurance, l'Argus de l'Assurance

Au-delà de leur principal objectif de maîtrise des coûts, les plates-formes de santé ont deux objectifs complémentaires :

- L'information et l'orientation des clients (outils de géolocalisation, annuaires des PS, mise en place de partenariats avec des opticiens online, applications web...). Le taux de fréquentation des réseaux est en effet un élément clé du pouvoir de négociation vis-à-vis des PS.
- La prévention (services d'information santé, applications web, service de coaching et d'accompagnement, programmes de prévention auprès des employeurs).

Au final, les réseaux et les offres de service des différentes plates-formes sont assez proches et tendent progressivement à converger sous l'effet de la concurrence. Les économies générées par ces réseaux de soins peuvent être très significatives en particulier en dentaire, optique ou audioprothèse : environ 30 % sur l'optique, 15 % sur les prothèses auditives et les couronnes dentaires. On constate des écarts importants entre les différents réseaux, les remises les plus importantes étant souvent obtenues dans les réseaux qui pratiquent un *numerus clausus* par type de PS.

CONCLUSION

Dans un marché qui se transforme, les plates-formes de santé vont devoir faire face à un triple enjeu :

- Engager la consolidation du secteur, dans une activité fortement industrielle et reposant sur un pouvoir de négociation, où la taille critique est désormais évaluée entre 6 et 10 millions de bénéficiaires.

- Conquérir le marché de la collective (entreprises et branches) dans un contexte de marché qui va voir le poids de l'individuel se réduire progressivement.
- Diversifier les activités et les types de soins couverts pour faire face aux évolutions réglementaires qui norment de plus en plus les produits (ex. : contrats responsables) et réduisent l'attrait de la promesse « zéro reste à charge ».



INTERVIEW, Christian Babusiaux, Président de l'Institut des Données de Santé (IDS), Président du Conseil d'Administration du Fonds Français pour l'Alimentation et la Santé (FFAS)

COMMENT VOYEZ-VOUS L'ÉVOLUTION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ?

Nous subissons le déficit permanent de l'Assurance Maladie, 104 milliards d'euros de 2000 à 2014, pendant que dans le même temps la Sécurité sociale allemande était excédentaire de 12 milliards. La solution viendra de la **responsabilité** de tous les acteurs publics et privés. L'Etat ne peut agir seul sur un secteur qui pèse 10 % du PIB et occupe 2 millions d'actifs. Le système de santé est bien trop complexe pour cela.

On constate également un déséquilibre considérable entre les efforts consacrés aux soins et la prévention. On peut constater l'échec de certaines politiques de santé publique. C'est par exemple le cas pour le tabagisme ou l'alcoolisme, la surconsommation d'anxiolytiques et d'antibiotiques, la mortalité pré-natale et post-accouchement, au regard d'autres pays développés comparables au nôtre.

La loi santé avec le tiers payant généralisé ou la dernière loi de financement de la Sécurité sociale ne donnent pas d'inflexion, de rééquilibrage, vers la notion de responsabilité. **Nous devons penser plus loin et plus en profondeur.**

La concentration des mutuelles est un mouvement positif à la fois pour des logiques prudentielles et de maîtrise des risques et pour diminuer les frais de gestion et améliorer l'efficacité. Avec encore plus de 500 OCAM, la concentration peut se poursuivre, qu'il s'agisse de mutuelles, d'institutions de prévoyance ou de

sociétés d'assurances. De même pour la concentration des CPAM, on pourrait aller plus loin, tout en gardant des antennes de proximité dans les quartiers défavorisés, qui en ont le plus grand besoin.

Les plates-formes de soins sont un mouvement extrêmement positif en encadrant les prestations et facilitant la comparaison et la négociation des devis optiques ou dentaires. Il faut développer l'intelligence collective du système et ne pas opposer acteurs publics et privés. En Allemagne, les unions de médecins par Land gèrent directement des enveloppes financières. Il faut instituer des lieux de responsabilités : OCAM, plates-formes de soins, regroupements de médecins...

SELON VOUS, QUE PEUVENT APPORTER LE DIGITAL ET LA SANTÉ CONNECTÉE ?

La digitalisation est une chance pour gagner en maîtrise des coûts et en rationalité. Avec la loi santé, l'Etat et l'Assurance Maladie ont hésité sur une réelle ouverture des bases publiques de données pourtant anonymisées : les procédures d'accès resteront complexes, voire le seront davantage pour beaucoup d'acteurs. Pourtant, la base SNIIRAM donne, pour les 66 millions de Français, 14,5 ans de profondeur historique et constitue un formidable puits de données. À ce jour, 210 études et recherches ont été autorisées par l'Institut des Données de Santé que ce soit pour étudier les effets et contre-effets de médicaments ou

les parcours de soins ou pour approfondir la connaissance de certaines maladies. Il faut faciliter cet accès à la connaissance.

Concernant les assureurs, l'accès aux données de santé permettrait de redéfinir leur système de tarification à partir de données plus riches. L'enjeu est pour eux de rapprocher des données différentes pour mieux connaître leur clientèle et ses besoins. Il y a une vraie stratégie big data et open data santé à construire pour les assureurs, à condition de recourir à un tiers de confiance pour éviter tout risque d'atteinte à la vie privée. Il y a de la place pour concevoir une meilleure intelligence de l'offre des assureurs en l'adaptant mieux aux besoins des assurés. Les assureurs ont également un rôle à jouer dans la prévention notamment en entreprises en s'appuyant sur des programmes d'accompagnement digitaux. Le digital est un instrument fantastique d'intelligence au bénéfice de l'assuré, de l'assureur et de l'assurance maladie dans son ensemble. Par exemple, les grandes pathologies s'installent sur le long terme (cancers, diabète...) : **il y a une valeur du conseil dans la durée afin d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé des Français.** Les dimensions de prévention, bien-être, santé s'interpénètrent. Le Fonds Français pour l'Alimentation et la Santé que je préside est ouvert à développer des programmes comportementaux sur la nutrition par exemple avec des assureurs sur la base d'analyses de données dans une logique de prévention et d'accompagnement.

Propos recueillis en février 2016

LA SANTÉ CONNECTÉE : UNE TRANSFORMATION EN MARCHÉ !



Jean-Louis
DELPÉRIÉ
ASSOCIÉ

10 > 12

Open data en santé, développement des dispositifs santé connectés, essor des pharmacies en lignes, profusion d'applications mobiles santé... La révolution numérique est en passe de transformer le marché de la santé. Et tous les acteurs : Etat, chercheurs, équipes médicales en CHU, laboratoires pharmaceutiques, assureurs, entrepreneurs du web... ont intérêt à développer les services d'e-santé au bénéfice du progrès scientifique et du bien-être des patients mais aussi pour améliorer la proposition de valeur aux « consommateurs » de la santé : patients, assurés sociaux, assurés des complémentaires.



DU DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ AU DÉVELOPPEMENT DU « QUANTIFIED SELF »

Le traitement de la donnée santé peut favoriser les progrès de la science. Le DMP, le « dossier médical partagé » qui devait permettre de mieux centraliser les données de santé d'un patient, a vu l'ouverture d'uniquement 425 000 dossiers dans 4 régions en 12 ans, et s'est heurté aux problématiques d'interconnexions avec les établissements de santé. Dans la même veine, l'Europe a lancé le projet « PALANTE » (pour « Patient Leading and Managing their HealthCare through eHealth »), qui serait un nouveau dossier patient partagé.



Le besoin est là : les usagers de la santé veulent mieux comprendre et maîtriser les données sur leur santé. La filiale de Google « 23 and Me » propose déjà le décryptage de son propre ADN à 99 \$, permettant à tous d'avoir une vision des risques de santé potentiels auxquels notre capital génétique nous soumet.

Le patient est au cœur du système de santé, à lui de choisir s'il ouvre ou non ses données à des tiers.

L'utilisation d'objets connectés (pèse personne, lecteur de glycémie, tensiomètre, compteur de pas...) va permettre de créer de nouvelles données santé et contribuer à avoir une meilleure connaissance des comportements et des risques pour les acteurs publics et privés. **L'apport de nouveaux services à valeur ajoutée que cela soit pour les chercheurs, les laboratoires, les assureurs et les assistants, passera par un traitement « smart » de la donnée de santé qu'elle relève de la sphère du « bien-être » ou du médical.**



Boîtier de médicament connecté Vitality Glowcaps

LE RÉGULATEUR VEUT DÉVELOPPER L'OPEN DATA SANTÉ

La loi de modernisation du système de santé prévoit dans son article 47, la création d'un système national de données de santé (SNDS) et d'un institut national des données de santé (INDS) pour veiller à collecter et partager l'ensemble des données de santé issues des datamarts publics (SNIIRAM, EGB, MCO...).

Ce futur système national de santé est ambitieux car il a pour vocation de rassembler toutes les bases de données sur la santé (données provenant des hôpitaux, de l'assurance maladie, des causes de décès, de la sphère médico-sociale, remboursement des OCAM...) et selon certains observateurs, il mettra de nombreuses années à voir le jour dans son périmètre complet.

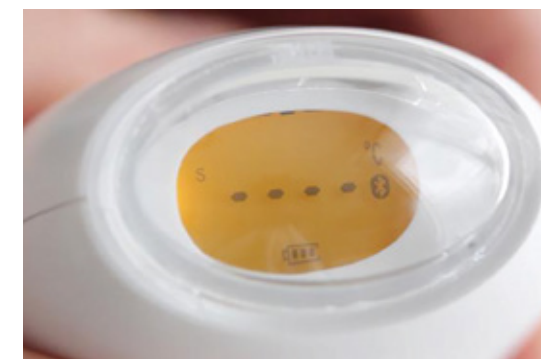
L'INDS aura une gouvernance où toutes les parties prenantes seront représentées : l'Etat, les représentants des malades et usagers de la santé, producteurs et utilisateurs de données de santé, les chercheurs... La CNIL donnera son autorisation pour les traitements de données envisagés.

Des garde-fous ont été mis en place concernant l'accès à ces bases de données : par exemple, sur certaines bases, il n'est pas possible de descendre en dessous d'un groupe de 10 individus ou de croiser certaines données sensibles permettant de retrouver les individus.

Les assureurs peuvent demander à utiliser ces données du moment que la confidentialité est garantie : modèle « privacy by design » où il est possible de placer l'individu dans une cohorte ayant un comportement spécifique mais sans pouvoir remonter au détail individualisé.



Pèse-personne connecté BF 800 de Beurer



Thermomètre connecté de Bewell

I LE DÉVELOPPEMENT FRÉNÉTIQUE DE LA SANTÉ MOBILE

Plus de **100 000** applications de santé sont aujourd'hui disponibles dans les stores (contre 17 000 en 2010).

40% des apps sont médicales | **60%** sont dédiées au bien-être⁽¹⁾.

Seulement **15%** des apps sont à destination des professionnels de la santé.

Les PS en sont également friands pour continuer à coacher et suivre leurs patients à distance. À titre d'exemple, le Groupe Pasteur Mutualité a même lancé une application pour renvoyer vers un Best Of de 800 apps afin d'aider ses assurés à s'orienter dans cet océan d'apps. Autre exemple, « NHS Direct », l'application mobile du National Health Service au Royaume-Uni, a été téléchargée plus d'1 million de fois depuis 2012 et propose de nombreux conseils et gestes à effectuer en fonction des symptômes, ce qui a permis de réduire considérablement le nombre de consultations.

I LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'e-santé pose la question du traitement des données personnelles. Les utilisateurs sont de plus en plus méfiants sur le sort de leurs données de santé une fois collectées.

Et pour cause, 40 % des applications santé payantes n'ont pas de politique de confidentialité et 30 % envoient des données à des tiers sans en informer l'utilisateur⁽²⁾...

L'Union européenne souhaite encadrer les pratiques de la santé mobile, via l'Unité H1 « Santé et Bien-Être » DG Connect, et propose un livre vert pour le développement de l'e-santé. L'UE vise à développer l'interopérabilité de l'e-santé entre les Etats membres (eHealth Network) et soutient la recherche et la R&D sur la santé en ligne via le big data en lançant des appels à projets. L'idée est de veiller à la sécurité des données et des patients mais aussi de développer les usages d'e-santé et de renforcer la coopération internationale et l'accès au marché des entrepreneurs du web.

CONCLUSION

L'e-santé ouvre de nombreuses perspectives et attire les convoitises. La question est posée du positionnement des assureurs dans ce jeu.

Comment doivent réagir les assureurs ? Faut-il orienter les assurés vers des objets connectés ? Les proposer en agence ou sur Internet ? Quelle légitimité ? Faut-il établir des partenariats avec des laboratoires ? Peut-on se positionner en « hub » de services santé à destination des assurés ? Ou vaut-il mieux le faire avec des partenaires comme des start-up ? Comment utiliser le big data sur les données de santé ? Comment construire

L'Union européenne souhaite clarifier la frontière entre les applications « style de vie » et les applications « médicales », développer des certifications et fournir des guidelines pour la création des apps. De son côté, la CNIL réfléchit à la définition d'un label pour inciter les éditeurs d'applications mobiles d'e-santé à mieux informer les utilisateurs sur l'utilisation de leurs données personnelles. Elle organise régulièrement des « sweep days » où des milliers d'applications sont auditées pour vérifier la façon dont sont gérées les données personnelles.

I MODERNISER L'EXPÉRIENCE « ASSURÉ / PATIENT »

Les laboratoires proposent de nouveaux services de gestion des patients à distance. Par exemple, le laboratoire MSD a développé des services de « Remote Patient Monitoring » (closerecare.co.uk) avec des services d'e-santé, de télé-médecine, et de télé-alarmes. Philips développe une plateforme de santé collectant les données clés sur 5 macro-étapes : vie saine, prévention, diagnostic, traitement et soins à domicile. Sanofi a développé Diabeo, un lecteur de glycémie connecté aux professionnels de santé et permettant d'organiser le traitement à distance ou de déclencher des alertes si besoin.

Devant cette profusion d'objets et de services, les assureurs en qualité de tiers de confiance, peuvent avoir un rôle à jouer pour orienter vers des objets connectés, fiables et ayant un sens en termes de bien-être ou d'aide médicale. L'assureur sud-africain Discovery encourage ses assurés à avoir une activité régulière en leur offrant des avantages commerciaux tels que des réductions tarifaires sur des compagnies aériennes, des hôtels, des abonnements presse, sur de la location de voitures, auxquelles le client accède en fonction de son nombre de points Vitality. Sur le marché US, Vitality a développé aussi GlowCaps, une boîte de médicaments connectée, qui permet d'indiquer les posologies et heures de prise d'un médicament pour assurer un meilleur traitement. Aetna, assureur américain, a lancé après plusieurs acquisitions en 2013 CarePass, plateforme web et mobile qui centralise les données de différents objets connectés ou applications de suivi alimentaire tierces de façon à suivre l'ensemble de ses données physiologiques personnelles via une seule application. La plateforme permet également à l'assuré de transmettre facilement ces données au corps médical.

(1) Source : Institut ResearchToGuidance. (2) Source : California Consumer Protection Foundation, Juillet 2013.

des propositions à valeur ajoutée sans se faire retoquer par la CNIL, la Sécurité sociale ou l'ACPR ?

Il convient de faire exister une voie pour l'assureur, sous peine de se faire exclure du jeu, tout en restant dans sa sphère de légitimité. Au-delà des assureurs, la santé connectée et pilotée peut être un formidable moyen pour faire progresser la science et maîtriser les déficits de l'Assurance Maladie.

exton
consulting

STRATEGY &
MANAGEMENT

www.extonconsulting.com
PARIS · CASABLANCA · MILAN