

PROPOSITIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ DES PRINCIPAUX CANDIDATS AUX ÉLECTIONS PRÉSIDENTIELLES



Comprendre l'impact potentiel des élections présidentielles sur l'assurance santé

La santé est devenue un sujet préoccupant pour les français. Selon une étude d'Harris Interactive, 2/3 des français interrogés se montrent pessimistes sur l'avenir du système de santé en France. En effet, plus d'un français sur quatre renonce aux soins pour raisons de financement.

À chaque candidat son angle d'attaque et sa méthode pour l'élection présidentielle. Aussi, pour une lecture comparative des programmes en matière de santé, nous avons souhaité synthétiser ci-après les propositions phares des principaux candidats au travers de 4 grands thèmes communs.

En substance, nous nous sommes focalisés sur les 5 candidats bénéficiant des intentions de vote les plus importantes et représentant un spectre large de l'échiquier politique. Le reste des candidats s'écarte assez largement de ce groupe.

Prévention	2
Dépenses de soins	3
Moyens organisationnels et stratégiques concernant le système de santé.....	4
Déserts médicaux	5
Conclusion	6

01 | PRÉVENTION

La prévention regroupe l'ensemble des actes et des mesures mis en place afin de réduire l'apparition des risques liés aux maladies ou à certains comportements qui s'avèrent néfastes

sur la santé. Elle peut prendre deux formes : un réveil des consciences en matière de comportement et d'environnement ainsi qu'un aménagement de notre parcours de soins.

J.-L. MÉLENCHON	B. HAMON	E. MACRON	F. FILLON	M. LE PEN
<ul style="list-style-type: none"> Prendre des mesures radicales concernant l'utilisation de produits dangereux. Intensifier la prévention dès le plus jeune âge en renforçant la médecine scolaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Prendre des mesures radicales concernant l'utilisation de produits dangereux. Autoriser les médecins à prescrire des séances de sport pour les patients atteints d'une Affection Longue Durée (ALD), en faisant intervenir la Sécurité sociales dans le remboursement. 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenir auprès des jeunes mais également sur le lieu de travail. Il prévoit un service sanitaire de 3 mois des étudiants en santé pour déployer ce dispositif de prévention. 	<ul style="list-style-type: none"> Éduquer les jeunes face aux risques liés aux addictions (alcool, tabac...) ainsi qu'à la transmission d'une hygiène de vie saine (sommeil, nutrition...). Mettre en place le remboursement d'une consultation de prévention tous les 2 ans. 	

Cette partie du programme des candidats est difficile à quantifier. La prévention est une action qui s'inscrit dans la durée. Les effets néfastes des polluants et des produits chimiques sont connus de tous aujourd'hui mais nous n'en connaissons pas toutes les conséquences sur la santé. Le chiffrage des dégâts est complexe, les liens directs ou indirects avec certaines pathologies sont longs à prouver.

Par exemple, le diéthylstilbestrol/distilbène ou DES a été interdit en France après avoir mis en évidence le lien avec des cancers gynécologiques.

Toutefois, depuis quelques années, l'État prend des initiatives pour le développement de l'*open data* qui pourrait contribuer à l'étude des comportements pathogènes et l'efficacité des actions de prévention menées.

En France, un peu plus de 10 millions de personnes souffrent aujourd'hui d'une ALD. La prise en charge des séances de sport par l'Assurance Maladie seule risque d'être coûteuse à court terme. Le sport est un moyen d'améliorer le bien-être des patients et donc à moyen et long terme de réduire d'autres dépenses pour ces personnes. L'intervention de la Sécurité sociale au niveau du financement devrait inciter les malades à y recourir et leur dépense pourrait être diminuée avec l'intervention des complémentaires en renfort à la Sécurité sociale, ainsi la mise en œuvre de contrats types en matière de complémentaires santé devrait permettre de faire baisser les prix.

Renforcer la présence de personnel pour déployer la prévention en s'appuyant sur les étudiants en santé ou sur la médecine scolaire n'aura pas d'impact financier à court terme sur notre système mais permettra de mieux éduquer les populations dès leur plus jeune âge.

La mise en place d'une consultation de prévention tous les deux ans permettrait, si elle est remboursée à 100 % par l'Assurance Maladie, de donner accès aux soins à tous de manière équitable. Cependant cela aurait un coût non négligeable estimé par les professionnels du secteur à 5 milliards d'euros sur le quinquennat.

Les actions de dépistages mises en place aujourd'hui permettent de détecter des pathologies dès leur apparition. Par exemple, dans le cadre du dépistage du cancer du sein, la Sécurité sociale rembourse une mammographie tous les deux pour les femmes âgées de 50 à 74 ans. Ce dépistage régulier permet d'identifier pour les âges les plus risqués au plus tôt un cancer du sein. Les examens, notamment mammographies, et l'interprétation des résultats coûtent en moyenne 100 € à la Sécurité sociale. La mastectomie coûte entre 230 € et 450 € sans tenir compte des dépassements d'honoraires du chirurgien, de l'hospitalisation qui dure entre 3 et 5 jours, des traitements médicamenteux et de chimiothérapie plus ou moins longs ainsi que de la reconstruction dans certains cas. Bien que la Sécurité sociale ne prenne pas à sa charge 100 % de la reconstruction, il est évident qu'il est moins coûteux de dépister plutôt que de traiter.

La prévention est un enjeu majeur qu'il ne faut pas négliger et le coût engagé aujourd'hui permet de réduire à long terme les dépenses de demain. Il faudra être capable de s'associer aux complémentaires pour diffuser le message auprès des populations et au sein des entreprises.



02 | DÉPENSES DE SOINS

L'un des thèmes centraux de cette campagne concernant la santé porte sur l'amélioration des remboursements des soins et des équipements, notamment les plus coûteux. En santé, on distingue différentes catégories de soins :

- les soins médicaux courants comprenant la médecine généraliste et spécialiste et les médicaments ;
- l'hospitalisation médicale comprenant les frais de séjour ;
- le dentaire comprenant les consultations, les prothèses et l'orthodontie ;
- l'optique comprenant montures, verres et lentilles ;
- les autres postes de type prothèses auditives, cures thermales, autres prothèses médicales, actes de prévention...

En France, le prix moyen d'une paire de lunettes à verres unifocaux s'établit en 2015 à 297 €. Pour les lunettes équipées de verres progressifs, le prix moyen se situe à 597 €. Concernant les prothèses auditives, le coût se porte à 1 600 € en moyenne et l'âge moyen d'obtention du premier appareillage est de 72 ans.

Ainsi, les candidats évoquent en priorité l'optique et les prothèses dentaires et auditives, dont les remboursements émanant de la Sécurité sociale sont très faibles, voire inexistant sur certains postes.

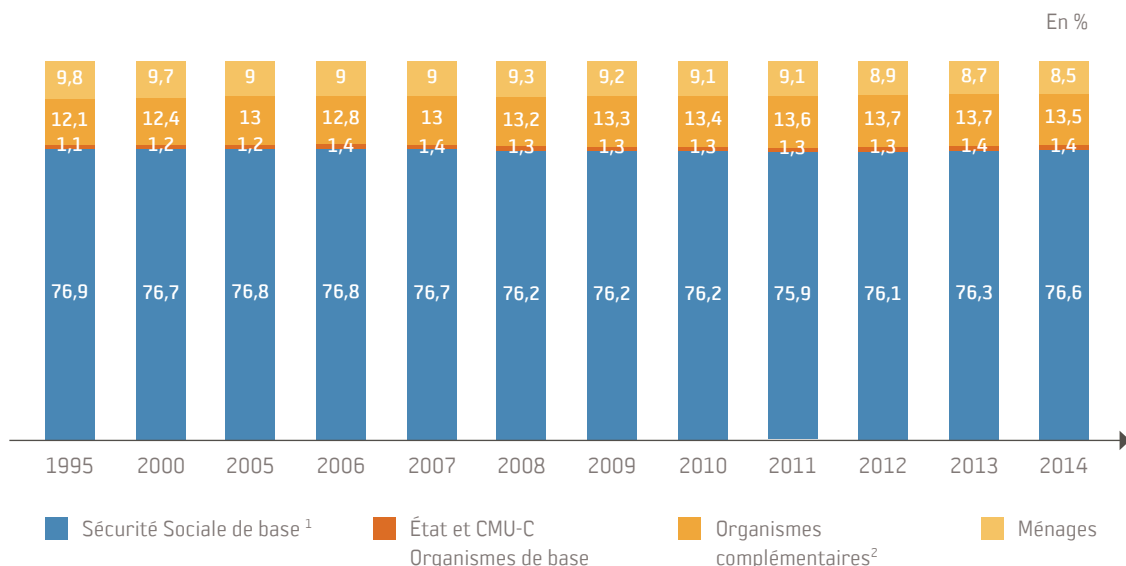
J-L. MÉLENCHON	B. HAMON	E. MACRON	F. FILLON	M. LE PEN
<ul style="list-style-type: none"> ■ Prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaffecter les 4 à 6 millions d'euros qui sont alloués aux entreprises pour financer les complémentaires santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réduction du reste à charge de l'assuré à 0 € à horizon 2022. ■ Mise à contribution des organismes complémentaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réduction du reste à charge de l'assuré à 0 € à horizon 2022. ■ Création d'un nouveau partenariat entre la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Augmentation de la prise en charge par la Sécurité sociale pour atteindre 0 € de reste à charge. Financement via la suppression de l'AME, d'une carte biométrique pour lutter contre la fraude, vente des médicaments à l'unité et développement du générique. ■ Investir dans le numérique, revoir le coût des mutuelles à la baisse en interdisant les publicités car « frais de gestion » = 8 milliards d'euros.

La répartition de la prise en charge du financement de la consommation de soins et de biens médicaux est globalement

stable. Le reste à charge pour les ménages tend à décroître lentement sur la durée.

Comment s'effectue la répartition du remboursement à l'heure actuelle ?

Évolution de la structure du financement de la consommation de soins et de biens médicaux



¹ Y compris déficit des hôpitaux publics.

² Y compris les prestations de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) versées par ces organismes.

En sachant que le rôle donné aujourd'hui aux complémentaires est de mieux rembourser les postes coûteux, les solutions permettant d'atteindre un reste à charge nul sur ces postes à partir des complémentaires prend son sens.

Selon une enquête de l'Observatoire des non-recours aux droits et services - Odenore, un quart des assurés renoncent à se faire soigner en 2016. Près de 40 % des assurés renoncent aux prothèses dentaires. Pour la moitié d'entre eux, c'est le reste à charge trop élevé qui est un frein.

En 2014, la Sécurité sociale finançait un peu moins de 80 % de l'ensemble des dépenses d'Assurances maladie. De fait, en sachant que les 20 % restants sont des postes en général coûteux, l'atteinte d'un remboursement intégral demandera un effort de financement important. De même, les dépassements d'honoraires étant aujourd'hui importants pour les frais dentaires notamment, il faudra assurer un encadrement rigoureux des praticiens pour éviter les abus.

La perte des publicités pour les mutuelles pourrait effectivement introduire des coûts de gestion plus faibles et ainsi réduire les tarifs. En contrepartie, une telle mesure aura un impact sur le chiffre d'affaires des mutuelles puisque les moyens classiques de marketing publicitaire lui seront coupés. Cela aura également pour conséquence une perte de visibilité sur les pratiques concurrentielles, et donc sur le positionnement des mutuelles sur le marché.

Ainsi, bien que les candidats visent un reste à charge nul pour l'assuré sur tout ou partie des postes dans les années à venir, la manière dont ils entendent y parvenir n'est pas toujours clarifiée : quelle est la répartition souhaitée entre l'assurance publique et privée ?

03 MOYENS ORGANISATIONNELS ET STRATÉGIQUES CONCERNANT LE SYSTÈME DE SANTÉ

Tous les candidats font le même constat, notre système a besoin d'évoluer pour sortir du déficit.

J-L. MÉLENCHON	B. HAMON	E. MACRON	F. FILLON	M. LE PEN
<ul style="list-style-type: none"> ■ Suppression de la tarification à l'activité T2A (Tarification À l'Activité). ■ « Rapatrier » les complémentaires. ■ Supprimer le RSI (Régime Social des Indépendants) et faire revenir les indépendants dans le régime général. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Repenser l'hôpital en transformant la T2A/ se détourner de la logique de rentabilité. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plafonner la tarification à l'activité à 50 %. ■ Associer le secteur privé pour désengorger le secteur public et développer de plus en plus l'ambulatoire et l'hospitalisation à domicile. ■ Mettre en place des contrats types qui permettrait une comparaison en toute transparence des différents contrats complémentaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Donner plus d'autonomie au secteur public et mettre l'accent sur sa modernisation ■ Payer davantage les médecins 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La dépendance est une problématique pour le futur et souhaite intégrer ce risque au sein d'une cinquième branche de l'Assurance Maladie. ■ Faire passer le droit à l'oubli de 10 à 5 ans.

Toutes ces mesures ont un impact au niveau des dépenses. La tarification à l'activité permet de cadrer les dépenses en fonction de la durée de séjour et de la pathologie, l'objectif étant d'accroître l'efficacité et d'améliorer la qualité des soins. Bien que ce dispositif - apparu en 2004 - puisse entraîner des dérives de la part du secteur privé en réduisant certaines pathologies considérées comme peu « rentables », les dépenses de l'Assurance Maladie sont encadrées. Toutefois, il a été observé une déconnexion du rapport coûts/tarifs et le système a provoqué des effets pervers largement commentés par les professionnels de santé. La fin de cette tarification entraînerait une nouvelle nomenclature pour fixer les remboursements de base et laisserait donc libre les établissements privés ou publics de faire des dépassements. Ceci entraînerait automatiquement un transfert de la prise en charge vers les complémentaires.

Un des moyens pour garantir la baisse des dépenses de soins et équipements est d'introduire plus de concurrence.

La transparence, qu'elle soit du côté des praticiens ou du côté des complémentaires, doit permettre d'accroître cette concurrence. En faisant le lien avec la volonté des candidats de réduire les dépenses de soins, l'apparition des contrats types aux mutuelles devrait permettre de faire baisser les prix. Comme nous avons pu le voir avec la mise en place du panier de soins, la comparaison sur certains postes est plus aisée. Les assureurs ont su tirer profit du nouveau système en appliquant des stratégies par strate ou par silo. Certains assureurs ont privilégié des prix agressifs sur le panier de soins et ont fait payer un ticket d'entrée plus élevé sur les options (stratégie par silo). D'autres, ont sécurisé le coût du panier de soins en mutualisant les risques entre tous les assurés qu'ils aient pris ou non une option (stratégie par strate). Cependant, la réglementation était spécifique : contrat obligatoire, niveau de garantie minimum et financement employeur à hauteur de 50 % minimum. Il faudra donc penser ce nouveau dispositif de façon à ce que

les assureurs se tournent vers une stratégie de concurrence des prix sans pour autant voir apparaître un grand écart de prix pour un même contrat.

Supprimer le RSI mis en place en 2006 et rapatrier les indépendants dans le régime général entraînerait une hausse de leurs cotisations de l'ordre de 30 %. Pour une partie d'entre eux, leur situation économique ne leur permettrait pas de faire face à cette montée des cotisations.

La dépendance est un sujet présent au sein de presque tous les programmes et pose des questions en termes :

- de financement : Sécurité sociale et/ou complémentaires ;
- d'organisation : quelle réglementation ? Quelle classification ?
- de prise en charge : développement d'établissements spécialisés, aménagement du domicile ?

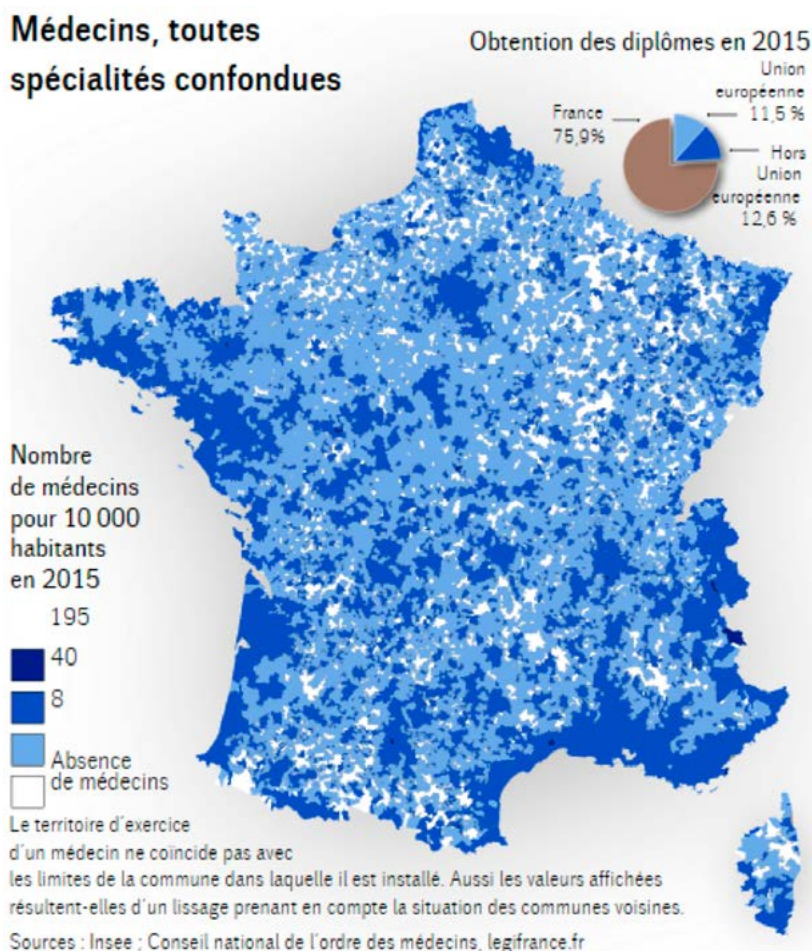
On dénombre 1,2 millions de dépendants en France, dont 40 % sont gérés en établissement. La dépendance est le deuxième marché privé au monde avec 7,3 millions d'assurés. Se pose alors la question de savoir quel mode de gestion serait retenu par l'Assurance Maladie. Comme une ALD, tous les soins liés à la dépendance seraient pris en charge à 100 % ou partagés avec les complémentaires. Une alternative serait que la dépendance soit vue comme une « invalidité » avec des stades différents donnant droit à une rente complémentaire pour financer des équipements ou prendre en charge les frais d'un établissement.

04 | DÉSERTS MÉDICAUX

Une autre mesure largement discutée par les candidats concerne les déserts médicaux. En effet, si l'on compte 48 000 structures de santé en Île-de-France, le Centre-Val de Loire, par exemple, n'en compte que 7 000, et ce malgré une augmentation continue du nombre de médecins.

Avec près de 2,5 millions de Français vivant dans un désert médical, le sujet est loin d'être négligeable et les solutions proposées sont diverses. Il existe pourtant déjà des mesures

incitatives gouvernementales telles que le versement d'une somme forfaitaire de 50 000 € aux médecins s'installant dans les déserts médicaux. Néanmoins, cela ne semble pas améliorer la situation. Ci-dessous une carte du territoire où l'on aperçoit clairement l'insuffisance du nombre de médecins dans certaines zones.



J.-L. MÉLENCHON	B. HAMON	E. MACRON	F. FILLON	M. LE PEN
<ul style="list-style-type: none"> ■ Multiplier les centres de santé. ■ Créer un corps de médecins généralistes fonctionnaires rémunérés pendant leurs études. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accroître les maisons de santé pluridisciplinaires, c'est-à-dire rassemblant des médecins libéraux et dont les tâches administratives seraient gérées par un gestionnaire en support. ■ Retirer le conventionnement* aux médecins s'installant en « zone surdotée ». 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Doubler le nombre de maisons de santé, qui regrouperont médecins généraux et spécialistes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Développer davantage de maisons médicales. ■ Laisser une « plus grande liberté d'organisation » aux professionnels de santé pour créer les structures les plus adaptées. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Développer les maisons de santé en s'appuyant sur les médecins proche de la retraite et en instaurant un stage d'internat dans les zones affectées pour les étudiants.

* Pour rappel, le conventionnement permet au médecin de bénéficier d'un remboursement d'une partie des frais de gestion du cabinet en échange de ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires.

D'après la Fédération française des maisons et pôles de santé, on comptait 929 structures en 2014 et 1 023 en 2015 avec une répartition plutôt homogène sur le territoire. Les maisons de santé ont pour objectif d'attirer les médecins en zones fragiles d'offre de soins.

L'âge moyen des médecins en France se situe dans une fourchette allant de 49 à 55 ans selon le département. La population étant vieillissante, le remplacement n'est pas aisé, surtout dans les zones reculées. Il faut donc des idées concrètes pour faciliter la passation intergénérationnelle.

Retirer le conventionnement n'entrave pas la liberté d'installation du médecin : il pourra ainsi exercer, mais sera probablement amené à procéder à des dépassements

d'honoraires pour assumer ses frais de gestion. Les médecins proches de la retraite, dont les frais de gestion sont déjà amortis, seraient logiquement peu ou pas impactés.

La multiplication des centres de santé induit évidemment un coût à court terme mais il pourrait être compensé par le désengorgement des hôpitaux à plus long terme. En effet, on observe un nombre important de consultations non justifiées aux urgences du fait de la gratuité et de la facilité d'accès. Cet effet pourrait ainsi être résorbé par l'apparition des centres de soins.

05 | CONCLUSION

Les candidats sont force de propositions concernant les questions de santé. Tous souhaitent une profonde modification du système en termes de prise en charge des soins, d'organisation et de financement. Ainsi, quel que soient

les résultats du 7 mai 2017, les assureurs peuvent s'attendre à des travaux conséquents et devront s'adapter aux nouvelles réglementations à venir, dans la mesure où tout ou partie des mesures envisagées seraient effectivement mises en œuvre.

La Practice Optimind Winter

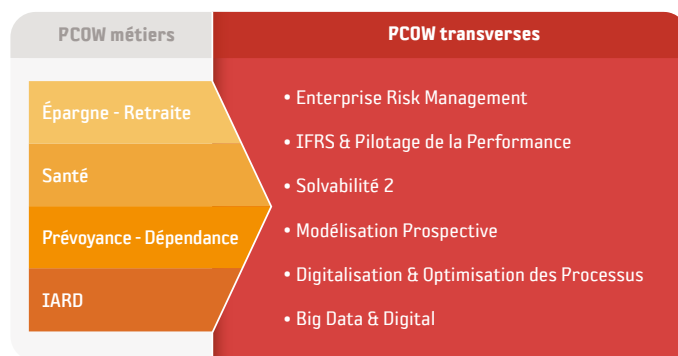
Structurée pour une couverture matricielle des besoins en expertises liés à nos interventions, notre Practice est construite autour de 10 Pôles de Compétence Optimind Winter, mêlant :

- expertises et savoir-faire produits et systèmes d'information sur les problématiques métiers/produits ;
- aptitudes transverses nécessaires à l'exercice de notre activité de conseil couvrant l'ensemble de la chaîne de gestion des risques.

Composés chacun de 10 à 15 managers et consultants de séniorités diverses, ces Pôles :

- assurent la veille réglementaire, le suivi de la presse spécialisée et identifient les sujets émergents ;
- étudient l'impact des réformes sur les processus de gestion des risques et l'offre produits ;
- participent à nos efforts de R&D et d'innovation et aux projets internes Optimind Winter ;
- contribuent à la valeur ajoutée apportée par nos consultants au cours de leurs interventions en leur permettant de disposer d'un support expert et d'un accompagnement méthodologique ;
- contribuent à la préparation de nos communications, événements et formations.

Chaque PCOW est encadré par un Practice Leader qui est le garant des travaux réalisés par son Pôle et le porte-parole d'Optimind Winter sur son domaine d'expertise. Accompagné ou non d'un animateur, le Practice Leader encadre les membres de son PCOW et dispose d'une latitude importante quant à l'organisation de leurs travaux.



Leader de l'actuariat conseil et de la gestion des risques en France, Optimind Winter constitue l'interlocuteur de référence pour les organismes assureurs, banques et grandes entreprises qui souhaitent un partenaire métier de haut niveau les accompagnant dans leurs projets stratégiques.

Expertise, méthode, intégrité, engagement, pragmatisme, innovation, anticipation et disponibilité sont les valeurs clefs qui animent nos 180 collaborateurs, consultants experts pour la plupart, dont plus de 70 actuaires diplômés membres de l'Institut des Actuaires. Nos clients bénéficient ainsi des plus hautes expertises en gestion du risque associées à la qualité d'une signature de référence d'un des leaders européens en gestion des risques. Notre indépendance, garantie par un capital détenu uniquement par nos salariés et dirigeants, offre à nos clients la perspective d'une collaboration pérenne et engagée.

Optimind Winter vous apporte son expertise sur les métiers suivants :



Actuariat Conseil



Protection Sociale



Risk Management



Finance & Performance



Business Transformation



Financial Structuring

optimind winter.::

manage risk build your future

Pour plus d'informations, rendez-vous sur notre site www.optimindwinter.com

NOS MARQUES DÉDIÉES



Libérez le potentiel de vos données et entrez en toute conformité dans l'ère digitale



Agence de conseil en communication sociale au service des entreprises

Vos contacts /

Éric Gaubert, directeur du développement / eric.gaubert@optimindwinter.com

Marine de Pallières, responsable de la communication / marine.depallieres@optimindwinter.com

T / +33 1 48 01 91 66



RETROUVEZ L'ENSEMBLE DE NOS ÉVÈNEMENTS

