

APPORT DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES ET DES COURTIERS AU SYSTEME DE SANTE – PROPOSITIONS

2022

Introduction	3
1 - Améliorer l'accès aux soins	4
1.1 Améliorer l'accès aux soins des populations mal couvertes et / ou qui font face à des restes à charge importants.....	4
1.1.1 Favoriser l'acquisition d'une couverture pour les populations fragiles.....	4
1.1.2 Assouplir les normes du « contrat responsable »	4
1.1.3 Participer à l'amélioration de l'accès aux soins dans les déserts médicaux.....	5
1.2 Améliorer l'accès à des soins de qualité et personnalisés	5
1.2.1 Faire du dispositif ROC (automatisation des flux de remboursement entre les hopitaux et les acteurs du secteur) un laboratoire d'expérimentation pour mettre en place des services personnalisés	5
1.2.2 Résorber les inégalités d'accès à des soins de qualité dans les territoires grâce à une approche par pathologie	6
2 - Maîtriser les coûts du système	7
2.1 Les acteurs du secteur se doivent de maintenir leur budget à l'équilibre - cet impératif les pousse à maintenir la dynamique de maîtrise des coûts de distribution et de gestion tout en assurant des services de qualité	8
2.1.1 Capitaliser sur les efforts déjà consentis et améliorer certaines pratiques pour diminuer les frais de gestion et de distribution	8
2.2 Faire évoluer le champ d'action et normer les pratiques des acteurs du secteur	9
2.2.1 Enrichir la relation avec les soignants	9
2.2.2 Structurer et créer des normes professionnelles encadrées par la profession	10
3 - Améliorer la qualité des soins et la prévention	11
3.1 Une nécessité d'améliorer la prise en charge et le dépistage de certaines pathologies....	11
3.2 Une légitimité des acteurs du secteur à jouer un rôle de partenaires privilégiés des acteurs publics	11
3.3 Propositions pour renforcer le rôle des acteurs du secteur dans la prévention et l'amélioration de la qualité des soins	12
Conclusion	13

Introduction

Le Cercle de réflexion des courtiers français (CRCF) est composé d'entreprises françaises du courtage en assurance ayant décidé de se réunir pour réfléchir aux enjeux de leur métier. Son objectif est de promouvoir une vision qualitative portée par des acteurs actifs installés dans les territoires, insérés dans le tissu économique local et proches de leurs clients.

Le pôle Assurance Santé du Cercle de Réflexion des Courtiers Français est composé de cinq courtiers français : April, Bessé, Henner, DIOT-SIACI et Verlingue.

La présente note est la suite de la publication du CRCF sur l'apport des acteurs du secteur sur le système de santé.

En effet, à la suite des récentes réflexions des pouvoirs publics¹ sur l'articulation entre le régime obligatoire et les organismes complémentaires, les courtiers se sont engagés dans une démarche de dialogue pour participer à l'amélioration du système de santé.

La première note a démontré et objectivé l'apport des acteurs du secteur en répondant aux trois questions suivantes :

1. En quoi les acteurs du secteur participent-ils à l'accès aux soins ?
2. En quoi les acteurs du secteur contribuent-ils à la maîtrise des dépenses de santé ?
3. En quoi les acteurs du secteur permettent-ils de mieux anticiper et de mieux soigner ?

Cette deuxième note marque la volonté du CRCF d'instaurer une nouvelle dynamique de partenariat avec les pouvoirs publics. Elle a pour but d'exprimer, au nom du CRCF, des propositions communes d'évolution du système de santé français. Ces évolutions s'articulent autour de trois objectifs :

- 1 Améliorer l'accès aux soins
- 2 Maîtriser les frais de distribution et de gestion
- 3 Améliorer la qualité des soins et la prévention

Pour atteindre ces trois objectifs, les propositions du CRCF mettent en avant :

- **L'inclusivité**, à travers la promotion de l'accès à la couverture complémentaire et la facilitation de son usage, en mettant par exemple en place des dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire pour les populations les plus fragiles
- **La complémentarité constructive des organismes complémentaires et de l'Assurance Maladie obligatoire** à travers une santé publique efficiente et optimisée, notamment en élargissant le champ d'action des réseaux de soins et en normalisant les pratiques des acteurs du secteur pour maîtriser les frais de gestion et de distribution
- **L'innovation et la modernisation** au profit des assurés et des patients, notamment dans le domaine de la prévention, en capitalisant sur la présence dans les territoires et en entreprise pour réaliser des actions de prévention efficaces et ciblées

Par souci de simplification, cette note regroupera sous les termes « acteurs du secteur » les organismes pratiquant une activité de complémentaire santé (assureurs, mutuelles, institutions de prévoyance), les courtiers, les réseaux de soins, ainsi que les gestionnaires santé.

1. Améliorer l'accès aux soins

1.1 Améliorer l'accès aux soins des populations mal couvertes et / ou qui font face à des restes à charge importants

1.1.1. Favoriser l'acquisition d'une couverture pour les populations fragiles

Plus de 95% de Français sont couverts par une complémentaire santé, mais ce chiffre ne reflète pas les disparités d'efforts consentis pour se couvrir. L'accès à une complémentaire santé reste en effet difficile pour les populations telles que les travailleurs précaires, les seniors aux revenus modestes ou les jeunes.

Faciliter la couverture des travailleurs précaires, par l'extension de l'obligation de couverture aux CDD et salariés à temps partiel, et la protection en cas de faillite

Concernant les travailleurs précaires, le CRCF propose de mettre en place des mesures permettant de mieux les intégrer dans les contrats collectifs. En cohérence avec les orientations du HCAAM, il s'agirait d'élargir l'obligation pour les employeurs de proposer une complémentaire santé collective aux salariés en temps partiel et en CDD. L'employeur financerait par ailleurs 100% de la cotisation du salarié si celle-ci représente plus de 10% de sa rémunération brute. Le CRCF suggère également de mettre en place la portabilité des droits de l'assuré en cas de faillite de l'entreprise, mesure d'autant plus importante dans un contexte post covid-19.

Aider les jeunes et les retraités aux revenus modestes à financer leur couverture complémentaire via un « Chèque Santé »

Les jeunes et les seniors aux revenus modestes renoncent à certains soins en raison de l'effort financier trop important que représente la souscription d'un contrat complémentaire. Par exemple, le taux d'effort des ménages de retraités les plus pauvres est de 11% aujourd'hui contre 3% pour les ménages dont la personne la plus âgée a entre 25 et 45 ans. Le CRCF suggère donc de mettre en place un dispositif de « chèque santé » financé par l'Etat pour favoriser l'accès à une complémentaire santé de ces populations fragiles. Ce chèque serait financé par la part de la TSA non dédiée au financement de la CSS.

Ces différentes propositions pour faciliter l'accès aux soins de l'ensemble de la population s'inscrivent dans une logique contraire à l'hypothèse d'une « grande sécu » qui aurait, indiscutablement, pour effet de mettre en place une médecine à deux vitesses. En effet, l'éventualité d'une « grande sécu » au champ d'action très sensiblement élargi provoquerait un accès différencié aux soins selon les populations. Les populations les plus aisées pourraient se tourner vers la médecine privée et être prises en charge plus rapidement, à l'inverse des populations les plus précaires qui seraient obligées de se tourner vers les soins entièrement couverts par l'assurance maladie avec moins de choix du praticien et des délais d'attente plus longs. L'exemple britannique ne plaide pas en faveur de cette idée de réforme.

1.1.2. Assouplir les normes du « contrat responsable »

Prendre en compte les différences de besoins dans la définition des minimums de prise en charge

Les récentes réformes ont engendré une homogénéisation des couvertures, au détriment de la prise en compte des différences de besoins entre les populations et de la nécessité d'offres

adaptées. Pour remédier à cela, le CRCF propose d'alléger les contraintes du « contrat responsable » tant pour ce qui est des minima que des maxima de couverture.

Cela permettrait de différencier les socles de garanties en fonction des besoins des populations concernées et de renforcer la concurrence entre les acteurs du secteur, de différencier les offres et de stimuler l'innovation pour une meilleure satisfaction des patients.

Concernant les séniors, le caractère hétérogène de cette population (en termes de revenus, de composition familiale, de cadre de vie, d'âge et d'état de santé) plaide pour la mise en place d'offres segmentées et évolutives, seules à même de couvrir leurs besoins. Le CRCF soumet ainsi l'idée d'offrir aux acteurs du secteur une plus grande marge de manœuvre, en s'appuyant notamment sur des mécanismes assurantiels tels que l'âge à l'adhésion ou l'évolutivité des couvertures.

Ajoutons que cet assouplissement du contrat responsable devrait également permettre de minorer les restes à charge sur les actes de chirurgie pour lesquels les plafonnements des remboursements n'ont eu que peu d'effets sur les tarifs pratiqués, et ce pour l'ensemble de la population.

1.1.3. Participer à l'amélioration de l'accès aux soins dans les déserts médicaux

Participer aux cotés des pouvoirs publics à la lutte contre les déserts médicaux.

La désertification médicale est essentiellement liée au numerus clausus appliqué, depuis des décennies, dans la formation des médecins.

Les pouvoirs publics via notamment le pacte territoire santé de 2012 et la hausse des effectifs des étudiants en médecine en 2021, ont pris des initiatives pour corriger cette désertification médicale. Conscients que ces mesures ne peuvent avoir d'effets que sur le long terme, le CRCF souhaite confirmer le rôle majeur des acteurs du secteur dans la lutte contre « l'abandon médical » en amplifiant les différentes initiatives qu'ils ont prises, telles que les réseaux de soins, la téléconsultation, ou la prise en charge des deuxièmes avis médicaux.

1.2 Améliorer l'accès à des soins de qualité et personnalisés

1.2.1. Faire du dispositif ROC (automatisation des flux de remboursement entre les hopitaux et les acteurs du secteur) un laboratoire d'expérimentation pour mettre en place des services personnalisés

Capitaliser sur l'implication des acteurs du secteur dans ROC pour expérimenter la mise à disposition de services personnalisés pour les patients hospitalisés.

En raison du rôle clé des acteurs du secteur dans le dispositif ROC, le CRCF propose de mettre à profit la nouvelle fluidité de ce partage d'information pour améliorer la prise en charge des patients hospitalisés. L'idée serait d'expérimenter de nouveaux services personnalisés autour de l'hospitalisation, pour améliorer les parcours, sécuriser les patients et contribuer à la baisse du nombre de ré-hospitalisations.

Grâce au dispositif ROC, il sera en effet possible de proposer des services à l'assuré au moment le plus opportun (préadmission, admission, séjour et sortie) comme la transmission d'informations avant l'admission, des services à domicile au moment de la sortie tels que des courses livrées juste à temps, ou des rappels pour prendre rendez-vous pour des consultations de suivi si nécessaire.

Bien exploitées, les données collectées durant le parcours de soin de l'assuré permettront également d'améliorer l'analyse prédictive des acteurs du secteur pour des services toujours plus pertinents. Ces dispositifs, conçus sous forme d'expérimentations, pourraient faire l'objet d'une évaluation au bout de 3 à 5 ans, en vue de leur généralisation et d'une refondation des conditions de prise en charge à l'hôpital.

1.2.2. Résorber les inégalités d'accès à des soins de qualité dans les territoires grâce à une approche par pathologie

Généraliser à l'ensemble de la population l'accès aux initiatives de proximité et de prévention déjà mises en place par les acteurs du secteur.

Les courtiers et organismes complémentaires ont déjà mis en place des initiatives de prévention, souvent fondées sur des approches locales ou ciblées sur certaines pathologies. On peut par exemple citer l'action de la MGEN sur les risques cardiovasculaires, via Vivoptim, ou les programmes développés par S2H pour le dépistage de certains cancers, etc...

Le CRCF propose de systématiser cette action des acteurs du secteur, que ce soit dans une logique d'expérimentation lorsqu'il s'agit de technologies innovantes, ou dans une logique de proximité, lorsque les programmes nécessitent une adaptation aux conditions de terrain. Une réaffirmation par les pouvoirs publics de la nécessité de leur rôle, ainsi qu'un assouplissement des règles d'exploitation des données personnelles du patient permettraient une plus grande systématisation et scalabilité de ces initiatives.

2. Maîtriser les coûts du système

Les frais de gestion et de distribution des acteurs du secteur : des dépenses incontournables et maîtrisées pour des services indispensables aux assurés

Impossible comparaison entre les frais de gestion des acteurs du secteur et ceux de l'assurance maladie

Le périmètre du calcul des frais de gestion est différent entre l'AMO et les acteurs du secteur. En effet, l'assurance maladie obligatoire ne comptabilise dans ses frais de gestion ni les frais de recouvrement des cotisations (gérés par l'Urssaf) ni la dette qu'elle génère chaque année (70 milliards sur les exercices 2020 et 2021, et une prévision de 30,5 milliards pour 2022 sur la seule branche maladie) et la charge de cette dette (1,64 milliard d'euros en 2020¹ pour l'ensemble de la dette de la sécurité sociale). Par ailleurs, ne sont pas inclus dans ses frais le coût des actions de prévention ou de son action sociale.

Pour les complémentaires, au contraire, toutes leurs activités, commerciales, de gestion, la prévention, l'action sociale, l'innovation, sont comptabilisées dans leurs frais de gestion. Il n'y a donc rien de comparable entre les frais de l'une, et ceux des autres.

Ajoutons que de nombreuses dépenses des complémentaires sont liées directement à la réglementation galopante qui les oblige à modifier sans cesse les fonctionnalités de leurs SI, à renégocier les contrats et à expliquer les réformes successives, sans compter la part élevée d'actes pris en charge par les complémentaires qui ne peuvent être gérés automatiquement.

Les acteurs du secteur ne sont pas non plus soumis à la même réglementation que l'assurance maladie (Solvabilité, protection des données, DDA) et cela a un impact non négligeable sur leurs coûts de gestion et sur le maintien de leurs dispositifs de conformité (procédures, formations, informations ...).

Enfin, il est nécessaire de considérer la part importante d'actes gérés manuellement par les OCAM et les coûts que cela induit. L'hypothèse d'une « grande sécu » et la prise en charge de ces actes par l'AMO auraient mécaniquement un impact sur ses frais.

Des frais de gestion et de distribution permettant d'assurer un service performant

Il est intéressant de noter que les restes à charge des ménages diminuent avec l'augmentation des dépenses en gouvernance et d'administration des systèmes de santé, démontrant ainsi que tous les frais de gestion ne sont pas systématiquement contraires à l'intérêt des assurés. Si les coûts de gestion totaux s'élèvent en France à 6%² des dépenses de soins, un des plus hauts niveaux dans les pays de l'OCDE, le reste-à-charge est quant à lui le plus bas en pourcentage des dépenses totales de santé (6,9 %, contre près de 20% en moyenne dans la zone OCDE²).

Il est important de rappeler que les frais de gestion des complémentaires sont les charges qui leur permettent d'assurer leur fonctionnement, d'innover, de financer la prévention, de développer leurs activités et de proposer à leurs clients des services répondant à leurs besoins. S'il est juste d'affirmer que la concurrence entraîne des frais supplémentaires comme les frais d'acquisition ou d'innovation, il est nécessaire de faire la balance entre le coût de cette concurrence et ses avantages. Ainsi, ces coûts se traduisent concrètement sur les offres proposées aux entreprises et aux assurés par :

- L'adaptation des produits aux besoins réels des assurés : diversification des offres selon les profils d'assurés par la proposition d'offres en matière de soins, de services ou de tarifs.
- L'élargissement des risques couverts : prise en charge de postes de soins non ou mal couverts par l'assurance maladie comme les médecines douces, l'implantologie, ou la chirurgie réfractive.
- La proposition de parcours de soins adaptés et la promotion de l'innovation via des partenariats avec des start-ups : mise en œuvre de la télémédecine et plus généralement des plateformes de e-santé (Deuxième avis, Médecin direct, cabine de téléconsultation H4D), création de nombreux fonds d'investissement tournés vers l'innovation en santé (Mutuelle impact par la mutualité française, ALM Innovation par AG2R La Mondiale etc.)

¹ Cades

² « Comment sécuriser et améliorer notre système de santé », Institut Sapiens, Octobre 2020

Enfin, l'étroite collaboration entre les entreprises françaises et les acteurs du secteur a aussi un effet vertueux sur la responsabilisation de ces entreprises et la maîtrise des coûts de la santé. En effet, les acteurs jouent un rôle de sensibilisation des entreprises sur les prestations prises en charge et communiquent sur les services et la prévention associée, ce qui participe à une bonne gestion du risque. L'hypothèse d'une « grande sécu » empêcherait les acteurs du secteur de réaliser ce travail de pédagogie auprès des entreprises et des salariés, celui-ci étant pourtant favorable à la maîtrise des dépenses de santé. Miser sur les entreprises pour relayer certains messages de santé est par ailleurs particulièrement judicieux : citons par exemple les programmes de soutien à l'arrêt du tabac qui rencontrent des résultats très positifs en entreprises, mais qui ont moins de résonance lorsqu'ils sont portés uniquement par l'assurance maladie du fait de son image plus institutionnelle et donc plus éloignée du salarié.

L'exigence de viabilité financière des acteurs du secteur, un impératif vertueux pour garantir la maîtrise des dépenses de santé

Les acteurs du secteur se doivent de maintenir leur budget à l'équilibre. Cet impératif les pousse à maîtriser leurs dépenses et leurs frais. Cela se manifeste par des initiatives concrètes comme la constitution de réseaux de soins ou la mise en place d'actions de prévention pour ce qui est des dépenses, et à une baisse permanente des coûts pour ce qui est des frais (cf assurances collectives par exemple)

2.1 Les acteurs du secteur se doivent de maintenir leur budget à l'équilibre - cet impératif les pousse à maintenir la dynamique de maîtrise des coûts de distribution et de gestion tout en assurant des services de qualité

2.1.1 Capitaliser sur les efforts déjà consentis et améliorer certaines pratiques pour diminuer les frais de gestion et de distribution

Capitaliser sur les efforts considérables réalisés par les acteurs du secteur pour baisser les frais de distribution et de gestion

Les frais de gestion des complémentaires sont les charges qui leur permettent d'assurer leur fonctionnement, d'innover, de développer leur activité et de proposer à leurs clients des services répondant à leurs besoins. Ils permettent notamment d'assumer la complexité des contrats et les évolutions réglementaires permanentes nécessitant des ajustements des offres et des processus.

Ces frais supportent également de nombreux projets dont l'objectif est de maîtriser les frais de gestion et de distribution, par automatisation grandissante des flux, par exemple, et d'augmenter le service rendu aux assurés (digitalisation complète de la relation de gestion avec l'assuré s'il le souhaite...). Il est d'ailleurs intéressant de noter que nombre de ces initiatives ont été lancées par les courtiers.

Pour les frais de gestion, les courtiers et notamment les courtiers gestionnaires ont investi dans des projets de refonte des systèmes d'information pour automatiser les processus de gestion. Plus spécifiquement, en assurance collective, l'automatisation des échanges entre les complémentaires et les entreprises sur la base des flux DSN a suivi, et amplifié l'automatisation des processus de mise en gestion, d'affiliation des salariés et d'appel des cotisations. Cette évolution est largement saluée par les entreprises : en 2019, 81% des entreprises se déclaraient

satisfaites de la DSN¹. Cette transition s'accompagne d'une transformation du métier du gestionnaire. En effet, l'automatisation de la plupart des actes de gestion a permis aux courtiers d'orienter le rôle du gestionnaire vers des actions à forte valeur ajoutée pour les assurés et les entreprises (assistance téléphonique, accompagnement des entreprises sur les bilans de santé, outils digitaux ...).

Pour les frais de distribution, les courtiers ont lancé un processus de digitalisation de l'acte de vente et de la relation client, malgré un marché relativement peu digitalisé. C'est notamment le cas pour l'assurance individuelle où les acteurs ont largement investi dans la proposition de leurs produits en ligne, tout en restant vigilants au nécessaire accompagnement de l'acte de souscription, du fait de la complexité perçue des produits (outils de souscription en ligne, comparateurs, plates-formes de courtage, etc.).

Améliorer certaines pratiques pour répondre aux attentes de diminution des frais de gestion et de distribution.

Ce processus de fond et d'amélioration continue peut être accéléré par la mise en place de quelques mesures additionnelles.

Le CRCF est prêt à s'engager pour abandonner le recours aux précomptes avancés, un schéma de rémunération contestable, dans la mesure où il est intrinsèquement porteur de conflits d'intérêts et susceptible de constituer une entrave au devoir de conseil.

Le CRCF veut aussi continuer à optimiser les échanges entre courtiers et assureurs afin d'éviter la redondance de certaines actions. De nouveaux processus d'automatisation à l'instar des flux PRDG et DAC qui contribuent à la normalisation des échanges entre les porteurs de risque et les délégataires de gestion sont développés en permanence.

2.2 Faire évoluer le champ d'action et normer les pratiques des acteurs du secteur

2.2.1 Enrichir la relation avec les soignants

Etendre l'alliance avec les soignants pour sécuriser leurs revenus et agir en faveur de la qualité des soins

L'hypothèse d'une « grande sécu » aurait un effet catastrophique sur les revenus des soignants et accentuerait donc les tensions actuelles sur les ressources, notamment dans certains territoires et domaines sous-dotés.

A l'inverse, le CRCF propose d'enrichir l'alliance avec les soignants via des logiques de financement des parcours dans l'objectif d'offrir des soins de qualité aux assurés. Ce partenariat pourrait également intégrer des mécanismes d'incitation d'installation des professionnels de santé dans les régions sous-dotées.

¹ Enquête menée par le GIP-MDS

2.2.2 Structurer et créer des normes professionnelles encadrées par la profession

Créer des normes professionnelles pour garantir une meilleure lisibilité des offres et des pratiques des acteurs du secteur

Pour normer les pratiques des acteurs du secteur au profit de la satisfaction des assurés, le CRCF propose d'instaurer des normes professionnelles. Elles porteraient sur des critères qualitatifs et évolutifs autour de :

- La relation client tout au long du parcours de l'assuré (aide au choix optimal de couverture, diagnostic annuel des besoins santé, analyse de la consommation, prévention adaptée)
- Si les offres complémentaires pouvaient tenir en quelques lignes, il y a 20 ans, et étaient donc facilement compréhensibles, la profusion réglementaire que nous avons connue fait qu'une présentation fluide des garanties ne peut être, malheureusement, ni simple, ni facilement lisible.
Afin d'aider à la résolution de ce problème, le CRCF propose que la traduction en reste à charge soit généralisée afin de permettre une meilleure compréhension des offres, et leur comparaison.
- Dans un souci de transparence face aux assurés, le respect de ce référentiel pourrait être certifié par un organisme indépendant, à l'issue d'un audit.

3 - Améliorer la qualité des soins et la prévention

3.1 Une nécessité d'améliorer la prise en charge et le dépistage de certaines pathologies

Les patients affectés par certaines pathologies peuvent faire face à des restes à charge importants après l'intervention de l'assurance maladie obligatoire. C'est le cas par exemple du cancer du sein pour lequel le RAC moyen est de 600 euros et de l'accident cardiovasculaire pour lequel le RAC moyen atteint 800 euros.

Par ailleurs, le dépistage de certaines pathologies n'est pas suffisamment précoce et systématique. Par exemple, l'errance de diagnostic est de 1.4 an pour le diabète² et entre 5 et 12 ans pour la spondylarthrite ankylosante³.

Enfin, pour certaines addictions ou pathologies la prévention joue un rôle crucial et mériterait beaucoup plus d'attention. C'est le cas notamment des maladies liées à l'activité professionnelle telles que les troubles musculosquelettiques, les pathologies respiratoires pour certaines professions à risque, les troubles psychiques, et l'épuisement professionnel.

Ainsi, la prévention s'impose comme un axe de travail essentiel pour les années futures. Avec une politique efficace et une meilleure coordination des acteurs elle permettrait de réduire les dépenses de santé mais aussi de prévoyance. Dans cet objectif, l'accès aux données d'arrêts de travail et aux pathologies sont des préalables nécessaires à la mise en œuvre d'une meilleure gestion du risque.

3.2 Une légitimité des acteurs du secteur à jouer un rôle de partenaires privilégiés des acteurs publics

Mettre à profit la capacité d'innovation des acteurs du secteur pour développer des actions de prévention plus efficaces

La capacité des acteurs du secteur à innover est un atout significatif pour soutenir la stratégie nationale de santé publique. Grâce à des fonds dédiés à l'innovation et à la recherche, les acteurs privés peuvent assumer la phase d'expérimentation de certaines prestations / solutions qui pourront ensuite être reprises par les pouvoirs publics et généralisées à l'ensemble du territoire si celles-ci sont convaincantes et efficaces (comme ce fut le cas pour les téléconsultations et les cabines connectées).

Malakoff Humanis a créé en 2018 MH'innov, un fonds d'investissement dédié au financement de startups tech en santé. Axa a mis en place un fonds de recherche avec plus de 250 millions d'euros engagés dans des projets de recherche scientifique liés à la santé (partenariats avec des startups, avec des institutions académiques etc.)

Par ailleurs, la présence des acteurs du secteur sur l'ensemble du territoire, les réseaux de soins et leur proximité avec les assurés et les entreprises sont des facteurs indispensables à la réussite des politiques publiques. Grâce à leur présence forte en entreprise, notamment, les acteurs du secteur peuvent jouer un rôle majeur dans le développement de stratégies de prévoyance en entreprises et avec certaines branches professionnelles. De nombreuses initiatives ont d'ores et déjà été lancées par les acteurs du secteur en ce sens.

Par exemple, AG2R a mis en place le programme « Branchez-vous santé » ayant comme objectif de mener des actions de prévention spécifiques aux branches professionnelles ainsi que la campagne « Travailler avec le

² Enquête réalisée par Carenity auprès de 187 répondants atteints de diabète de type 1 en France, 2019

³ Diagnostic et prise en charge précoces des maladies chroniques, Haut Conseil de la Santé publique 2016

Sourire ! », destinée aux apprentis en CAP pour inciter à des bons réflexes d'hygiène bucco-dentaire et réaliser un dépistage individuel pour les apprentis boulangers/pâtisseries. Audiens réalise des bilans auditifs destinés aux professionnels du spectacle soumis à une exposition sonore très élevée. Enfin, en cas d'incapacité de travail ou d'accident, la complémentaire santé agricole de Groupama offre un service de remplacement avec un réseau d'employés présents sur tout le territoire et spécialisés dans les travaux agricoles.

3.3 Propositions pour renforcer le rôle des acteurs du secteur dans la prévention et l'amélioration de la qualité des soins

Réformer le financement de la prévention, ainsi que l'évaluation de son efficacité, en donnant aux acteurs du secteur une place renforcée dans ce domaine

Le CRCF propose donc plusieurs idées pour renforcer le rôle actif des acteurs du secteur aux côtés des pouvoirs publics dans la prévention.

Tout d'abord, il serait possible d'instaurer un fonds dédié à la prévention alimenté par un pourcentage sur les cotisations. Ce fonds financerait des actions ciblées (campagnes de prévention, dépistage massif, recherche sur des pathologies particulières, etc.).

La mise en place de labels de prévention thématiques attribués par les pouvoirs publics pourrait aussi être considérée et permettrait d'orienter les efforts de prévention des acteurs privés vers des domaines spécifiques et d'aligner leurs efforts avec les politiques des pouvoirs publics.

Afin de pouvoir mener au mieux ce rôle de soutien des pouvoirs publics, l'assouplissement de l'encadrement des offres s'avère nécessaire.

La mise en place de ces actions de prévention personnalisées suppose de connaître les pathologies ciblées, sous réserve bien sûr du consentement des assurés.

A ce sujet, l'hypothèse d'une « grande sécu » et la destruction des acteurs du secteur qui en découlerait libéreraient un espace de jeu pour des acteurs GAFA pouvant proposer la prise en charge des frais non remboursés par l'AMO. Or ces acteurs sont moins scrupuleux de la loi française en matière de traitements de data, ce qui pourrait mener à une perte de contrôle des données de santé.

Conclusion

Comme démontré dans la précédente note, les acteurs du secteur jouent un rôle clé dans l'accès aux soins pour tous, dans la maîtrise des coûts du système global ainsi que dans la prévention et l'amélioration de la qualité des soins. Grâce à leur expertise et leur capacité à innover ils favorisent la personnalisation du parcours de soins et l'expérimentation de nouvelles prestations.

Convaincus de la capacité à trouver ensemble des solutions pour améliorer le système, le CRCF s'engage à contribuer à la construction de solutions nouvelles au service de la santé des Français. En élaborant une plateforme de propositions concrètes, les courtiers souhaitent participer aux réflexions sur la trajectoire future du système de santé français ainsi qu'aux débats de la campagne présidentielle.

Enfin, les membres du CRCF tiennent à exprimer leur vive inquiétude au regard du projet de « grande sécu », qui derrière une illusion de simplification entraîne exclusivement des préjudices :

- **Pour l'équilibre financier de la Sécurité Sociale** : un déficit initial de 34,6 milliards d'euros en 2021 amené à se creuser encore plus en cas d'intégration du périmètre des OCAM.
- **Pour les soignants** : une diminution des revenus menant à une accentuation des tensions et de la crise des ressources, notamment dans les territoires / les pratiques déjà sous-dotés.
- **Pour les entreprises** : un désengagement d'un des principaux acteurs de la prévention, et un appauvrissement de ce fait du rôle social des entreprises.
- **Pour les assurés** : une plus grande difficulté à accéder aux soins et une augmentation du reste-à-charge (postes laissés aux OCAM non assurables) menant à plus de renoncement aux soins.