

Santé : les transformations attendues par les acteurs économiques

Les acteurs économiques et institutionnels du système de santé sont en attente de changements profonds pour plus d'efficacité et de simplification. L'accès aux données de santé et les politiques de prévention sont des demandes fortes, tandis que le zéro reste à charge ou les "contrats types" ne rencontrent pas de consensus, selon une enquête d'opinion menée par Harris Interactive pour Opusline.

Les acteurs économiques et institutionnels du système de santé sont en attente de changements profonds pour plus d'efficacité et de simplification. L'accès aux données de santé et les politiques de prévention sont des demandes fortes, tandis que le zéro reste à charge ou les "contrats types" ne rencontrent pas de consensus, selon une enquête d'opinion menée par Harris Interactive pour Opusline.

Environ 150 décideurs publics et privés du secteur de santé ont exprimé leurs attentes vis-à-vis du nouveau quinquennat pour parvenir à améliorer le système. Les attentes de modernisation sont fortes afin de parvenir à améliorer l'état de santé de la population et garantir une prise en charge optimale du patient. Pour retrouver des marges de manœuvre financières, la moitié des personnes interrogées estime que la rationalisation et la réorganisation des dépenses sont les méthodes les plus intéressantes. En revanche, des mesures purement financières et court-termistes telles que l'augmentation des taxes ou la baisse des prix des médicaments sont peu plébiscitées. « Pour les acteurs du système de santé, le problème n'est pas que financier et la solution doit être organisationnelle et globale. La pluriannualité des budgets, par exemple, est une demande forte », indique Alix Pradère, présidente d'Opusline.

La prévention, le maître-mot

95% des décideurs interrogés considèrent que la prévention doit être une priorité nationale, avec mesure de son impact sur l'état de santé de la population. En revanche, la baisse ou la suppression du reste à charge pour les patients ne fait pas consensus et est seulement plébiscitée par 37% des personnes interrogées.

Scepticisme sur le zéro reste à charge

« Les organismes complémentaires partagent cette ambition du zéro reste à charge et l'appliquent déjà sur l'optique grâce au réseau de soins. Ils sont donc prêts à négocier avec les professionnels de santé et l'Assurance maladie. En revanche, sur le dentaire, ils sont en attente de la convention dentaire, un élément technique sur lequel ils n'ont pas la main. Sur les audioprothèses, il faudrait réduire par trois le prix de l'offre afin de parvenir à réduire le reste à charge. Les organismes complémentaires craignent que cet objectif de réduction de reste à charge se traduise par une obligation d'augmenter significativement les garanties et donc par une hausse des cotisations », analyse Alix Pradère, d'Opusline.

Le volet qualitatif de l'étude a révélé que pour certains décideurs cette logique de remboursement à 100% entre également en friction avec la logique de responsabilisation des assurés, à l'exception de cibles particulières (jeunes, enfants, pathologies visuelles lourdes...). D'autres décideurs la considèrent difficilement

réalisable.

Le rôle des complémentaires en question

Le financement du système de santé par deux régimes distincts, l'obligatoire et le complémentaire, divise au sein des décideurs du système de santé publics et privés. Son impact potentiel sur la qualité de la prise en charge est reconnu seulement par un répondant sur deux.

S'il fallait revoir l'articulation des deux régimes, 73% des répondants estiment que les OCAM devraient se concentrer sur certaines dépenses où ils seraient les seuls financeurs. Pour 88% des personnes interrogées, les organismes complémentaires doivent devenir des acteurs de la prévention incluant la possibilité de développer des offres de prévention reposant sur l'accès aux données personnelles.

« Les assureurs ont besoin de réussir leur positionnement dans le système de santé et pas avoir uniquement un rôle de financeur de soins. Ils ont intérêt à développer leur offre de services, via des réseaux de soins ou des projets de télémédecine », indique Alix Pradère. 96% des personnes interrogées sont d'accord pour donner une plus grande liberté d'action des complémentaires santé, qui devrait leur permettre de se concentrer sur les services et des garanties.

La proposition du nouvel exécutif de

mettre en place de contrats-types ne rencontre que 35% d'adhésion. Environ 46% des répondants ne la jugent pas intéressante. « *Les assureurs ne veulent pas poter seuls la responsabilité du manque de lisibilité des contrats. Le labyrinthe tarifaire vient de l'Assurance Maladie et les organismes complémentaires ne font que répercuter*

cette complexité tarifaire. L'amélioration de la lisibilité doit passer par une certaine concertation », selon Alix Pradère.

Parmi les propositions qui devraient permettre aux organismes complémentaires de répondre plus favorablement aux besoins des assurés,

l'évolution des réseaux de soins et la contractualisation avec les professionnels de santé, ainsi que l'accès aux données de santé rencontrent une grande adhésion (79% et 80%). ■

par Mariona Vivar

