

Que s'est-il passé cette semaine sur le secteur de la santé ?

Chez nos clients et nos prospects

Résultats 2017 : 6,7 Md€ de chiffres d'affaires pour la première année de Vyv

Source : L'Argus de l'Assurance - 13 juillet 2018

- Officiellement constitué en septembre 2017 – avec effet rétroactif au 01/01/2017- le groupe Vyv a encaissé plus de 6726 M€ de cotisations sur son périmètre de combinaison (cotisations acquises, brutes de réassurance), et affiche un résultat de 49 M€. Les fonds propres s'établissent à 2394 M€ et le SCR à 110%.
- De nouvelles entités sont en passe de rejoindre le groupe, comme notamment Chorum (mutuelle dédiée aux professionnels de l'économie solidaire) qui devrait adhérer au Groupe Vyv en 2019 (sous réserve des décisions des autorités de tutelle). D'autres comme la Smacl (Mutuelle des collectivités) ou la CAREL (Mutuelle des élus locaux), la Mutuelle des sportifs.
- Dans l'attente d'un plan stratégique à 5 ans, qui devrait être finalisé au cours du 2ème semestre 2018, le groupe réaffirme aussi plusieurs de ses ambitions, dont celle de renforcer son offre vers les entreprises, en santé et prévoyance. Il souhaite aussi se développer sur le segment des jeunes de 18 à 29 ans avec une stratégie dédiée, ainsi qu'en épargne retraite.
- Autres grands chantiers initiés appelés à se poursuivre, la convergence des réseaux de soins au sein de Kalixia et la structuration des SSAM au sein de Vyv Care.

Bancassurance : quel avenir pour CNP Assurances ?

Source : L'Argus de l'Assurance - 13 juillet 2018

- Après l'annonce, mercredi 11 juillet 2018, du départ de Frédéric Lavenir, directeur général du groupe au 31 août 2018 pour « raisons personnelles », les discussions autour du sort de CNP Assurances semblent avoir repris, selon les informations publiées sur le site Les Echos.
- En effet, depuis l'arrivée d'Eric Lombard (ex patron de Generali) à la tête de la Caisse des dépôts l'évolution de l'actionariat de CNP fait partie de sa feuille de route.
- Sur le capital de l'entreprise, ou La Poste espérerait figurer

davantage, il a expliqué, devant la Commission des finances, qu'il n'y avait pas « de statut particulier de la CNP ».

- Et c'est en effet sur la base d'un rapprochement entre le groupe La Poste et CNP que semblent avoir repris les réflexions. Selon les Echos, il s'agirait de créer un grand groupe parapublic de bancassurance via une prise de contrôle de l'entreprise par le groupe la Poste.
- Pour l'heure, l'entreprise est détenue à 34,6% par la Caisse des dépôts, 30,7% par Sopassur, une joint-venture entre la Banque postale et BPCE et 0,9% par l'Etat. Ce pacte d'actionnaires court jusqu'au 31 décembre 2019.

CNP Assurances : Frédéric Lavenir signe un bilan positif

Source : L'Argus de l'Assurance - 12 juillet 2018

- Après 6 ans à la tête du premier assureur de personnes en France, Frédéric Lavenir quittera ses fonctions fin août pour « raisons personnelles ». Il laisse derrière lui une entreprise en bonne santé mais qui doit encore affronter des chantiers importants.

Accès à la santé : Eovi Mcd publie son baromètre 2018

Source : La tribune de l'Assurance - 11 juillet 2018

- Eovi Mcd a publié son baromètre qui dresse un état des lieux des attentes des Français en matière d'accès à la santé selon leur parcours de vie. Si 87 % des Français estiment être en bonne santé, près de six personnes sur dix se disent préoccupées à ce sujet, sans distinction d'âge, de revenus ou de localisation géographique.
- Un quart des Français rencontre des difficultés d'accès à la santé liées à sa position sur le territoire (44% dans les communes rurales et 36% dans les villes de 2000 à 10 000 habitants). Un tiers considère que le manque de services de santé à proximité l'expose à un risque sérieux en cas d'urgence.
- Un Français sur cinq se déclare dans l'obligation de restreindre très fortement ses dépenses de santé pour des raisons financières.



- Concernant l'accessibilité à l'innovation médicale et numérique, pour 86% d'entre eux témoignent d'une forte appétence, en particulier les innovations offrant la possibilité de contrôler leur santé (objets connectés), à noter un accueil plus mitigé pour les cabines d'e-consultation et à la téléconsultation (respectivement 58% et 57% d'avis favorables).
- En matière d'accès à la santé, les Français expriment de multiples attentes où dominant la recherche de protection (en priorité pour plus d'un quart d'entre eux), de personnalisation (pour 15% d'entre eux) et d'efficacité (pour 18% d'entre eux).

Transformation : Verlingue crée une « digital factory » à Nantes

Source : L'Argus de l'Assurance - 10 juillet 2018

- Le cabinet de courtage Verlingue fait un pas de plus dans sa transformation digitale en se dotant d'une « digital factory », en partenariat – sur trois ans - avec l'entreprise Onepoint.
- Cette « digital factory » réunira des équipes pluridisciplinaires qui, apporteront ensuite leurs expertises digitales à Verlingue et aux différentes entités du groupe Adélaïde. Sa vocation insuffler dans l'entreprise une nouvelle manière de travailler afin d'être en mesure de développer rapidement et à grande échelle de nouvelles offres de services innovantes pour les clients de Verlingue.
- Autre point important : cette « digital factory » n'est pas seulement le fruit d'un partenariat entre un acteur de l'assurance et un spécialiste de la transformation. Les clients du courtier sont également amenés à être associés.

Résultats 2017 : la MGEN en déficit

Source : L'Argus de l'Assurance - 10 juillet 2018

- L'exercice 2017 aura été marqué par la création du groupe Vyv, mais aussi par un déficit de 17,98 M€ (contre +12,4 M€ de résultat net combiné en 2017) pour un chiffre d'affaires pratiquement stable à 2432 M€ (- 0,8%). Une perte expliquée par le choix de ne pas augmenter les cotisations l'an dernier.
- Des effectifs qui évoluent positivement, à 2,96 millions d'adhérents (pour 4,1 millions de personnes protégés), avec une progression de 30000 adhérents, net de départs et de décès
- En revanche, la mutuelle des profs fait une percée sur de nouveaux champs, avec le co-référencement au

ministère des Affaires étrangères avec la Mutuelle des Affaires étrangères et européennes (MAEE, groupe Vyv), ainsi qu'au ministère des Solidarités et de la Santé avec Harmonie fonction publique (HFP, groupe Vyv).

- La mutuelle mise sur :
 - Son plan stratégique « MGEN Demain », pour stimuler sa croissance, elle s'apprête à renforcer ses liens avec la MAIF
 - La création de MGEN Partenaires, une union de groupe mutualiste (UGM), qui aura vocation à accueillir les mutuelles demandant l'accès au groupe. La première adhérente sera la Mutuelle des Affaires étrangères et européennes qui devrait être suivie par la Mutuelle des sportifs (MDS).
 - Autres leviers de la croissance, la maîtrise de la sinistralité, des frais de gestion, de la masse salariale, la performance des établissements de livre 3, la mutualisation des achats ou encore les outils comme les réseaux de soins.

Itelis prolonge d'un an son réseau d'opticiens partenaires

Source : La tribune de l'Assurance - 9 juillet 2018

- Du fait des projets et évolutions réglementaires en cours, le secteur de l'optique médicale va être fortement impacté (« Reste A Charge Zéro », mise en place d'un devis normalisé en optique médicale, la prévention, les délégations de tâches ...), dans ce contexte Itelis a décidé de repousser d'un an son appel à référencement
- Les conventions de partenariat qui lient actuellement Itelis sur ce secteur arrivent à leur échéance le 31/12/2018.
- Aussi, Itelis a décidé de prolonger son partenariat et propose à tous ses verriers et opticiens actuellement partenaires de prolonger la convention jusqu'au 31/12/2019.

Mutuelles : deux nouvelles arrivées au comité exécutif de la MNT

Source : L'Argus de l'Assurance - 9 juillet 2018

- La mutuelle santé et prévoyance de la fonction publique territoriale, membre du groupe Vyv fait évoluer sa gouvernance en nommant Coline Jean (ex-Eurogroup Consulting) à la tête de sa nouvelle direction du pilotage stratégique et de la performance fonctionnelle. Elle confie à Frédéric Hanin, ancien DRH de MGEN Technologies, sa direction des ressources humaines.



Sur nos domaines d'intervention...

Complémentaire santé : Alan lance une offre haut-de-gamme

Source : *L'Argus de l'Assurance* - 13 juillet 2018

- Bientôt la fin de l'offre unique du côté d'Alan. La compagnie d'assurances, qui a récemment battu un record de levée de fonds pour une assurtech française (notamment auprès de CNP Assurances), s'apprête à lancer une gamme aux garanties supérieures. L'offre de base, rebaptisée « Green », sera donc accompagnée en septembre prochain de « Blue » – même si certaines entreprises pilotes bénéficient déjà de cette nouvelle formule.
- Parmi les principales différences entre « Green » et « Blue », figure notamment la prise en charge des consultations médicales. Alors qu'Alan a récemment sorti une carte dédiée pour connaître en quelques clics les médecins – et leurs tarifs – à proximité d'un lieu donné, sur la base des données de l'annuaire santé de l'Assurance Maladie, si « Green » permettait une prise en charge jusqu'à 75€ pour les médecins conventionnés (généralistes comme spécialistes) secteur 1 ou secteur 2 Optam (soit 300%, contre 200% hors Optam), « Blue » pousse ces bases de remboursement à 400% (100€, 92€ hors Optam).
- Les niveaux de prise en charge s'améliorent également sur les autres postes de soins : médecines douces, prothèses, optique, audioprothèse...
- La grille tarifaire évolue évidemment, toujours en fonction de l'âge.

Santé collective : les régimes d'entreprise dans le flou

Source : *L'Argus de l'Assurance* - 12 juillet 2018

- Mais les entreprises pilotent-elles réellement leurs régimes en santé ? Une étude menée par le cabinet Galea & Associés permet d'en douter, (étude téléphonique auprès de 153 entreprises de plus de 300 salariés chacune, entre mars et juin 2018), le cabinet a ainsi constaté que 44% d'entre elles ne connaissent pas les niveaux de frais (gestion, suivi...) supportés par leurs contrats santé – et même 46% en prévoyance ! Avec l'importante proportion de réponses « Ne sait pas », seule une entreprise sur six dit les connaître...
- Si le pilotage des contrats semble limité, leur révision l'est également : ainsi, seule une entreprise sur deux a réalisé un audit ou une mise en concurrence en santé au cours des cinq dernières années – et seules quatre sur dix en prévoyance. Plus intrigant encore : une entreprise interrogée sur six est incapable de citer le nom de l'organisme assureur en charge du régime santé – une proportion qui monte à une sur cinq en prévoyance.
- Seul un tiers des entreprises interrogées jugent «

très satisfaisante » la qualité des informations communiquées annuellement par l'assureur. De même, un tiers des répondants ne reçoit pas de reporting annuel des comptes de résultats des régimes, tandis que seules 63% des entreprises se disent informées des évolutions impactant leur contrat au moins une fois par an.

Complémentaire santé : un début d'année 2018 difficile

Source : *L'Argus de l'Assurance* - 11 juillet 2018

- Le marché de l'assurance complémentaire santé connaît une croissance modérée depuis 2015, avec des taux de croissance excédant à peine les 1% par an (1,3% en 2015, 1,4% en 2016)
- Cette situation ne semble pas être vouée à s'améliorer en 2018. Alors que l'inflation s'élève à 0,9% sur le premier trimestre de l'année en cours, la croissance du marché de l'assurance complémentaire santé n'a été sur la même période que de 0,1%. C'est l'une des principales informations de la lettre trimestrielle du fonds de financement de la couverture maladie universelle (Fonds CMU), « Références ».
- Cette tendance sur le premier trimestre 2018 se base sur l'indicateur du marché, l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle (TSA). Une assiette qui a évolué en 2017, elle progresse non plus de 2% mais de 2,2%, en intégrant trois nouvelles assiettes (contrats au premier euro, contrats indemnités journalières responsables et non responsables). Ce changement de périmètre rend délicat les analyses comparatives pour les organismes assureurs, les compagnies d'assurance représentant l'essentiel du marché des trois nouvelles assiettes.
- Un autre point complique également cette analyse, comme le souligne le Fonds CMU : l'imbrication croissante entre organismes de familles différentes (ex : AG2R La Mondiale et le groupe mutualiste Matmut). Il se dégage toutefois une tendance lourde et récurrente depuis plusieurs années : les mutuelles connaissent des difficultés que ne rencontrent guère les compagnies d'assurance.
- Ainsi, l'assiette globale de l'ensemble des mutuelles s'élève à 18,67 milliards d'euros (+0,2%), soit 50,5% de l'assiette globale. Comme attendu, la part de marché des mutuelles sur l'assurance complémentaire santé se rapproche de plus en plus de la barre fatidique des 50%.

Comment financer la démarche RGPD ?

Source : Les Echos - 09 juillet 2018

- Depuis le 25 mai 2018 si les citoyens sont en attente de transparence, les instances régulatrices (comme la CNIL) dans les starting-blocks, côté entreprises ... après l'évaluation du coût du RGPD « on tire sur le frein à main ».
- Abordée sous l'angle réglementaire uniquement, la démarche peut présenter un faible ROI. Provoquant un manque de motivation des dirigeants, renforcé par la remise en question de la politique de sécurité et de traçabilité des données.
- Mais, pour les entreprises ne pas mettre en œuvre cette démarche, c'est perdre bien plus que le montant du chèque de la mise en conformité. Puisqu'elles prennent :
 - un risque financier lié au non-respect de la loi
 - mais également un risque sur leurs système d'information, la communication, l'offre commerciale, voire la performance qui ont fait de la data leur fonds de commerce (fuites de données, perte de confiance des clients, time-to-market aléatoire par manque de données pertinentes ...)

Pour la culture générale ...

Medef : Deux commissions pour l'assurance

Source : Newsassurancespro - 10 juillet 2018

- Lundi 9 juillet, le conseil exécutif du Medef a siégé pour la première fois sous la présidence de Geoffroy Roux de Bézieux. Il a procédé à l'élection des présidents de sept commissions. Deux reviennent au secteur de l'assurance.

Gabegie à l'hôpital : la Cour des comptes étrille le recours trop fréquent et « souvent décevant » aux cabinets de conseil

Source : Quotimed 10 juillet 2018

- La Cour des comptes s'est penchée sur le recours des hôpitaux aux consultants et prestataires extérieurs, dans le cadre de marchés publics. Fréquence, coût, intérêt de la démarche... Dans un référé publié lundi, les Sages n'y vont pas par quatre chemins : dans quatre cas sur cinq, la pertinence de cette pratique est considérée comme « moyenne », voire « faible ».
- Le recours aux cabinets de conseil est parfois particulièrement inapproprié au regard des difficultés financières que connaissent les établissements (un demi-milliard d'euros de déficit en 2016 sur l'ensemble du secteur public hospitalier, 890 millions d'euros en 2017). Si les marchés publics de conseil représentent moins de 1 % du budget global d'un hôpital, la note peut dépasser le million d'euros pour les grosses structures de type CHU
- Les demandes de conseils concernent tous les domaines financier, juridique, stratégique, managérial,

- Une vision RGPD qui s'oriente vers la révision de la gouvernance des données c'est produire des effets positifs :
 - Une meilleure gestion de la sécurité des données et une réduction des coûts,
 - Un développement de l'image auprès de clients dont les données sont utilisées pour les servir et non les influencer,
 - Une performance accrue et un décloisonnement des équipes partageant la responsabilité de la data.
- La vraie force du RGPD est de poser deux questions : quelles données collectez-vous et dans quel but ? Il ouvre le débat de la gouvernance des données, et avec elle, de la maturité digitale de l'organisation. Il fait sauter les verrous de la transformation numérique en interrogeant sur le rôle de chaque acteur de la data et sur la capacité à générer du business.

organisationnel, RH... C'est d'ailleurs sur ce dernier volet que le travail des conseillers extérieurs est le plus pertinent depuis la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui obligent les établissements à mutualiser leur fonction RH.

- Pour le reste, le référé de la Cour des comptes révèle des pratiques qui confinent à l'absurde. Demandes en doubles (études demandées en parallèle, service existant au sein même de la structure...), résultats « souvent décevants » et les marchés « fréquemment irréguliers », faute de transparence.
- Quant aux études financières, leurs commentaires sont succincts et leurs recommandations bien « anodines ». La qualité des conseils stratégiques est « faible », les préconisations « très générales et laconiques ».
- La Cour va plus loin en indiquant que le recours trop fréquent aux consultants extérieurs va jusqu'à « affaiblir » les hôpitaux. Cette pratique « appauvrit » les compétences internes au sein des établissements, « qui ne cherchent plus à valoriser le domaine d'expertise concerné dans leur politique de recrutement ou de formation ».

