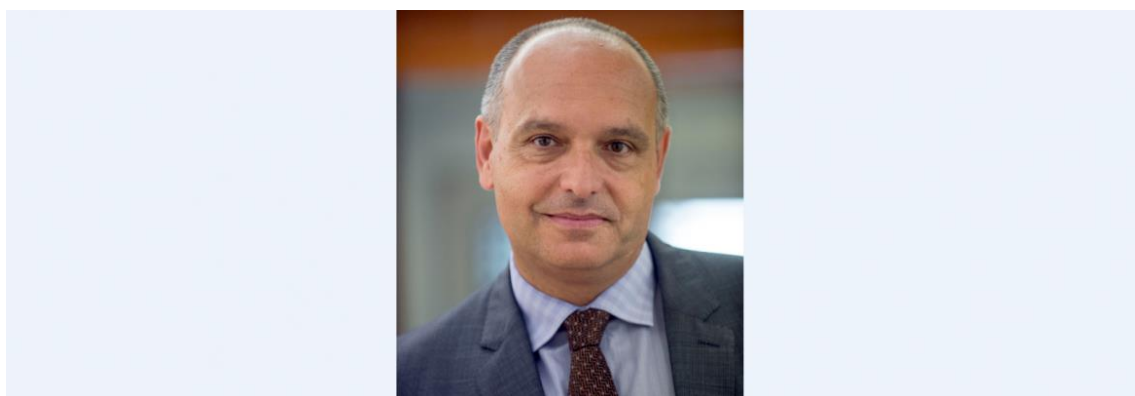


IL FAUT PRENDRE EN COMPTE LES TRANSFORMATIONS DE LA SANTE ET DES MALADIES DE LA POPULATION



IL FAUT PRENDRE EN COMPTE LES TRANSFORMATIONS DE LA SANTE ET DES MALADIES DE LA POPULATION

Jean-François Tripodi dirige Carte Blanche Partenaires, plateforme spécialisée dans les services et solutions d'accompagnement en santé qui assure plusieurs millions de personnes. Spécialiste de l'assurance complémentaire santé et prévoyance, il répond aux questions du Lab Social sur les affections longues durées (ALD).

Le Lab Social : L'Observatoire citoyen des restes à charge en santé relève des niveaux de restes à charge annuels moyens élevés, pour les personnes en ALD, qui doivent déboursier 752 € après remboursement par l'Assurance maladie obligatoire. Par ailleurs, pour les 10 % des personnes en ALD ayant les plus grosses dépenses de santé, ce reste à charge moyen est de 1 700 euros par an et peut atteindre plusieurs dizaines de milliers d'euros. Qu'elle est votre réaction ?

Jean-François Tripodi : Rappelons tout d'abord que le reste à charge est la somme que doit déboursier le patient après remboursement par le régime obligatoire et par la complémentaire santé. Les RAC les plus élevés portent essentiellement sur les dépenses de santé où la partie libre des prix est la plus importante, mais aussi, naturellement, sur les soins les plus fréquents.

Les RAC pour les patients en ALD sont de fait les plus conséquents. Comme c'est le cas pour les consultations médicales en secteur 2 mais aussi notamment pour l'optique, le dentaire, ou l'audioprothèse, domaines tous trois peu couverts par l'assurance maladie, la solution pour diminuer le RAC relève de la régulation des tarifs. A ce titre, le réseau de soins, qui intervient à ce jour dans ces trois domaines de santé, est un puissant levier d'optimisation des dépenses des patients et un modèle qui pourrait aussi répondre à cette problématique pour les personnes en ALD.

Le Lab Social : D'après le Trésor, le dispositif de prise en charge des ALD instaure des inégalités entre les assurés. Qu'en pensez-vous ? Faut-il revoir ce dispositif ?

Jean-François Tripodi : La qualification d'affection longue durée est une définition médico-administrative qui doit prendre en compte les évolutions de la médecine. En ce sens, les ALD mériteraient nécessairement un examen continu pour pouvoir ajuster le dispositif de prise en charge. Il faut prendre en compte les transformations de la santé et des maladies de la population, induites par l'évolution des affections chroniques et celle des techniques médicales, pour évaluer la soutenabilité économique des prises en charge. Le système français repose sur un processus de solidarité entre les biens portants et les malades. Cette orientation essentielle doit donc demeurer tout en adaptant le dispositif au fil de ces évolutions.

Le Lab Social : Faut-il transformer/réformer le dispositif actuel de prise en charge des ALD ? Par exemple en plafonnant annuellement le reste à charge des assurés atteints ? Un bouclier sanitaire qui consisterait à instaurer un plafond annuel de dépenses de santé restant à la charge des malades, en fonction des revenus a déjà été proposé. Qu'en pensez-vous ?

Jean-François Tripodi : Globalement, le système français repose sur le fait que chacun cotise en fonction de ses revenus et bénéficie, en fonction de ses besoins, de la prise en charge d'une partie de ses dépenses. C'est le principe fondateur de la sécurité sociale. Ce modèle à la française, les citoyens y sont attachés. Le bouclier sanitaire remettrait en cause ce principe puisque, structurellement, il induirait que les malades paient plus que les biens portants.

Le Lab Social : Les réseaux de soins (ou plateformes santé) comme Carte Blanche Partenaires ont-ils un rôle à jouer pour diminuer le reste à charge des assurés ?

Jean-François Tripodi : C'est une évidence. Notre métier est de fédérer les professionnels de santé au sein d'une communauté réunie autour d'un objectif commun : permettre à tous l'accès aux soins et aux équipements de santé tout en assurant un haut niveau de prestation et des tarifs modérés. Tout l'enjeu est de diminuer les dépenses de santé par la baisse du reste à charge, sans lésiner pour autant sur la qualité de la prestation. On parle de « soin de qualité au juste prix » ! Précisons toutefois que seul le réseau ouvert joue pleinement son rôle de partenaire. La liberté de choix est un pivot de notre modèle : tous les professionnels de santé sont libres d'adhérer à notre réseau (pas de numéris clausus) et les bénéficiaires, libres de profiter des services et avantages que nous apportons (pas de pénalité : pas de remboursement différencié).