

La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût

La santé a un coût collectif directement mesurable (coûts directs) par les dépenses de santé et des coûts indirects plus difficilement chiffrables, dus à une perte de productivité. La maladie, pour celui qui en est atteint, a également un coût puisque malgré l'assurance maladie, certaines dépenses restent à sa charge. Comme nous l'avons évoqué dans la session précédente, la maladie peut également, de par son l'impact sur l'activité professionnelle, potentiellement diminuer ses ressources. Enfin il y a les coûts intangibles, coûts psychologiques, souffrance, diminution de la qualité de vie qui affectent aussi bien la personne malade que son entourage.

Selon les comptes nationaux de la santé, en 2008, la France a dépensé 215 Md€ pour les dépenses courantes de santé. Il s'agit d'une dépense conséquente, 11% du produit intérieur brut (PIB), et dans le monde, il n'y a guère que les USA qui dépensent plus pour leur santé (16% du PIB).

Les dépenses courantes de santé recouvrent la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) qui représentent la plus grande partie (170,5 Md€), ainsi que les soins aux personnes âgées en établissement, les indemnités journalières, les subventions reçues par le système de santé, les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.

La part des maladies chroniques dans les dépenses de santé n'est pas précisément connue. Néanmoins elle couvre au minimum les dépenses consacrées aux malades admis au dispositif des affections de longue durée (ALD). Ce système permet une prise en charge complète ou partielle du ticket modérateur pour des maladies longues et coûteuses. La Cnamts dénombrait au 31 décembre 2008, 8,3 millions de personnes bénéficiant du régime des ALD soit un français sur sept. Les dépenses engagées représentaient 62,3% des remboursements de l'assurance maladie. Le nombre de personnes bénéficiant des ALD ne cesse de progresser régulièrement, en 2008, de 3,5%, notamment du fait du vieillissement de la population et de l'amélioration des soins.

Ces dépenses de santé sont financées en 2008 à 75,5 % par la sécurité sociale, 13,7% par les assurances complémentaires, 9,4 % par les ménages et la part restante par l'Etat (chiffres DREES). Malgré les mesures d'économies réitérées, la dépense continue de croître (vieillesse de la population et coût des soins) et les déficits se creusent. Ainsi, les comptes provisoires pour 2009 montrent un solde négatif de 11,5 Md€ (ministère du budget).

La participation financière des assurés quant à elle ne cesse d'augmenter. Les restes à charge (RAC) sont expliqués par l'augmentation des forfaits journaliers, l'augmentation du ticket modérateur, les déremboursements de médicaments, la mise en place de franchises, les dépassements d'honoraires et les différences entre les prix publics et les tarifs de responsabilité pour les appareillages (TIPS). Ces RAC sont proportionnels à la consommation. Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) estimait le RAC moyen des assurés en ALD deux fois plus élevé que celui des assurés non-ALD. Une analyse de la HAS sur les RAC dans 5 pays européens montrait en outre que la part du budget consacré à la santé est plus forte pour les ménages les moins aisés, le système de protection maladie en France ne prend pas, contrairement à d'autres pays européens, en considération le niveau de revenu pour les prestations.

En parallèle de l'augmentation de ces dépenses, la personne malade voit généralement ses revenus décroître. Ainsi par rapport à la population générale, le risque pour une personne en ALD de devenir chômeur est multiplié par trois et le risque de devenir inactif (préretraite, incapacité) est quatre fois plus élevé selon une étude IRDES de 2007. Sans aller jusqu'à la perte d'emploi ou l'inactivité, la maladie entraîne des arrêts de travail potentiellement de longue durée. Ceux-ci donnent droit à des indemnités journalières dont le montant s'établit schématiquement entre la moitié et les deux tiers du salaire, dans la limite de plafond de la sécurité sociale. Néanmoins l'indemnisation des arrêts de travail est limitée à une durée

cumulée de 3 ans au-delà de laquelle, voire parfois avant, se pose la question de la pension d'invalidité. Pour une personne incapable d'exercer une activité salariée (invalidité de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie) elle s'élève à 50% du salaire annuel moyen de base dans la limite du plafond de la sécurité sociale, le recours à l'assistance d'une tierce personne permettant une majoration forfaitaire. En cas de reconnaissance d'un handicap, une allocation aux adultes handicapés (AAH) peut être demandée pour compléter les revenus d'activité sous conditions de ressources. Enfin, le choix par le patient de diminuer son activité professionnelle par un temps partiel ou une réorientation professionnelle, permettant une meilleure adéquation entre sa capacité de travail et son état de santé, va potentiellement diminuer ses revenus professionnels.