



## **Regard sur 12 ans d'ONDAM (1997-2008)**

*Avec l'instauration des lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) en 1996, la France s'est dotée d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté annuellement par le Parlement. Le champ large de cet objectif couvre l'ensemble des régimes de la branche maladie comme de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et vise à renforcer la régulation globale des dépenses de santé prises en charge collectivement. Le solde de la branche maladie en particulier est étroitement lié aux dépenses du champ de l'ONDAM d'une part et aux recettes de la branche d'autre part.*

*Avec le recul d'une douzaine d'années, il paraît intéressant de rappeler la raison d'être de cet objectif qui n'a guère d'équivalent dans les pays voisins de la France et d'esquisser une première évaluation des résultats obtenus en matière de régulation des dépenses. La fixation d'un objectif polarise inévitablement l'attention sur son respect, mais au-delà de la considération à porter au niveau des dépassements de l'ONDAM, une appréciation sur l'efficacité de la régulation nécessite plus globalement d'examiner le rythme d'évolution des dépenses.*

*Avertissement : les données relatives à l'ONDAM pour 2008 sont déterminées sur des bases estimatives dans l'attente de son constat provisoire, qui interviendra en avril 2009 et qui est susceptible d'aboutir à un montant s'écartant légèrement de cette prévision.*

### **RAISON D'ÊTRE ET CONSTRUCTION DE L'ONDAM**

#### **Un outil de régulation des dépenses d'assurance maladie...**

Le vote par le Parlement de l'ONDAM vise à exprimer un arbitrage collectif sur l'évolution jugée soutenable des dépenses d'assurance maladie au regard de celle des ressources prélevées sur la collectivité pour les financer. Les pays qui gèrent un système de santé essentiellement nationalisé, du type du *National Health Service* au Royaume-Uni, n'ont pas besoin d'un ONDAM puisque la régulation globale des dépenses se fait par des mécanismes budgétaires classiques. Dans d'autres pays, le système de santé est largement décentralisé et la régulation relève des collectivités territoriales. Par ailleurs, certains pays font une large place à l'assurance privée à côté de la couverture publique. L'assurance maladie française conjugue une couverture universelle de la population et un champ d'intervention très large (l'assurance privée intervenant pour

l'essentiel en complément sur le même champ par la couverture du « ticket modérateur »). Le financement solidaire par l'assurance maladie d'une offre de soins à la fois publique et privée, en grande partie tarifée à la prestation, se double d'une importante liberté d'orientation des patients.

Dans ce contexte, l'évolution des dépenses de santé, largement tributaire des comportements d'offre et de demande de soins, a peu de chances d'être naturellement en adéquation avec l'évolution spontanée des ressources. L'existence de l'ONDAM repose sur le postulat que des leviers existent pour atteindre une croissance équilibrée des dépenses. Plusieurs éléments suggèrent en effet des marges d'efficacité importantes dans le système de santé français : niveau de dépenses médicamenteuses record après l'Amérique du Nord, disparités de coûts entre structures hospitalières comparables, importants écarts entre régions pour la consommation de soins de ville à caractéristiques socio-sanitaires comparables.

### Encadré – Construction de l'ONDAM

Il convient de distinguer schématiquement deux étapes dans la construction de l'objectif qui est soumis au vote du Parlement :

- une étape de simple **prévision**, qui consiste à estimer quelle serait l'évolution spontanée des dépenses, en l'absence de mesure particulière. Celle-ci repose sur une exploitation statistique des données de dépenses liées à l'activité et sur une construction de type budgétaire pour les dépenses financées par dotation, en ne tenant compte que des besoins de financement d'ores et déjà prévisibles (revalorisation annuelle des salaires des professionnels de santé, mesures de financement de plans de santé publique déjà annoncées) ;
- une étape supplémentaire, d'**arbitrage**, consistant à intégrer des mesures d'inflexion de la dépense dans un sens ou dans l'autre : amélioration quantitative ou qualitative de l'offre (financement de nouveaux plans de santé publique, médicalisation des maisons de retraite, augmentation du nombre de places dans les structures médico-sociales, inscription de nouveaux actes ou médicaments particulièrement coûteux, etc.) ; ajustements de tarifs et de prix à la hausse ou à la baisse ; objectifs de maîtrise des volumes ou de rationalisation de l'offre de soins.

L'objectif pour l'année à venir est voté en **montant** et non en taux de croissance par rapport à la réalisation prévisionnelle pour l'année en cours. Ainsi, toute erreur de prévision sur l'exercice en cours se traduira par un effet de base susceptible de remettre en question le respect de l'objectif pour l'année suivante.

Si l'ONDAM ne constitue pas une enveloppe limitative – l'assurance maladie n'arrête pas de rembourser les assurés une fois le montant de l'objectif atteint –, le vote parlementaire confère néanmoins au pouvoir exécutif la responsabilité de tenir cet objectif national.

Pour assumer cette responsabilité, le pouvoir exécutif, compris au sens large – Gouvernement et assurance maladie –, dispose de plusieurs leviers directs parmi lesquels la détermination des tarifs et des prix, la fixation des taux de remboursement ou encore la décision d'inscrire ou non une prestation au remboursement. De façon plus indirecte, il est également possible d'influer sur le comportement des acteurs (patients, professionnels et établissements de santé), autrement dit sur l'offre et la demande de soins, dont dépend fortement l'engagement des dépenses.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a renforcé le caractère contraignant joué par l'ONDAM en instaurant un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Ce comité (composé du Secrétaire général de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, du Directeur général de l'INSEE et d'une personnalité qualifiée nommée par le Président du Conseil économique et social) est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses incompatible avec le respect de l'ONDAM. Le risque de dépassement est considéré comme sérieux si son ampleur prévisible est supérieure à un seuil fixé par décret à 0,75 % de l'objectif. Lorsque la procédure d'alerte est enclenchée, les caisses

nationales d'assurance maladie sont tenues de proposer des mesures de redressement.

#### ... réparti entre les grandes catégories de dépenses : soins de ville, établissements de santé, médico-social

Schématiquement, l'ONDAM correspond à l'ensemble des **dépenses de soins** remboursées par les régimes obligatoires d'assurance maladie qui sont liées aux risques de maladie, de maternité et d'accidents du travail, ainsi qu'aux **prestations en espèces** de la branche maladie et aux dépenses liées à l'incapacité temporaire pour la branche accidents du travail. En revanche, il ne comprend pas les frais non couverts par l'assurance maladie tels que le ticket modérateur ou les dépassements d'honoraires médicaux. Sont également exclues les dépenses non sujettes par nature à régulation telles les indemnités journalières de maternité. Depuis sa création, l'objectif a fait l'objet de changements notables de périmètre afin de mieux prendre en compte les différents leviers de la régulation. Ainsi, au-delà des prestations, différents dispositifs visant à accompagner l'organisation du système de soins ont été intégrés : des dotations aux fonds (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, fonds d'actions conventionnelles, fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés), la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé (en contrepartie de l'application de tarifs conventionnels), des aides à la transmission des feuilles de soins etc.

Depuis la mise en œuvre de la loi organique de 2 août 2005 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale, l'ONDAM

est constitué de six sous-objectifs votés par le Parlement. Le sous-objectif « soins de ville » comprend les honoraires des professionnels de santé en ville (médecins omnipraticiens et spécialistes, mais aussi infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes...) et les prescriptions (médicaments et dispositifs médicaux, indemnités journalières pour arrêt de travail, frais de transport sanitaire...). Deux autres sous-objectifs portent sur les établissements de santé publics et privés confondus : le premier relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité (dépenses de médecine, de chirurgie, d'obstétrique...) et le second aux autres

dépenses (psychiatrie, soins de suite...). De même, les établissements médico-sociaux font l'objet de deux sous-objectifs, l'un relatif aux dépenses en faveur des personnes âgées et l'autre à celles afférentes aux personnes handicapées. Enfin, le dernier sous-objectif regroupe notamment les soins des Français à l'étranger ainsi que les dépenses des structures médico-sociales traitant de problématiques particulières, à savoir principalement l'addictologie. En termes financiers, les soins de ville, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux représentent l'essentiel des dépenses dans le champ de l'ONDAM (voir tableau 1).

Tableau 1 – Répartition des masses par grand poste

PRÉVISION 2008, en milliards d'euros	Montants	Structure
Soins de ville	71,5	46,8%
Établissements de santé	67,5	44,2%
Établissements de santé tarifés à l'activité	48,9	32,0%
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,6	12,2%
Médico-social	12,9	8,4%
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,5	3,6%
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,4	4,8%
Autres prises en charge	0,9	0,6%
<b>ONDAM TOTAL</b>	<b>152,8</b>	<b>100,0%</b>

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale, septembre 2008.

### LA RÉALISATION DE L'OBJECTIF ENTRE 1997 ET 2008

Entre 1997 et 2008, les dépenses dans le champ de l'ONDAM sont passées d'un peu plus de 90 Md€ à plus de 150 Md€. Cette évolution reflète le dynamisme des dépenses qui composent le champ de l'ONDAM, même si elle intègre aussi plus marginalement l'effet des élargissements de périmètre intervenus au cours de cette période.

#### Des dépassements de l'ONDAM persistants, mais une croissance des dépenses moindre depuis 2004

Le graphique 1 présente la réalisation de l'ensemble des dépenses dans le champ de l'ONDAM. Le premier constat qui peut être fait est que, hormis en 1997, l'objectif a toujours été dépassé, mais dans des proportions très variables selon les années. Néanmoins, l'augmentation des dépenses, qui avait été très forte au début des années 2000, s'est modérée à partir de 2004.

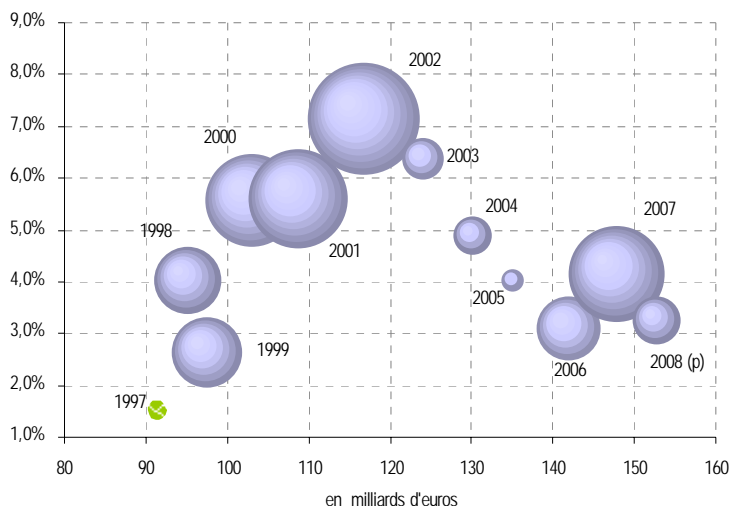
Le graphique qui suit met en évidence quatre périodes aux caractéristiques différentes :

- 1997-1999 : *une croissance modérée des dépenses mais des dépassements croissants*. L'augmentation des dépenses est inférieure à 4% et les dépassements observés en 1998 et en 1999 – c'est-à-dire les écarts entre réalisations et objectifs votés – demeurent en deçà de 1,5 Md€ ;
- 2000-2002 : *une dynamique de dépenses très forte et des dépassements importants*. Sur cet intervalle de temps, les exercices se caractérisent par des augmentations annuelles de dépenses comprises entre 5,6% et 7,1% et des dépassements de l'objectif situés entre 2,6 Md€ et 3,9 Md€ ;
- 2003-2005 : *une décélération marquée accompagnée de dépassements de faible ampleur*. La croissance des dépenses, qui était encore de 6,4% en 2003, est passée à 4,0% en 2005. Cet infléchissement s'est accompagné d'un faible dépassement de l'objectif (inférieur à 200 M€ en 2005).
- 2006-2008 : *une croissance qui reste modérée malgré des dépassements plus marqués*. En 2006 et en 2008, la progression des dépenses est légèrement supérieure à 3% et les dépassements sont proches de 1 Md€. L'année 2007 fait figure d'exception, avec un dépassement

considérable, de l'ordre de 3 Md€, et un certain rebond du taux de croissance des dépenses (4,2%), cette progression restant toutefois nettement inférieure à celles du début des années 2000. C'est la seule année qui a vu le déclenchement de la procédure d'alerte. Celle-ci a conduit à

prendre en juillet 2007 des mesures dont l'impact n'a certes pas été immédiat (leur mise en œuvre nécessitant des délais incompressibles) mais a contribué à la modération des dépenses l'année suivante.

Graphique 1 – Vue d'ensemble de l'ONDAM



**Note de lecture :** En abscisses figure le niveau de dépenses constaté (en milliards d'euros) et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille des bulles représente l'ampleur du dépassement (en bleu plein) ou de la sous-consommation (en vert strié). Ainsi, en 2007, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont atteint 147,8 Md€ compte tenu d'un dépassement de 2,9 Md€, soit un taux d'évolution à périmètre constant de 4,2%.

Source : DSS.

### Des dépassements imputables tantôt aux soins de ville tantôt aux établissements de santé

La maîtrise des dépenses par type de prestations a fortement fluctué au fil des années. Ainsi, les soins de ville ont connu une forte accélération pratiquement dès la mise en œuvre de l'objectif, avec un pic à +8% en 2002. La décélération amorcée en 2003 s'est poursuivie les années suivantes. S'agissant des établissements de santé, la croissance a été mesurée en début et en fin de période, avec un milieu de période (2002-2005) caractérisé par des taux de croissance supérieurs à 4% par an.

Les écarts aux objectifs votés sont également très variables selon les années. Les dépassements ont été essentiellement imputables aux soins de ville jusqu'en 2001 et depuis 2006 et aux établissements de santé entre 2003 et 2005, tandis que la charge était plus partagée en 2002<sup>1</sup>.

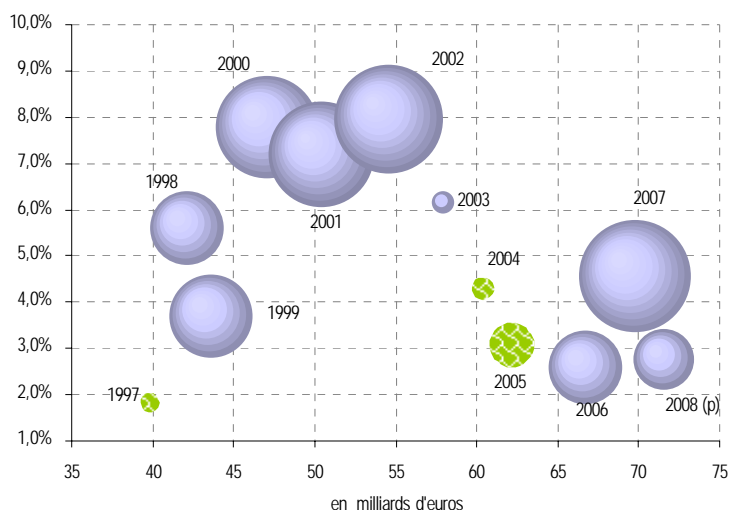
Lorsque ce sont les dépenses de soins de ville qui dérapent, les postes qui connaissent la progression la plus forte sont très souvent les prescriptions de produits de santé et d'arrêts de travail<sup>2</sup>. À titre d'exemple, l'important dépassement observé en 2007 s'explique principalement par un retournement de tendance des indemnités journalières, qui augmentent de 5,6% en 2007 (contre -0,6% en 2006), et par une augmentation du poste médicament de 4,2%, très supérieure aux objectifs assignés. Inversement, lorsque les soins de ville décélèrent fortement et ne font pas ou peu l'objet de dépassement (2003-2005), c'est en grande partie grâce à des mesures visant à contenir la progression de ces postes (plan médicament qui a rapporté 3,1 Md€ de 2005 à 2007, contrôle accru des indemnités journalières, etc.).

sensibles aux aléas liés aux dates de liquidation des feuilles de soins par l'assurance maladie.

<sup>2</sup> Si ces postes constituent les principaux éléments d'explication des écarts constatés, d'autres facteurs peuvent jouer quoique de façon moins récurrente (tels que les importantes revalorisations tarifaires décidées en 2002 en faveur des professionnels de santé, au-delà de ce qui avait été anticipé en LFSS).

<sup>1</sup> Depuis 2002, le suivi de l'ONDAM se fait en droits constatés et non plus en encaissements / décaissements. Les dépenses ne sont donc plus

Graphique 2 – Soins de ville



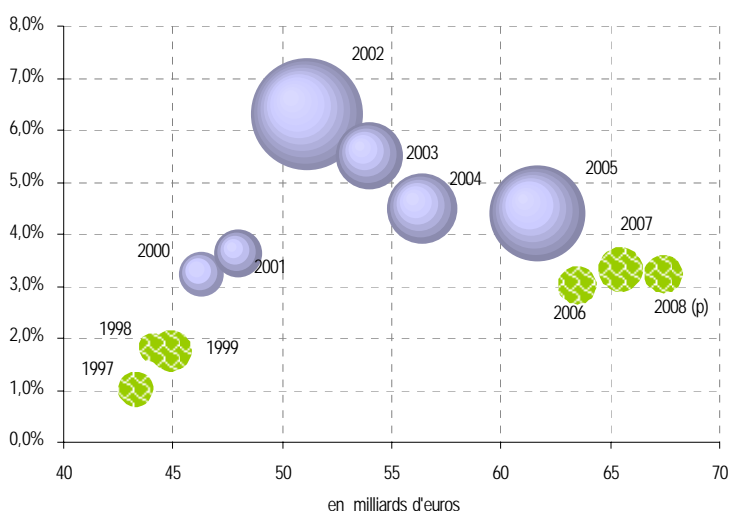
Note de lecture : En abscisses figure le niveau de dépenses constaté (en milliards d'euros) et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille des bulles représente l'ampleur du dépassement (en bleu plein) ou de la sous-consommation (en vert strié). Ainsi, en 2007, les dépenses de soins de ville ont atteint 69,7 Md€ compte tenu d'un dépassement de 3,1 Md€, soit un taux d'augmentation à périmètre constant de 4,5%.

Source : DSS.

Quant aux établissements de santé, le fort dépassement constaté en 2002 (de l'ordre de 1 Md€) s'expliquait en majeure partie par l'octroi d'une enveloppe de 300 M€ accordée en juillet 2002 pour faire face aux insuffisances de financement des hôpitaux et d'une enveloppe supplémentaire de 370 M€ afin de contribuer au financement de la réduction du temps de travail. L'autre dépassement

important, celui de 2005, est à relier, d'une part, à des dépenses insuffisamment provisionnées (revalorisation du point fonction publique, nouvelles mesures de santé publique, etc.) et, d'autre part, à une croissance plus conséquente qu'anticipé du volume d'activité (qui s'est établie à 3% environ).

Graphique 3 – Établissements de santé



Note de lecture : En abscisses figure le niveau de dépenses constaté (en milliards d'euros) et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille des bulles représente l'ampleur du dépassement (en bleu plein) ou de la sous-consommation (en vert strié). Ainsi, en 2007, les dépenses afférentes aux établissements de santé ont atteint 65,5 Md€ compte tenu d'une sous-consommation de 0,2 Md€, soit un taux d'augmentation à périmètre constant de 3,3%.

Source : DSS.

Enfin, les objectifs relatifs aux établissements médico-sociaux ont été quasi

systématiquement sous-consommés jusqu'en 2005. Ceci s'explique largement par un effet

de « montée en charge » des mesures bénéficiant à ce secteur. Des plans pluriannuels de création ou de médicalisation de places se sont succédé au fil du temps. Les crédits correspondants sont intégrés à l'objectif pour permettre aux services déconcentrés d'attribuer les autorisations nécessaires sur le terrain, mais les dépenses se concrétisent avec un décalage inévitable. Depuis 2006, il s'agit d'une enveloppe prenant la forme d'une dotation de l'assurance maladie qui sert à financer l'objectif global de dépenses (OGD) géré par la CNSA. Au sein de l'ONDAM, elle ne peut donc plus, par construction, faire l'objet ni d'un dépassement ni d'une sous-exécution.

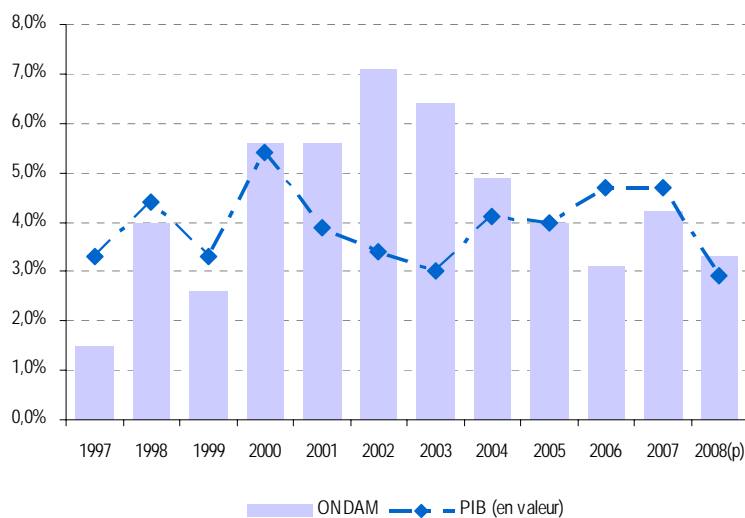
En termes de masses financières, l'importance des différents postes est restée relativement stable entre 1997 et 2008. En effet, les dépenses de soins de ville ont été plus dynamiques que celles des établissements de santé jusqu'en 2003, mais la tendance s'est inversée par la suite. Le médico-social connaît une croissance nettement plus élevée mais il représente en valeur absolue des montants moindres et influence donc peu la structure de

la dépense. Un léger déport au profit des soins de ville et du médico-social semble se dessiner, mais les modifications de périmètre opérées au fil du temps appellent à la prudence quant à l'interprétation de ces évolutions.

**LA MEILLEURE MAÎTRISE DE LA DÉPENSE  
ENGAGÉE NE S'EST PAS RÉVÉLÉE INCOMPATIBLE  
AVEC UN FINANCEMENT PUBLIC ÉLEVÉ ET DE BONS  
INDICATEURS D'ÉTAT DE SANTÉ**

Le début de la présente décennie avait été marqué par une croissance des dépenses très forte et nettement supérieure à celle du PIB. L'inflexion des dépenses a permis une inversion de cet écart à partir de 2005 (voir graphique 4). Ainsi, même en 2007, année de fort dépassement de l'objectif, la progression des dépenses dans le champ de l'ONDAM a été inférieure à celle du PIB et ce, pour la troisième année consécutive. Toutefois, la tendance semble de nouveau s'inverser en 2008 du fait du ralentissement économique.

Graphique 4 – Taux d'évolution comparés des dépenses réalisées dans le champ de l'ONDAM et du PIB

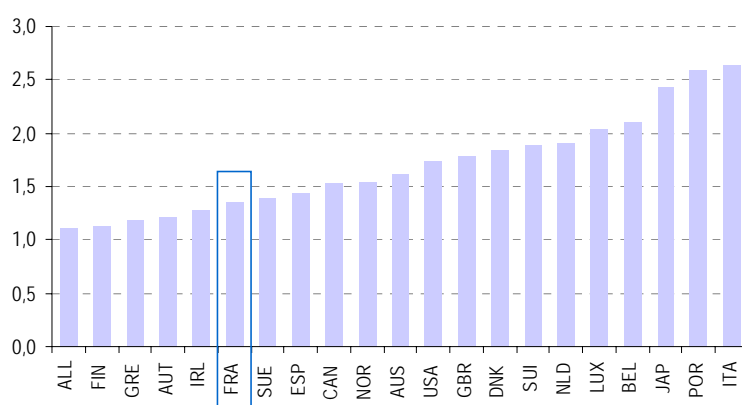


Source : INSEE, DSS.

Selon la théorie économique, corroborée par les constats empiriques, les dépenses de santé tendent à croître plus rapidement sur le long terme que la richesse nationale, traduisant une augmentation de la part des dépenses de santé dans la consommation au fur et à mesure que le revenu s'accroît. À court et moyen terme, l'existence d'importants gisements d'efficience dans le système de

soins est toutefois de nature à infléchir la tendance. En comparaison internationale, les pays connaissent des évolutions assez différentes : sur dix ans, la croissance des dépenses de santé rapportée à celle du PIB a été moins élevée en Allemagne et en France qu'aux États-Unis ou en Italie (voir graphique 5).

Graphique 5 – Rapport entre l'évolution des dépenses de santé et celle du PIB entre 1996 et 2006



Note de lecture : En France, les dépenses de santé ont crû 1,4 fois plus vite que le PIB entre 1996 et 2006. À titre de comparaison, ce rapport est de 1,1 pour l'Allemagne, 1,7 pour les États-Unis et 2,6 pour l'Italie.

Note : Données 1996 à 2004 pour les Pays-Bas.

Source : OCDE, calculs DSS.

Par ailleurs, un niveau élevé et une croissance non maîtrisée des dépenses de santé ne sont pas nécessairement une garantie d'amélioration de l'état de santé de la population. En effet, pour les pays ayant déjà atteint un niveau élevé de dépense par habitant, la corrélation entre ce niveau de dépense et les indicateurs sanitaires globaux est très faible, comme le montrent les données de l'OCDE :

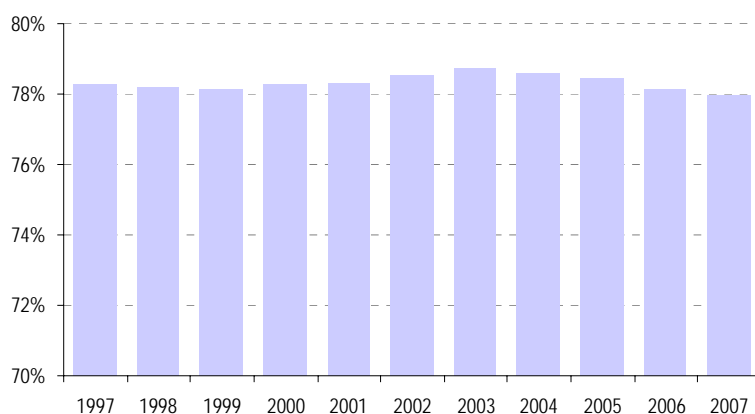
- au Danemark et en Suède, le niveau de dépense de santé par habitant est comparable, mais la Suède a une espérance de vie de 2 ans supérieure à celle du Danemark ;
- alors que la Norvège et la Suède ont un niveau d'espérance de vie à peu près

similaire, la Norvège dépense près de 2 000 \$ par an et par habitant de plus que la Suède ;

- à niveau de dépense par habitant trois fois supérieur à celui du Japon, les États-Unis affichent une espérance de vie à la naissance inférieure de 4 ans à ce pays.

Enfin, le niveau de la prise en charge publique des dépenses de santé – c'est-à-dire la couverture assurée par les régimes obligatoires d'assurance maladie et, pour une part plus modeste, par l'État, le fonds de financement de la CMU et les collectivités locales – a peu varié autour de 78% au cours des dix dernières années (voir graphique 6).

Graphique 6 – Part de la consommation de biens et services médicaux prise en charge par les APU\*



\* Administrations publiques (État, organismes divers d'administration centrale, hôpitaux et collectivités territoriales).

Source : DREES, comptes de la santé.

Des mesures telles que la participation forfaitaire de 1 euro et l'augmentation de son plafond journalier, la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours

de soins, le forfait de 18 euros pour les actes médicaux de plus de 91 euros et, depuis 2008, les franchises médicales ont contribué à réduire la part de la collectivité dans les

dépenses de soins de ville, mais celle-ci a continué d'augmenter tendanciellement du fait de la part croissante des dépenses relatives aux assurés pris en charge à 100% au titre des affections de longue durée (ALD)<sup>3</sup>. Ces évolutions traduisent cependant une polarisation progressive des dépenses sur les prises en charge à 100% et un moindre niveau de couverture pour le reste des prestations.

\* \* \*

Par la mise en place de l'ONDAM, la France a souhaité se doter d'un outil de régulation. Son efficacité s'est fortement relâchée au début des années 2000. Le dispositif a été renforcé à partir de 2004, à travers deux mécanismes : d'une part, la mise en place de la procédure d'alerte et, d'autre part, l'introduction dans les lois de financement de la Sécurité sociale de projections quadriennales du solde de la branche maladie (comme de ceux des autres branches). Cette approche pluriannuelle comporte également une présentation de l'évolution cible de l'ONDAM sur toute la période (annexe B aux LFSS), cohérente avec les soldes visés pour la branche maladie.

Les projections quadriennales n'ont toutefois pas pleinement joué leur rôle et leur apport à la fixation d'objectifs soutenables peut être renforcé. En particulier, les cibles de dépenses fixées n'ont pas de caractère contraignant et l'effort nécessaire pour les atteindre n'est pas explicite. De surcroît, elles étaient initialement peu réalistes et révisées d'une année à l'autre sans explication.

Les deux premières années de ce dispositif ont ainsi été marquées par la fixation d'ONDAM

très volontaristes (correspondant à des évolutions de +2,5% pour 2006 et +2,6% pour 2007) et par la présentation, dans le cadre des projections quadriennales des LFSS pour 2006 et pour 2007, d'hypothèses d'ONDAM encore plus basses pour les trois années suivantes (entre +2,2% et +2,5% par an en valeur). Cette option s'est traduite par des dépassements plus importants sur la période 2005-2007 et s'est heurtée au déclenchement de l'alerte en 2007.

Les hypothèses retenues pour 2008 et 2009 paraissent plus réalistes. L'ONDAM pour 2008 correspondait à une augmentation de +2,8% (+3,4% hors effet des franchises) et l'ONDAM pour 2009 à une croissance de +3,3%. Dans le même temps, les hypothèses pluriannuelles retenues pour les exercices suivants sont désormais du même ordre.

Si les moyens d'atteindre ces objectifs ne sont explicités que pour l'année à venir, l'encadrement ainsi mis en place incite à l'arbitrage d'un ONDAM plus réaliste. En effet, un ONDAM trop élevé conduirait à afficher des perspectives financières non soutenables pour l'assurance maladie ; à l'inverse, un ONDAM artificiellement bas, sans réelles mesures d'économies sous-jacentes, exposerait au déclenchement de l'alerte.

L'expérience des dernières années a montré qu'une croissance annuelle de l'ONDAM de l'ordre de 3% à 3,5% n'était pas hors de portée et rendait possible, en période de conjoncture économique normale, un redressement progressif des comptes de la branche maladie.

---

<sup>3</sup> La part des dépenses relatives aux assurés pris en charge à 100% au titre des affections de longue durée (ALD) dans le total des dépenses de l'assurance maladie est passée de 44,1% en 2002 à 56,2% en 2007.