



LA LETTRE PLFSS 2026

LE POINT SUR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2026

LETTRE #1



FHF

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE



INTRODUCTION

Cette 1^{ère} lettre retrace les chiffres clés des **ONDAM 2025 et 2026** et présente les articles du PLFSS proposé par le gouvernement pour 2026, les plus emblématiques pour les **établissements de santé et les établissements pour personnes âgées et handicapées**. Cette lettre détaille également les priorités et propositions de la FHF dans un **contexte de fortes tensions sur les finances publiques et d'économies** demandées par le gouvernement afin de limiter le déficit public. En particulier, le **PLFSS prévoit une progression de l'ONDAM de 1,6 %**, alors que son évolution spontanée est estimée à 3,4 %, et de l'ONDAM ES de 2,1 %.

Les points suivants seront abordés dans la lettre du PLFSS 2026 :

1. LES CHIFFRES CLÉS DE L'ONDAM 2025 ET 2026
2. LES PRINCIPALES MESURES DU PLFSS 2026 INITIAL
3. LES PRIORITÉS ET PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS DE LA FHF POUR LE PLFSS 2026

Le **PLF** et le **PLFSS 2026** ont été présentés le **14 octobre 2025** en Conseil des ministres et sont accompagnés d'un projet de loi de lutte contre les fraudes sociales et fiscales.

Le contexte politique est susceptible de faire fortement évoluer le texte initial proposé par le Gouvernement pour aboutir à des compromis.

L'enjeu pour la FHF et les établissements publics est de disposer d'un budget 2026 voté avant le 31 décembre 2025, la campagne budgétaire et tarifaire devant produire des effets dès le 1^{er} janvier 2026 avec publication des tarifs et détermination des différentes enveloppes de financement par dotation. La campagne budgétaire et tarifaire se déroule donc cette année en même temps que l'examen du PLFSS.

Le Premier ministre s'est engagé à ne pas utiliser l'article 49 alinéa 3 permettant l'adoption d'un texte sans vote. Il a également annoncé **la suspension de la réforme des retraites de 2023** jusqu'à l'élection présidentielle de 2027, la condition étant qu'il n'y ait pas d'aggravation du déficit public.

Selon l'article 1, qui rectifie les tableaux d'équilibre pour l'année 2025, le **niveau de déficit** atteint par l'ensemble des branches de la Sécurité sociale s'élèverait à **23 Md€ en 2025** après avoir atteint 15,3 Md€ en 2024. La branche maladie est la plus déficitaire (-13,8 Md€ en 2024 et -17,2 Md€ prévus en 2025). Le **niveau de déficit** prévu en 2026 est de **-17,5 Md€**.

| Principales informations financières

ONDAM 2025

Article 2

L'ONDAM 2025 est inchangé par rapport à celui inscrit dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025 (LFSS 2025) et reste fixé à **265,9 Md€**. En revanche, ses **sous-objectifs sont rectifiés** (l'ONDAM de ville est abondé de **700 M€** par ponction sur les autres sous-objectifs).

ONDAM 2026

Article 49

L'ONDAM pour 2026 est fixé à **270,4 Md€**, soit une évolution de **+1,6 %**. Le **taux d'évolution de l'ONDAM Etablissements de santé** est de **+2,1 %** mais après neutralisation de la nouvelle augmentation des cotisations CNRACL, l'évolution nette n'est que de **1,6%**.

FMIS

L'article 3 rectifie la contribution de l'assurance maladie au FMIS pour 2025. Celle-ci diminue de **60 M€** par rapport à son niveau initial 2025 pour atteindre 463 M€, à la suite de la parution de l'avis du comité d'alerte de l'ONDAM.

L'article 46 fixe notamment le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMIS (fonds pour la modernisation et l'investissement en santé) pour l'année 2026 à **401 M€**.

LES CHIFFRES CLÉS DE L'ONDAM 2025 ET 2026

1.1 ONDAM 2025 : UN MONTANT GLOBAL INCHANGÉ MAIS UNE RECTIFICATION DES SOUS-OBJECTIFS

L'article 2 ne modifie pas le montant initial de l'ONDAM pour l'année 2025 à **265,9 Md€** mais effectue des **transferts entre les différents sous-objectifs**. Ces mouvements de crédits tiennent compte de l'avis du Comité d'alerte de juin 2025 et des risques identifiés de fort dépassement de l'ONDAM de ville.

Il est ainsi opéré un abondement de 700 M€ vers l'enveloppe de ville. Le montant de l'ONDAM global étant inchangé, un tel abondement n'est possible qu'en ponctionnant les autres sous-objectifs. L'ONDAM Établissements de santé est ainsi ponctionné de la sous-exécution de l'enveloppe Liste en Sus (molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables en sus des GHS), estimé à 150 M€.

Sous objectifs, en Md€	Objectifs de dépenses initiale LFSS 2025	Objectifs de dépenses 2025 corrigé PLFSS 2026
Dépenses de soins de ville	113,2	113,9
Dépenses relatives aux établissements de santé	109,6	109,5
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	17,6	17,4
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes en situation de handicap	15,7	15,6
Dépenses relatives au FIR (Fonds d'intervention régional) et soutien national à l'investissement	6,3	6,1
Autres prises en charge	3,4	3,3
TOTAL	265,9	265,9

1.2 ONDAM 2026 : PÉRIMÈTRE ET CONSTRUCTION DE L'ONDAM 2026

Le taux d'évolution de l'ONDAM 2026 est de +1,6 % par rapport à 2025.

Le taux d'évolution de l'ONDAM Établissements de santé est affiché à +2,1 %. Toutefois, il intègre une augmentation de 3 points de cotisations CNRACL correspondant à 0,55 %, ce qui fait une augmentation nette de +1,6 %. L'ONDAM de ville évolue facialement de +0,9 %. Toutefois, comme détaillé plus haut, le PLFSS 2026 corrige l'ONDAM initial 2025 et notamment sa ventilation entre les différents sous-objectifs, en abondant l'ONDAM de ville de 700 M€ par ponction sur les autres sous-objectifs, l'ONDAM global 2025 restant inchangé. **Si on compare les sous-objectifs 2026 à leur niveau initial 2025, on constate en fait que les sous-objectifs de ville et établissement de santé 2026 progressent tous deux de 1,5 % (hors CNRACL pour les ES).**

L'objectif global de dépenses des ESMS progresse de 3,6 %, avec un taux d'évolution de 2,6 % pour la sous-enveloppe « ESMS personnes en situation de handicap » et de 4,6 % pour la sous-enveloppe « personnes âgées ». La progression faciale sur le champ personnes âgées intègre en réalité les impacts financiers de l'expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance des EHPAD (dont un effet de périmètre de 270 M€ sur les dépenses, compensé par une reprise de recettes sur les départements). À périmètre constant la sous-enveloppe personnes âgées ne progresse en réalité que de 2,4 %.

Cette progression intègre également des crédits destinés à compenser partiellement l'impact de la hausse des cotisations CNRACL pour les ESMS publics.

Sous objectifs, en M€	ONDAM 2025 initial LFSS 2025	ONDAM 2025 corrigé PLFSS 2025 (champ 2025)	ONDAM 2025 corrigé PLFSS 2026 (champ 2026)	ONDAM 2026 PLFSS 2026	Taux d'évolution ONDAM 2026/ONDAM 2025 initial	Taux d'évolution ONDAM 2026/ONDAM 2025 corrigé
Dépenses de soins de ville	113,2	113,9	113,8	114,9	1,5 %	0,9 %
Dépenses relatives aux établissements de santé (dont CNRACL pour 0,55%)	109,6	109,5	109,2	11,8	2,0 % 1,5 % hors augmentation des cotisations CNRACL	2,1 % 1,6 % hors augmentation des cotisations CNRACL
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	17,6	17,4	17,7	18,2	3,4 %	4,6 % 2,4 % hors EAP expérimentation fusion
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes en situation de handicap	15,7	15,6	15,6	16	1,9 %	2,6 %
Dépenses relatives au FIR (Fonds d'intervention régional) et soutien national à l'investissement	6,3	6,1	6,6	6,2	-1,6 %	1,6 %
Autres prises en charge	3,4	3,3	3,2	3,3	-2,9 %	+0,0 %
TOTAL	165,9	265,9	266,2	270,4	1,69 %	1,6 %

Le taux d'évolution de l'ONDAM étant un des plus bas de ces quinze dernières années, la FHF s'est fortement mobilisée afin que soit réévalué le montant attribué au sous-objectif établissement de santé à hauteur de +3% d'évolution a minima, afin d'éviter des baisses tarifaires et des limitations trop drastiques de financements par dotations. La progression de l'ONDAM prévue par le PLFSS est en effet fortement en deçà de son évolution spontanée estimée à 3,4 % en 2026 (contre 2,8 % en 2025). Il intègre de nombreuses mesures d'économies pour un montant de 7,1 Md€ dont 3,7 Md€ provenant mesures tarifaires et de régulation et 3,4 Md€ correspondant notamment à des transferts vers les AMC et les assurés.

La mobilisation de la FHF s'est traduite par l'annonce d'un abondement de 1 Md€ de l'ONDAM dont 850 M€ pour l'ONDAM ES. Si cet arbitrage gouvernemental se confirme, l'ONDAM ES atteindrait 112,7 M€, soit une progression de 2,9 % de l'ONDAM 2026 par rapport à la LFSS 2025 corrigée. Soit un niveau proche de la demande de la FHF présentée dans la proposition d'amendement ci-dessous.

La FHF poursuit sa mobilisation notamment sur le volet Autonomie puisque sa demande de relèvement de l'OGD médico-social n'a pas été prise en compte par l'amendement gouvernemental de relèvement de l'ONDAM (cf. [communiqué de presse FHF du 13/11](#)).

PROPOSITIONS D'AMENDEMENT FHF

ONDAM 2026

Article 49 : la FHF demande une augmentation de l'ONDAM 2026 pour assurer la soutenabilité budgétaire des établissements sanitaires et médico-sociaux publics.

- Dépenses relatives aux établissements de santé : 112,9 Md€ au lieu de 111,8 Md€
- Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées : 18,7 Md€ au lieu de 18,2 Md€
- Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes en situation de handicap : 16,1 Md€ au lieu de 16 Md€

POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

En 2026, elle demande un niveau d'ONDAM permettant de garantir que les tarifs ne baisseront pas afin de poursuivre un soutien spécifique de certaines activités (réanimation, pédiatrie, médecine avec nuitées...) et de continuer à accompagner les activités de recherche et d'innovation ainsi que la psychiatrie publique.

La FHF estime qu'une évolution de 3% par rapport à l'ONDAM initial de 2025 est le niveau d'équilibre permettant une stabilité des tarifs, soit 1,1 Md€ supplémentaire par rapport au niveau prévisionnel actuel de l'ONDAM ES 2026. La FHF demande ainsi que l'ONDAM ES pour 2026 soit relevé à 112,9 Md€ (contre 111,8 Md€ actuellement).

S'AGISSANT DE LA BRANCHE AUTONOMIE

Établissements et services pour personnes âgées : la FHF considère qu'un relèvement de l'objectif de 500 M€ est nécessaire pour assurer le financement des objectifs affichés par les pouvoirs publics (création d'emplois dans les EHPAD, plan de création de solutions nouvelles dans le secteur handicap, création de PASA, places de SSIAD, Centres de ressources territoriaux dans le secteur personnes âgées...).

Par ailleurs, la non reconduction du fonds de soutien exceptionnel aux ESMS en difficulté (300 M€ en 2025) menace l'existence de nombreux ESMS, alors qu'il est nécessaire de poursuivre le soutien qui leur avait été accordé les années précédentes dans l'attente d'une réforme en profondeur du modèle économique.

Établissements et services pour personnes en situation de handicap : la FHF considère qu'un relèvement de l'objectif de **100 M€** est nécessaire.

1.3 LE SOUS-OBJECTIF DE L'ONDAM 2026 RELATIFS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Le taux d'évolution de l'ONDAM Établissements de santé initialement proposé par le gouvernement est facialement de 2,1% et de 1,6 % net de l'augmentation des cotisations CNRACL.

Toutefois, la DGOS signale que des mouvements de périmètre minorent l'évolution faciale de l'ONDAM ES, qui serait en réalité de 2,4 % et de 1,8 % net de l'augmentation des cotisations CNRACL.

En effet, le Ministère de la Santé a obtenu la **sanctuarisation, au sein de l'ONDAM, des crédits des anciens plans nationaux de soutien à l'investissement** (notamment les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012) qui arrivaient à échéance à compter de 2023, ces crédits étant contractualisés pour une durée de 20 ans. **La FHF s'était mobilisée depuis 2019 pour obtenir le maintien de ces crédits (de l'ordre de 800 M€ annuels) afin de ne pas réduire le soutien financier à l'investissement hospitalier public.** Le ministère de la santé a pu obtenir l'arbitrage du maintien de ces crédits pour les hôpitaux (80 % jusqu'en 2030, 100 % à partir de 2031).

Toutefois, ces crédits d'aide à l'investissement sous forme de subvention d'exploitation ont été, à la demande de la FHF, transformés en aide en capital et transférés, pour la part relative aux crédits arrivés à échéance depuis 2023, de l'ONDAM Etablissements de santé vers le FMIS, à hauteur de 300 M€. Ces fonds feront l'objet d'une nouvelle procédure de contractualisation avec les établissements ayant des projets d'investissement.

Ce transfert de 300 M€ de l'ONDAM ES vers le FMIS explique la différence entre le taux facialement affiché dans le PLFSS (+2,1% et 1,6% hors CNRACL) et celui affiché en campagne par la DGOS (2,4% et 1,8% hors CNRACL).

Le FIR est ainsi abondé de 300 M€ provenant de l'ODAM ES et intègre en 2026 le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) pour 125 M€ (auparavant dans le 6ème sous-objectif, autres prises en charge). Le financement des parcours coordonnés renforcés, auparavant pris en charge dans le sous-objectif soins de ville, est aussi intégré pour 13 M€.

La décomposition de l'évolution de l'ONDAM ES est la suivante :

Évolution tendancielle des charges (y compris 300 M€ de subvention d'exploitation de soutien à l'investissement transféré en FMIS)	3,4 Md€	+3,1 %
Priorités du gouvernement en matière de santé et d'accès aux soins via des mesures nouvelles ciblées	0,4 Md€	+ 0,4 %
Mesures d'efficience (dont 0,5 Md€ de transfert de dépenses de l'AMO vers les AMC, 0,7 Md€ d'économies portées par les ES et 0,6 Md€ au titre de la LES)	-1,8 Md€	-1,7 %
Sous-total évolution ONDAM ES hors augmentation CNRACL	2 Md€	+1,8 %
Financement de l'augmentation du taux de cotisation employeurs pour la CNRACL	0,6 Md€	+0,6 %

Les hypothèses liées à l'évolution de 3,4 Md€ de l'évolution tendancielle des charges sont :

- L'évolution du coût du glissement vieillesse technicité (GVT) à +0,9 %,
- L'évolution de l'inflation de +1,1 %,
- La progression des charges liées à la croissance de l'activité hospitalière en volume économique (+2,5 % pour le champ MCO et +3,0 % pour le champ SMR et +1,8 % pour les dépenses de psychiatrie) en lien avec la dynamique d'activité connue en 2025,
- Cette évolution comprend également la progression des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus.

Les mesures nouvelles représentent 0,4 Md€ et se décomposent de la manière suivante :

Ressources humaines : accompagner l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine et poursuivre les mesures prises en 2025 visant à améliorer l'attractivité des carrières hospitalières.	126 M€
Renforcement des soins critiques : accompagner la réforme des autorisations	40 M€
Plans et mesures de santé publique : accompagnement des priorités du gouvernement en matière de santé publique et d'accès aux soins (y compris psychiatrie et santé mentale)	220 M€
TOTAL	386 M€

1.4 LES SOUS-OBJECTIFS DE L'ONDAM 2026 RELATIFS AUX ESMS POUR PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Les dépenses prévisionnelles de la branche autonomie en 2025 seraient de **42,4 Md€**, en progression de **2,4 Md€ par rapport à 2024**, soit une hausse de **6 %**.

L'objectif global de dépenses (OGD) au titre du financement des ESMS progresse également de 6 % pour atteindre un montant de **33,7 Md€** (+1,6 Md€ pour PA et + 0,5Md€ pour PH) en 2025.

1 | Les évolutions de périmètre au sein des sous-objectifs aux ESMS

Les dépenses associées aux établissements et services médicaux sociaux ont connu une évolution de 330 M€ via différents transferts. Ils portent principalement sur :

- L'effet année pleine de la mise en œuvre de l'expérimentation de la réforme de la tarification des EHPAD et des USLD pour 286 M€ : 270 M€ pour l'objectif ESMS personnes âgées et 16 M€ pour l'objectif établissements de santé.
- L'élargissement du périmètre des établissements et services pour personnes en situation de handicap aux instituts nationaux de jeunes sourds (INJS) et l'institut national des jeunes aveugles (INJA) : pour 42 M€.

De plus, un transfert de 50 M€ est réalisé de l'enveloppe soins de ville vers l'objectif ESMS personnes âgées pour financer comme chaque année le passage au tarif global des EHPAD en tarif partiel.

2 | Mesures associées aux ESMS

Les dépenses des ESMS, portées par l'objectif global de dépenses (OGD), regroupent les sous-objectifs dédiés au financement des structures accueillant les personnes âgées (OGD ESMS PA) et les personnes en situation de handicap (OGD ESMS PH) de l'ONDAM. Il serait fixé à 34,2 Md€ en 2026, en progression de + 3,6 % (et de +2,4 % à périmètre constant)

L'augmentation de l'OGD, plus rapide que celle de l'ONDAM global intègre la compensation de 3 points de cotisations CNRACL (0,11 Md€) et la poursuite du financement du surcoût de l'expérimentation relative à la fusion des sections soin et dépendance, entrée en vigueur au 1er juillet 2025.

L'OGD progresserait spontanément de +0,9 % (+0,3 Md€) sous l'effet du GVT (+ 0,9 %, soit + 0,2 Md€) et de la compensation des effets de l'inflation sur les charges non salariales (+ 1,1 %, soit + 0,1 Md€). Cela représente un taux de reconduction de 0,92 % pour le secteur PA (160 M€) et de 0,95 % (147 M€) pour le secteur PH :

ACTUALISATION : prise en compte GVT (0,9%) et inflation (1,1%)	GVT	Inflation	Total
Objectif ESMS PA (taux global de reconduction de 0,92 %)	139 M€	21 M€	160 M€
Objectif ESMS PH (taux global de reconduction de 0,95 %)	105 M€	42 M€	147 M€
TOTAL	244 M€	63 M€	307 M€

Enfin, l'OGD porte des mesures d'efficience pour -0,1 Md€ sur les achats des établissements médico-sociaux, la non-reconduction du fonds d'urgence en soutien aux EHPAD pour -0,3 Md€ étant comptabilisé en mesure nouvelle négative.

Dans le secteur PA (objectif de dépenses fixé à 18,2 Md€ pour 2026), les mesures nouvelles représentent moins de 500 M€. La progression de l'OGD est principalement portée par le financement de l'amélioration du taux d'encadrement en EHPAD (plan de création de 50 000 postes en EHPAD) avec une « tranche » 2026 de 4 500 postes.

Mesures nouvelles sur le champ personnes âgées	
Amélioration du taux d'encadrement en EHPAD (+ 4500 postes)	250 M€
Expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance	110 M€
Compensation de l'augmentation du taux de cotisation CNRACL	100 M€
Stratégie MND	9 M€

L'OGD 2026 permet aussi de financer la stratégie de soutien aux aidants par le développement de solutions de répit et les mesures de la stratégie relative aux maladies neurodégénératives présentée en octobre 2025.

Dans le secteur PH (objectif de dépenses fixé à 16,0 Md€ pour 2026), les mesures nouvelles représentent moins de 400 M€ et sont principalement constituées des crédits alloués pour créer des solutions nouvelles d'accompagnement (mise en œuvre des engagements de la CNH 2023).

Mesures nouvelles sur le champ personnes en situation de handicap	
Solutions d'accompagnement nouvelles (CNH)	250 M€
Compensation de l'augmentation du taux de cotisation CNRACL	14 M€

LES PRINCIPALES MESURES DU PLFSS POUR 2026

Les mesures principales relatives aux établissements de santé, établissements médico-sociaux et au système général de santé sont décrites ci-dessous. Les informations sont issues du PLFSS 2026 enregistré à l'Assemblée nationale le 14 octobre 2025 ou du [dossier de presse relatif au PLFSS 2026](#). Elles ont été mises à jour, si nécessaire, suite à la publication de la lettre rectificative du PLFSS 2026 du 23 octobre 2025 (Cf. PLFSS 2026 rectifié).

Elles ne reprennent pas les évolutions du texte issues de son examen par l'Assemblée Nationale qui feront l'objet d'une seconde lettre du PLFSS.

2.1 LES ARTICLES LÉGISLATIFS CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Article 22 - Mesures de simplification et de sécurisation concernant la facturation des établissements de santé

Cet article porte un ensemble de mesures ayant notamment pour objectif d'améliorer l'efficacité des processus de facturation et de recouvrement des recettes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire en accélérant la dématérialisation des échanges entre les Établissements de Santé, l'AMO et les complémentaires. Il pose le premier jalon de la suppression de FIDES Séjour, en faisant sortir le dispositif du cadre législatif, charge au ministère de la santé de définir, par voie réglementaire, la typologie des activités concernés par FIDES.

Article 23 - Report du financement de la protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique hospitalière

La date du 1^{er} janvier 2026 est remplacée par la date du 1^{er} janvier 2028

PROPOSITIONS D'AMENDEMENT FHF

Évaluer les coûts liés à la mesure de Protection Sociale Complémentaire (PSC) dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH).

La protection sociale complémentaire dans la fonction publique est reportée au 1^{er} janvier 2028. Le dimensionnement de la **participation des employeurs hospitaliers à la protection sociale complémentaire** nécessite une évaluation prévisionnelle précise des coûts et des engagements fermes des pouvoirs publics afin que cet investissement soit intégralement compensé dès le 1^{er} janvier 2028.

Article 27 - Renforcer les leviers d'incitation à l'efficience des financements, la pertinence et la qualité et la sécurité des soins des établissements de santé

La FHF se mobilise depuis plusieurs années pour la mise en œuvre de dispositifs d'incitation à la pertinence des soins et des actes. L'article 27 du PLFSS instaure un dispositif d'incitation collective à la pertinence des soins, que la FHF appelle de ses vœux depuis plusieurs années. Ce dispositif, fondé à la fois sur des objectifs partagés entre acteurs de santé à l'échelle territoriale, ce qui est une nouveauté en matière de pertinence des actes, et sur un accompagnement dédié pour les établissements présentant les plus forts écarts de pratiques, constitue une avancée majeure.

L'article 27 répond ainsi à cette demande en proposant de remplacer les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins par un **mécanisme global d'incitation à l'efficience et à la pertinence, avec la définition de priorités nationales**. Il est ainsi prévu un dispositif collectif d'intéressement à l'atteinte d'objectifs partagés ainsi qu'un dispositif individuel d'accompagnement pour les acteurs connaissant les écarts aux pratiques les plus importants sera mis en place, avec incitation ou pénalité financière en fonction de leurs résultats.

La FHF soutient la mise en place de ce dispositif car il est aujourd'hui essentiel de faire de la pertinence des soins un levier d'engagement de l'ensemble des acteurs de santé au service du patient. Améliorer la pertinence des soins, c'est éviter les actes inutiles ou redondants, renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge, mieux orienter les ressources vers les besoins de santé et garantir la soutenabilité du système. La FHF sera attentive à ce qu'une méthodologie et les modalités de mise en œuvre soient précisée afin que ce dispositif devienne un véritable levier d'amélioration au service du patient.

Article 32 - Lutter contre le gaspillage des produits de santé

À titre expérimental, à compter d'une date fixée par décret, la collecte et la nouvelle dispensation de certains médicaments non utilisés en établissement de santé sont autorisées dans certaines conditions, dans le respect de règles strictes de traçabilité et de sécurité. Le rôle des Pharmacies à usage intérieur des établissements de santé est ainsi précisé.

Il est aussi proposé d'autoriser des cessions à titre gratuit à partir du stock sanitaire d'État, hors situation de crise, à des entités publiques, notamment les établissements de santé.

PROPOSITIONS D'AMENDEMENT FHF

Renforcer l'action des PUI (pharmacies à usage intérieur) en faveur de la transition écologique et de la lutte contre le gaspillage des produits de santé

Cet amendement vise à renforcer l'action des PUI en matière de réduction de l'impact environnemental, en précisant que cela fait partie de ces missions propres. Il vient aussi préciser la rédaction de l'article 32 afin de permettre aux établissements de santé de dispenser les conditionnements entamés de médicaments aux patients pour assurer la continuité de leurs traitements après hospitalisation.

2.2 LES PRINCIPAUX ARTICLES CONCERNANT LA MAÎTRISE DES DÉPENSES

Article 7 - Mettre en place une contribution des organismes complémentaires au titre de l'année 2026

En 2025, les organismes complémentaires ont augmenté les cotisations de l'ordre de 6 %, en partie en raison de l'anticipation d'une hausse du ticket modérateur des actes médicaux et des médicaments, annoncée par le Gouvernement, qui n'a pas été mis en œuvre. L'objectif de cet article est donc de mettre en place, à la charge des organismes complémentaires une taxe pour l'année 2026, au taux de 2,05 %, dont le rendement est estimé à 1 Md€. **Suite à la publication de la lettre rectificative du PLFSS 2026, le taux de contribution à la charge des organismes complémentaires a été fixé à 2,25 %.**

Article 18 - Élargir le champ des participations forfaitaires et franchises

En 2024, le Gouvernement a doublé les montants des participations forfaitaires et des franchises médicales. La mesure proposée consiste élargir le champ de la participation forfaitaire en l'appliquant aux actes et consultations effectués par les chirurgiens-dentistes, ainsi qu'à certains dispositifs médicaux. Il s'agit aussi de permettre le paiement des participations forfaitaires et franchises directement auprès de certains professionnels de santé. Les assurés actuellement exonérés continueront de l'être.

Article 24 - Mesures contre les rentes dans le système de santé

L'article 24 du PLFSS vise à corriger une lacune du dispositif de réforme du financement des activités de radiothérapie, qui incluait les établissements de santé sans y intégrer les médecins libéraux pourtant associés aux travaux et volontaires pour y participer. Il prévoit également la révision des honoraires des néphrologues libéraux afin de les inclure dans la réforme du financement de la dialyse. Cet article s'inscrit dans une logique plus large de maîtrise des dépenses publiques et de réduction des niches de sur-lucrativité mises en évidence par la Cour des comptes et la CNAM.

La FHF soutient pleinement cette disposition, considérant qu'il est indispensable que la réforme du financement s'applique à l'ensemble des acteurs, notamment aux libéraux, dont certaines activités génèrent des marges importantes sur fonds publics. Elle attend de cette mesure qu'elle rétablisse l'équité entre secteurs, les hôpitaux publics étant dans une situation très différente des structures privées lucratives à exercice libérale, les activités hospitalières bien financées permettant de (très partiellement) compenser les activités en situation de sous-financement chronique. La FHF sera donc particulièrement vigilante quant à la mise en œuvre effective de cet objectif de convergence.

Si l'article 24 concerne avant tout le secteur de la radiothérapie et de la dialyse, l'annexe 9 du PLFSS précise en effet que d'autres secteurs (comme l'imagerie et la biologie) connaissent une « rentabilité manifestement excessive ».

Afin de faciliter les travaux associés à la négociation des tarifs, notamment avec la ville, **l'article 24 donne la possibilité au gouvernement « d'habiliter le directeur général de l'UNCAM (union nationale des caisses d'assurance maladie), à défaut de conclusion d'un avenant conventionnel en ce sens, à procéder à des baisses de tarifs, lorsqu'est documentée une rentabilité manifestement excessive au sein d'un secteur financé par des rémunérations négociées dans le champ conventionnel »**. Cette possibilité complètera celle du gouvernement de baisser les tarifs hospitaliers par arrêté lorsque la rentabilité excessive d'une activité est étayée par les études de coûts réalisées par l'ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation).

Ainsi, les modalités de fixation des tarifs des forfaits techniques en imagerie médicale seront désormais définies par l'UNCAM sur la base des études nationales de coût des charges du secteur. Par ailleurs, les paliers financiers sont fixés par le texte : une première étape de convergence aura lieu à partir du 15 janvier 2026 sur les tarifs de radiothérapie (économies espérées de 100 M€) et du 15 mars 2026 pour les tarifs de dialyse (économies espérées de 20 M€).

Au total, **selon le dossier de presse, les mesures de régulation des secteurs à forte rentabilité représentent une réduction des dépenses de près de 350 M€ en 2026, tous secteurs confondus.**

Article 25 - Réguler les dépenses dans le secteur des soins dentaires

Cet article propose d'étendre l'application de l'art. 41 de la LFSS 2025 encadrant certaines dépenses d'assurance maladie relatives à l'imagerie, de la biologie et des transports sanitaires aux chirurgiens-dentistes.

Article 26 - Maitriser les dépassements d'honoraires en renforçant l'incitation des professionnels à exercer une activité conventionnée

Il s'agit de renforcer l'incitation des professionnels à exercer une activité conventionnée en assujettissant les revenus liés à l'activité non-conventionnée à une sur-cotisation et en permettant de réévaluer son montant par voie réglementaire.

Articles 28 & 29 - Arrêts de travail

Deux mesures sont proposées pour réduire les indemnités journalières : l'article 28 a notamment pour objectif de limiter la durée de prescription des arrêts de travail pour maladie et l'article 29 de limiter la durée d'indemnisation des arrêts de travail des assurés ne relevant pas du dispositif de l'affection longue durée.

2.3 LES ARTICLES QUI CONCERNENT LE MÉDICO-SOCIAL

Article 36 - Réforme de la tarification des ESMS handicap accompagnant des enfants

Le PLFSS 2026 prévoit la mise en œuvre de la réforme du financement SERAFIN PH à partir de 2027. Cette réforme du financement sera organisée sur une période transitoire maximale de 8 ans. Il n'y a pas d'impact financier en 2026 mais l'étude d'impact précise que la mesure sera accompagnée de financements supplémentaires à hauteur de 360 M€ (90 M€ par an de 2027 à 2030).

PROPOSITIONS D'AMENDEMENT FHF

Amender le dispositif tarifaire des ESMS handicap SERAFIN (article 36)

Cette réforme s'appuie sur l'attribution d'une dotation globale de financement dont la part principale omet la prise en compte des différences de charges qui pèsent in fine sur les gestionnaires du fait de leur statut. En effet, le secteur public subit des inégalités de traitement socio-fiscal qui pénalisent les ESMS de la fonction publique hospitalière (FPH). Il convient donc d'intégrer dans le nouveau modèle tarifaire les différences de coûts dès la construction des cibles tarifaires de la dotation principale.

2.4 LES PRINCIPAUX ARTICLES TRANSVERSAUX RELATIFS AU SYSTÈME DE SANTÉ

Article 19 - Permettre un meilleur accompagnement des patients atteints d'une pathologie à risque d'évolution vers une affection de longue durée par la mise en place de nouveaux parcours de prévention

Ces parcours de prévention seront centrés sur des **prestations aujourd'hui non remboursées par l'Assurance maladie** mais qui peuvent être déterminantes afin de prévenir l'aggravation des pathologies chroniques et l'entrée en affection de longue durée. Elles seront en complément de prestations déjà remboursées. Ce parcours coordonné renforcé dédié sera cofinancé par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires de santé. En parallèle, la HAS précisera notamment les critères médicaux d'admission.

Article 20 - Améliorer l'efficience de la politique vaccinale

Cette mesure prévoit notamment d'actualiser les obligations vaccinales des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social à la suite des recommandations HAS et de créer une base légale pour les éventuelles nouvelles obligations vaccinales contre la grippe, notamment pour les résidents en EHPAD.

PROPOSITIONS D'AMENDEMENT FHF

Supprimer la proposition d'obligation vaccinale pour les résidents en établissements médico-sociaux

La FHF souhaite davantage encourager le renforcement des actions de vaccination à destination des professionnels de santé exerçant dans les structures sanitaires et médico-sociales. En effet, pour la FHF, cette mesure ne paraît pertinente ni sur le plan éthique ni sur le plan opérationnel dans un contexte où 85 % des résidents d'EHPAD sont déjà vaccinés contre la grippe.

Article 21 - Les mesures afin de renforcer l'accès aux soins

Cet article introduit un dispositif de régulation des structures de soins non programmés en ville, afin d'accompagner leur développement en lien avec les besoins de santé et les objectifs d'organisation de l'offre. Il est également proposé d'harmoniser l'organisation et le financement de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) et du Service d'accès aux soins (SAS).

Un nouveau statut de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) reposant notamment sur un engagement d'exercice de deux ans est prévu afin de faciliter l'installation de jeunes médecins dans certains territoires.

Les étudiants en dernière année de diplôme d'études spécialisées de médecine générale réaliseront un stage et pourront recevoir dans un cadre précisé des patients pour des consultations de médecine générale.

PROPOSITIONS D'AMENDEMENT FHF

Renforcer l'encadrement de l'implantation des centres de soins non programmés (CSNP).

Cet amendement vient compléter la rédaction de l'article 21 par la fixation d'objectifs quantitatifs d'implantation pour les CNSP par les ARS selon les besoins de santé des territoires, et par la précision de la nécessaire intégration de ces structures dans le SAS et la permanence d'accès aux soins ambulatoires (PDSA).

Article 30 - Développer le recours aux outils numériques innovants d'aide à la décision médicale

Dans le cadre d'une stratégie définie par le gouvernement, un **logiciel d'aide à la prescription médicale** peut faire l'objet d'un **financement** aux termes d'une convention conclue entre le directeur général de l'UNCAM et son exploitant dès lors que certaines conditions sont réunies (notamment des gains d'efficacité dans l'amélioration de la pertinence des prescriptions médicales).

Il est ainsi proposé de mettre en place une modalité de prise en charge par l'assurance maladie d'une catégorie de logiciels d'aide à la prescription qui sont des systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) qui permet d'intéresser les exploitants de ces SADM aux économies générées.

Article 31 - Renforcer l'obligation légale pour les professionnels de santé de reporter certains documents dans le DMP des patients et de le consulter dans certains cas

L'objectif est de rendre systématique l'usage par les professionnels de santé du Dossier Médical Partagé (DMP) de « Mon Espace Santé » afin de l'alimenter ou de le consulter **en mettant en place un régime de sanctions applicables en cas de non-respect des obligations liées au DMP, lors des parcours de soins**. Ces sanctions concerneraient l'ensemble des acteurs de santé. Il est notamment précisé : « le montant maximal de la pénalité à l'encontre d'un établissement, service, organisme ou autre personne morale est fixé à 25 000 euros par manquement constaté, sans pouvoir excéder 100 000 euros par année. Il est calculé en fonction du volume d'activité ».

PROPOSITIONS D'AMENDEMENT FHF

Responsabiliser les éditeurs de logiciels dans le cadre du régime de sanctions relatif à l'alimentation du DMP

Certaines structures pourraient se trouver en défaut non pas de leur fait, mais en raison d'un manquement imputable aux éditeurs de logiciels de santé, qui n'auraient pas effectué les développements nécessaires. La FHF propose donc qu'en cas de manquement constaté lié à l'indisponibilité ou à la non-conformité des outils nécessaires, la pénalité soit appliquée à l'éditeur responsable, et non aux établissements ou aux professionnels de santé.

Compte tenu du calendrier prévisionnel de montée en charge des projets nationaux en la matière, la FHF propose de reporter l'entrée en vigueur du dispositif à l'année 2028.

- Sécuriser le délai pour bénéficier d'un congé supplémentaire de naissance (Art.42)

La FHF soutient cet article et demande de préciser le délai dans lequel les parents peuvent bénéficier du congé supplémentaire de naissance.

AUTRES PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS DE LA FHF POUR LE PLFSS 2026

3.1 LES AMENDEMENTS PORTANT CRÉATION D'ARTICLES ADDITIONNELS RELATIFS AU SECTEUR SANITAIRE

- Soutenir la réorientation de notre système de santé vers la territorialisation et le maintien en santé par le biais de la Responsabilité populationnelle

Il est proposé de créer un Fonds pour la Territorialisation du système de santé, géré par la Caisse nationale d'assurance maladie. L'objectif est de financer des actions communes portées par les acteurs d'un territoire, hospitaliers et professionnels de ville et de proposer un cadre national unifié pour généraliser le déploiement (le modèle de responsabilité populationnelle qui vise cet objectif étant désormais développé dans 11 territoires).

- Création d'un forfait de réorientation des urgences (FRU) vers la médecine de ville :

La FHF demande la généralisation du FRU (dont l'expérimentation est arrivée à son terme), un accompagnement financier pérenne étant indispensable. En effet, en l'état du droit actuel, si le patient n'est pas vu par un urgentiste, aucune valorisation financière n'est prévue alors même que des moyens humains infirmiers et administratifs sont mobilisés pour assurer la bonne orientation du patient.

3.2 LES AMENDEMENTS PORTANT CRÉATION D'ARTICLES ADDITIONNELS RELATIFS AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

- Garantir la pérennité des financements de la branche autonomie dédiés à l'investissement au-delà de 2025

À compter de 2026, une fraction de 0,02 % de la part de la cotisation sociale généralisée affectée à la Caisse Nationale Solidarité pour l'Autonomie, est dédiée à l'aide à l'investissement dans des conditions définies par décret.

- **Harmoniser les allègements de cotisations sociales entre les ESMS et USLD des secteurs privés et public**

Il est proposé d'élargir aux EHPAD et USLD (unité de soins de longue durée) du secteur public, la réduction pérenne de cotisations sociales dont bénéficient les seuls EHPAD des secteurs privés, lucratifs et non lucratifs. En effet, le secteur public ne bénéficie pas, depuis 2019 de l'abattement de charge pérenne de 8 % de la masse salariale. Il s'agit d'une surcharge d'environ 400 M€ par an pour le secteur public.

- **Objectiver les différences de régime socio-fiscal entre les ESMS de statuts différents**

Il est demandé un rapport au parlement afin d'objectiver les différences de régimes socio-fiscaux (application des règles de prélèvements sociaux et d'assujettissement à la taxe sur la valeur ajoutée) selon les statuts juridiques et les conséquences de leur absence de prise en compte dans les règles de tarification des établissements et services médico-sociaux.

- **Autoriser les services de soins infirmiers à domicile à devenir des services autonomie à domicile par voie conventionnelle**

Cet amendement vise à ouvrir la possibilité aux gestionnaires de SSIAD de conventionner durablement avec un partenaire disposant d'un service d'aide, plutôt que de le contraindre à constituer un groupement ou à renoncer à exercer cette activité à domicile, indispensable à la transformation des établissements médico-sociaux publics.

- **Étendre la revalorisation des carrières à l'ensemble des agents publics des établissements et services pour personnes en situation de handicap**

Cette disposition vise à étendre le bénéfice du complément indiciaire de traitement mis en place par la LFSS pour 2021 à l'ensemble des fonctionnaires exerçant au sein d'un ESMS public autonome, que l'activité soit financée ou non par des crédits d'assurance maladie (et donc de supprimer la référence à une liste limitative des fonctions).

- **Financer les politiques de soutien à l'autonomie par l'affectation à la CNSA du produit de la croissance spontanée des droits de mutation et de donation à titre gratuit**

Les besoins financiers pour soutenir les établissements et services accompagnant des personnes âgées ont été évalués à environ 10 Mds€ d'ici la fin de la décennie (rapport Libault). La branche autonomie n'est pas en mesure aujourd'hui de financer cet effort. Une piste de financement consiste à affecter la croissance prévisible de recettes fiscales issues des droits de mutation à titre gracieux à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui finance la branche autonomie.

- **Améliorer la gestion et le financement des médicaments en EHPAD pour une plus grande efficacité et qualité de l'accompagnement des résidents**

L'obligation qui est faite aujourd'hui aux EHPAD de disposer d'une PUI pour pouvoir gérer les médicaments empêche la majorité des EHPAD, qui n'en disposent pas, de bénéficier d'une expertise pharmaceutique et de gérer plus efficacement les médicaments. Il est proposé de rendre possible la gestion et le financement des médicaments par un EHPAD, dès lors que celui-ci aura conclu une convention avec une pharmacie d'officine qui lui délivrera les médicaments et assurera un suivi pharmaceutique.

- **Étendre aux USLD la possibilité de mettre en place un tarif hébergement différencié**

Les EHPAD majoritairement habilités à l'aide sociale peuvent mettre en place des tarifs différenciés pour leurs résidents non bénéficiaires de l'aide sociale. N'étant pas visés par la disposition introduite par la loi bien vieillir, les USLD ne bénéficient pas de cette possibilité. Il est donc proposé d'étendre le périmètre des établissements concernés par ces tarifs différenciés pour en permettre la mise en place dans les USLD.

- **Étendre aux établissements publics de santé et médico-sociaux la possibilité de mettre en œuvre des prestations de suppléance à domicile du proche aidant**

Il n'est pas possible à ce jour pour un établissement public de santé ou médico-social de déployer la prestation de soutien aux aidants. Il est donc proposé d'ajouter un alinéa au code de l'action sociale et des familles.

Cette lettre ne fait pas état des nombreuses modifications apportées lors de l'examen du texte par l'Assemblée Nationale. Ces modifications feront l'objet d'une prochaine lettre PLFSS.

Toutefois, il est important de préciser que la FHF a proposé au Sénat des amendements de suppression des articles 22 bis et 22 ter introduits lors des débats à l'Assemblée Nationale et ciblant l'activité libérale, particulièrement en radiothérapie.

Compte tenu des écarts conséquents de rémunération entre secteurs public et privé, l'activité libérale étant un levier d'attractivité et de réduction de ces écarts, et de la situation financière très dégradée des hôpitaux publics, au regard des marges dégagées par le secteur privé lucratif avec exercice libéral, notamment en radiothérapie, la FHF considère en effet que les priorités sont, dans un contexte de forte tension des finances publiques, de porter les efforts collectifs sur la réduction des rentes et des niches de sur-lucrativité.

