



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

LETTRE **#2**



FHF

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

La loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 a été publiée au JO du 31/12/2025, à la suite de la décision n° 2025-899 DC du 30 décembre la déclarant conforme à la Constitution, à l'exception de quelques dispositions.

Rappel du processus

Cette lettre, qui a pour source la LFSS 2026 ainsi que l'annexe 9 du PLFSS 2026, a pour objectifs de :

- Présenter l'ONDAM 2025 et 2026 pour les établissements de santé et médico-sociaux ;
- Présenter les principaux articles relatifs aux établissements de santé, aux établissements médico-sociaux et au système de santé ainsi que les positions FHF.

Les principales informations financières:

L'article 1, qui rectifie les tableaux d'équilibre pour l'année 2025 est rétabli dans sa rédaction initiale : le niveau de déficit atteint par l'ensemble des branches de la Sécurité sociale s'élèverait à -23 Md€ en 2025.

Le niveau de déficit prévu en 2026 (article 47) est de -19,4 Md€ (-17,5 Md€ dans le PLFSS 2026), le solde étant actualisé par branche. Pour la branche maladie le déficit prévu est de -13,8 Md€ (vs. -12,5 Md€ dans le PLFSS 2026). Le rapport figurant en annexe est approuvé (article 50). Il y est précisé que l'inflation serait de 1,0 % au sens de l'indice des prix à la consommation hors tabac en moyenne annuelle en 2025 et augmenterait légèrement en 2026 (1,3 %) pour se stabiliser à 1,75 % à partir de 2027.

LES CHIFFRES CLÉ DE L'ONDAM

2025 ET 2026

En md€	ONDAM 2025 PLFSS 2026	ONDAM 2025 LFSS 2026	ONDAM 2026 PLFSS 2026	ONDAM 2026 LFSS 2026	Taux d'évolution ONDAM 2026/ ONDAM 2025 corrigé
Dépenses de soins de ville	113,9	113,9	114,9	117,5	3,2 %
Dépenses relatives aux établissements de santé (dont 0,55% de compensation de la hausse de la CNRACL)	109,5	109,7	111,8	112,8	2,9 % 2,4 % hors CNRACL
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	17,4	17,4	18,2	18,3	5,2 % 3,3 % hors EAP expérimentation fusion
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,6	15,6	16	16	2,6 %
Dépenses relatives au Fonds d'intervention national et soutien national à l'investissement	6,1	6,1	6,2	6,4	4,9 %
Autres prises en charge	3,3	3,1	3,3	3,3	6,5 %
TOTAL	265,9	265,9	270,4	274,4	3,2 %

L'ONDAM 2026 (article 109) évolue de 270,4 Md€ dans le PLFSS 2026 à 274,4 Md€ en LFSS 2026. L'annexe précise que l'ONDAM pour 2026 augmente de 3,9 Md€ par rapport à l'objectif initial du PLFSS, ce qui représente une évolution de 3,1 % par rapport à 2025.

Cette progression s'explique notamment par :

- Le relèvement de l'ONDAM Etablissements de santé à hauteur de 1 Md€, dont 850 M€ pour les ES, passant ainsi de 111,8 Md€ à 112,8 Md€ ;
- Le FIR évolue de 6,2 Md€ à 6,4 Md€.

| Volet établissement public de santé : un abondement de l'ONDAM de 850 M€

Pour mémoire, la FHF avait demandé un abondement de l'ONDAM 2026 de 1,1 Md€ à pour les EPS permettant de garantir une évolution positive des tarifs dans le cadre d'une évolution de l'activité à 2,5 %, poursuivre un soutien spécifique de certaines activités (réanimation, pédiatrie, médecine avec nuitées, chirurgie de recours...) et continuer à accompagner les activités de recherche et d'innovation ainsi que la psychiatrie publique.

Le Ministère des Comptes Publics ayant imposé une prévision d'activité en volume de +2,7 %, l'effort de revalorisation de l'ONDAM ES est intégralement absorbé par l'enveloppe tarifs et l'objectif de stabilité des tarifs. Cela ne laisse aucune marge de manœuvre pour valoriser les activités sous-financées et les priorités de santé publique, pour respecter les engagements du Ségur de la Santé en matière de recherche, et pour soutenir l'innovation et la psychiatrie publique.

| Volet médico-social : une nouvelle contribution financière pour la branche autonomie et un relèvement de l'objectif de dépenses « ESMS personnes âgées »

En seconde lecture du volet recettes, les députés ont adopté un amendement du gouvernement visant à créer un nouveau concours pour financer la branche autonomie : **l'article 12** de la LFSS 2026 prévoit le relèvement du taux de CSG sur les revenus du capital (produits d'épargne financière) dont le produit sera partagé entre la branche autonomie, la CNSA et la CADES. **Cette mesure représente 1,5 Md€ de recettes supplémentaires pour la branche autonomie pour 2026.**

En parallèle, en seconde lecture du volet dépenses, **le gouvernement a proposé de relever de 150 M€ le sous-objectif de dépenses des « ESMS pour personnes âgées » (articles 109 et 114)** pour prolonger le soutien financier aux EHPAD en difficulté financière (pour rappel, la LFSS 2025 prévoyait 300 M€).

La nouvelle contribution adoptée permet principalement de réduire le déficit prévisionnel 2026 de la branche autonomie (de – 1,7 Md€ à – 0,4 Md€) : le relèvement de l'objectif de dépenses au bénéfice des ESMS PA ne représente que 10 % du montant de la nouvelle recette votée par les parlementaires.

Dans la LFSS 2026 adoptée, l'OGD ESMS progresse globalement de + 3,9 %, avec une progression plus élevée pour la sous-enveloppe « ESMS pour personnes âgées » (+ 5,2 %) que pour la sous-enveloppe « ESMS pour personnes en situation de handicap » (+ 2,6 %). **A champ constant, l'évolution de l'OGD ESMS PA est de 3,3 % et celle de l'OGD ESMS PH est de 2,5 %.**

Volet FMIS :

L'article 3 rectifiant la contribution de l'assurance maladie au FMIS pour 2025 a été supprimé.

L'article 106 fixe le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMIS pour l'année 2026 à 401 M€.

LES PRINCIPALES MESURES DE LA LFSS POUR 2026

2.1

LES ARTICLES GÉNÉRAUX CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX

Article 72 (ex-article 22) Mesures de simplification et de sécurisation concernant la facturation des établissements de santé

- La mesure visant à rendre obligatoire l'adhésion et l'utilisation de ROC a été censurée par le Conseil Constitutionnel car cavalier social. Le Ministère de la Santé continuera à poursuivre le déploiement du dispositif.
- Les **modalités de passage à la facturation directe (Fides) pour les établissements de santé** sont revues, en particulier la mise en œuvre de Fides Séjour est écartée.
- Cela répond à une demande de longue date de la FHF au titre de la simplification des règles de gestion des hôpitaux publics et notamment de gestion.
- **La consultation des fédérations hospitalières** avant l'établissement de la répartition inter régions des montants de MIGAC SMR et de dotation populationnelle de psychiatrie est supprimée, alignant le droit applicable et la pratique. La FHF sera vigilante à ce que l'information au niveau national reste à un niveau satisfaisant.
- **Les délais de facturation pour le SMR sont modifiés** : le délai de forclusion d'un an pour les séjours longs débute à la date de fin de chaque facture intermédiaire avec une première échéance au 90^e jour pour la 1^{ère} facture intermédiaire, puis au lendemain de la facturation de chaque facturation intermédiaire hebdomadaire.
- **Les règles de facturation applicables aux GCS facturant sont modifiées** : afin d'éviter les effets d'aubaine et l'adoption induite de l'échelle tarifaire ex-DG par des établissements privés pour des activités non concernées par la coopération, l'autorisation d'activité doit être effectivement donner lieu à une mise en commun de moyens.

Article 86 (ex-article 32) : mise en œuvre de nouveaux outils pour lutter contre le gaspillage des produits de santé

- A titre expérimental, à compter d'une date fixée par décret, la collecte et la nouvelle dispensation de certains médicaments remboursables par l'assurance maladie et 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 désignées par arrêté pouvant participer à cette expérimentation est précisé.
- Les cessions à titre gratuit à partir du stock sanitaire d'Etat, hors situation de crise, à des entités publiques, notamment les établissements de santé, sont autorisées et encadrées.

Selon l'annexe 9 du PLFSS 2026, les économies prévues sont de 1 M€ en 2026, puis elles augmenteraient progressivement de 2027 à 2029 pour atteindre 40 M€

Article 90 (ex-article 36) : réforme de la tarification des ESMS handicap avec la mise en œuvre de la réforme du financement SERAFIN PH dans les ESMS accompagnant des enfants à partir de 2027, avec une période de convergence de 8 ans. La mesure n'a pas d'impact financier en 2026 mais la réforme sera accompagnée de financements supplémentaires à partir de 2027 pour un total de 360 M€ (soit 90 M€ par an de 2027 à 2030).

2.2

LES ARTICLES CONCERNANT LA MAÎTRISE DES DÉPENSES

Articles 73 et 74 (ex-articles 22bis et 22ter) : réforme de la tarification de l'activité libérale au sein des établissements publics de santé.

L'article 73 prévoit une impossibilité de cumuler des facturations par les établissements et par les praticiens spécifiquement pour l'activité de traitement du cancer par radiothérapie dans le cadre de l'activité libérale entre en vigueur au 1^{er} janvier 2027.

L'article 74 élargit l'interdiction de la double facturation à l'ensemble de l'activité libérale réalisée au sein des établissements publics de santé au motif que les tarifs des actes prennent déjà en compte les coûts supportés par les établissements.

La FHF s'était positionnée pour **supprimer l'article 22 bis**, cette mesure revenant à priver les hôpitaux publics **d'un financement indispensable à leur fonctionnement et au maintien de l'activité de radiothérapie en leur sein**, au vu des différences de rémunération de l'activité de radiothérapie libérale. De plus, l'article 24 destiné à embarquer les professionnels libéraux dans les réformes de financement ayant été supprimé, il est **totale-ment inacceptable** que les établissements publics, qui ne peuvent pourtant dégager aucune marge au vu de leur statut, de leurs missions et des sujétions qu'ils assument, soient les seuls à qui on impose des efforts et des économies.

Elle s'est également mobilisée pour **supprimer l'article 22 ter**, cet article revenant aussi à affaiblir les recettes des établissements publics, alors même qu'ils continuent d'assumer la charge pleine et entière de l'organisation des soins, de la mobilisation du personnel et de l'investissement dans les plateaux techniques. La rédaction très complexe de cet article le rend de toutes façons inapplicable.

Les ex-articles 24 et 24bis, relatifs à la pertinence des soins ont été supprimés.

Ex-article 24 : lutte contre la rentabilité excessive dans le système de santé – supprimé

L'article 24 du PLFSS visait à intégrer les médecins libéraux dans la réforme de financement des activités de radiothérapie prévue pour les établissements de santé. Il prévoyait aussi d'embarquer les néphrologues libéraux dans la réforme du financement de la dialyse. Ces mesures devaient permettre de réaliser un montant d'économies de 100 M€ dès 2026 pour la radiothérapie et de 20 M€ pour la dialyse.

La FHF regrette la suppression de l'intégration des acteurs libéraux dans les réformes de financement de la radiothérapie et de la dialyse, considérant qu'il est indispensable qu'elles s'appliquent à l'ensemble des acteurs afin d'en garantir la cohérence et l'équité. Sans cet article 24, les réformes de financement ne vont pouvoir s'appliquer qu'aux établissements de santé et notamment aux établissements publics. La FHF rappelle qu'il est absolument indispensable que les réformes de financement, intégrant des conditions de qualité et de sécurité des soins, s'appliquent à tous, selon le même calendrier et les mêmes modalités.

Ex-article 24 bis : possibilité de **réduction unilatérale des tarifs par le ministre en charge de la santé en cas de rentabilité excessive constatée dans un secteur** – **supprimé**

Pour rappel, l'Assurance Maladie a documenté dans son rapport « Charges et produits » des niveaux de rentabilité de l'ordre de 23 % pour la biologie, 27 % pour la radiothérapie, 16 % pour la radiologie.

L'article 76 (ex-article 26 bis) : le déremboursement des produits de santé, les actes et les prestations prescrits par les médecins exerçant en secteur 3 a été adopté entrant en vigueur le 1er janvier 2027.

L'article 77 : ayant pour objectif **d'accélérer la révision de la nomenclature et de la négociation conventionnelle et l'article 78 facilitant** les mécanismes de fixation des tarifs des actes et prestations en cas d'absence d'accord conventionnel ont été adoptés.

Ex-article 18 : extension du champ des franchises et participations forfaitaires – **supprimé**.

Cet article impacte à la marge les établissements de santé avec une réintégration de l'ordre de 50 M€ au sein des dépenses assurance maladie et de l'ONDAM ES.

Article 79 (ex-article 27) : favoriser l'efficience des financements, la pertinence et la qualité des activités des établissements de santé (MCO, SMR et PSY).

Deux dispositifs sont créés, en remplacement des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) :

- Un dispositif collectif d'incitation financière à l'efficience et à la pertinence des soins et des prescriptions pour tous les établissements de santé afin d'améliorer leurs résultats, sous forme d'intéressement ou de pénalité financière.
- Un pilotage individuel de l'évolution des pratiques d'un établissement présentant un écart significatif supérieur (en nombre ou taux d'évolution) d'actes, de prestations ou de prescriptions par rapport aux moyennes régionales ou nationales.

Dans l'attente de leur échéance, les CAQES sont conservés dans le compartiment de financement « objectifs de santé publique », soit jusqu'à fin 2026.

L'entrée en vigueur des mécanismes de pénalités financières est fixée au 1er janvier 2027.

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. L'objectif est d'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 précisées afin que ce dispositif devienne un véritable levier d'amélioration, au service du patient.**

LES ARTICLES RELATIFS AUX RESSOURCES HUMAINES AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Article 75 (ex-article 23) : report du financement de la protection sociale complémentaire (PSC) pour les agents de la fonction publique hospitalière (FPH) : (EPS et ESMS).

L'entrée en vigueur de la réforme de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique hospitalière **est fixée au 1^{er} janvier 2027 (au lieu du 1^{er} janvier 2028 dans le PLFSS)**. Elle sera **accompagnée d'une évaluation prévisionnelle des coûts** afin que les établissements puissent être compensés intégralement des moyens mises œuvres afin de mettre la PSC en œuvre.

Ainsi, la demande de la FHF **d'évaluer les coûts liés à la PSC dans la FPH et de garantir la compensation des montants engagés est prise en considération et intégrée à l'article**, l'impact financier global n'étant aujourd'hui pas connu.

Article 80 (ex-article 27 bis) : plafonnement des dépenses liées à la rémunération des professionnels intérimaires médical et paramédical au sein des établissements publics de santé ou médico-sociaux.

La condition d'un surcoût significatif entre l'intérim médical et paramédical et l'emploi permanent afin d'enclencher le plafonnement de dépenses d'intérim est supprimée de même que la condition de pénurie de professionnels.

Ex-article 27ter : plafonnement de la rémunération des praticiens contractuels au niveau de celles des praticiens titulaires – supprimé.

LES PRINCIPAUX ARTICLES TRANSVERSAUX RELATIFS AU SYSTÈME DE SANTÉ

Article 13 (ex-article 7 bis) : mise en place d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires au titre de l'année 2026.

Cette contribution est fixée au taux de 2,05 % pour un montant estimé à 1 Md€ en PLFSS 2026, affecté à l'assurance maladie, les complémentaires ayant interdiction de compenser la contribution par une hausse des cotisations.

Article 84 (ex-article 30) : favoriser le recours aux outils numériques innovants d'aide à la décision médicale.

Dans le cadre d'une stratégie définie par le gouvernement, **un système d'aide à la décision médicale ou un système d'aide à la dispensation pharmaceutique** peut faire l'objet d'un financement dans le cadre d'une convention conclue entre l'**UNCAM** et son fabricant dès lors que certaines conditions sont réunies (notamment le respect d'un référentiel pertinence établi par la HAS et des gains d'efficience dans l'amélioration de la pertinence des prescriptions médicales et de la prise en charge médicamenteuse). Il doit aussi permettre d'atteindre des objectifs fixés réglementairement par le gouvernement.

Le financement alloué consiste en un **intéressement** lié aux économies en matière de dépenses d'assurance maladie réalisées par le recours à ce système.

Un décret devra notamment déterminer les modalités et la durée maximale du financement du système.

Ex-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 – censuré par le Conseil Constitutionnel comme cavalier social.

L'objectif de cet article était de rendre obligatoire l'alimentation et la consultation par les professionnels de santé du Dossier Médical Partagé (DMP), en mettant en place un **régime de sanctions** associées.

La FHF était favorable à cet article, le développement du DMP pouvant favoriser la pertinence des soins et limiter la réalisation d'actes redondants. La FHF était cependant vigilante à ce que les pénalités financières ne concernent pas que les établissements de santé et puissent être appliquées aux éditeurs en cas de carence ou de retard de leur part, liés à l'indisponibilité ou à la non-conformité des outils nécessaires. La FHF proposait également de reporter l'entre en vigueur du dispositif afin de permettre aux établissements d'adapter leur système d'information.

Ex-article 21 : précisant notamment l'encadrement des structures d'accueil pour les soins non programmés – censuré partiellement par le Conseil Constitutionnel comme cavalier social.

La FHF souhaitait renforcer l'encadrement de l'implantation des centres de soins non programmés (CSNP), leur rôle n'étant aujourd'hui ni clairement défini, ni intégré dans une stratégie globale de santé publique. Néanmoins, cette partie a été censurée par le Conseil Constitutionnel.

Article 53 (ex-article 18 quinquies) : instauration d'une participation financière pour le bénéfice de la protection universelle maladie par les personnes résidant en France sans y exercer d'activité professionnelle ni y être redevables.

Article 54 (ex-article 19) : prévention de l'augmentation des affections de longue durée avec la mise en œuvre de nouveaux parcours de prévention.

Des textes réglementaires viendront préciser notamment la liste des pathologies éligibles aux parcours préventifs ainsi que la liste des actes et prestations pris en charge dans le cadre du parcours. Le parcours d'accompagnement préventif ne peut faire l'objet d'une facturation de dépassements d'honoraires.

Article 55 (ex-article 20) : renforcer la politique vaccinale

L'article 55 crée une base légale pour envisager une mesure de vaccination obligatoire contre la grippe pour les résidents d'EHPAD « sous réserve d'une recommandation préalable en ce sens de la HAS et sauf contre-indication médicale reconnue » et envisage aussi une mesure de vaccination obligatoire des professionnels, toujours « sous réserve de recommandation de la HAS » pour les professionnels libéraux intervenant dans les structures (pour les salariés il existe déjà une base légale en LFSS 2006 pour prévoir une obligation par voie réglementaire).

Pour la FHF, la vaccination obligatoire des résidents paraissait peu pertinente sur le plan éthique comme opérationnel, dans un contexte où 85 % des résidents d'EHPAD sont déjà vaccinés contre la grippe. Elle avait donc proposé un amendement pour supprimer cette obligation mais encourager le renforcement des actions de vaccination à destination des professionnels de santé exerçant dans les structures sanitaires et médico-sociales.

Article 62 (ex-article 21 bis B) : les modalités de recouvrement des indus versés aux professionnels de santé libéraux par les centres médico-psychologiques sont décrites.

La FHF s'est mobilisée pour que les prestations d'orthophonie, réalisées par des professionnels libéraux, pour des patients, notamment des enfants, suivis en CMP, soient prises en charge sur l'enveloppe de ville, sans transferts sur les financements hospitaliers, non calibrés pour intégrer une telle charge. Il s'agissait également d'éviter les ruptures de prises en charge et les pertes de chance pour les patients concernés. Afin de répondre aux inquiétudes des professionnels libéraux, il a été acté que les éventuels indus liés à ces prestations seraient récupérés auprès des établissements et non plus auprès des professionnels libéraux.

Article 63 (ex-article 21 bis) : Réseau France Santé : les dispositions essentielles relatives au déploiement du réseau France santé ont été adoptées. En complément à la LFSS 2026, le gouvernement précise qu'il y aura un déploiement de 5 000 Maisons France Santé d'ici 2027.

Article 64 (ex-article 21ter) : création d'une consultation longue prise en charge par l'assurance maladie sur la ménopause pour les femmes âgées de quarante-cinq ans à soixante-cinq ans.

Les articles relatifs aux arrêts de travail ont été partiellement adoptés. L'article 81 (ex-article 28) : la prescription d'un arrêt de travail initial sera limitée à un mois et à deux mois pour une prolongation à partir du 1^{er} septembre 2026 (sauf dérogation justifiée). Les ex-articles 28 bis A et 29 qui concernaient respectivement l'interdiction du renouvellement d'un arrêt de travail par télémedecine, et la limitation de la durée d'indemnisation des arrêts de travail hors ALD ont été supprimés

Article 88 (ex-article 34) relatif au renouvellement pour deux ans du dispositif d'expérimentation d'accès direct à un médicament dans le cadre du traitement des maladies graves, rares ou invalidantes. Pour rappel, deux dispositifs d'accès à certains médicaments avaient été mis en place : l'accès précoce et l'accès compassionnel. En complément de ces deux dispositifs, l'accès direct était expérimenté durant deux ans. La LFSS pour 2026 reconduit pour deux années supplémentaires cette expérimentation.

Article 89 (ex-article 34 bis) : renforce l'application du critère du lieu d'implantation de l'industrie afin de définir le prix des dispositifs médicaux en rendant obligatoire la prise en considération du lieu de production des dispositifs médicaux dans l'établissement de leurs prix, dans l'objectif d'assurer la sécurité d'approvisionnement du marché français.

Article 99 (ex-article 42) : congé supplémentaire de naissance

Le congé supplémentaire de naissance entre en vigueur et sera accessible au 1^{er} juillet 2026 pour les enfants nés à compter du 1^{er} janvier ou dont la naissance est prévue à cette date, pour une durée d'un ou deux mois, au choix du salarié.

