Amendements PLFSS et PLF 2027

PLF 2027

Rétablir l'exonération de taxe d'apprentissage des organismes privés non lucratifs gestionnaires d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Article Additionnel

Ajouter l'article additionnel suivant

I. *Le 4° du III de l'article L. 6241-1 du code du travail est ainsi rétabli : « 4° Les associations, organismes, fondations, fonds de dotation, congrégations et syndicats à activités non lucratives mentionnés au 1 bis de l'article 206 et aux 5°, 5° bis et 11° de l'article 207 du code général des impôts, lorsqu'ils gèrent des établissements ou services mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou des établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique ; »*

II. *Le I s'applique aux rémunérations versées à compter du 1er janvier 2027.*

III. *La perte de recettes résultant pour l'État du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.*

Exposé des motifs

L'article 135 de la loi n° 2026-103 du 19 février 2026 de finances pour 2026 a supprimé l'exonération de la taxe d'apprentissage applicable aux associations, organismes, fondations, fonds de dotation, congrégations et syndicats à activité non lucrative mentionnés au 1 bis de l'article 206 et aux 5°, 5° bis et 11° de l'article 207 du code général des impôts. Ces organismes sont désormais redevables de la taxe d'apprentissage dans les conditions de droit commun.

Cette évolution créé une nouvelle charge assise sur la masse salariale, dans des secteurs où les dépenses de personnel constituent la part prépondérante des charges de fonctionnement et où les ressources reposent largement sur des tarifs, des dotations ou des financements publics.

Elle présente en outre un paradoxe majeur : les organismes concernés participent directement à la formation, à l'accueil d'apprentis, à la qualification et à l'insertion professionnelle dans les métiers du soin, de l'accompagnement, du travail social, de la petite enfance, du handicap et du grand âge, qui connaissent des tensions persistantes de recrutement.

Pour les adhérents de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires, le coût de cet assujettissement sera de100,5M€ en 2027, dont 45M€ pour les structures sanitaire et 52,6M€ pour les structures du médico-social.

Le présent amendement ne rétablit pas l'exonération antérieure pour l'ensemble des organismes à but non lucratif. Il prévoit une exonération ciblée au bénéfice des seuls organismes privés non lucratifs gestionnaires d'établissements ou de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, au regard de leurs modalités de financement particulières, de leur contribution à des missions d'intérêt général et de leur rôle direct dans la formation aux métiers en tension.

Réduire les effets de seuil de la taxe sur les salaires pour les organismes privés non lucratifs gestionnaires d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Article Additionnel

Ajouter l'article additionnel suivant

I. *Le second alinéa du 2 bis de l'article 231 du code général des impôts est complété par une phrase ainsi rédigée :*

« Les taux majorés mentionnés au premier alinéa du présent 2 bis ne sont pas applicables aux rémunérations versées par les associations, fondations, fonds de dotation et autres personnes morales de droit privé à but non lucratif lorsqu'elles gèrent des établissements ou services mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou des établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique. Ces rémunérations demeurent soumises au taux prévu au premier alinéa du 1, à l'exclusion des taux majorés prévus au premier alinéa du présent 2 bis. »

II. *La perte de recettes résultant pour l'État du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.*

Exposé des motifs

Les établissements et services adhérents à la FEHAP sont gérés par des organismes à but non lucratif. À l'exception des entreprises adaptées, ils sont tous assujettis à la taxe sur les salaires.

Cette taxe, calculée sur les rémunérations brutes, repose sur un barème progressif :

- ✓ Taux de base : 4,25 %
- ✓ Taux majorés : 8,50 % et 13,60 % sur les tranches supérieures

Or, ce barème est inchangé depuis 1968, et les seuils de rémunération sont aujourd'hui obsolètes. Il est à noter que les taux majorés ne s'appliquent pas aux rémunérations versées dans les départements d'outre-mer (cf. article 231 2 bis du CGI).

La Cour des comptes a proposé deux pistes de réforme, dont l'instauration d'un taux unique.

La FEHAP soutient cette orientation et propose l'application d'un taux unique de 4,25 % pour toutes les associations et fondations à but non lucratif.

La taxe sur les salaires pénalise les employeurs non assujettis à la TVA, notamment dans l'économie sociale et solidaire. Elle :

- ✓ Ne tient pas compte de la performance économique ou de la fragilité financière des structures ;
- ✓ Alourdit le coût du travail via son barème progressif ;
- ✓ Décourage les embauches en CDI du fait de seuils non proratisés ;
- ✓ Crée une distorsion de concurrence avec les entreprises lucratives qui récupèrent la TVA et bénéficieront de la suppression de la CVAE d'ici 2028.

La réforme proposée s'inscrit dans les recommandations de la Cour des comptes et dans une volonté de renforcer le rôle des structures non lucratives dans la cohésion sociale.

Version de repli 2

I. *Après le second alinéa du 2 bis de l'article 231 du code général des impôts, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Les taux majorés mentionnés au premier alinéa du présent 2 bis ne sont pas applicables aux rémunérations versées par les organismes mentionnés au 1 bis de l'article 206 et aux 5, 5 bis et 11 de l'article 207, lorsqu'ils gèrent des établissements ou services mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou des établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique. »*

Exposé des motifs

Le présent amendement ne remet donc pas en cause l'assujettissement de ces organismes à la taxe sur les salaires. Il vise uniquement à neutraliser l'application des taux majorés, afin que la taxe demeure calculée au taux de droit commun de 4,25 % pour les rémunérations versées par des employeurs privés non lucratifs dont l'activité relève de secteurs autorisés, contrôlés et largement financés par la puissance publique.

Étendre l'exception au versement mobilité régional et rural aux organismes privés à but non lucratif gestionnaires d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Article Additionnel

Ajouter l'article additionnel suivant

I. *Au troisième alinéa de l'article L. 4332-8-1 du code général des collectivités territoriales, les mots : « à l'exception des fondations et associations reconnues d'utilité publique à but non lucratif dont l'activité est à caractère social et des associations intermédiaires » sont remplacés par les mots : « à l'exception des associations intermédiaires et des personnes morales de droit privé à but non lucratif qui gèrent des établissements ou services mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou des établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique ».*

II. *La perte de recettes résultant pour les collectivités territoriales du I est compensée, à due concurrence, par une majoration de la dotation globale de fonctionnement.*

III. *La perte de recettes résultant pour l'État du II est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.*

Exposé des motifs

Le versement mobilité régional et rural peut être institué par les régions de France métropolitaine, à l'exception de l'Île-de-France, par la collectivité de Corse et par les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution. Il est dû par les employeurs publics ou privés employant au moins onze salariés, dans la limite de 0,15 % des revenus d'activité soumis aux cotisations d'assurance maladie.

L'article L. 4332-8-1 du code général des collectivités territoriales exclut du champ de l'assujettissement les fondations et associations reconnues d'utilité publique à but non lucratif dont l'activité présente un caractère social, ainsi que les associations intermédiaires. Cette exception ne couvre pas de nombreux organismes privés à but non lucratif qui gèrent des établissements de santé ou des établissements et services sociaux et médico-sociaux, sans être reconnus d'utilité publique. Ces organismes concourent pourtant à la mise en œuvre des politiques de santé, d'autonomie, de handicap, de protection de l'enfance et de lutte contre l'exclusion.

Leurs ressources dépendent fréquemment de tarifs, de dotations ou d'autres financements publics, et les charges de personnel représentent une part prépondérante de leurs dépenses de fonctionnement. L'assujettissement au versement de la mobilité régionale et rurale constitue dès lors une charge supplémentaire fondée sur la masse salariale.

Le présent amendement étend l'exception prévue au troisième alinéa de l'article L. 4332-8-1 aux personnes morales de droit privé à but non lucratif qui gèrent des établissements ou services mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, à savoir les établissements et services sociaux et médico-sociaux, ou des établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique.

Il repose ainsi sur un critère objectif, relatif à l'activité de gestion effectivement exercée, sans modifier l'exception applicable aux associations intermédiaires.

PLFSS 2027

Adapter la réduction générale dégressive unique aux employeurs privés à but non lucratif soumis à un régime d'agrément ou de financement public

Article Additionnel

Après l'article 7, ajouter l'article additionnel suivant

I. *Après le III bis de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un III ter ainsi rédigé :*

« III ter. Le III bis n'est pas applicable aux employeurs privés à but non lucratif gestionnaires d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou d'établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique lorsque les conventions, accords collectifs, avenants, recommandations patronales, décisions unilatérales ou mesures salariales qui leur sont applicables sont soumis, pour leur entrée en vigueur, leur opposabilité ou leur prise en compte financière, à une procédure d'agrément, d'approbation, de tarification ou de financement par une autorité administrative ou un organisme financeur public.

« Pour ces employeurs, le salaire minimum de croissance demeure la référence retenue pour le calcul du coefficient de la réduction mentionnée au présent article. »

II. *La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.*

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à exclure les employeurs privés à but non lucratif, gestionnaires d'établissements et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, du mécanisme de minoration prévu au III bis de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, lorsque l'entrée en vigueur, l'opposabilité ou le financement de leurs mesures salariales dépend d'une décision d'agrément, d'approbation, de tarification ou de financement public.

Le mécanisme prévu au III bis de l'article L. 241-13 vise à inciter les branches professionnelles à revaloriser leurs minima conventionnels lorsqu'ils demeurent inférieurs au salaire minimum de croissance. Cette logique peut se comprendre dans des secteurs où les employeurs et les partenaires sociaux disposent de la pleine capacité à négocier, à appliquer et à financer les revalorisations salariales décidées au niveau conventionnel.
Tel n'est toutefois pas le cas des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif. Dans ces secteurs, les employeurs ne disposent pas d'une pleine autonomie en matière salariale dans la mesure où leurs accords collectifs, avenants, recommandations patronales ou mesures de

revalorisation sont soumis à des procédures d'agrément, d'approbation administrative, d'opposabilité budgétaire ou de prise en compte dans les financements publics.

Leur effectivité dépend donc, pour une part déterminante, de décisions administratives, tarifaires ou financières extérieures aux employeurs. Dans ces conditions, appliquer à ces organismes une minoration de la réduction générale dégressive unique reviendrait à sanctionner des employeurs pour une situation qui relève d'arbitrages budgétaires des pouvoirs publics.

Cette pénalisation serait d'autant moins justifiée qu'elle interviendrait dans un contexte de fragilisation financière majeure des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux privés non lucratifs.

Les mesures applicables en 2026, notamment la réforme des allègements généraux de cotisations patronales, les hausses du salaire minimum de croissance et la progression de la masse salariale, constituent un choc financier très significatif pour les établissements de la FEHAP. Ces structures connaissent déjà une dégradation préoccupante de leur situation économique, marquée par un déficit cumulé estimé à 265 millions d'euros en 2025, sans amélioration suffisante de leur financement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

L'augmentation supplémentaire du coût du travail qui résulterait de l'application de ce mécanisme ferait peser un risque direct sur l'emploi, l'attractivité des métiers, la qualité des accompagnements et la continuité des prises en charge.
Le présent amendement ne remet donc pas en cause le principe du mécanisme prévu au III bis de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. Il vise uniquement à tenir compte de la situation particulière des employeurs privés non lucratifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, dont les politiques salariales demeurent étroitement encadrées ou financées par la puissance publique.

Adapter le coefficient de calcul des allègements de charges aux modalités de financement des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif

ARTICLE 7

Après le 20ème alinéa de l'article 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027, ajouter l'alinéa suivant :

« Par dérogation aux modalités de détermination de la réduction prévues au présent article, à compter du 1er janvier 2027, pour les associations, fondations, fonds de dotation et autres personnes morales de droit privé à but non lucratif lorsqu'elles gèrent des établissements ou services mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou des établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, le montant du salaire minimum de croissance (SMIC) à retenir pour la détermination du coefficient de réduction est celui en vigueur à la date de calcul des cotisations concernées. »

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à adapter les modalités de calcul de la réduction générale dégressive unique (RGDU) au modèle de financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des établissements de santé privés à but non lucratif.

Le décret n°2026-509 du 12 juin 2026 a fixé, pour le calcul de la RGDU, la référence du salaire minimum applicable au 1er janvier 2026. Or, cette règle ne tient pas compte de la revalorisation du SMIC intervenue au 1er juin 2026 via l'arrêté du 22 mai 2026 relatif au relèvement du salaire minimum de croissance.

Cette situation entraîne une diminution des allègements de cotisations du fait de l'application d'un taux trop élevé dans le calcul de la réduction. Ces établissements, contrairement à d'autres employeurs privés, ne disposent pourtant pas des marges de manœuvre nécessaires pour absorber des charges supplémentaires, en raison de leurs ressources provenant essentiellement de financements publics issus de l'Assurance maladie.

Cette baisse des allègements réduit directement les moyens disponibles pour assurer les soins et l'accompagnement des personnes accueillies.

Le présent amendement ne vise pas à instaurer une « faveur », mais prévoit, pour ces structures, de retenir pour le calcul de la RGDU le salaire minimal applicable à la date de calcul des cotisations, afin de maintenir une cohérence avec leur mode de financement.

Cette mesure s'applique aux rémunérations versées à compter du 1er juin 2026, date de la revalorisation du SMIC.

Supprimer le transfert d'une fraction de CSG à hauteur de 300M€ aux départements pour le financement de l'APA et de la PCH

ARTICLE 13

Supprimer l'article 13.

Exposé des motifs.

L'article 13 prévoit, à compter de 2027, le transfert direct de 300 millions d'euros d'une fraction de contribution sociale généralisée (CSG) aux départements, afin de contribuer au financement de leurs dépenses au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Cette disposition soulève plusieurs problématiques.

En premier lieu, la création de la cinquième branche de la sécurité sociale relative à l'autonomie, confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), avait pour objectif de renforcer la solidarité nationale dans le financement des politiques de l'autonomie. L'article L.223-5 du code de la sécurité sociale prévoit à ce titre que la CNSA contribue au financement et au pilotage des prestations individuelles d'aide à l'autonomie. L'article 13 du présent projet de loi revient cependant sur cette logique en transférant directement aux collectivités territoriales une fraction de recettes affectées à la branche autonomie, ce qui risque, par ailleurs, de brouiller la répartition des responsabilités entre la CNSA et les départements, qui demeurent cependant compétents pour la mise en œuvre de l'APA et de la PCH.

En deuxième lieu, le décret n°2026-853 du 9 septembre 2026, adossé à l'article 79 de la LFSS pour 2024, a précisément renforcé les données que les départements doivent transmettre à la CNSA afin de permettre le calcul, le contrôle et le versement des concours destinés à couvrir une partie du coût de l'APA et de la PCH. Dans ce contexte, il apparaît paradoxal de créer un transfert direct de 300 millions d'euros sans prévoir de dispositifs de traçabilité et de transparence permettant de vérifier que cette fraction de CSG contribue effectivement au financement des dépenses d'APA et de PCH.

Le présent amendement propose en conséquence de supprimer l'article 13.

Généraliser dès 2027 le forfait global unique pour simplifier durablement le financement des EHPAD

Modifier l'article 38 comme suit :

I. *L'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 est ainsi modifié :*

1° Au A du I, le premier alinéa est ainsi rédigé : « À compter du 1er janvier 2027, est mis en place un régime de financement adapté des établissements mentionnés aux I, II et IV bis de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. » ;

2° Au même A, le second alinéa est supprimé ;

3° Au B du même I, les mots : « situé dans un département participant à l'expérimentation mentionnée au même A » sont supprimés ;

4° Au C du même I :

a) Au premier alinéa du 1, les mots : « Dans les départements participant à l'expérimentation mentionnée au A » sont supprimés ;

b) Au 2 du même 1, les mots : « Au titre de l'année 2025, les établissements mentionnés au A du présent I perçoivent le montant pour la période comprise entre le 1er juillet 2025 et le 31 décembre 2025 » sont supprimés ;

5° Au E du même I, les mots : « Dans les départements participant à l'expérimentation mentionnée au A du présent I » sont supprimés ;

6° Au G du même I, les mots : « participant à l'expérimentation mentionnée au A » sont supprimés et les deuxième à quatrième alinéas sont supprimés ;

7° Au H du même I, les mots : « Dans les départements participant à l'expérimentation mentionnée au A du présent I et » sont supprimés ;

8° Au J du même I, les mots : « Dans les départements participant à l'expérimentation mentionnée au A du présent I » sont supprimés ;

9° Le III est ainsi rédigé : « III. – Chaque département reverse chaque année à l'État ou à la sécurité sociale, selon une clé de répartition fixée par décret, un montant correspondant au transfert de charges résultant de la mise en œuvre du régime prévu au I.

« Ce montant est égal à la moyenne des dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement, mentionnée au I de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles, exposées par le département au cours des trois années précédant l'entrée en vigueur du régime prévu au I.

« Il est imputé, en tout ou partie, au concours versé au département en application de l'article L. 223-11 du code de la sécurité sociale.

« Les modalités d'application du présent III sont fixées par décret. » ;

10° Le IV est abrogé ;

11° Au V, les mots : « Dans les départements participant à l'expérimentation mentionnée au A du I du présent article » sont supprimés.

II. Le Gouvernement prend, avant le 1er janvier 2027, les mesures réglementaires nécessaires à l'application du présent article.

III. Les établissements situés dans les départements ayant participé à l'expérimentation prévue à l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 précitée continuent de relever, sans interruption, du régime de financement prévu au même article à compter du 1er janvier 2027.

Exposé des motifs

Le financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes repose sur des sections tarifaires distinctes relatives aux soins, à la dépendance et à l'hébergement.

La distinction entre les sections soins et dépendance ne correspond toutefois plus pleinement aux modalités d'accompagnement des résidents, qui associent étroitement les soins, l'entretien de l'autonomie et l'aide à la vie quotidienne. Elle conduit au maintien de circuits distincts de financement, de notification et de suivi budgétaire, impliquant plusieurs financeurs.

Cette organisation complique l'élaboration et le suivi des états prévisionnels de recettes et de dépenses. Elle limite également la lisibilité des ressources des établissements et contraint l'organisation des équipes par une répartition des charges entre les sections tarifaires qui ne reflète pas nécessairement les besoins des résidents.

Le forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie permet de regrouper, dans un même cadre de financement, les dépenses aujourd'hui couvertes au titre des soins et de la dépendance. Il favorise une gestion budgétaire plus lisible, facilite l'organisation des moyens humains et financiers et permet une prise en charge plus cohérente des personnes accueillies.

Les retours d'expérience recueillis témoignent d'une adhésion très forte des acteurs concernés, les bénéfices de cette réforme étant multiples selon l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociales. Ainsi, 75 % des EHPAD participant à l'expérimentation estiment que la fusion constitue une simplification administrative, 75 % y voient une simplification de la facturation, 44% une meilleure lisibilité du financement pour les usagers et 38 % une amélioration des relations avec les financeurs.

De même, l'enquête d'évaluation conduite auprès des services techniques des départements expérimentateurs montre que 16 d'entre eux, sur les 18 répondants, souhaitent maintenir la fusion des sections. Ces Départements soulignent également l'attention à porter sur les finances locales et le maintien d'une coexistence de deux régimes différents (expérimental et hors expérimentation) comme source de complexité.

Enfin, l'expérimentation a également permis de réduire les disparités territoriales de financement de la perte d'autonomie. Ainsi, la valeur du point GIR a augmenté, sans grever les finances des départements, dans dix-sept des vingt-trois départements expérimentateurs, traduisant un rapprochement des niveaux de financement entre territoires.

Au regard des résultats très positifs de cette expérimentation et de la nécessité de simplifier la gestion tant des opérateurs d'EHPAD que des services des conseils départementaux expérimentateurs, le présent amendement prévoit la généralisation, à compter du 1er janvier 2027, du forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie aux établissements mentionnés aux I, II et IV bis de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Adapter la réforme des services d'autonomie à domicile

Article Additionnel

Ajouter l'article additionnel suivant

Le C du II de l'article 44 de la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa, les mots « et pour une durée maximale de cinq ans » et les mots « dans la perspective de constituer, à l'issue de cette période, un service autonomie à domicile relevant du 1° de l'article L. 313-1-3 du même code doté d'une entité juridique unique » sont supprimés.

2° Au septième alinéa, les mots « l'autorisation devient caduque en l'absence de constitution du service autonomie à domicile doté d'une entité juridique unique. » sont supprimés.

3° Au même alinéa, après les mots : "ou de la date de renouvellement de celle-ci", il est inséré la phrase ainsi rédigée : « Les services de soins infirmiers à domicile ayant conclu la convention ou constitué le groupement avec les services autonomie à domicile en application du même 1° sont considérés comme autorisés pour l'activité de soins infirmiers à domicile pour laquelle ils étaient autorisés avant la conclusion de ladite convention ou la constitution dudit groupement, pour la durée restant à courir à compter de la date d'autorisation initiale ou de la date de renouvellement de celle-ci, sous réserve de déléguer, dans un délai de six mois, par voie de convention ou dans le cadre d'un groupement mentionné au 3° de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles l'activité d'aide et d'accompagnement à domicile à un service autonomie à domicile déjà autorisé pour cette activité. "

Exposé des motifs

Cet amendement vise à sécuriser le déploiement de la réforme des Services Autonomie à Domicile (SAD) sur les territoires afin de garantir la continuité des parcours des personnes accompagnées.

La réforme des SAD, issue de l'article 44 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, vise à améliorer la coordination entre l'aide et le soin afin de simplifier le parcours des personnes âgées et en situation de handicap. Si cet objectif est largement partagé, l'obligation pour les services de soins infirmiers à domicile de constituer une entité juridique unique avec un service d'aide à domicile, apparaît comme un frein à la transformation du secteur. En effet, dans un rapport remis au Sénat en juillet 2026, la Cour des comptes souligne que cette exigence se heurte à la diversité des statuts juridiques, des conventions collectives, des modes de financement et des réalités territoriales. Elle soulève également les risques économiques liés au rapprochement de structures dont les situations financières peuvent être très divergentes.

Dans un contexte de croissance des besoins d'accompagnement et de soins à domicile, il apparaît préférable de privilégier une logique fondée sur la coordination effective entre les acteurs et la qualité de l'accompagnement des personnes plutôt que sur une forme unique d'organisation juridique. Et ce, tout en permettant des formes souples de coopération entre opérateurs. Cette évolution permettrait d'éviter le risque de disparition des SSIAD et ainsi de préserver la continuité des parcours des usagers et l'accès aux soins, dans un contexte de désertification médicale.

Le présent amendement vise ainsi à permettre aux services autonomie à domicile d'atteindre les objectifs fixés par la réforme au travers de modalités organisationnelles adaptées aux réalités des territoires, tout en préservant l'offre existante et en sécurisant les parcours des personnes accompagnées.

Permettre l'adaptation encadrée des modalités de financement des établissements privés non lucratifs ex-OQN habilités au service public hospitalier

Article Additionnel

Ajouter l'article additionnel suivant

I. Jusqu'au 1er mars 2028, les établissements de santé privés à but non lucratif mentionnés au d de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, habilités à assurer le service public hospitalier en application de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique et dont tout ou partie des activités relevaient antérieurement d'un objectif quantifié national, peuvent exercer un droit d'option afin que tout ou partie de leurs activités soient rattachées aux modalités de financement applicables aux établissements mentionnés aux b et c du même article L. 162-22.

II. Le droit d'option est exercé auprès du directeur général de l'agence régionale de santé compétente. La demande est présentée au plus tard le 15 janvier de l'année au titre de laquelle le rattachement est sollicité. Par dérogation, pour l'année 2027, elle peut être présentée jusqu'au 1er mars 2027.

III. Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise le rattachement lorsque l'établissement :

1° Est habilité à assurer le service public hospitalier et exerce effectivement les missions qui en découlent ;

2° Justifie que le maintien des modalités de financement résultant de son rattachement au d de l'article L. 162-22 entraîne, pour les activités concernées, un écart de financement non justifié au regard d'activités comparables exercées par des établissements mentionnés aux b et c du même article ;

3° Justifie que ce rattachement contribue à la continuité de l'offre de soins, au maintien de l'accessibilité financière des prises en charge ou à la cohérence du maillage territorial ;

4° Présente une trajectoire financière compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

IV. La décision précise les activités concernées, les modalités de financement retenues, les conditions et la date de prise d'effet du rattachement, les engagements de l'établissement et les modalités de suivi. Elle fait l'objet d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

V. Le rattachement prévu au présent article ne modifie ni la nature juridique de l'établissement ni son habilitation à assurer le service public hospitalier.

VI. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret du Conseil d'État.

Exposé de motifs

L'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale distingue plusieurs catégories d'établissements de santé selon leurs modalités de financement. Cette distinction conserve les effets des anciens choix statutaires et tarifaires, notamment entre les établissements relevant historiquement du secteur financé par dotation globale et ceux rattachés à l'ancien objectif quantifié national.

Certains établissements de santé privés à but non lucratif relevant du d) de cet article, dont tout ou partie des activités relevaient antérieurement d'un objectif national quantifié, sont aujourd'hui habilités à assurer le service public hospitalier en application de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique.

Ils assurent, à ce titre, des missions indispensables à la population et au territoire : égal accès aux soins, prise en charge des patients sans discrimination, continuité des soins, qualité et sécurité des prises en charge. Ils participent au maillage territorial de l'offre de soins et répondent, dans de nombreux territoires, à des besoins auxquels aucun autre opérateur ne peut répondre dans des conditions équivalentes.

Pourtant, ces établissements peuvent rester soumis à des modalités de financement héritées de leur ancien rattachement au secteur ex-OQN, alors même qu'ils assument des obligations de service public hospitalier comparables à celles d'établissements privés non lucratifs relevant des catégories b) et c) de l'article L. 162-22.

Cette situation entretient, pour des activités comparables et des obligations équivalentes, des écarts de financement qui ne reposent pas nécessairement sur les besoins de santé de la population, les caractéristiques des patients accueillis, les missions exercées ou les contraintes territoriales supportées par les établissements.

Le présent amendement ouvre aux établissements concernés un droit d'option leur permettant de demander le rattachement de tout ou partie de leurs activités aux échelles de tarifs et de dotations applicables aux établissements privés non lucratifs relevant des catégories b) et c) de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale.

Ce droit est exercé auprès du directeur général de l'agence régionale de santé, qui apprécie la réalité des missions de service public hospitalier exercées, les écarts de financement constatés, la contribution de l'établissement à la continuité de l'offre et au maillage territorial, ainsi que la compatibilité de la mesure avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Le dispositif n'organise ni une bascule automatique ni un alignement indifférencié des financements. Il permet une décision motivée, ciblée sur les activités concernées et assortie d'une trajectoire de transition.

Il vise ainsi à mettre fin à des situations où une classification financière héritée de l'histoire ne reflète plus les missions de service public hospitalier effectivement assurées par des établissements privés non lucratifs.

(version de repli) : Expérimenter une convergence objectivée des financements des ESPIC ex-OQN habilités au service public hospitalier

Article Additionnel

Ajouter l'article additionnel suivant

I. À titre expérimental et pour une durée de trois ans, les établissements de santé privés à but non lucratif relevant du d de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, habilités à assurer le service public hospitalier en application de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique et dont tout ou partie des activités relevaient antérieurement d'un objectif quantifié national, peuvent demander au directeur général de l'agence régionale de santé compétente le bénéfice d'un dispositif d'évaluation et de convergence objectivée de leurs financements.

II. Ce dispositif a pour objet d'apprécier, pour chaque champ d'activité autorisé, l'existence d'écarts de financement non justifiés au regard :

1° Des missions effectivement exercées par l'établissement ;

2° De sa contribution à l'offre territoriale de soins ;

3° Des obligations résultant de son habilitation à assurer le service public hospitalier ;

4° Des caractéristiques des patients pris en charge ;

5° Des contraintes territoriales auxquelles il est soumis ;

6° Des charges objectivement supportées pour assurer l'accessibilité financière, la continuité, la qualité et la sécurité des soins.

III. Lorsque l'évaluation fait apparaître, pour des activités comparables et des obligations équivalentes, un écart de financement non justifié par les critères mentionnés au II, le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser, dans les conditions et limites fixées par décret et dans la limite du montant mentionné au VI, l'attribution de financements complémentaires ou la mise en œuvre d'une trajectoire de convergence financière.

IV. Cette autorisation ne modifie pas le classement juridique de l'établissement au regard de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale. Elle est accordée pour une durée

déterminée, qui ne peut excéder le terme de l'expérimentation, et fait l'objet d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement. Cet avenant précise les activités concernées, les engagements de l'établissement, les modalités de suivi financier et les indicateurs d'évaluation retenus.

V. *La demande est transmise au directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard le 15 janvier de l'année au titre de laquelle le dispositif est sollicité. Par dérogation, pour la première année de mise en œuvre de l'expérimentation, elle peut être transmise jusqu'au 1er mars.*

VI. *Le dispositif prévu au présent article est mis en œuvre dans la limite d'un montant annuel maximal de dépenses fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.*

VII. *Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation présentant notamment le nombre d'établissements concernés, les champs d'activité retenus, les écarts de financement constatés, les financements complémentaires attribués, les trajectoires de convergence mises en œuvre, ainsi que les effets du dispositif sur la situation économique des établissements et la continuité de l'offre de soins.*

VIII. *Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. Il précise notamment les indicateurs, les données et les modalités de comparaison utilisés pour l'évaluation des écarts de financement mentionnée au II.*

Neutraliser l'effet minorant du coefficient de pondération des charges de personnel applicable aux établissements privés à but non lucratif

Article Additionnel

Ajouter l'article additionnel suivant

I. L'article L. 162-22-3-2 du code de la sécurité sociale est abrogé.

II. L'article L. 162-23-5 du même code est abrogé.

III. Le présent article s'applique à compter de la campagne tarifaire de 2027

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à supprimer le mécanisme de coefficient tenant compte des effets induits par les dispositifs de revalorisation salariale des personnels médicaux et non médicaux, dit « coefficient Ségur », applicable aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique, d'hospitalisation à domicile et de soins médicaux et de réadaptation.

Ce mécanisme, instauré afin de prendre en compte les effets des revalorisations salariales, conduit en pratique à une minoration des tarifs applicables aux établissements de santé privés à but non lucratif. Il ne permet donc pas une compensation équitable des charges de personnel effectivement supportées par ces établissements.

Les établissements privés à but non lucratif ont mis en œuvre les revalorisations salariales nécessaires à l'attractivité des métiers, à la continuité des soins et au maintien de l'offre de santé. Ils supportent ainsi des charges comparables à celles des établissements publics, sans bénéficier d'un niveau de financement équivalent.

Selon les travaux internes de la FEHAP, l'application de ce coefficient représente près de 160 millions d'euros de sous-financement annuel pour les établissements privés à but non lucratif.

L'écart de financement avec le secteur public pouvait dépasser 320 millions d'euros en 2024. Cette situation s'ajoute à de nouvelles charges non compensées, parmi lesquelles la suppression de l'exonération de taxe d'apprentissage, évaluée à 70 millions d'euros pour le secteur.

La suppression des articles permettrait de mettre fin à un dispositif produisant un effet défavorable et injustifié sur les tarifs des établissements privés à but non lucratif.

Cette mesure vise à restaurer une équité de financement entre les établissements concourant aux mêmes missions d'intérêt général, de service public hospitalier, de permanence des soins et d'égal accès aux soins.

Version de repli

I. Après la deuxième phrase du I de l'article L. 162-22-3-2 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ce coefficient ne peut avoir pour effet de minorer les tarifs applicables aux établissements de santé privés à but non lucratif.

II. Après la deuxième phrase du I de l'article L. 162-23-5 du même code, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ce coefficient ne peut avoir pour effet de minorer les tarifs applicables aux établissements de santé privés à but non lucratif. »

III. Le présent article s'applique à compter de la campagne tarifaire de 2027.

Reporter l'entrée en vigueur de la réforme de la dialyse

Le E du VII de l'article 49 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 est ainsi modifié :

« *Les deux dernières phrases du 1° de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 5° du D du I du présent article, entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er janvier 2028 pour ce qui concerne aux activités de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale* »

EXPOSE DES MOTIFS

La réforme du financement de la dialyse doit entrer en vigueur au 1er janvier 2027. Les travaux en cours prévoient notamment la mise en place une forfaitisation hebdomadaire de l'hémodialyse.

Les circonstances de prise en charge et les phases de transitions qui rythment le parcours des patients dialysés nécessitent des forfaits spécifiques pour couvrir la réalité des prises en charge : initiation du traitement, autonomisation des patients, replis en cas de complications et changements de modalités, ou encore soins palliatifs.

Or, les orientations retenues actuellement privilégient une dialyse uniforme. De ce fait, elles sont inadaptées à un grand nombre d'établissements et n'apportent pas de garanties suffisantes pour assurer des soins de qualité et/ou de proximité aux patients. De plus la méthodologie de travail adoptée ne permet pas de garantir une mise en œuvre sereine soutenue par des études d'impact.
Cette réforme doit permettre d'atteindre de meilleurs résultats pour une prise en charge adaptée et offrir une qualité de vie mieux préservée.

En termes de méthodologie, le développement d'une réforme de financement devrait reposer sur 3 étapes :

- ✓ La définition du modèle en fonction des objectifs poursuivis en termes de santé publique ;
- ✓ L'identification et la valorisation des différents paramètres et variables du modèle de financement (notamment les indicateurs à recueillir)
- ✓ La réalisation d'un recueil à blanc de données et d'études d'impact afin d'apprécier les conditions et les conséquences de la mise en œuvre.

Ces trois étapes ne pourront être réalisées dans de bonnes conditions dans le délai fixé au 1er janvier 2027. Un report d'une année s'impose afin d'aborder sereinement la finalisation des travaux et la mise en œuvre opérationnelle au sein des établissements de santé.

Les réformes du financement en soins médicaux et de réadaptation (SMR) et en psychiatrie (PSY) ont montré les conséquences d'une préparation insuffisante : complexité de déploiement, lourdeurs administratives, difficultés opérationnelles pour les établissements, et rejet marqué de la part des acteurs concernés. Ces expériences soulignent la nécessité d'un calendrier réaliste, permettant d'associer pleinement les professionnels de santé et les établissements dans la construction des modalités de financement.

L'ensemble des acteurs, industriels et associations de patients, se sont accordés sur la nécessité d'un délai complémentaire pour s'assurer de la juste mise en œuvre de la réforme.

Commenté [AJG1]: A ne transmettre aux parlementaires que dans un 2e temps

Sécuriser le financement et le modèle économique des centres de santé

I.Le deuxième alinéa de l'article L. 1435-8 du code de la santé publique est modifié comme suit :

1° Après les mots « établissements médico-sociaux », sont insérés les mots : « centres de santé » ;

2° A la fin de l'alinéa sont ajoutés les mots : « et dans le cadre des projets de santé conclus par les centres de santé en application de l'article L. 6323-1-10 du code de la santé publique ».

II. La charge pour l'Etat est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise des tabacs prévue au chapitre IV du titre I du livre III du code des impositions des biens et des services.

Exposé des motifs

Les centres de santé font face à des grandes difficultés pour atteindre l'équilibre financier, difficultés intrinsèquement liées à leur modèle économique.

La tarification à l'acte ne permet pas de recouvrir les dépenses des centres, d'autant plus pour les structures assurant des prises en charge spécialisées et non valorisées à ce titre (consultations plus longues, mobilisation d'un plus grand nombre de professionnels, achats de matériels spécifiques).

Ces derniers sont régulièrement sollicités par les régions et les collectivités pour servir l'offre des territoires en cas de besoin, sur la vaccination par exemple. Certains gestionnaires font appel à leurs fonds propres pour financer les mesures salariales pour lesquelles les centres de santé n'ont pas été éligibles, et ainsi maintenir leur attractivité sur leur territoire.

Afin d'assurer la survie de ces structures, et dans l'attente du lancement des travaux de révision du modèle économique des centres, la présente proposition vise à sécuriser le modèle économique des centres de santé en passant par un mode de financement solidifié via l'abondement annuel du Fond d'Intervention Régional (FIR) pour un financement dédié expressément aux activités des centres de santé, financement qui pourrait être modulé par des objectifs sur missions.