

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2026

**Les propositions des entreprises et
organisations de l'Économie sociale et
solidaire**

Contacts – ESS France et ses membres

Organisation		Contacts
ESS France est l'organisation représentative de l'économie sociale et solidaire auprès des pouvoirs publics, une mission légale issue de la loi 2014 relative à l'ESS.		Pauline Raufaste Responsable des affaires publiques – p.raufaste@ess-france.org – 07 60 71 52 41
Le Centre Français des Fonds et Fondations (CFF) rassemble la communauté des fondations et fonds de dotation français. Avec près de 350 membres et 1 500 structures représentées représentant la moitié du poids économique du secteur, le CFF a vocation à regrouper toutes les fondations et fonds de dotation, sans distinction de statut, de mode opératoire, de moyens ou d'objet.		Nicolas Mitton - Responsable juridique et affaires publiques - nicolas.mitton@centre-francais-fondations.org – 06 24 86 35 49
La Confédération générale des Scop et des Scic est le porte-parole des 88 000 salariés des 4600 sociétés Scop et Scic qui œuvrent partout en France.		Lynda-May Azibi Déléguée aux affaires publiques et institutionnelles - lmazibi@scop.coop - 06 49 76 85 64
France générosités est le syndicat professionnel des organisations d'intérêt général faisant appel aux générosités. Il rassemble un réseau d'associations et de fondations philanthropiques œuvrant pour une société plus juste, inclusive et durable.		Sarah BERTAIL, Directrice juridique et affaires publiques - sbertail@francegenerosites.org - 06 74 26 55 81 Pauline HERY, Chargée de plaidoyer - phery@francegenerosites.org - 06 63 96 96 50
La Mutualité fédère aujourd'hui la quasi-totalité des mutuelles. À leurs côtés, elle agit pour la protection sociale de près de 32 millions de personnes en France et promeut le droit de toutes et tous à la pleine santé, en coordination avec la Sécurité sociale.		Valentin JEUFRAULT Responsable du pôle Affaires publiques Mutualité Française 06 43 11 86 18 valentin.jeufault@mutualite.fr
L'UDES, union des employeurs de l'économie sociale et solidaire, est l'organisation patronale représentative de l'économie sociale et solidaire.		Hugues Pollastro Directeur général hpollastro@udes.fr 06 75 94 29 53

1| Les propositions d'ESS France

Proposition 1 : Encadrer la financiarisation des établissements accueillant des publics fragiles (EHPAD, crèches, etc.)

APRÈS L'ARTICLE X, insérer l'article suivant :

Le III de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rétabli :

« III. – Le financement des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du présent code ainsi des établissements d'accueil du jeune enfant mentionnés au chapitre IV du titre II du livre III de la deuxième partie du code de la santé publique qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est conditionné au respect par les opérateurs dont le statut est privé à but lucratif d'une recherche raisonnable du bénéfice. Un décret pris en Conseil d'État pris après avis du Conseil national de l'économie sociale et solidaire détermine les modalités d'application du présent alinéa. »

EXPOSE SOMMAIRE

Cet amendement vise à encadrer la financiarisation des établissements accueillant des publics fragiles (EHPAD, crèches, etc.) dont le statut est privé à but lucratif en conditionnant le financement public au respect d'une recherche raisonnable du bénéfice.

Les actualités récentes ont mis en évidence les dérives de certaines entreprises lucratives dans les secteurs de la petite enfance et de la longévité, souvent au détriment de la dignité des personnes vulnérables. L'économie sociale et solidaire est très présente dans ces deux domaines : en complément de l'action de la puissance publique, le rapport spécifique de l'ESS à la lucrativité, tournée vers les bénéficiaires, contribue à protéger les publics face aux dérives des modèles uniquement guidés par la rentabilité du capital au détriment de la qualité du service rendu aux usagers.

Face aux dérives de plus en plus manifestes de certaines entreprises privées lucratives, il s'agira à terme de faire un choix. La puissance publique pourrait choisir dans un premier temps d'encadrer les modèles lucratifs, et dans un second temps, dans un objectif de protection des personnes et de garantie des droits humains, aller plus loin et réserver ces filières aux acteurs qui s'engagent en ce sens, c'est-à-dire le secteur public et l'ESS.

Tel est l'objet du présent amendement : encadrer en urgence la financiarisation des établissements accueillant des publics fragiles en conditionnant le financement public de ces opérateurs au respect d'une recherche raisonnable du profit.

Le Conseil Supérieur de l'ESS serait saisi pour définir concrètement les modalités d'un tel conditionnement.

Cet amendement a été travaillé avec ESS France.

Proposition 2 : Encadrer la financiarisation des établissements accueillant des publics fragiles (EHPAD, crèches, etc.)

APRÈS L'ARTICLE X, insérer l'article suivant :

I. – Après l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 314-8-1. – I. – Le financement par l'État ou les organismes de sécurité sociale des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du présent code est interdit si la rémunération d'un de ses salariés ou de ses associés dépasse un plafond de rémunération correspondant à neuf fois la rémunération moyenne du décile de ses salariés disposant de la rémunération la plus faible.

« II. – Pour les sociétés gérant plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux, le respect du plafond de rémunération défini au I tient compte de la rémunération de l'ensemble des associés et salariés de la société. »

II. – Le I du présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2026.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise interdire le financement public des EHPAD et des établissements sociaux et médico-sociaux là où les écarts de salaire dépassent un rapport de 1 à 9.

Les actualités récentes ont mis en évidence les dérives de certaines entreprises lucratives dans les secteurs de la petite enfance et de la longévité, souvent au détriment de la dignité des personnes vulnérables. L'économie sociale et solidaire est très présente dans ces deux domaines : en complément de l'action de la puissance publique, le rapport spécifique de l'ESS à la lucrativité, tournée vers les bénéficiaires, contribue à protéger les publics face aux dérives des modèles uniquement guidés par la rentabilité du capital au détriment de la qualité du service rendu aux usagers.

Face aux dérives de plus en plus manifestes de certaines entreprises privées lucratives, il s'agira à terme de faire un choix. La puissance publique pourrait choisir dans un premier temps d'encadrer les modèles lucratifs, et dans un second temps, dans un objectif de protection des personnes et de garantie des droits humains, aller plus loin et réserver ces filières aux acteurs qui s'engagent en ce sens, c'est-à-dire le secteur public et l'ESS.

Dans la mesure où le modèle économique de ces établissements médico-sociaux et notamment les EHPAD repose en partie sur des financements publics, il est légitime pour la puissance publique de fixer un cahier des charges non seulement sur la nature des prestations attendues mais sur le partage de la valeur au sein de ces entreprises quel que soit leur statut.

Tel est l'objet du présent amendement : limiter les rémunérations des établissements accueillant des publics fragiles sur le modèle de l'agrément ESUS accessible aux entreprises et organisations de l'économie sociale et solidaire.

Cet amendement a été travaillé avec ESS France.

2| La proposition commune de l'UDES, du Centre français des Fonds et Fondations, de France générosités, et du Mouvement associatif

Proposition : L'instauration d'un taux unique à 4,25% de la taxe sur les salaires pour les associations, fondations et fonds de dotation

APRÈS L'ARTICLE 9

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I.- Remplacer le deuxième alinéa du 2 bis. de l'article 231 du code général des impôts par : « Les taux majorés ne sont pas applicables aux rémunérations versées par les personnes morales visées à l'article L.. 1679 A du même code, ainsi que par les personnes physiques ou morales et organismes domiciliés ou établis dans les départements d'outre-mer. ».

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 SOMMAIRE

La taxe sur les salaires est un impôt de production applicable aux employeurs non soumis à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA). C'est un prélèvement ancien et complexe qui freine le développement d'une grande partie de ces structures.

En premier lieu, il frappe indistinctement les structures, quel que soit leur résultat d'activité, leur taille, ou leur modèle économique. En cela, il se distingue négativement d'autres impôts de production comme la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE) - assis sur la création de richesse - en ne tenant pas compte de la performance économique ou de la fragilité financière des structures concernées. Cette situation pénalise particulièrement les secteurs fortement dépendants de leur main-d'œuvre, comme ceux de l'économie sociale et solidaire, car leurs charges augmentent sans possibilité de compensation.

Par ailleurs, le mode de calcul de la taxe sur les salaires est contreproductif pour l'emploi. D'une part, son barème progressif alourdit le coût du travail, ce qui peut dissuader les employeurs de mieux rémunérer leurs salariés. D'autre part, il s'applique en fonction de seuils de rémunérations annuelles, non proratisés par rapport à la durée dans l'emploi, ce qui peut dissuader les employeurs d'embaucher en CDI. En effet, recourir à des salariés à temps partiel ou employer plusieurs salariés successivement sur le même poste dans l'année permet d'éviter ou de limiter l'application des taux majorés. En cela, cette taxe agit ainsi comme un surcoût spécifique à l'emploi pour les structures de l'économie sociale et solidaire, qui freine leur capacité à recruter et limite leur compétitivité.

Enfin, la taxe sur les salaires crée une distorsion de concurrence car les structures non lucratives paient la taxe sur les salaires mais également de la TVA sur leurs achats, là où les entreprises privées lucratives (soumises à la TVA) peuvent récupérer une partie de la TVA. Elles bénéficieront en outre, d'ici 2028, de la suppression complète de la CVAE.

Pour toutes ces raisons, cet impôt est largement remis en cause, notamment par la Cour des comptes, qui appelle à le réformer et propose notamment d'opter pour un taux unique, quel que soit le niveau de rémunération, quitte à ajuster le niveau des franchises ou des abattements. Le présent amendement reprend cette proposition et vise l'instauration d'un taux unique de la taxe sur les salaires à 4,25% pour les personnes visées à l'article 1679 A du code général des impôts, à un moment où la puissance publique souhaite renforcer leur rôle en faveur de la cohésion sociale et des personnes les plus fragiles.

Cet amendement a été travaillé par l'Union des employeurs de l'économie sociale et solidaire, le Centre français des Fonds et Fondations, France générosités, et le Mouvement associatif.

Proposition de repli du Centre français des Fonds et des Fondations : Supprimer les taux majorés de la taxe sur les salaires pour les établissements privés non lucratifs du secteur sanitaire, social et médico-social

ARTICLE APRÈS L'ARTICLE 9

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le 2 bis de l'article 231 du code général des impôts est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Ils ne sont pas non plus applicables aux rémunérations versées par les établissements publics de santé, les établissements de santé privés à but non lucratif et les établissements sociaux et médico sociaux publics ou gérés par des personnes morales de droit privé à but non lucratif ».

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale 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 SOMMAIRE

Associations et fondations constituent des piliers du lien social entre les individus. Leur modèle économique s'est néanmoins fragilisé au cours des dernières années. Ces difficultés font peser un risque sur ces structures non lucratives, qui offrent un modèle alternatif aux structures privées lucratives, et entraînent un déséquilibre par rapport aux salaires proposés dans le secteur public ou privé à but lucratif.

Cette différence de rémunération impacte négativement l'attractivité de ces métiers, alors que ces derniers participent à servir l'intérêt général et répondent à une demande croissante de travailler au sein de structures engagées pour la société.

La Cour des comptes présentait, dans un référé adressé au Premier ministre fin juillet 2018, la taxe sur les salaires comme « un impôt ancien, dont les règles de calcul doivent être réformées rapidement ». La Cour des comptes appelait ainsi le Gouvernement à réformer sans délai ce dispositif et suggérait « une modification du barème de la taxe sur les salaires dans les textes financiers de l'automne. »

Cet amendement vise à supprimer les deux taux majorés ne pour conserver qu'un taux unique de 4,25 %, afin de redonner de légères marges de manœuvre financières aux 27 500 structures associatives et aux fondations non lucratives du secteur social, médico-social et sanitaire, ainsi que de poser une première pierre permettant de revaloriser les salaires dans ces secteurs qui connaissent une grave crise d'attractivité.

Cet amendement est issu d'une rédaction travaillée avec le rapporteur général à l'Assemblée nationale lors du PLFSS 2026 et est portée par le Centre Français des Fonds et Fondations.

3| La proposition du Centre Français des Fonds et des Fondations et de France générosités

Proposition 1 : Etendre l'abattement sur la taxe sur les salaires aux fonds de dotation

APRÈS L'ARTICLE 9

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - À la première phrase du premier alinéa de l'article 1679 A du code général des impôts, après la première occurrence du mot : « publique », sont insérés les mots : « les fonds de dotation, ».

II. – La perte de recettes résultant du présent article pour les organismes de sécurité sociale est compensée, à due concurrence, par la création d'une contribution additionnelle à la contribution visée à l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement poursuit un objectif d'égalité de traitement entre structures non lucratives œuvrant en faveur de l'intérêt général.

En effet, aux termes de la loi, les fonds de dotation sont des structures non lucratives créées spécialement en vue de poursuivre un objectif d'intérêt général. Ces structures agissent, directement ou en apportant leur soutien à des associations, sur l'ensemble des champs et des causes de l'intérêt général, qu'il s'agisse de l'environnement, de l'aide aux personnes, de l'éducation et bien d'autres encore. Dès lors, ceux-ci devraient pouvoir bénéficier de cet abattement, au même titre que les associations et les fondations reconnues d'utilité publique.

Par ailleurs, cet abattement pourrait constituer une forme d'incitation à développer l'emploi au sein des fonds de dotation. C'est pourquoi il est ici proposé d'étendre le champ posé par l'article 1679 A du CGI de l'abattement sur la taxe sur les salaires.

Cet amendement a été travaillé avec le Centre Français des Fonds et Fondations et France générosités, le syndicat professionnel des organisations d'intérêt général faisant appel à la générosité du public.

4 | La proposition de la CG SCOP

Proposition : Maintenir le dispositif de l'aide à la création et la reprise d'entreprise (ACRE) dans sa version initiale

Article 9

I. – À l'alinéa A, 2° du I de l'article 9, supprimer les mots : « le montant de l'exonération, qui est fixé par décret, ne peut excéder 25 % de ces cotisations » et les remplacer par les mots : « l'exonération est totale ».

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à maintenir l'aide à la création et à la reprise d'entreprise (ACRE) dans sa version initiale.

La rédaction actuelle de l'article 9 du PLFSS 2026 prévoit de limiter l'exonération de cotisations sociales à 25 % du montant des cotisations, ce qui constituerait une réduction substantielle du soutien accordé aux créateurs et repreneurs d'entreprise.

Or, cette aide a pour objectif de favoriser la création d'activité, mais aussi la sauvegarde d'emplois lors des reprises dans le cadre de procédures collectives, dans un contexte marqué par une recrudescence des défaillances d'entreprises.

En effet, celles-ci sont reparties à la hausse en septembre 2025, avec 6 800 procédures ouvertes, soit une augmentation de 6 % en un mois, un niveau jamais atteint depuis 2009. À ces chiffres s'ajoutent les 67 000 défaillances enregistrées l'année dernière, touchant pour l'essentiel les petites entreprises, c'est-à-dire le cœur de l'activité économique nationale.

Ainsi, face aux difficultés persistantes d'accès au financement et à la fragilité des premières années d'activité, le maintien de l'ACRE dans sa version initiale constitue un levier essentiel pour stimuler entrepreneuriat et reprenariat.

5| Les propositions communes à la Mutualité Française, France Assureurs et le CTIP

Proposition 1 : Suppression de la contribution des organismes complémentaires au titre de l'année 2026

Article additionnel

- I.- L'article 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 est supprimé.
- II.- La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Réduire le déficit de la sécurité sociale en taxant davantage les complémentaires santé revient, in fine, à faire payer deux fois les assurés et les entreprises et à grever leur pouvoir d'achat et leur compétitivité. Toute hausse de fiscalité sur les contrats renchérit proportionnellement leur coût et transfère sur les adhérents la charge de l'équilibre de la sécurité sociale. Or les contrats de complémentaire santé, qui protègent contre les risques de santé, sont déjà lourdement taxés : +1 Md€ de taxes porterait la pression fiscale totale à 7,5 Md€, soit une multiplication par dix en dix ans.

Une fois encore, les OCAM sont utilisés comme variables d'ajustement des déséquilibres budgétaires de l'Assurance maladie. Au lieu d'une co-construction avec l'ensemble des acteurs, le budget de la santé est pensé unilatéralement, dans une logique court-termiste (transferts de charges, hausses de fiscalité sur la complémentaire). De surcroît, cette taxe fait des OCAM des collecteurs d'impôt, alors que leur mission première est d'assurer et protéger leurs adhérents ; elle est directement prélevée sur les cotisations des assurés.

Par conséquent, il est proposé de supprimer la taxe exceptionnelle de 2,05 % en 2026. Afin de compenser la ressource ainsi supprimée sans peser sur les contrats santé, il est proposé de relever la fiscalité sur les tabacs.

Cette taxation sur un produit nocif pour la santé est cohérente avec l'ambition d'accélérer le virage préventif, casser la courbe des maladies chroniques et préserver notre modèle solidaire. C'est sur ces enjeux — investissements de prévention, accompagnement des parcours, innovations — que les OCAM doivent être mobilisés plutôt que d'être surtaxés.

Proposition 2 : Autoriser la suspension de tiers payant complémentaire pour les professionnels de santé condamnés pour fraude

Article additionnel

Insérer un article ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- I.- L'article L. 161-36-3 est ainsi modifié :

1° A la troisième phrase du premier alinéa, après les mots : « l'organisme d'assurance maladie » sont insérés les mots : « déclenche la procédure d'enquête ou » et les mots : « l'avant-dernier alinéa de » sont supprimés ;

2° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce décret fixe également les conditions et les limites dans lesquelles le tiers payant peut être suspendu, à l'issue des contrôles adéquats, dès l'envoi de la notification de placement hors de la convention ou de suspension de ses effets dans les conditions prévues à l'article L. 162-15-1. Ce décret détermine également le délai à l'expiration duquel le professionnel peut appliquer le tiers payant lorsque celui-ci est de nouveau placé sous le régime conventionnel à la suite d'une sanction ou condamnation pour fraude. » ;

3° L'article est complété d'un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application des dispositions prévues au premier alinéa, il est tenu compte de l'ensemble des activités du professionnel à titre libéral ou au sein d'un ou plusieurs centres de santé. »

II.- L'article L. 871-1 est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« Elles prévoient la suspension du mécanisme du tiers payant à compter de la date à laquelle les organismes d'assurance maladie complémentaire sont informés par l'organisme local d'assurance maladie de la mise en œuvre de la procédure visée à l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale pour des faits de nature à constituer une fraude ou de la notification de placement hors de la convention ou de suspension de ces effets dans les conditions prévues à l'article L. 162-15-1. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le tiers payant facilite l'accès aux soins et réduit le renoncement pour motif financier. Mais il peut, chez certains professionnels, devenir un levier de fraude. Les années récentes ont montré des cas où la garantie de paiement attachée au tiers payant est détournée à des fins frauduleuses.

Le présent amendement renforce les outils de lutte contre la fraude de l'Assurance Maladie et des organismes complémentaires (OC) en ajustant trois points clés :

- **Garantie de paiement et contrôles :** aujourd'hui, l'Assurance Maladie peut déroger au délai maximal de remboursement après une sanction/condamnation pour fraude ou après dépôt de plainte. Il est proposé de déclencher cette faculté dès l'ouverture d'une enquête afin d'éviter qu'un professionnel soupçonné de fraude bénéficie, des mois durant, d'une garantie automatique de paiement.
- **Suspension du tiers payant en cas de déconventionnement/suspension d'urgence :** actuellement, la suspension n'intervient qu'à la date d'effet du déconventionnement. Il est prévu de permettre la suspension dès la notification (déconventionnement ou suspension temporaire d'urgence), pour combler le "trou" de plusieurs semaines entre notification et prise d'effet.
- **Parallélisme côté organismes complémentaires (OC) :** le contrat responsable (art. L. 871-1 CSS) impose aux OC de proposer le tiers payant si le professionnel le pratique. L'amendement autorise les OC à déroger à cette obligation dès l'ouverture d'une enquête ou notification de sanction (convergente avec l'AMO), pour éviter des versements indus.

Enfin, un décret fixera un délai de réautorisation du tiers payant pour les professionnels reconventionnés après fraude, afin d'assurer un suivi renforcé de leur facturation.

Ces ajustements, ciblés et proportionnés, préviennent la fraude en amont, assèchent les indus et harmonisent l'action AMO/AMC, sans entraver l'accès aux soins du patient (qui conserve le remboursement selon le droit commun).

6| Les propositions communes à la Mutualité Française et France Assureurs

Proposition 1 : Instaurer un délai de 6 mois avant l'entrée en vigueur de toute nouvelle disposition modifiant les prises en charges complémentaires

Article additionnel

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 115-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 115-10 ainsi rédigé :

« Toute mesure législative ou réglementaire ayant pour effet une évolution des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide visés à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ou une variation de périmètre des dépenses relatives à des prestations en nature ou en espèces remboursables par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de sa publication au Journal Officiel ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale prévoit une entrée en vigueur différée des mesures conventionnelles ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires, au plus tôt six mois après l'approbation des conventions dont elles découlent.

Cet amendement vise à étendre ce principe aux textes impactant le niveau et le périmètre de prise en charge par les organismes complémentaires.

Comme pour l'assurance maladie obligatoire, l'enjeu est de permettre aux organismes complémentaires d'anticiper et intégrer ces mesures, en tenant compte des délais incompressibles d'information des assurés auxquels ils sont soumis réglementairement.

Cette mesure reprend la recommandation 16 du rapport du Sénat de septembre 2024¹ « Afin d'assurer aux organismes de complémentaire santé davantage de visibilité sur leurs dépenses, modifier le code de la sécurité sociale pour prévoir un délai de six mois entre la publication de textes susceptibles d'induire une modification des périmètres respectifs de prise en charge entre l'AMO et l'AMC, et leur entrée en vigueur ».

Proposition 2 : Autoriser la suspension de tiers payant complémentaire pour les assurés condamnés pour fraude

Après l'article 18 :

Insérer un article ainsi rédigé :

L'article L. 161-36-4 du code de la sécurité sociale est complété d'un alinéa ainsi rédigé :

¹ Hausse des tarifs des complémentaires santé : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français

« Un décret prévoit les conditions dans lesquelles le bénéfice du tiers payant peut être suspendu temporairement à l'égard d'un assuré sanctionné ou condamné à la suite de la constatation, par un organisme d'assurance maladie, de l'obtention ou de la tentative d'obtention frauduleuse de prestations, notamment à l'aide de faux documents ou de fausses déclarations. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La lutte contre la fraude à l'assurance maladie suppose des sanctions efficaces et dissuasives, quel qu'en soit l'auteur. Les dernières années ont vu se diversifier les techniques de fraude, dont la production de faux documents par certains assurés pour obtenir indûment des prestations.

Or, aucun levier ciblé ne permet aujourd'hui de désinciter ces pratiques côté assuré. **Le présent amendement vise à autoriser l'assurance maladie à suspendre temporairement le bénéfice du tiers payant pour les assurés sanctionnés ou condamnés pour fraude.** Il s'agit d'un outil gradué, strictement proportionné et temporaire, destiné à prévenir la réitération des fraudes et à protéger l'intégrité des dépenses de santé, sans remettre en cause l'accès aux soins (le remboursement demeure possible selon les règles de droit commun).

Cette mesure reprend la proposition de la CNAM dans son rapport charges et produits pour 2026 : « Suspendre le bénéfice du tiers payant pour les assurés sanctionnés pour fraude ».

Proposition 3 : créer un système de signalement commun AMO/AMC

Après l'article 18 :

Insérer un article ainsi rédigé :

Après l'article L. 114-22-2 du code de la sécurité sociale est inséré un article L. 114-23 ainsi rédigé :

« L. 114-23.- La Caisse nationale de l'assurance maladie peut, conjointement avec la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ou l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, conclure avec une ou plusieurs fédérations ou organisations professionnelles regroupant des organismes d'assurance maladie complémentaire un accord fixant les conditions de mise en œuvre d'un système de signalement, par les assurés, de l'existence de faits de nature à faire présumer l'un des cas de fraude en matière sociale mentionné à l'article L. 114-16-2 visant notamment à l'obtention d'un paiement ou d'une prestation indu d'un organisme d'assurance maladie obligatoire ou d'un organisme d'assurance maladie complémentaire.

« Les conditions d'application de cette mesure sont précisées par décret. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Face aux fraudes aux prestations de santé, il est nécessaire de mobiliser tous les acteurs, y compris les assurés lorsqu'ils sont victimes d'usurpations d'identité ou de pratiques frauduleuses de professionnels de santé.

Le présent amendement vise à créer un système de signalement commun entre l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) et les organismes complémentaires d'assurance maladie

(OCAM), ouvert aux assurés, pour déclarer simplement toute fraude ou tentative de fraude les visant.

L'objectif est double : faciliter les démarches des assurés (point d'entrée unique, accusé de réception, suivi) et renforcer les synergies AMO/AMC en matière de détection, instruction et traitement des alertes (croisement de données, réponses coordonnées). La mesure s'inscrit pleinement dans la recommandation du Rapport Charges et Produits 2026 de l'Assurance Maladie : « Favoriser les alertes de fraude par les assurés ».

Proposition 4 : Prévoir la notification de la décision de suspension des indemnités journalières pour arrêt de travail frauduleux

Après l'article 18 :

Insérer un article ainsi rédigé :

II.- L'article L. 1226-1 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'employeur informé de la suspension du service de l'allocation visée au premier alinéa en avise, le cas échéant, l'entreprise régie par le code des assurances, la mutuelle ou union régie par le code de la mutualité et l'institution de prévoyance ou union régie par le code de la sécurité sociale assurant le versement de prestations au salarié concerné dans le cadre des garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-2 du code de la sécurité sociale. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Aujourd'hui, l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale prévoit qu'en cas de suspension des indemnités journalières (IJ) pour arrêt de travail frauduleux ou non médicalement justifié, la CPAM en informe l'employeur. En revanche, aucune information n'est transmise à l'organisme complémentaire (assureur, mutuelle, institution de prévoyance) qui gère le régime de prévoyance de l'entreprise.

Le présent amendement vise à corriger cette asymétrie d'information en prévoyant la notification, par l'employeur, de la décision de suspension à l'organisme complémentaire concerné. Il s'agit de renforcer la lutte contre les abus et fraudes aux arrêts de travail, d'éviter des versements indus au titre des garanties de prévoyance et d'harmoniser les informations communiquées aux acteurs qui indemnisent le même risque.

Proposition 5 : Interdire la publicité en optique et audiologie

Après l'article 24 :

Insérer un article ainsi rédigé :

L'article L. 5213-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'exception visée au premier alinéa n'est pas applicable aux équipements d'optique médicale et aux aides auditives ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

À ce jour, les équipements optiques et les aides auditives bénéficient d'un régime dérogatoire autorisant leur publicité, au motif qu'il s'agit de dispositifs médicaux à faible risque. Or, depuis l'entrée en vigueur du "100 % santé" (2020), on observe une forte dynamique des dépenses dans ces deux secteurs, dont une part est liée à des pratiques publicitaires et commerciales agressives : contournements de la réglementation (renouvellements trop rapprochés), relances systématiques à l'échéance, ventes forcées, et campagnes à la limite de la légalité (conditions de prescription). Les publics vulnérables, notamment les seniors, en sont les premières victimes.

Le présent amendement vise à exclure les équipements optiques et les aides auditives de la liste des dispositifs médicaux pouvant faire l'objet de publicité auprès du grand public. L'objectif est de réduire la surconsommation et de prévenir les fraudes induites par ces pratiques, en cohérence avec la nature de ces dépenses : des dépenses de santé qui doivent être appropriées et nécessaires.

Cette orientation est soutenue par des acteurs de la filière et recommandée par le HCFiPS dans son rapport « Lutte contre la fraude sociale » (2024) ; elle figure également parmi les pistes du rapport Charges et Produits 2026 de l'Assurance maladie. Elle doit permettre de mieux protéger les assurés et améliorer la pertinence des soins, tout en réalisant des économies significatives pour l'assurance maladie obligatoire comme pour les organismes complémentaires.

Proposition 6 : Interdire le remboursement des actes et prestations prescrits par un professionnel de santé non conventionné

Après l'article 26 :

Insérer un article ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I.- A l'article L. 162-5 sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'ensemble des produits, prestations et actes ne sont pas remboursés par l'assurance maladie s'ils sont prescrits par un médecin qui n'est pas conventionné.

Cette mesure s'applique pendant toute la durée au cours de laquelle le médecin n'est pas conventionné dans des conditions définies par décret ».

II.- A l'article L.162-4, après le 5° est inséré un 6° ainsi rédigé :

« Lorsqu'ils prescrivent des produits, prestations et actes dans les conditions visées à l'avant dernier alinéa de l'article L.162-5 ».

III.- L'article L. 162-32-1 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« L'ensemble des produits, prestations et actes ne sont pas remboursés par l'assurance maladie s'ils sont prescrits par un médecin salarié visé à l'article L. 6323-1-5 du code de la santé publique travaillant dans un centre de santé qui n'est pas conventionné.

Cette mesure s'applique pendant toute la durée au cours de laquelle le centre n'est pas conventionné dans des conditions définies par décret.

Le centre de santé informe le patient que les produits, prestations et actes prescrits dans les conditions visées au 14^{ème} alinéa ne seront pas remboursés par l'assurance maladie ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

À ce jour, le statut de conventionnement du prescripteur n'est pas une condition du remboursement : la prescription d'un médecin non conventionné ou déconventionné (y compris à la suite d'une sanction pour fraude) ouvre les mêmes droits au remboursement qu'une prescription d'un médecin conventionné.

Or, le conventionnement matérialise des droits et devoirs réciproques : qualité et pertinence des prescriptions (références HAS), accès et continuité des soins, contreparties financières (revalorisations, aides à l'installation, prises en charge). Rembourser à l'identique des prescriptions émanant de prescripteurs hors convention ou déconventionnés pour fraude contredit l'esprit du dispositif et affaiblit les incitations à la pertinence et à l'éthique professionnelles.

Le présent amendement aligne le remboursement sur le cadre conventionnel : les prescriptions de médecins non conventionnés (par choix) et déconventionnés (notamment pour fraude) ne seraient plus remboursables par l'assurance maladie obligatoire ni par les organismes complémentaires. Cette évolution réduit les risques de fraude et de dérives et renforce la cohérence du système, sans léser les patients, grâce à des garanties d'information et des exceptions ciblées.

Cette mesure s'inscrit dans la droite ligne de la proposition n°10 du Rapport "Charges et Produits 2026" de la CNAM : « Ne plus rembourser les prescriptions des médecins non conventionnés ».

7| Les propositions communes de France Mutualité et Vv 3

Proposition 1 : Intégration du GCSMS exploitant et de la convention comme alternative à l'entité juridique unique

Article additionnel

Insérer un article ainsi rédigé :

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 », ainsi que « à l'issue de cette période » sont supprimés ;

2° Après le cinquième alinéa, est inséré l'alinéa suivant : « La convention constitutive du groupement de coopération sociale ou médico-sociale peut déroger aux règles de facturation et d'encaissement des tarifs des prestations fournies par un groupement mentionné au 3° de l'article [L. 312-7](#) du code de l'action sociale et des familles ».

«3° Au septième alinéa, les mots : « Au terme de la durée mentionnée au 1° du présent C » sont remplacés par les mots « Au terme de la convention ou du groupement mentionné au 3° de l'article L 312-7 du code de l'action sociale et des familles ».

Après les mots : « pour la durée restant à courir à compter de la date de l'autorisation initiale ou de la date de renouvellement de celle-ci » est insérée la phrase suivante : « Les services de soins infirmiers à domicile conservent quant à eux l'autorisation de service autonomie à domicile au titre du 1° de l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve de déléguer par voie de convention l'activité d'aide et d'accompagnement à domicile à un service autonomie à domicile déjà autorisé pour cette activité. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à assouplir les modalités de mise en œuvre des services autonomie à domicile mixtes (SAD mixtes), en supprimant l'obligation de recourir à une entité juridique unique, afin de faciliter la coopération entre opérateurs tout en garantissant l'intégration de l'offre de soins et d'aide à domicile.

Prévu par le C du II de l'article 44 de la loi n° 2021-1754 de financement de la sécurité sociale pour 2022, le cadre actuel impose qu'un SAD mixte soit exploité par une seule entité juridique, titulaire de l'autorisation et gestionnaire exclusif. Si cette exigence vise à garantir la cohérence de l'offre, elle s'avère, dans certains territoires, difficile à appliquer, notamment lorsqu'elle suppose la disparition d'opérateurs existants.

Cet amendement propose donc de maintenir le principe d'intégration, tout en rendant pérennes des modalités alternatives, aujourd'hui prévues à titre dérogatoire et transitoire. Il permettrait :

- Le **recours durable à un GCSMS exploitant**, sans limite de temps ;

- La **perception directe des financements** par les membres du GCSMS, par dérogation à l'article R. 312-194-5 du CASF ;
- Le **maintien de l'autorisation** dès lors que le service est organisé dans le cadre d'un GCSMS ou d'une convention de coopération, sans obligation d'entité juridique unique.

Par ailleurs, le droit en vigueur prévoit qu'en l'absence de constitution d'une entité unique à l'issue de la période transitoire de cinq ans, l'autorisation de SAD mixte devient caduque. Si le gestionnaire d'aide retrouve son autorisation initiale, le SSIAD, lui, la perd, ce qui met en danger la continuité de l'offre de soins dans de nombreux territoires.

Afin de corriger cette insécurité juridique, l'amendement prévoit que le SSIAD puisse conserver son autorisation, à condition de conclure une convention de délégation avec un SAD aide.

L'ensemble de ces mesures vise à sécuriser les acteurs, préserver la complémentarité des missions et garantir la continuité du service au bénéfice des usagers, dans le respect de l'objectif d'intégration porté par la réforme.

Proposition 2 : Prolongation des délais lorsque les SSIAD n'ont pas réussi à trouver de solution d'ici le 31 décembre 2025

Article additionnel

Insérer un article ainsi rédigé :

Le huitième alinéa du 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 complété par une phrase ainsi rédigée :

« À titre dérogatoire, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, par décision motivée, proroger cette durée maximale lorsque le service de soins infirmiers à domicile ne peut, pour des raisons tenant à l'absence de partenaire volontaire ou au refus des autorités compétentes d'autoriser la création concomitante d'activités d'aide à domicile, constituer un service autonomie à domicile mixte, et ce dans la limite nécessaire pour permettre la réalisation d'un projet conforme aux objectifs fixés par la présente loi. Cette durée maximale ne peut excéder cinq ans. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à permettre, à titre dérogatoire, la prorogation au-delà de deux ans des autorisations de SSIAD dans les cas où la transformation en SAD mixte est rendue impossible par des contraintes objectives.

L'article 44, II, C, 8^e alinéa de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoit que les autorisations de SSIAD peuvent être maintenues pendant une durée maximale de deux ans, sous réserve qu'une demande de création de SAD mixte ait été déposée avant le 31 décembre 2025.

Dans les faits, certains SSIAD se trouvent dans l'impossibilité de répondre à cette exigence :

- faute de pouvoir identifier un SAD aide volontaire pour s'associer,
- ou du fait du refus des conseils départementaux d'autoriser la création d'un SAD mixte porté uniquement par le SSIAD, en raison des financements publics supplémentaires que cela impliquerait.

Dans ce contexte, certains établissements sont contraints de déposer une demande « fictive » de SAD mixte, vouée à être rejetée, uniquement pour bénéficier du sursis de deux ans prévus par la loi. Ce mécanisme, artificiel et précaire, ne garantit pas le maintien de l'offre de soins à domicile, notamment dans les territoires sous-dotés.

L'amendement propose donc d'introduire une possibilité de prorogation au-delà du délai légal, par décision motivée du directeur général de l'ARS, dans les situations où la constitution d'un SAD mixte est empêchée par des obstacles indépendants de la volonté du SSIAD (absence de partenaires, refus administratif, contexte budgétaire).

Ce dispositif permettrait d'éviter la fermeture brutale de SSIAD en assurant la continuité des soins à domicile, dans l'attente de conditions favorables à leur transformation.

Proposition 1 : Expérimentation de la mise en place d'équipe de soins traitante

Article additionnel

Insérer un article ainsi rédigé :

I-. A titre expérimental, pour une durée de trois ans et sur trois régions comportant des zones caractérisées par une offre de soins particulièrement insuffisante au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, l'Etat peut autoriser les assurés à désigner une équipe de soins traitante qui assure une mission de prévention, de suivi et de recours. La désignation d'une équipe de soins traitante est réputée emporter les mêmes règles que celles d'un médecin traitant au sens de l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale.

II-. Ces équipes sont notamment composées d'un médecin, d'un infirmier en pratique avancée ou le cas échéant d'un infirmier, d'un pharmacien et d'un assistant médical.

II-. Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, les régions concernées par cette expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement propose, à titre expérimental, d'élargir la notion de « médecin traitant » à celle d'équipe de soins traitante, afin de mieux répondre aux difficultés d'accès aux soins dans les territoires sous-dotés. L'objectif est de favoriser une prise en charge plus souple, mieux coordonnée, et adaptée aux réalités du terrain.

Aujourd'hui, de nombreux Français restent sans médecin traitant. En mars 2022, un rapport sénatorial² indiquait que 11 % des Français de plus de 17 ans n'avaient pas de médecin traitant, soit presque 6 millions des Français. Fin 2023, ce chiffre atteignait **472 000 personnes en affection de longue durée (ALD)** relevant du régime général (source : CNAM, février 2024).

Pour répondre à cette situation, plusieurs évolutions ont déjà été engagées : élargissement du rôle des professionnels paramédicaux, développement des infirmiers en pratique avancée (IPA), extension des compétences des orthoptistes, kinésithérapeutes, pharmaciens, sage-femmes, ou encore expérimentations menées via l'article 51 de la LFSS pour 2018.

Cependant, le modèle actuel, centré sur le médecin traitant (introduit en 2004), montre aujourd'hui ses limites. Dans un contexte de pénurie médicale, le **partage de compétences** entre professionnels devient une nécessité. Il est donc urgent d'expérimenter des **formes d'organisation plus souples et plus collaboratives**.

L'expérimentation proposée repose sur la création d'une équipe de soins traitante, complémentaire au médecin traitant.

² Rapport d'information n° 589 (2021-2022), « Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard », déposé le 29 mars 2022.

➤ Cette équipe serait **constituée par le patient lui-même**, en fonction de ses besoins et des professionnels qu'il connaît et en qui il a confiance. Elle serait composée a minima :

- D'un **médecin traitant** ;
- D'un **infirmier** (et/ou infirmier en pratique avancée) ;
- D'un **pharmacien** ;
- D'un **assistant médical**, en charge de la coordination, du lien entre les membres de l'équipe et de l'organisation du suivi via un espace numérique partagé.

Selon les besoins du patient, l'équipe pourrait être élargie à une sage-femme, un kinésithérapeute, un orthophoniste, ou un médecin spécialiste. Si le patient ne connaît pas de professionnels disponibles, une équipe pourra lui être proposée par la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de son territoire.

Dans certains cas définis, le passage préalable par le médecin traitant ne serait pas obligatoire pour consulter un autre membre de l'équipe de soins traitante.

Un portail numérique partagé serait mis à disposition dans l'espace numérique en santé du patient.

Chaque professionnel de l'équipe aurait accès à un onglet spécifique, qu'il devra alimenter à chaque contact. Un système d'alerte informera les autres membres en cas de mise à jour du dossier.

Cette meilleure coordination vise à :

- **Optimiser les ressources médicales et paramédicales** en déchargeant les praticiens de certaines tâches administratives et en partageant les compétences ;
- **Optimiser les actes et les prescriptions**, et éviter les redondances grâce à un partage d'information en temps réel ;
- **Limiter le renoncement aux soins** et les prises en charge trop tardives ;
- **Faciliter l'organisation de la permanence des soins** en soirée et les week-ends ;
- **Limiter le nomadisme médical** et favoriser un meilleur suivi du patient.

En résumé, cette expérimentation vise à tester un modèle plus collaboratif, plus souple et plus adapté aux besoins du terrain, en renforçant l'accès aux soins dans les zones les plus fragiles tout en sécurisant le parcours du patient.

Proposition 2 : Permettre la prescription du télétravail pour faciliter la reprise ou le maintien en emploi

Article additionnel

Insérer un article ainsi rédigé :

I.- Après l'article L. 162-4-5 du code de la sécurité sociale est inséré un article L. 162-4-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-4-6.- « En lieu et place d'un avis d'arrêt de travail, le médecin peut prescrire à l'assuré dont l'état le justifie une mesure de reprise ou de poursuite d'activité en télétravail, défini à l'article L. 1222-9 du code du travail, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Cette prescription s'effectue avec l'accord de l'assuré et sous réserve de l'éligibilité de son poste avec un tel mode d'organisation selon les modalités définies au sein de l'entreprise. »

II.- Le II de l'article L. 12229 du code du travail est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Les modalités de recours au télétravail en cas de prescription d'une reprise ou poursuite d'activité par le médecin dans les conditions visées à l'article L. 162-4-6 du code de la sécurité sociale. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les dépenses d'indemnités journalières (IJ) maladie connaissent une progression soutenue : pour le régime général, elles sont passées d'environ 6,2 milliards d'euros en 2010 à 10,2 milliards d'euros en 2023. Au-delà de l'effort de maîtrise, il devient indispensable d'agir en amont pour prévenir les arrêts et favoriser le maintien/reprise d'activité lorsque l'état de santé le permet.

Le présent amendement vise à autoriser les médecins à prescrire une reprise ou une poursuite de l'activité en télétravail, en lieu et place d'un arrêt de travail total, lorsque le pronostic fonctionnel le justifie et si le poste de l'assuré est éligible. Pour certaines pathologies (ex. lombalgies, TMS, troubles anxiodépressifs légers à modérés), cette modalité peut constituer une alternative proportionnée et évolutive, facilitant une reprise progressive et sécurisée.

Cette mesure poursuit un **triple objectif** :

1. **Sanitaire** : limiter la désinsertion professionnelle et préserver les bénéfices de l'activité sur la santé ;
2. **Économique** : **réduire les IJ** lorsque l'interruption totale n'est pas médicalement nécessaire ;
3. **Social** : **diminuer l'absentéisme** et améliorer la continuité du lien au travail.

Un décret en Conseil d'État précisera les modalités (prescription, durée, réévaluation), les critères médicaux, l'éligibilité du poste et les conditions d'accord avec l'employeur au regard de la politique de télétravail de l'entreprise.

Proposition 3 : Rendre davantage accessible la complémentaire pour les populations ne bénéficiant pas d'aide à la complémentaire santé en diminuant la fiscalité

Article additionnel

Insérer l'article suivant :

I. – Le II bis de l'article L.862-4 du code de la sécurité sociale, est complété par un 5° ainsi rédigé : « 5° À 7,04% lorsque les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie complémentaire souscrites par une personne physique ne bénéficient pas d'une participation au financement par l'employeur ou dont les primes sont visées aux articles 154 bis à 154 bis – 0 A du code général des impôts. »

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à renforcer l'équité du système de financement de la complémentaire santé en réduisant le taux de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) pour les contrats ne bénéficiant ni d'un avantage fiscal ni d'une prise en charge par un employeur.

Aujourd'hui, la majorité des bénéficiaires de complémentaires santé bénéficie d'un soutien financier, notamment via l'obligation de participation des employeurs dans le secteur privé. À cela s'ajoute un régime socio-fiscal favorable, qui allège la charge de cotisation tant pour les salariés que pour les employeurs. Les travailleurs non-salariés peuvent également bénéficier d'un dispositif d'aide via la loi Madelin. Par ailleurs, la réforme de la protection sociale complémentaire pour la fonction publique introduit l'obligation de participation des employeurs publics à horizon de 2026 sur le volet « santé ».

En revanche, certaines catégories de population sont exclues de ces mécanismes : retraités, chômeurs ayant perdu leur portabilité, jeunes sans emploi, etc. Ces personnes doivent assumer seules le coût de leur complémentaire santé, sans soutien fiscal ni aide financière.

Pour corriger cette inégalité de traitement, il est proposé de réduire le taux de TSA applicable aux contrats sans avantage fiscal ni prise en charge employeur. Cette baisse permettrait d'alléger concrètement la charge pesant sur ces assurés, en leur apportant un bénéfice comparable à celui dont bénéficient les salariés du privé ou les futurs bénéficiaires de la réforme dans la fonction publique.

Le taux de TSA serait ainsi ramené à **7,04 %** pour les contrats éligibles. Le financement de cette mesure pourrait s'appuyer sur les recettes issues de la fiscalité sur les produits du tabac.

Proposition 4 : *Etendre le bénéfice du montant forfaitaire au titre des frais de gestion à l'ensemble des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS)*

Article additionnel

Insérer l'article suivant :

I. – Le troisième alinéa de l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Pour les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4, ces mêmes dépenses sont majorées, au titre des frais de gestion, d'un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire mentionné au 1° et

2° de l'article L. 861-1 dont l'organisme gère la protection complémentaire. Ce montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. »

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à rétablir une équité de traitement entre les organismes complémentaires assurant la gestion de la complémentaire santé solidaire (CSS), en étendant le bénéfice du forfait annuel de gestion aux bénéficiaires de la CSS « sans participation ».

Créée en 2019, la CSS a fusionné la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la complémentaire santé (ACS). Elle est financée intégralement par la taxe de solidarité additionnelle (TSA) prélevée sur les contrats d'assurance complémentaire santé.

Aujourd'hui, les organismes complémentaires assurent la gestion de près de 1,2 million de bénéficiaires : 700 000 au titre de la CSS « avec participation » et 500 000 au titre de la CSS « sans participation ». Or, l'article L. 862-2 du Code de la sécurité sociale prévoit l'attribution d'un forfait annuel de gestion uniquement pour les contrats « avec participation ».

Cette distinction crée une inégalité de traitement injustifiée : les frais de gestion — qu'il s'agisse de la gestion administrative des contrats ou du remboursement des prestations — sont comparables pour les deux publics. De plus, les bénéficiaires de la CSS « sans participation » sont souvent confrontés à des situations sociales complexes, nécessitant un accompagnement plus important de la part des organismes.

Il est donc proposé d'étendre le bénéfice du montant forfaitaire à l'ensemble des bénéficiaires de la CSS. Ce montant, fixé par arrêté, devra également être réévalué pour refléter les moyens réellement mobilisés pour assurer un accompagnement adapté aux besoins des publics les plus fragiles.

Proposition 5 : Adaptation des règles des contrats responsables

Article additionnel

Insérer l'article suivant :

L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

I. - A la deuxième phrase de l'alinéa 4, les termes « *ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale.* » sont remplacés par les termes « *, et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement d'optique médicale et d'aides auditives.* »

II. - A la troisième phrase de l'alinéa 4, les termes « *ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.* » sont

remplacés par les termes « *et des dispositifs médicaux à usage individuel d'optique médicale, des niveaux minimaux de prise en charge.* »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à réformer le cadre législatif des contrats solidaires et responsables, en excluant toute extension automatique ou systématique des obligations de prise en charge. L'objectif est de garantir un panier de soins essentiels, tout en maintenant un coût de contrat accessible, en particulier pour les assurés ne bénéficiant pas d'aide employeur ou d'avantages fiscaux.

Aujourd'hui, les contrats responsables représentent 95 % des contrats de complémentaire santé. Initialement conçus pour promouvoir une couverture de base efficace et économiquement soutenable, ils ont progressivement vu leurs obligations s'accroître. Cette évolution a conduit à un empilement de dispositifs, éloignant ces contrats de leur objectif premier.

Ce constat a été souligné dans un rapport du Sénat³ :

« Le contrat responsable est devenu le vecteur privilégié de l'encadrement réglementaire imposé aux complémentaires santé. En évoluant sans cap ni objectif clairement fixé, cet outil a perdu de sa cohérence. »

Afin de rétablir une cohérence entre les objectifs de santé publique, l'équité d'accès à la complémentaire santé, et la soutenabilité économique des contrats, il est proposé d'instaurer une limitation stricte des extensions d'obligations.

En particulier, l'amendement vise à éviter toute obligation nouvelle de prise en charge systématique dans les domaines tels que les dispositifs médicaux individuels ou l'orthodontie, sauf si elle fait l'objet :

- D'une concertation préalable avec les acteurs concernés (assureurs, professionnels de santé, représentants des patients) ;
- Et d'une analyse d'impact approfondie, tant sur les besoins de santé publique que sur les conséquences économiques pour les assurés.

En résumé, il s'agit de recentrer le contrat responsable sur son objectif initial : offrir une couverture efficace des soins essentiels à un coût maîtrisé, tout en évitant une inflation de garanties qui alourdit le coût pour les assurés, sans toujours répondre à des priorités de santé publique clairement identifiées.

³ Rapport d'information n° 770 (2023-2024), « Hausse des tarifs des complémentaires santé : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français », déposé le 24 septembre 2024.

Proposition 6 : Permettre aux établissements et services sociaux et médico-sociaux d’engager les transformations nécessaires grâce à la pluri annualité

Article additionnel

Insérer l’article suivant :

Après l'article L. 160-9-1 du code de la sécurité sociale, il est proposé d'ajouter un article L. 160-9-2 ainsi rédigé :

Article L. 160-9-2

« Un protocole visant notamment à établir, pour des périodes ne pouvant excéder trois années civiles, les trajectoires relatives au montant des ressources pluriannuelles des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés, mentionnés aux 1° à 4° du présent article, et les engagements réciproques afférents est signé entre l’État et les représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés. Ce protocole prend en considération la loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge mentionnée à l’article 10 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l’autonomie.

Un comité de suivi, composé de représentants de l’État, des organisations nationales des établissements et services sociaux et médico-sociaux, ainsi que de représentants des usagers, est chargé de suivre l'application du protocole, d'évaluer la trajectoire des ressources et des engagements réciproques, et de proposer des ajustements en fonction de l'évolution des besoins et des financements.

Les modalités de mise en œuvre du présent article, ainsi que la composition et les missions du comité de suivi, sont définies par décret. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à instaurer une logique de pluriannualité dans le financement du secteur social et médico-social.

Il répond à l’appel lancé le 29 septembre 2024 par 14 organisations majeures représentant l’ensemble du monde de la santé réclamant auprès de la ministre de la Santé et de l’accès aux soins une vision pluriannuelle de la santé.

Ce besoin de pluriannualité fait l’objet de recommandations en date de 2021 formulées par le Haut conseil pour l’avenir de l’assurance maladie (HCAAM) : “les textes dans le champ de la santé, dont la LFSS, doivent être la déclinaison d’un cadre interministériel, définissant une trajectoire à cinq ans des objectifs, activités et ressources du système de santé”.

Ainsi, parce qu’il important d’apporter une meilleure visibilité, de renforcer les capacités de préventions et d’adaptations en matière budgétaire pour les acteurs sociaux et médico-sociaux, il est proposé ici d’ancrer dans la loi la signature, entre l’Etat et les représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés, d’un protocole dégageant une vision pluriannuelle pour les trajectoires relatives au montant des ressources de ces établissements.

En outre, pour garantir l'efficacité de ce mécanisme de pluriannualité, il est proposé de créer un comité de suivi. Ce comité, composé de représentants de l'État, des organisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, ainsi que de représentants des usagers, aura pour mission de suivre la mise en œuvre du protocole, d'évaluer les trajectoires des ressources et de proposer des ajustements nécessaires en fonction des évolutions des besoins et des financements. Cette instance permettra de s'assurer de l'efficacité du dispositif, de son adaptation continue aux réalités du terrain et de la bonne allocation des ressources.