

NOTE DE POSITIONNEMENT PLFSS 2027

➤ NOTRE MODELE DE PROTECTION SOCIALE : UN BIEN COMMUN A FAIRE VIVRE

L'examen du PLFSS pour 2027 s'ouvre, une nouvelle fois, dans un contexte particulièrement exigeant. Il intervient alors que la dégradation continue des comptes sociaux atteint un niveau inédit avec un déficit de 21,8 milliards d'euros en 2026, fragilisant la **soutenabilité de notre système de santé et de protection sociale**. A cette situation financière préoccupante s'ajoutent une fragilité politique et une exposition du Gouvernement à une menace de censure.

Dans le même temps, notre système de santé est percuté depuis plusieurs années par des défis majeurs : vieillissement de la population, hausse des maladies chroniques, dérèglement climatique.

Face à la hausse structurelle des dépenses de santé, la priorité doit être de mobiliser tous les leviers permettant d'améliorer l'efficacité du système, de mieux orienter la dépense vers les besoins des Français et de garantir durablement la solidarité et l'efficacité de notre système de protection sociale. Dès lors, le PLFSS pour 2027 ne peut se limiter à des ajustements de court terme. La proximité de l'échéance présidentielle ne saurait justifier un PLFSS *a minima*.

Les remboursements et les transferts vers les complémentaires santé ne sont pas une condition de la soutenabilité du système

Des transferts hospitaliers étaient déjà intervenus au printemps 2026.

Cet été, par la voie de quatre décrets, le Gouvernement a fait le choix de **transférer vers les complémentaires santé 1,5 milliard d'euros de dépenses jusqu'ici assumées par la Sécurité sociale**. Ce transfert marque une nouvelle étape dans le déplacement du financement des dépenses de santé, les organismes de complémentaires santé devenant les financeurs majoritaires de certains postes de soins, notamment en matière dentaire. Parallèlement, plusieurs médicaments verront leur niveau de remboursement diminuer.

A cela s'ajoute dans le PLFSS 2027 **l'alourdissement de la TSA de 2,05 % pour la deuxième année consécutive**. Cette taxe reviendrait à augmenter de 1,1Md€ les cotisations des contrats de complémentaire santé. Ajoutée aux transferts de charges susmentionnés et aux impacts sur le champ de la prévoyance, **le Gouvernement choisit de faire porter 4 Mds€ supplémentaires sur les ménages et les entreprises**.

Par cette taxe, le Gouvernement porte une nouvelle fois la taxation des contrats des complémentaires santé à 16,12%, la taxe de 2,05% s'ajoutant au taux de TSA de 13,27% et du forfait médecin traitant de 0,8%. **La fiscalité représenterait donc deux mois de cotisations pour les Français**. En comparaison, les Italiens sont taxés à hauteur de 2,5% et les Espagnols à 0,5%.

Alors que nous militons pour que la fiscalité sur les complémentaires santé, injustifiée pour financer l'assurance-maladie, notamment pour les retraités, soit durablement alignée sur les taux des biens essentiels¹, nous demandons logiquement la suppression de la surtaxe et l'abaissement de la TSA à 5,5% (voire à 2,1% pour les contrats non aidés).

De même, **la création d'un nouveau prélèvement sur les dispositifs médicaux à l'article 9 ne peut être la seule réponse à la maîtrise des dépenses de santé**. La Mutualité Française dénonce ainsi la décision du Gouvernement de faire reposer la régulation des dépenses sur une taxation de la consommation de soins, sans visibilité préalable pour les acteurs concernés et sans véritable dialogue.

¹ Mobilisons-nous pour une baisse de la taxe sur la santé - Mutualité Française

Par ailleurs, sur la forme, le processus de décision est orthogonal avec la déclaration d'intention de Matignon sur un changement de méthode dans le dialogue avec les OCAM, les promesses de stabilité fiscale affichées par le Gouvernement qui ne seront donc pas tenues ainsi qu'avec les orientations du rapport commandé par la Ministre Stéphanie Rist quant à l'articulation entre l'Assurance Maladie obligatoire et l'Assurance Maladie complémentaire.

L'annexe 9, qui présente les études d'impact article par article, est un cas d'école de mauvaise foi : à l'article 12, outre les justifications spécieuses de la surtaxe, elle instrumentalise ce dernier rapport en appelant les organismes complémentaires à une concertation sur un contrat essentiel, tarifié par arrêté selon les modalités du contrat de sortie CSS - donc structurellement déficitaire - et bénéficiant d'une fiscalité allégée.

Dans la même dynamique, la fin souhaitée par l'exécutif des délégations de gestion du régime obligatoire confiées à certaines mutuelles interpelle très largement. Au-delà de l'absence de concertation avec le secteur, cette remise en cause sur l'autel de la simplification administrative ou des économies de gestion ne résiste pas à l'analyse : ces délégations constituent un mode d'organisation éprouvé et efficient, dont le coût demeure inférieur à celui qu'impliquerait une reprise intégrale de ces activités par l'État. La Mutualité Française réaffirme sa ferme opposition à cette mesure idéologique.

Aussi, dès lors que les organismes complémentaires financent une part croissante des dépenses de santé, les décisions conventionnelles ayant un impact financier significatif sur leur activité ne peuvent être prises sans leur participation effective. La Mutualité Française, France Assureurs, la FIPS et l'UNOCAM proposent ainsi de renforcer le caractère partenarial des négociations en prévoyant une **obligation de signature de l'UNOCAM** pour les accords, conventions ou avenants concernant des dépenses dont le financement repose majoritairement sur l'assurance maladie complémentaire.

Des leviers structurels pour réformer durablement notre système de santé

La situation financière de notre système de santé et de protection sociale appelle des réponses à la hauteur des enjeux. Plutôt que des transferts, la Mutualité Française prône une autre voie : celle d'une réforme pluriannuelle et structurelle sans coup de rabot et mesures court termistes. Cet effort ne peut toutefois reposer sur un seul acteur : il suppose une mobilisation collective de l'ensemble des parties prenantes du système de santé.

En matière de **prévention** d'abord, il est indispensable de **passer d'un système qui finance la production de soins à un système qui maintient en bonne santé**. Les récents rapports convergent vers la nécessaire implication renforcée des complémentaires santé. C'est dans cette perspective que la Mutualité Française plaide pour **que les mutuelles puissent pleinement intervenir, au-delà de leur rôle de co-financeur, au sein du parcours pré-ALD**.

L'amélioration de l'**efficience** constitue également un levier majeur. Alors que la DREES estime le coût de l'efficience à 50 milliards d'euros, ces marges de progrès ne pourront être mobilisées qu'à travers une coopération renforcée entre l'ensemble des acteurs. Cette recherche d'efficacité passe notamment par une meilleure coordination des professionnels de santé.

Autre levier essentiel, la **lutte contre la fraude**. Aussi, la Mutualité Française appelle à la concertation avec les professionnels de santé et à la publication avant la fin de la mandature des décrets d'application de la loi relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales. En ce qui concerne

spécifiquement les dépenses de santé, la Cour des comptes estime à près de 4 milliards d'euros le préjudice subi par l'Assurance maladie obligatoire (AMO).

Le **vieillessement de la population** constitue déjà un défi majeur qui s'accroîtra dans les années à venir. Les services autonomie à domicile sont à cet égard un maillon essentiel de la réponse. Si la Mutualité Française partage l'objectif de la réforme engagée dans ce secteur, l'obligation de créer une entité juridique unique entre services de soins infirmiers à domicile et services d'aide à domicile ralentira les dynamiques de transformation voire fragilisera l'offre médico-sociale. Elle propose donc de privilégier des **formes souples de coopération entre opérateurs**, mieux adaptées aux réalités du terrain tout en préservant l'ambition de la réforme. De plus, elle regrette que le PLFSS 2027 ne franchisse pas le pas de la généralisation de la fusion des sections soins et dépendance des EHPAD alors même qu'il est reconnu une forte adhésion des établissements au dispositif.

Enfin, la Mutualité Française appelle également à davantage de moyens pour le secteur de la petite enfance et accueille ainsi favorablement les récentes annonces de la Ministre Stéphanie Rist concernant la préparation d'un **plan d'adaptation des lieux d'accueil aux fortes chaleurs et plaide pour un abondement de la branche Famille en conséquence.**

➤ SITUATION DES COMPTES SOCIAUX

Situation des comptes sociaux 2026 (article 1) :

Les régimes de base de Sécurité sociale (ROBSS) cumulent **un déficit s'élevant à 21,8 Md€ d'euros en 2026**. La prévision initiale retenue dans la loi de financement initiale pour 2026 était de 19,4 Md€.

Cette révision s'explique au regard de moindres recettes, notamment en lien avec la situation macro-économique. La moindre évolution de la masse salariale du secteur privé a entraîné une révision à la baisse des recettes de cotisations et de CSG. En parallèle, les charges des régimes de base seraient plus faibles que prévu en LFSS pour 2026.

Rectification de l'ONDAM et des sous-objectifs ONDAM 2026 (article 2) :

L'ONDAM pour 2026 est rectifié à hauteur de 273,3 Md€ (soit une **baisse de 1,1 Md€** sur la LFSS initiale). Cette évolution tient notamment compte :

- De la hausse des plafonds annuels des participations forfaitaires et des franchises de 50 € à 70 € (-0,3 Md€ de dépenses) ;
- Et de l'annulation des crédits mis en réserve pour les établissements de santé (-0,6 Md€ de dépenses).

Ainsi, l'ONDAM pour 2026 progresserait de **+2,8%** (+3,1% inscrite en LFSS initiale) marquant un ralentissement de la progression de la dépense.

Situation des comptes sociaux 2027 :

Tableau d'équilibre 2027 (article 16) :

Le Gouvernement fixe un objectif de redressement des comptes sociaux à -12,7 Md € et justifie l'amélioration de ce solde (+9,1 Md€) sur une progression des dépenses moindre que celle des recettes.

Ce résultat sera, entre autres possible par **la reconduction de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires (1,1 Md €)** ainsi que par la fiscalisation partielle des indemnités journalières versées au titre des affections de longue durée et de la fiscalisation complète des indemnités journalières versées au titre des arrêts de travail et maladie professionnelles (+1,0 milliard d'euros en 2027 et 0,6 milliard d'euros par an à terme).

Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV (article 17) :

- L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES est fixé à 16,5 Md€.
- En 2027, la dette restant à amortir par la CADES devrait s'élever à 104,2 milliards d'euros Md€ (290,7 Md€ déjà amortis).

Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (article 19) :

Les prévisions de déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du FSV s'établiraient à 12,7 Md€ pour 2027, 14,4 Md€ en 2028, 15,8 Md€ en 2029 et 17 Md€ en 2030.

ONDAM et sous-ONDAM 2027 (article 43) :

Pour l'année 2027, l'ONDAM est fixé à 278,7 Md€ soit une évolution de **+2,0%** par rapport à 2026 à champ constant.

Cette progression intègre la poursuite de l'effort pour le développement de l'offre en ville via les maisons France santé et en faveur de l'autonomie, la stabilité des tarifs hospitaliers et la mise en œuvre de moyens destinés à répondre aux besoins en soins des enfants.

Les sous-objectifs sont fixés comme suit :

En milliards d'euros

	Révisé 2026	2027	Evolution
Soins de ville	117,1	118,3	1,0
Établissements de santé	112,6	116	3,0
Établissements et services pour personnes âgées	18,2	18,8	3,3
Établissements et services pour personnes handicapées	16	16,3	1,9
Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement	6,1	5,9	-3,3
Autres prises en charge	3,3	3,4	3,0
Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)	273,3	278,7	2,0

Le respect de cet objectif repose sur des mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude, ainsi que sur des **nouvelles mesures d'économies portées à 5,1 Md€ dont :**

- Sur les produits de santé : 2,1 Md€ ;
- Sur les dépenses d'indemnités journalières : 1 Md € ;
- **Sur les transferts vers les OCAM : 0,7 Md € qui se décomposeraient comme suit :**
 - 500 M€ sur les transferts hospitaliers ;
 - 100 M€ sur le Tarif national journalier des prestations (TNJP)
 - 400 M€ sur les autres tickets modérateurs hospitaliers
 - 200 M€ sur la baisse de remboursement des cures thermales.
- Sur l'efficience dans les établissements de santé et médico-sociaux : 0,9 Md€ ;

- Sur les soins de ville : 0,3 Md€
- Sur la baisse des dotations au FMIS et FISS : 0,2 Md€

Sur la fixation des objectifs de dépenses pour l'année 2027 :

- Pour la **branche maladie, maternité, invalidité et décès** : 277,1 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (article 42).
- Pour la **branche Accidents du travail et maladies professionnelles** : 19,5 Md€ soit +1,3 Md€ par rapport à 2026 (article 45).
 - Cette augmentation vient principalement des dépenses d'indemnités journalières (+10,6 % en 2027 soit +0,7 Md€) ;
 - Les prestations d'incapacité permanente progresseront de +4,7 % (+0,2 Md€) en raison de la montée en charge de la mesure de la LFSS pour 2025 visant à améliorer l'indemnisation de l'incapacité permanente en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.
 - Ces nouvelles dépenses seront en partie compensées en recettes par **l'évolution des règles de calcul des cotisations** d'une part (+0,3 Md€) et la **fiscalisation des IJ pour AT/MP** (+0,3 Md€).
- Pour la **branche vieillesse** : 316,2 Md€, soit une progression de +1,8% freinée par la mesure de revalorisation différenciée des pensions de retraites (article 46).
- Pour la **branche famille** : 60,2 Md€, soit +1,8% d'augmentation modérée par une baisse de la natalité et des mesures d'économies (article 47).
- Pour la **branche autonomie** : 44,4 Md€, soit +2,5% d'augmentation (article 48).

L'article 44 prévoit les dotations au FIVA et au FCAATA, les transferts de la compensation de sous-déclaration ATMP et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité. A ce titre, il prévoit un transfert de la branche AT/MP vers la branche maladie est prévu à hauteur de **2 Md€**, en raison de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles (+0,4 Md€ par rapport à 2026). A noter qu'une nouvelle estimation du coût de la sous-déclaration sera effectuée au premier semestre 2027.

➤ LES ARTICLES EN SUIVI PRIORITAIRES

Article 9 : Régulation macroéconomique des dispositifs médicaux

Le gouvernement présente une mesure visant à compléter les mécanismes actuels de régulation économiques des dispositifs médicaux, dans un contexte de progression soutenue des dépenses.

Au vu des limites des mécanismes de régulation macro-économique des dispositifs médicaux existants, du périmètre restreint de l'assiette de l'actuelle clause de sauvegarde et d'une dynamique importante de la dépense, l'article **crée une contribution supplémentaire sur le champ des dispositifs médicaux**, dont l'assiette serait de 70% des montants remboursés par l'assurance maladie. Cette contribution concerne les **exploitants** des dispositifs médicaux et autres produits de santé inscrits à la liste des produits et prestation (LPP), les exploitants des solutions de télésurveillance et les exploitants des produits pris en charge par un mécanisme dérogatoire (prise en charge transitoire ou prise en charge anticipée numérique).

L'article prévoit également l'élargissement de la régulation au-delà de la seule liste en sus – qui ne représente que 21% de la dépense remboursée totale.

Cet article est à mettre en relation avec l'article 11 relatif à la régulation macro-économique des produits de santé qui fixe plusieurs paramètres applicables aux entreprises exploitant des médicaments et produits de santé.

Position de la Mutualité Française :

La Mutualité Française comprend l'objectif affiché par le Gouvernement de mieux maîtriser les dépenses qui progressent de 4,7%, mais conteste le principe d'une taxation supplémentaire.

Avec ce dispositif, la régulation exceptionnelle et collective deviendrait un prélèvement individuel, certain et reconductible, tandis que la clause de sauvegarde est maintenue.

Avec cette mesure, une nouvelle fois, plutôt que traiter les déterminants de l'évolution des dépenses, le Gouvernement choisit une solution de facilité, la création d'une taxe, qui plus est avec un mécanisme conçu pour évoluer : le taux sera refixé chaque année et l'étude d'impact indique que l'assiette pourra être élargie aux prestations.

Cette mesure est en réalité une mesure de recettes pour l'assurance maladie obligatoire et non un outil de régulation des dépenses.

Par ailleurs, elle n'a pas été concertée avec les acteurs concernés qui n'ont donc aucune visibilité sur les objectifs poursuivis, les leviers mobilisables et les conséquences sur l'offre.

Article 12 : prorogation de la contribution exceptionnelle à la charge des OCAM

L'article proroge pour l'année 2027 la **contribution exceptionnelle de 2,05 %** à la charge des organismes complémentaires d'assurance maladie, assise sur les cotisations de leurs adhérents (assiette identique à celle de la taxation de solidarité additionnelle). Son produit est affecté à la branche maladie. Le rendement affiché est de 1,1 milliard d'euros.

Position de la Mutualité Française :

Les complémentaires santé ne peuvent plus être considérées comme la variable d'ajustement des comptes sociaux.

Par cette taxe, le Gouvernement porte une nouvelle fois la taxation des contrats des complémentaires santé à 16,12%, la taxe de 2,05% s'ajoutant au taux de TSA de 13,27% et du forfait médecin traitant de 0,8%.

La santé n'est pas un produit de luxe. **Or cette fiscalité représenterait donc deux mois de cotisations pour les Français.** En comparaison, les Italiens sont taxés à hauteur de 2,5% et les Espagnols à 0,5%.

En conséquence, la Mutualité Française, aux côtés de France Assureurs et de la FIPS, demande solennellement la suppression de cette mesure.

L'exposé des motifs justifie cette mesure par des arguments fallacieux : la part de la consommation de soins et de biens médicaux prise en charge par les organismes complémentaires serait inférieure à son niveau de 2012 : 12,8% contre 13,1% ; les hausses de cotisations étaient infondées en 2025 puisque

les transferts de charges vers les OCAM envisagés par le Gouvernement de Michel Barnier n'avaient pas été mis en œuvre.

Par ailleurs, La Mutualité Française récuse les fondements de l'étude d'impact présentée au sein de l'annexe 9 du PLFSS 2027. D'une part, la surtaxe sur les complémentaires y est notamment justifiée par les résultats excédentaires observés sur la seule année 2024 alors que les rapports de la Drees démontrent que, sur les 15 dernières années, aucune marge technique en complémentaire santé n'a eu lieu. D'autre part, la présentation des contributions respectives de l'AMO et des AMC à la dépense de santé est incomplète car elle se limite à la CSBM (Consommation de Soins et de Biens Médicaux) et exclut plusieurs contributions significatives des complémentaires (recettes de TSA, contribution Forfait médecin traitant, remises sur les médicaments perçues par l'AMO etc.). C'est donc faire preuve de malhonnêteté intellectuelle que de qualifier de « marge des organismes complémentaires » le différentiel entre les recettes perçues et la dépense CSBM. Enfin, la même annexe 9 instrumentalise sans scrupule le rapport sur l'articulation AMO-AMC en évoquant l'hypothèse de contrats individuels avec des garanties resserrées et dont les tarifs seraient fixés par arrêté (sur le modèle des contrats de sortie de la CSS) et bénéficiant d'une fiscalité incitative.

Article 22 : Conforter le mode de rémunération de structures d'exercice coordonné pour renforcer l'accès aux soins des personnes vulnérables

L'article introduit dans le droit commun une expérimentation « article 51 » - PEPS – qui arrive à terme fin 2026. Les centres de santé pourront percevoir un **forfait par patient** pour l'activité clinique de suivi de la patientèle médecin traitant, indépendamment du nombre de consultations / actes réalisés. Ce forfait est ajusté au risque et est fonction du profil des patients. Cette rémunération forfaitaire **se substitue au paiement à l'acte** pour le périmètre d'activité concernée. Hors patientèle médecin traitant et pour les actes hors périmètre, la rémunération à l'acte perdure.

Les conditions de mise en œuvre et le montant de cette participation, qui sera prise en charge par les contrats responsables, sont renvoyés à des textes d'application.

L'impact budgétaire est estimé à 3,168 M€ (annexe 9). La mesure n'a vocation à s'appliquer qu'à l'issue de la période transitoire prévue dans le cadre de l'article 51 s'achevant fin mars 2028.

Par ailleurs, cet article prévoit également que les centres et les maisons de santé labellisés par le DG de l'ARS en tant de Structures d'exercice coordonné d'approche participative en santé (SECpa) bénéficieront d'un financement complémentaire de l'assurance maladie dont le montant et les modalités seront définis par arrêté.

Cette labellisation est de 5 ans renouvelable et subordonnée au respect d'un cahier des charges fixé par arrêté et qui définit les actions spécifiques devant être conduites pour des publics vulnérables ainsi que les données à transmettre à l'ARS.

Le nombre de structures labellissables par région, après AMI, est fixé par arrêté.

Position de la Mutualité Française :

Le paiement à la capitation via le modèle PEPS peut constituer un levier pertinent pour reconnaître et pérenniser le travail de coordination, de prévention et d'accompagnement peu visible dans le paiement à l'acte.

La généralisation de l'expérimentation ouvrant la voie aux discussions conventionnelles, **la Mutualité Française n'apportera son soutien à l'intégration du paiement à la capitation via PEPS dans l'accord national des centres de santé que sous réserve d'un accompagnement adapté des structures les plus fragiles et d'un engagement préalable des pouvoirs publics à associer pleinement les complémentaires santé aux travaux réglementaires visant notamment à rechercher une modalité de copaiement compatible avec le rattachement des forfaits à des contrats.**

De son côté, le dispositif SECPA soutient des structures d'exercice coordonné qui portent un projet communautaire dans des quartiers prioritaires de la ville (QPV) et offrent une prise en charge médico-psycho-sociale (en intégrant notamment des services comme la médiation sanitaire et l'interprétariat). Le financement dérogatoire de ces structures est additionnel et non substitutif à l'acte. La Mutualité Française est favorable à la pérennisation de ce dispositif réservé à un nombre restreint de structures.

Article 26 : Mise en place de la complémentaire santé au bénéfice des agents de la fonction publique hospitalière (FPH)

L'article **reporte la généralisation** de la prise en charge de la couverture complémentaire santé des agents de la FPH au 1^{er} janvier 2028 (décalage d'une année).

Dans l'attente et afin de garantir, dès le 1^{er} janvier 2027, une participation de l'employeur au financement de la complémentaire santé, est **instaurée un remboursement forfaitaire** transitoire au bénéfice des agents de la fonction publique hospitalière couverts par un contrat de complémentaire santé responsable. Ce versement vise à compenser partiellement le coût de cette couverture, son montant et ses conditions de versement étant déterminés par décret.

Position de la Mutualité Française :

Si la réforme de la protection sociale complémentaire doit être mise en œuvre au sein des hôpitaux afin de corriger une iniquité de traitement, compte tenu des délais incompressibles nécessaires pour sa bonne mise en œuvre (appels d'offres), la Mutualité Française prend acte de son report à 2028. Concernant la mesure transitoire, la Mutualité Française sera particulièrement vigilante sur le montant et les modalités d'éligibilité de l'indemnité, la négociation étant dans les mains des partenaires sociaux et du gouvernement, et espère vivement que cette aide de l'employeur soit à la hauteur des besoins des hospitaliers.

Article 38 : Prolongation de l'expérimentation "fusion des sections" (réforme du modèle de financement des EHPAD)

Prévue par la LFSS pour 2024 et entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2025 à titre expérimental dans 23 départements, cet article proroge d'une année l'expérimentation consistant à fusionner les sections « soins » et « dépendance » des EHPAD et des USLD.

L'exposé des motifs fait état d'une adhésion très forte des établissements à ce nouveau modèle de financement. Il justifie cependant ce décalage par une nécessaire concertation avec les départements et étude des conditions de généralisation.

Position de la Mutualité Française :

Après dix-huit mois d'expérimentation et la démonstration d'une forte adhésion des établissements au dispositif, les conditions sont réunies pour engager dès 2027 une trajectoire claire de généralisation nationale. La Mutualité Française regrette donc l'absence de généralisation de la mesure.

➤ LES AUTRES ARTICLES INTERESSANT LA MUTUALITE FRANÇAISE

Sur la partie recettes

Article 8 : Extension de la taxe soda à des produits sucrés et transformés

L'article prévoit une **extension de la taxe soda aux produits préemballés sucrés** les plus contributeurs aux apports en sucre dans la population (viennoiseries, pâtisseries, biscuits, gâteaux industriels, etc.). La taxation des édulcorants de synthèse présents dans les boissons sera également étendue à ces produits solides.

L'objectif : réduire la prévalence des maladies chroniques liées à la nutrition. Un des critères d'assujettissement à la taxe sera la présence d'un ou plusieurs additifs. Le produit de la taxe sera affecté à la branche du régime agricole couvrant les exploitants et salariés agricoles.

Position de la Mutualité Française :

La Mutualité Française soutient le recours à la fiscalité nutritionnelle comme outil de prévention. Cette mesure rejoint les préconisations du rapport « charges et produits » de la CNAM pour 2027 ainsi que celle du rapport « Construire un système national de prévention primordiale » remis par le député Cyrille Isaac-Sibille au Gouvernement, le 13 juillet 2026 (proposition 25 du rapport). Cela ne peut toutefois pas être la seule réponse. D'autres mesures sont également nécessaires telles que la généralisation du Nutriscore, la négociation avec les industriels d'objectifs nutritionnels opposables et la promotion des circuits courts.

Article 10 : Régulation de la chaîne de valeur de la distribution du médicament

Cet article vise, à partir du 1^{er} janvier 2027, à mieux encadrer les groupements de pharmacies intermédiaires entre les laboratoires pharmaceutiques et les officines et les flux financiers entre laboratoires, groupements et officines, avec un objectif affiché de lutte contre la financiarisation, de transparence et de meilleure régulation de la valeur dans la distribution du médicament remboursable.

- Création d'un **statut juridique pour les groupements d'officine** avec pour objectifs de limiter l'essor d'acteurs financiarisés et de préserver l'indépendance des pharmaciens d'officine.
- Renforcement **du contrôle et la transparence des groupements** : remise à leurs pharmacies adhérentes d'un rapport d'activité annuel, transmission annuelle à l'Ordre des pharmaciens et à l'Assurance maladie de la liste des pharmacies accompagnées et transmission à l'Ordre,

avant signature, des projets de contrats avec les pharmaciens, sauf s'ils sont conformes à un contrat type approuvé par les pouvoirs publics.

- Création d'une contribution de **15 %** sur les sommes versées par les entreprises pharmaceutiques aux groupements en contrepartie de certaines prestations portant sur les **médicaments remboursables**. Sont exclues certaines activités, notamment celles correspondant à la **manipulation physique, au stockage ou à la distribution en gros des médicaments**.

Enfin, l'article reporte l'échéance de la convention nationale entre l'Assurance maladie et les pharmaciens titulaires d'officine, conclue en 2022, **au 9 mai 2028**.

Position de la Mutualité Française :

La Mutualité Française soutient l'objectif visé par cette mesure en tant qu'elle vise à lutter contre la financiarisation du marché officinal. La création d'un régime juridique des intermédiaires entre les laboratoires pharmaceutiques et les officines devrait ainsi servir de support aux négociations annoncées pour 2027 par le Directeur Général de la CNAM. Néanmoins, dans un contexte de fragilité économique de certaines officines, la Mutualité Française attire l'attention sur le risque de répercussion de la contribution sur les pharmacies.

Sur l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 13 : Réforme du financement des départements pour les dépenses APA/PCH

L'article diversifie les financements des dépenses des départements au titre des politiques de l'autonomie.

Ainsi, à partir de 2027, une part du produit de la CSG, affecté à la CNSA, sera versée aux départements. Le montant est fixé à 300 millions d'€ en 2027. Une revalorisation est prévue chaque année à hauteur de la progression du rendement global de la CSG.

Position de la Mutualité Française :

La Mutualité Française regrette que ces financements ne transitent pas par la CNSA même si ces financements ont vocation à soutenir l'accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap, afin de garantir une logique nationale de solidarité. Elle considère que cette mesure ne devrait pas faire l'objet d'un simple redéploiement de crédits existants de la CNSA, mais bien de crédits supplémentaires.

Article 14 : Clarifier les transferts financiers au sein de la sécurité sociale

L'article procède à des réaffectations de recettes :

- La restitution à l'Etat du rendement intégral du gel de barème des allègements généraux pour 2026 et 2027 a conduit à une réduction de la TVA affectée à la CNAM (5,6 Md€). De plus à la suite de l'entrée en vigueur de la réduction générale dégressive unique (RGDU) de cotisations patronales, la baisse de TVA est répartie entre l'ensemble des branches à proportion de l'économie générée par le gel des allègements généraux. La TVA étant affectée uniquement à la CNAM, l'affectation de taxe sur les salaires est modifiée ;

- La branche famille prendra en charge le coût de certaines majorations de pension, pour les assurés ayant eu ou élevé 3 enfants, versées par le régime des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers. Elle prendra également désormais en charge la totalité (et non plus une partie) des indemnités journalières (IJ) maternité versées par l'assurance maladie.
Au vu des éléments de l'annexe 9, l'article vise également à aligner les conditions d'indemnisation entre les IJ maternité du régime général, et les régimes spéciaux ; il ajoute pour ce faire une limite en plus et en deçà du plafond de la Sécurité sociale pour ces régimes spéciaux (définie par décret).
- Il modifie la répartition de la CSG afin de tirer les conséquences de l'assujettissement des IJ maladie prévu dans le PLF.

Position de la Mutualité Française :

La Mutualité Française prend acte des transferts. Mais la multiplication des transferts de charges vers la branche Famille suscite une vigilance particulière de la part de la Mutualité Française. Celle-ci se voit en effet confier le financement de dépenses supplémentaires qui relevaient jusqu'à présent d'autres branches ou régimes, notamment la prise en charge intégrale des indemnités journalières de maternité restant à la charge de l'assurance maladie ainsi qu'une partie des majorations de pension pour enfants versées par la CNRACL (Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales). Si ces dépenses relèvent de la solidarité nationale, leur financement ne peut reposer durablement sur les ressources destinées à la politique familiale. Dans un contexte marqué par des besoins massifs de consolidation de places de l'offre d'accueil en petite enfance, de revalorisation des financements et d'attractivité des métiers, la Mutualité Française appelle à préserver intégralement les financements du Fonds national d'action sociale pour répondre aux besoins des jeunes enfants et de leurs familles.

Mesures sur le renforcement de l'accès aux soins

Article 20 : Renforcer la coordination entre le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin conseil pour améliorer le suivi médical des personnes en arrêts de travail de longue durée et prévenir la désinsertion professionnelle

Cet article vise à mieux prévenir la désinsertion professionnelle des personnes en arrêt de travail de longue durée en renforçant la coordination entre les différents médecins impliqués dans leur suivi.

Dès qu'un arrêt de travail dépasse 30 jours et qu'un risque de rupture avec l'emploi est identifié, le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin-conseil de l'Assurance maladie pourront organiser une réunion de concertation, avec l'accord du patient (avec une dérogation prévue sur le secret médical). Cette concertation permettra d'anticiper les conditions du retour à l'emploi ou d'orienter la personne vers des mesures d'accompagnement, de formation ou de reconversion.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la CNIL, précisera les conditions et modalités d'informations entre ces professionnels.

L'entrée en vigueur de ces dispositions est fixée au 1er juillet 2027.

Position de la Mutualité Française :

La Mutualité Française salue l'objectif louable de cette mesure. Elle attire toutefois l'attention sur la nécessité d'agir au plus près des déterminants de santé. Ainsi, cette mesure ne peut obérer l'instauration de mesures concrètes relatives à l'amélioration de la qualité de vie au travail et au développement de mesures d'actions de prévention. Il est en effet primordial de questionner tous les leviers de la santé au travail pour développer des protections sociales durables et renforcer les couvertures santé, prévoyance-dépendance, retraite, indispensables pour permettre à chacun de fluidifier des parcours professionnels plus séquentiels. Par ailleurs, et sous réserve que des informations sensibles ne soient pas portées à sa connaissance, elle regrette que l'employeur, lorsqu'il y en a un et si le patient en est d'accord, ne soit absolument pas identifié comme une ressource dans le dispositif.

Enfin, une évaluation de l'impact de ce dispositif 6 mois après son entrée en vigueur serait nécessaire.

Article 21 : Renforcer l'accès aux soins : déployer une mission de solidarité territoriale pour les médecins en soutien du réseau France Santé

Dans le prolongement du Réseau France Santé et dans un objectif de renforcement de l'accès aux soins, cet article **instaure la création d'une mission de solidarité territoriale**. Ainsi, les médecins exerçant à titre libéral, salariés ou agents publics d'une structure de soins pourront, en dehors de leur lieu d'exercice habituel, dispenser des soins dans des zones très sous-denses ou les zones non-pourvues d'une maison France Santé à moins de 30 minutes. Les médecins retraités ainsi que les médecins signataires d'un contrat de remplacement en exercice libéral pourront également participer à la mission.

Les médecins bénéficient d'une indemnisation forfaitaire versée par l'assurance maladie, en complément des rémunérations liées aux actes et consultations réalisées au titre de la mission de solidarité territoriale. Lorsque le médecin exerce son activité dans le cadre d'une activité salariée, la structure ou l'établissement bénéficie, outre du paiement des soins ainsi dispensés, d'une indemnisation forfaitaire versée par l'assurance maladie pour chaque jour de participation du médecin à cette mission. Ces dernières peuvent également bénéficier d'une aide forfaitaire annuelle au financement d'un poste d'assistant médical.

Position de la Mutualité Française :

Cet article légalise une disposition mise en œuvre à compter de septembre 2025 dans le cadre du Pacte de lutte contre les déserts médicaux destinée à soutenir les médecins qui s'engagent à faire des consultations (en secteur 1) en dehors de leur lieu d'exercice principal et dans les zones très sous-dotées (les 151 zones rouges). Cette mesure peut répondre à des besoins réels, mais plutôt que de soutenir des interventions ponctuelles, il serait préférable de donner aux équipes les moyens d'organiser collectivement la solidarité sur les territoires, en confortant les modèles économiques des structures coordonnées, en particulier des centres de santé, qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires.

Article 23 : Permettre la prise en charge des actes d'assistance à la téléconsultation pour les infirmiers salariés intervenant au domicile des patients

La mesure vise à permettre aux sociétés salariant des infirmiers diplômés d'État, dans le respect de leurs compétences, de demander la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, des actes d'accompagnement à la téléconsultation réalisés par ces infirmiers. Cette possibilité est en effet aujourd'hui ouverte aux seuls médecins salariés de ces plateformes. Le renouvellement de l'agrément des sociétés de téléconsultation sera soumis au respect des règles de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire fixées par la convention médicale et infirmière.

Point de vigilance : l'entrée en vigueur opérationnelle de la mesure est subordonnée à l'intervention de dispositions complémentaires permettant de définir les modalités de valorisation et de facturation des actes d'assistance à la téléconsultation **réalisés par les infirmiers salariés**. Un décret d'application ou une modification de la convention des infirmiers permettant de prévoir le cas des infirmiers salariés des sociétés de téléconsultation pourrait être nécessaire

Position de la Mutualité Française :

La Mutualité Française accueille favorablement cette disposition qui renforce l'accès aux soins des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et plus largement des personnes dont la mobilité est réduite. Elle sera attentive à l'articulation de ce dispositif avec les acteurs du domicile et du médico-social, aux conditions garantissant son intégration dans des parcours de soins coordonnés et au risque de financiarisation de ce type de plateformes.

Mesures de prévention en santé

Article 27 : Favoriser l'accès à la vaccination

L'article 27 vise à **renforcer la politique vaccinale et faciliter l'accès à la vaccination** :

- Il harmonise la prise en charge financière de l'obligation vaccinale contre la rougeole : le vaccin devra être pris en charge par l'employeur ou l'organisme de formation pour les personnes soumises à obligation vaccinale. Sont ainsi concernés les professionnels de la petite enfance en contact étroit et répété avec des enfants de moins de 6 ans ainsi que les professionnels de santé
- Il supprime l'avis préalable de la HAS pour permettre un remboursement plus rapide des vaccins par l'assurance maladie
- Il permet le stockage des vaccins dans les services de prévention et de santé au travail, les laboratoires de biologie médicale et les services médicaux de l'Office français de l'immigration et de l'intégration
- Il lève les freins financiers à la prise en charge de certains vaccins ou médicaments de l'immunisation réalisés / délivrés au sein des établissements de santé et des EHPAD (prise en charge par l'assurance maladie en sus de la dotation soins). La liste des vaccins concernés sera fixée par un arrêté parmi ceux inscrits au calendrier des vaccinations ou faisant l'objet d'une recommandation vaccinale.

Position de la Mutualité Française :

La Mutualité Française soutient les mesures visant à renforcer l'accès à la vaccination et à sécuriser son financement dans les établissements accueillant les publics les plus fragiles. Elle accueille particulièrement favorablement la création d'un mécanisme de prise en charge spécifique de certains vaccins administrés en EHPAD, qui constitue un levier concret de prévention et de protection des personnes âgées. Elle sera attentive aux futurs textes d'application afin que le périmètre des vaccins concernés et les modalités de financement permettent un déploiement effectif de cette ambition de santé publique.

Article 28 : Préserver l'efficacité des médicaments antibiotiques et sécuriser leur disponibilité

Cet article crée un statut juridique spécifique des médicaments antibiotiques afin de renforcer leur bon usage et la lutte contre l'antibiorésistance. Il permet de renforcer les conditions de prescription et de dispensation de certains antibiotiques, de rendre obligatoire leur délivrance à l'unité et d'encadrer leur prescription en télémédecine. Les modalités et conditions sont renvoyées à des textes d'application.

En parallèle, l'article crée un nouveau mécanisme économique destiné à sécuriser l'approvisionnement de certains antibiotiques. L'objectif est d'éviter que la baisse souhaitée des volumes prescrits ne conduise les industriels à retirer du marché certains antibiotiques indispensables. Les conventions conclues avec le CEPS pourront prévoir une compensation financière au bénéfice des laboratoires lorsque leur chiffre d'affaires se situe en dessous d'un niveau minimal, en contrepartie d'engagements de disponibilité et de bon usage. Symétriquement, des remises à la charge des entreprises pourront être prévues si le chiffre d'affaires dépasse un seuil. En cas de manquement grave ou répété, une pénalité pouvant atteindre 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France pourra être prononcée.

Position de la Mutualité Française :

La Mutualité Française soutient les mesures de bon usage et de lutte contre l'antibiorésistance, cohérentes avec ses positions antérieures en faveur d'une prescription plus pertinente et d'une délivrance adaptée aux besoins. Elle soutient notamment le recours obligatoire au TROD en cas de suspicion d'angine, évoqué en annexe 9.

Elle est également favorable à la sécurisation de l'approvisionnement en antibiotiques. Elle s'inquiète cependant du risque de voir encore augmenter les remises dont ne bénéficient pas les complémentaires santé et privilégie une régulation fondée sur des prix justes et transparents.

Article 29 : Renforcer l'accessibilité aux dispositifs de prévention

Cet article prévoit que les professionnels de santé et structures de soins peuvent être tenus de participer à des programmes de dépistage quand l'accès effectif de la population est insuffisant. Un décret en CE définit le champ des professionnels et programmes concernés ainsi que les modalités de participation.

Les autorisations sanitaires peuvent d'ores et déjà être assorties de conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique. L'article précise qu'il s'agit notamment de la réalisation des examens de dépistage.

Un dispositif de sanction est prévu dans le code de la sécurité sociale pour les professionnels qui ne respecteraient pas l'obligation de participer à certains programmes de dépistage.

Position de la Mutualité Française :

Si la Mutualité Française partage l'objectif d'amélioration de l'accès à la prévention, la mesure paraît insuffisante pour augmenter effectivement les taux de dépistage : elle agit sur l'offre au sein des programmes existants, sans traiter suffisamment le non-recours, l'aller-vers, le repérage dans les parcours ordinaires, l'orientation et le suivi jusqu'au diagnostic.

Il conviendrait de privilégier une stratégie globale associant professionnels, structures, AMO, OCAM et entreprises, de développer les occasions de repérage et de reconnaître le rôle des mutuelles dans l'identification, l'orientation et l'accompagnement des personnes à risque. Il faudrait plutôt créer des occasions de repérage à l'occasion des rencontres de l'utilisateur avec le soin (consultation de médecine générale, hospitalière, dentaire, etc.).

Mesures de renforcement de l'efficience et de pertinence du système de santé

Article 30 : Accès aux médicaments et à l'innovation : adapter le remboursement aux progrès scientifiques et sécuriser la délivrance sans prescription

Cette mesure vise à instaurer une « règle d'or » en matière de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments. Ainsi, elle dote les pouvoirs publics d'un cadre permettant d'organiser annuellement des réévaluations ciblées des médicaments remboursés.

Il ajoute des missions à la HAS :

- ➔ Évaluer, à la demande des ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie de médicaments ou classes de médicaments
- ➔ Procéder chaque année à la réévaluation du service médical rendu de médicaments ou classes de médicaments

Il vise également à permettre à l'ANSM de réévaluer les conditions de délivrance de médicaments soumis à prescription obligatoire en vue d'un passage en prescription médicale facultative.

Position de la Mutualité Française :

La Mutualité Française partage l'objectif de renforcer la pertinence de la prise en charge des médicaments et est favorable à leur réévaluation régulière au regard de l'évolution des connaissances scientifiques, de la pertinence médicale et de l'existence d'alternatives thérapeutiques. Cette réévaluation doit conduire au déremboursement des médicaments jugés inutiles sur critères scientifiques et non à un transfert vers les compléments de santé. La Mutualité Française est également favorable à l'adaptation des conditions de délivrance de certains médicaments lorsque les données scientifiques permettent de garantir leur bon usage et la sécurité des patients.

Article 31 : Assurer l'harmonisation et la convergence tarifaire de l'activité de radiothérapie en ville et à l'hôpital

Les règles de financement actuelles valorisent individuellement chaque séance, ce qui n'incite pas les médecins à privilégier des modes innovants de prise en charge pour réduire le nombre de séances par patient ou de minimiser la dose et le champ d'irradiation. Issue de la LFSS de 2024, la réforme du financement de la radiothérapie a pour objectif de passer d'un paiement à la séance à une nomenclature unique pour harmoniser le système de financement, mieux prendre en compte les évolutions technologiques, améliorer la pertinence des prises en charge. Cette réforme est rendue possible car le financement de la radiothérapie couvre le même type de charges en ville et à l'hôpital. En revanche, les tarifs hospitaliers sont fixés par arrêté tandis que pour les professionnels de santé libéraux, ils procèdent de la négociation conventionnelle.

Pour assurer cette convergence tarifaire, l'article sort du champ conventionnel la fixation des tarifs de ces prestations et renvoie cette dernière à un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Pour permettre la fixation de ces tarifs, avant le 1^{er} mars 2027, et de façon dérogatoire, l'UNCAM pourra procéder à l'inscription des actes relevant du traitement du cancer par radiothérapie à la liste des actes et prestations sans recueillir l'avis de la commission de hiérarchisation des actes prestations compétente pour les médecins.

Position de la Mutualité Française :

La Mutualité Française prend acte de cette mesure. Le maintien d'une distinction des méthodes de fixation des tarifs selon le statut pourrait fragiliser l'intention initiale légitime de convergence tarifaire du législateur. Il conviendra de porter une attention particulière sur le calibrage des tarifs compte tenu des conséquences sur les centres de radiothérapie (pertinence des prises en charge, soutien à l'innovation, équité entre acteurs...) mais aussi dans une logique d'efficience du financement.

Article 32 : Sécuriser les modalités de facturation à l'assurance maladie

L'article vise à lier le paiement des soins au professionnel par l'Assurance maladie au respect de quelques règles d'usage des outils de facturation mis à disposition par l'Assurance maladie. En effet, certains professionnels continuent d'utiliser des logiciels obsolètes et de recourir à des normes de facturation anciennes. Par ailleurs, l'absence de conséquence au non-respect du délai légal d'envoi des factures en tiers payant expose l'assurance maladie à des risques significatifs de fraude.

Pour remédier à ces difficultés, l'article :

- Prévoit que lorsque le professionnel applique le tiers payant et qu'il ne transmet pas certaines pièces justificatives dans les temps la caisse puisse exiger dudit professionnel, organisme ou établissement la restitution des sommes versées ;
- Impose aux professionnels intégrés dans le système de facturation Sesam Vitale de facturer en Sesam Vitale ;
- Met en place une procédure de certification des logiciels afin de les garantir conforme à la dernière version du cahier des charges définissant les normes de facturation ;

- Imposer la transmission dématérialisée des pièces justificatives à la facturation des soins
- Imposer la vérification en ligne des droits des assurés.
- Conditionner la garantie de paiement au professionnel qui a appliqué le tiers payant au respect notamment de la transmission des pièces justificatives selon des modalités et des délais fixés par voie réglementaire
- Instaurer des délais de prescription des actions des offreurs de soins pour le paiement des prestations facturées en tiers payant à l'assurance maladie
- Renforcement de l'interopérabilité des logiciels de santé (agrément sous réserve d'une fonctionnalité permettant l'alimentation du DMP)

Le remboursement des soins pour les assurés n'est toutefois pas impacté, tant sur la part assurance maladie obligatoire que sur la part assurance maladie complémentaire.

Position de la Mutualité Française :

La Mutualité est favorable aux évolutions qui permettent de sécuriser les modalités de facturation Sesam-Vitale. Ces normes de facturation reposent sur des logiciels agréés qui doivent suivre les évolutions de cahier des charges pour garantir la sécurité des flux et assurer une fiabilité des transmissions. Le maintien de logiciel avec des versions obsolètes ne répond pas aux besoins de sécurité et de simplicité pour les professionnels de santé et les assurés.

Article 37 : Restreindre l'accès aux prestations familiales pour les étrangers extra-UE

Cet article subordonne l'accès à certaines prestations familiales et aux aides personnelles au logement à une durée minimale d'un an de résidence régulière en France pour les ressortissants de pays tiers. Des exceptions sont toutefois prévues (personnes bénéficiant d'une protection internationale, titulaire d'une carte de résident, etc.).

Position de la Mutualité Française :

La Mutualité Française soutient l'amendement de suppression de l'article 37 proposé par l'UNIOPSS. Elle estime que cette mesure risque de précariser des familles arrivant en France dans le cadre du regroupement familial, en retardant l'accès à des prestations essentielles au soutien des enfants et des jeunes parents.

Mesures sur le secteur médico-social

Article 39 : Intéressement à l'efficacité des EHPAD et des services autonomie à domicile

L'article vise à instaurer un mécanisme d'intéressement à l'efficacité et à la pertinence des actions de soins et de prévention de la perte d'autonomie mises en œuvre. Ainsi, en fonction des résultats obtenus au regard des objectifs fixés au niveau national ou régional, le directeur général de l'ARS pourra attribuer une dotation complémentaire aux EHPAD et services autonomie à domicile. Cela pourrait par exemple être mis en place en matière de réduction du nombre de chutes, ou d'hospitalisations évitables.

Les critères et indicateurs seront précisés par décret.

Position de la Mutualité Française :

La Mutualité Française soutient la création d'un mécanisme d'intéressement des EHPAD et des services autonomie à domicile à l'efficience et à la qualité des parcours, qui traduit la reconnaissance du rôle croissant du secteur médico-social dans la prévention, la coordination et la gestion du risque. Elle appelle toutefois à ce que les futurs indicateurs valorisent non seulement les économies générées pour le système de santé, mais aussi la qualité de vie, le maintien de l'autonomie, la prévention et la satisfaction des personnes accompagnées. Elle demande également que les financements associés constituent de véritables moyens supplémentaires permettant d'accompagner la transformation du secteur et soient systématiquement versés aux structures. Enfin, les critères retenus devront être objectivables, stabilisés, adaptés aux caractéristiques des publics accueillis et accompagnés de moyens dédiés permettant aux établissements d'atteindre les objectifs fixés.

