

ASSEMBLÉE NATIONALE

9 décembre 2025

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2026 - (N° 2141)

(Seconde délibération)

Commission	
Gouvernement	

Rejeté

N° 20 (Rect)

AMENDEMENTprésenté par
le Gouvernement

ARTICLE 24

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° Après l'article L. 162-1-7, il est inséré un article L. 162-1-7-1 A ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-7-1 A.* – Par dérogation à la procédure prévue à l'article L. 162-1-7 et aux dispositions de l'article L. 162-14-1, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des activités de traitement du cancer par radiothérapie est assurée par des forfaits déterminés en fonction de la nature de la prise en charge, des techniques utilisées et des caractéristiques des patients. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale inscrit ces forfaits à la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et en fixe le tarif. » ;

« 2° Après l'article L. 162-14-5, il est inséré un article L. 162-14-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-14-6.* – I. – Lorsqu'il est constaté, au regard de l'évaluation mentionnée au II, que le niveau de rentabilité d'un secteur, d'un acte, d'une prestation ou d'un produit de l'offre de soins est manifestement disproportionné par rapport à celui des autres secteurs, actes, prestations et produits de l'offre de soins, dont les besoins d'investissement sont comparables, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale demandent au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'engager des négociations en vue de la conclusion d'un avenant permettant une baisse des tarifs pour un montant qu'ils déterminent.

« Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage ces négociations dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande des ministres. Cet

avenant peut comporter des mesures tendant à maintenir une offre de soins dans les territoires où elle est insuffisante.

« À défaut de conclusion d'un avenant selon les modalités prévues au présent chapitre et dans un délai fixé par cette demande, un arbitre arrête le projet d'avenant dans le respect du cadre fixé par les ministres en application du I et selon les modalités prévues à l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale, à l'exclusion du quatrième alinéa du I du même article.

« Les montants des baisses des tarifs sont fixés afin de permettre une convergence du niveau de rentabilité du secteur, de l'acte, de la prestation ou du produit concerné avec celui des autres secteurs, actes, prestations et produits de l'offre de soins dont les besoins d'investissement sont comparables. »

« II. – Pour l'application du présent article, le niveau de rentabilité des secteurs, actes, prestations et produits concernés est déterminé par un observatoire dont la composition est fixée par voie réglementaire.

« Le niveau de rentabilité est évalué à partir de la rentabilité économique, qui est déterminée au regard des données comptables et statistiques pertinentes. Les critères, la périodicité et les modalités de cette évaluation, qui peut le cas échéant être effectuée à partir d'un échantillon représentatif, ainsi que les modalités de concertation des organisations représentatives des professionnels de santé concernés sur la méthodologie de réalisation de ces études, sont précisés par voie réglementaire.

« Les personnes mentionnées au 3° du I de l'article L. 114-17-1 sont tenues de communiquer les informations nécessaires à l'évaluation prévue au premier alinéa du présent II.

« Lorsqu'une personne physique ou morale refuse de transmettre les informations demandées sur le fondement des dispositions du présent II, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, après que la personne concernée a été mise en mesure de présenter ses observations, lui infliger une pénalité financière au plus égale à 1 % du montant des honoraires qui lui ont été versés par l'assurance maladie pendant les douze mois précédant le refus de transmission.

« La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les huitième et avant-dernier alinéas du I de l'article L. 114-17-2 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

« III. – Les modalités d'application du présent article, notamment la nature des informations mentionnées au premier alinéa du II et les modalités de leur communication, sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

« II. – Le 1° du I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

« Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage, dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations conventionnelles en vue de conclure un avenant à la convention prévue à l'article L. 162-5 relatif à la fixation des tarifs des actes de traitement du cancer par radiothérapie, afin de réaliser un montant d'économies de 100 millions d'euros au cours de l'année 2026.

« À défaut de conclusion d'un tel avenant dans un délai de six semaines, un arbitre arrête le projet d'avenant dans le respect du cadre fixé au précédent alinéa et selon les modalités prévues à l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale, à l'exclusion du quatrième alinéa du I du même article.

« Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations conventionnelles en vue de conclure un avenant à la convention prévue à l'article L. 162-5 relatif à la pertinence des actes et des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds d'imagerie médicale. »

« III. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage, dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations conventionnelles en vue de déterminer les modalités de rémunération de l'activité de dialyse des néphrologues libéraux pour rééquilibrer ses modalités de prise en charge. Cet avenant doit permettre de réaliser un montant d'économies d'au moins dix millions d'euros au cours de l'année 2026.

« En l'absence de conclusion d'un tel avenant dans un délai de six semaines à compter de l'ouverture de ces négociations, un arbitre arrête le projet d'avenant dans le respect du cadre fixé au précédent alinéa et selon les modalités prévues à l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale, à l'exclusion du quatrième alinéa du I du même article. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 24 vise à réduire les situations de rentabilité manifestement excessive qui se sont constituées dans plusieurs secteurs de la santé. Ces niveaux de rentabilité très importants, documentés par plusieurs rapports, ont alimenté et alimentent encore le processus de financiarisation qui est à l'œuvre dans notre système de santé. En effet, on observe que les investissements financiers se sont accélérés dans les secteurs de l'offre de soins présentant un haut de niveau de rentabilité ainsi que des possibilités d'optimisation financière de l'activité de soins concernées. Ainsi, réduire la rentabilité excessive de certains secteurs de l'offre de soins, c'est s'attaquer aux sources de la financiarisation : c'est l'ambition de cet article 24.

En vue d'une deuxième délibération, le présent amendement rétablit une partie des dispositions de l'article 24 dans une version amendée pour tenir compte des débats ayant eu lieu tant à l'Assemblée nationale qu'au Sénat.

Cet amendement rétablit ainsi le mécanisme d'identification, d'objectivation et de réduction des situations de sur-rentabilité dans le système de santé. Pour préserver la négociation conventionnelle, il prévoit que l'analyse de la rentabilité d'un secteur ne sera pas effectuée par l'Assurance maladie mais par un observatoire indépendant, dont la composition sera déterminée par décret en Conseil d'Etat. Il est également précisé que ces dispositions réglementaires devront prévoir les modalités de concertation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé sur la méthodologie retenue pour réaliser cette étude de rentabilité.

Par ailleurs, en cas d'échec des négociations faisant suite au constat d'une rentabilité excessive, il sera recouru à une procédure d'arbitrage plutôt qu'à une habilitation du directeur général de

l'UNCAM à procéder à des baisses de tarifs unilatérales. Cette procédure de règlement arbitral, déjà inscrite dans le droit et connue des partenaires conventionnels, sera une corde de rappel si les organisations syndicales et l'Assurance maladie ne s'accordent pas pour ramener un secteur de l'offre de soins à un juste niveau de rentabilité. Enfin, il est précisé que ces négociations pourront porter sur des mesures permettant de maintenir une offre de soins dans les territoires où elle est insuffisante et fragile, afin que les baisses de prix consécutives aux négociations ne fragilisent pas l'offre de soins ni n'aggravent le problème de financiarisation.

Le présent amendement ne réintroduit pas les dispositions initiales portées par le Gouvernement sur les forfaits techniques, ces sommes versées par l'Assurance maladie pour amortir les équipements médicaux lourds utilisés en imagerie. Les forfaits techniques resteront déterminés par voie conventionnelle, et l'article prévoit une discussion structurelle avec les organisations syndicales en 2026 sur les mesures de pertinence des actes et les fondamentaux de la tarification de ces forfaits techniques.

Enfin, cet amendement réintroduit des négociations visant à réduire les dépenses dans deux secteurs de l'offre de soins, qui font l'objet de réformes d'ampleur du financement, travaillées avec les professionnels de santé et qui vont aboutir en 2027 : la radiothérapie et la dialyse. Nous devons garantir qu'elles aboutiront, en ville comme à l'hôpital, en les préparant en 2026 par des évolutions des tarifs.

Sur la radiothérapie, il est constaté un niveau de revenus très élevé des professionnels libéraux (près de 370 000 € de revenus nets d'activité indépendante en 2023 selon la CARMF), ainsi qu'une prise en charge en libéral plus coûteuse qu'à l'hôpital pour l'Assurance maladie. Ainsi, il est demandé aux partenaires conventionnels de s'accorder sur une évolution des tarifs des actes de radiothérapie en ville devant permettre de réaliser 100 millions d'euros d'économies. A défaut d'accord, ce rôle sera confié à un arbitre désigné par les partenaires conventionnels. Il s'agit d'un premier pas nécessaire vers la convergence des tarifs en ville et à l'hôpital, avant la convergence des nomenclatures, qui interviendra, elle, au 1er janvier 2027.

Sur la dialyse, nous devons rationaliser les modalités de financement qui conduisent à privilégier certains types de dialyse, notamment en centre lourd, dans un souci de pertinence mais aussi pour renforcer la qualité de vie des patients. Aussi, dans la perspective de la réforme du financement de la dialyse qui devrait aboutir en 2027, cet amendement réintroduit une négociation relative aux modalités de rémunération des actes des néphrologues libéraux, avec un quantum d'économies attendu réduit à dix millions d'euros par rapport à l'article initial du Gouvernement. En cas d'échec de cette négociation, ce rôle sera confié à un arbitre désigné par les partenaires conventionnels.