

Délibération n° CONS. – 5 – 20 février 2026 – Avis relatif à plusieurs projets de texte relatifs à l'évolution du reste-à-charge (RAC) des assurés à l'hôpital – mise en œuvre LFSS pour 2026

Par un courrier en date du 10 février 2026, notifié par courriel le 13 février 2026, la Direction de la Sécurité sociale (DSS) a saisi l'UNOCAM pour avis, en application de l'article L.200-3 du code de la sécurité sociale, sur plusieurs projets de texte relatifs à l'évolution du reste-à-charge (RAC) des assurés à l'hôpital¹ et ce faisant du transfert de charges de l'Assurance Maladie vers les organismes complémentaires santé dans le champ hospitalier dans le cadre de la LFSS pour 2026.

Quatre mois après les premières annonces, le Gouvernement a enfin arbitré : il a décidé d'augmenter le reste-à-charge des patients à l'hôpital pour un montant total de 530 M€² en année pleine, supérieur au montant initialement annoncé, et a fait le choix d'un cocktail de mesures (hausses FHJ, FPU, participation forfaitaire et TNJP) selon des calendriers différenciés³.

L'UNOCAM souligne que cette décision, dont les modalités ont pour effet de diluer la mesure dans le temps et d'en réduire la lisibilité, n'en amoindrit en rien l'impact pour les assurés et leurs financeurs. Cette augmentation de la participation des assurés à l'hôpital sera intégralement prise en charge par les complémentaires santé des assurés dans le cadre des contrats « solidaires et responsables ».

Toutefois, ne nous méprenons pas : cette décision, qui reflète la situation financière préoccupante de l'Assurance Maladie obligatoire en déficit chronique, pèsera directement sur le pouvoir d'achat des ménages et sur la compétitivité des entreprises qui financent les complémentaires santé par les cotisations qu'ils acquittent. Ajoutons que cette mesure impactera de manière inégale les assurés et touchera plus lourdement ceux qui ont besoin d'être hospitalisés, particulièrement les personnes âgées et les malades chroniques. Elle fait le choix de faire porter l'augmentation des recettes des établissements principalement sur les assurés les plus dépendants des soins délivrés par ces structures.

¹ Il s'agit des projets de textes suivants :

- un projet d'arrêté fixant la tarification nationale journalière des prestations des établissements mentionnés à l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale (CSS) exerçant des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du même code ;
- un projet d'arrêté fixant la tarification nationale journalière des prestations des établissements mentionnés à l'article L. 162-22 du CSS exerçant des activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code ;
- un projet d'arrêté fixant la tarification nationale journalière des prestations des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22 du CSS exerçant des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du même code ;
- un projet d'arrêté relatif aux montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du CSS et du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du CSS ;
- un projet de décret en conseil d'Etat relatif au montant de la participation prévue au 1° et 2° de l'article L. 160-14 du CSS.

² dont 470 M€ liée aux mesures de transferts et 70M€ liée à l'augmentation tendancielle du TNJP, sans compter les effets liés à la dynamique de l'activité hospitalière.

³ A titre d'illustration, le Forfait journalier hospitalier (FJH) est porté de 20€ à 23€ et le Forfait patient urgences (FPU) de 19,61€ à 23€ au 1^{er} mars 2026 et la participation forfaitaire de 24€ à 32€ au 1^{er} avril 2026. Quant aux tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP) qui servent de calcul pour la participation de l'assuré, ils augmenteront de plus de 8% en 2026 au total (dont tendance sous-ONDAM à hauteur de 3,3%) à effet du 1^{er} janvier 2026.

L'UNOCAM fait observer que, par cette décision, les pouvoirs publics augmentent le coût des prestations à la charge des organismes complémentaires santé tout en affichant, dans le même temps, un objectif de « gel » de leurs tarifs en 2026, ce qui n'est pas le moindre des paradoxes. Aussi importante soit-elle, cette décision d'ordre réglementaire n'a pas été discutée lors des débats parlementaires sur le PLFSS et n'a fait l'objet d'aucune concertation avec les représentants des OCAM, ces derniers ayant été qu'informés et de surcroît très tardivement de ces arbitrages.

L'UNOCAM dénonce cette décision prise tardivement et sans concertation et appelle à sortir d'urgence de cette logique court-termiste pour enfin construire des solutions concertées dans une approche pluriannuelle et partenariale. L'ajournement, année après année, des décisions difficiles à prendre sur le financement et les réformes structurelles conduit à des décisions qui vont aujourd'hui à l'encontre de l'intérêt des assurés. De plus, certaines mesures présentent un caractère rétroactif au 1^{er} janvier 2026, illustrant une méthode qui a atteint ses limites.

Alors qu'une nouvelle mission est lancée sur l'articulation AMO-AMC, l'UNOCAM souhaite rappeler qu'une gouvernance fondée sur la concertation et donnant de la visibilité aux acteurs est une condition essentielle de la qualité et de l'efficacité du système de santé. L'absence de trajectoire de redressement de la branche maladie et le pilotage court-termiste des réformes se traduisent par des transferts successifs vers les complémentaires santé, dont le champ hospitalier constitue aujourd'hui une illustration majeure. Le manque d'anticipation fragilise la capacité des organismes complémentaires à piloter leurs activités dans des conditions satisfaisantes et dans le respect de leurs obligations prudentielles, dans un contexte où l'impact réel des mesures hospitalières apparaît d'ores-et-déjà sous-évalué.

Pour conclure, l'UNOCAM estime urgent de mettre en œuvre les préconisations du rapport du Sénat de septembre 2024 sur ce sujet qui soulignait « *le manque de concertation et le caractère tardif ou imprécis de l'information des OCAM* » et appelait « *à prévoir un délai de six mois entre la publication des textes impliquant une variation de périmètre AMO-AMC et leur entrée en vigueur, afin d'assurer aux OCAM davantage de visibilité sur leurs charges et de lisser, le cas échéant, les augmentations de cotisations associées* ».

En conséquence, l'UNOCAM décide de rendre un avis défavorable sur les mesures relatives au reste-à-charge (RAC) des assurés à l'hôpital qui se traduisent *de facto* par un transfert de charges de l'AMO vers les AMC et ce, au vu du montant supérieur à celui envisagé, du calendrier tardif et du caractère rétroactif de certaines mesures, dont l'impact reste par ailleurs incertain, et plus globalement de l'absence de visibilité sur la trajectoire d'ensemble.

Délibération adoptée à l'unanimité