



LE POINT SUR LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2025

LETTRE #2



FHF

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE



La Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 (LFSS 2025) a été publiée au JO du 28 février 2025. La Décision n° 2025-875 DC du 28 février 2025 du Conseil constitutionnel a été publiée au JO du 28 février 2025.

RAPPEL DU PROCESSUS

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025, qui avait été présenté en Conseil des ministres le 10 octobre 2024, avait fait l'objet d'un accord des sénateurs et députés en Commission Mixte paritaire le 27 novembre 2024. L'Assemblée nationale a adopté une motion de censure le 4 décembre 2024 (après application de l'article 49.3 de la Constitution), engendrant la démission du Gouvernement.

L'examen du PLFSS 2025 a repris en 2025, suite au changement de gouvernement. Le texte a été adopté en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale après un recours à l'article « 49.3 » (les motions de censure ayant été rejetées). Il a été définitivement adopté le 17 février 2025 en nouvelle lecture au Sénat dans sa version validée via l'article 49-3 à l'Assemblée nationale. La décision du Conseil constitutionnel, après saisine le 20 février 2025 a été rendue le 28 février 2025 : non-conformité partielle – réserve.

Cette lettre qui porte et a pour source la **LFSS 2025** a pour objectifs de :

1. Présenter l'**ONDAM 2024 et 2025** pour les établissements de santé et médico-sociaux
2. Présenter les **principaux articles** relatifs aux établissements de santé, aux établissements médico-sociaux et au système de santé
3. Suivre le devenir des **propositions défendues par la FHF** : la FHF a adressé ses propositions sous forme d'amendements aux parlementaires

1

PRÉSENTATION DE L'ONDAM 2024 ET 2025

Le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (y compris FSV) ressort à **-18,2 Md€** pour l'année 2024 (article 1). Il était prévu à -10,5 Mds€ en LFSS 2024.

Le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (y compris FSV) est prévu à **-22,1 Md€** pour l'année 2025 (article 37). Il était prévu à -16 Mds€ dans le PLFSS initial (automne 2024).

| SUIVI DE L'ONDAM EN MD€ (ARTICLE 2 ONDAM 2024 ET ARTICLE 97 ONDAM 2025)

	ONDAM 2024 LFSS 2024	ONDAM 2024 PLFSS 2025	ONDAM 2024 LFSS 2025	ONDAM 2025 PLFSS 2025	ONDAM 2025 LFSS 2025	Évolution (%) LFSS
Dépenses de soins de ville	108,4	109,5	110,1	111,6	113,2	+2,8%
Dépenses relatives aux établissements de santé	105,6	105,5	105,6	108,8	109,6	+3,8%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	16,3	16,1	16,1	17,7	17,6	+9,3%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,2	15,2	15,2	15,7	15,7	+3,3%
Dépenses relatives au FIR et soutien national à l'investissement	6,1	6,7	6,7	6,6	6,3	-6%
Autres prises en charge	3,3	3,2	3,2	3,5	3,4	+6,3%
TOTAL	254,9	256,1	256,9	263,9	265,9	+3,4%

Le contexte politique associé au PLFSS 2025 a permis à la FHF de reprendre les échanges avec le Gouvernement entre le mois de décembre et le mois de février. Ces discussions ont amené à la présentation d'un amendement gouvernemental abondant l'ONDAM 2025 de près d'un milliard d'euro.

L'ONDAM 2024 est fixé à 256,9 Mds€ soit une rectification de 2 Mds€ par rapport à la LFSS 2024 (liée notamment aux dépenses de soins de ville en particulier au titre des indemnités journalières, des actes des médecins spécialistes et des médicaments nets des remises selon l'annexe (article 40)).

L'ONDAM 2025 est fixé à 265,9 Mds€ et en augmentation de **3,4 %** par rapport à l'ONDAM rectifié. L'annexe précise : « en tenant compte des mesures nouvelles mais avant mesures d'économies, le taux de progression de l'ONDAM en 2025 atteindrait 5,0 % (dont 6,7 Mds€ d'euros au titre de l'évolution spontanée des dépenses et 5 Md€ au titre des mesures nouvelles).

Cette évolution intègre notamment l'effet sur les dépenses de soins de ville de la nouvelle convention médicale signée en juin 2024, **les conséquences pour l'hôpital et les établissements médico-sociaux d'une nouvelle hausse des taux des cotisations dues par les employeurs à la CNRACL**, l'accélération des dépenses de produits de santé liée à la hausse des prix nets ainsi que l'effort complémentaire total à hauteur d'un milliard d'euros en faveur des établissements hospitaliers par rapport au projet de loi initialement déposé.

L'évolution de 3,4 % prend en compte les mesures d'économies portant sur les dépenses au titre des soins de ville, des produits de santé et des établissements sanitaires et médico-sociaux, pour 4,3 Mds€. Il intègre un effort supplémentaire de 600 M€ sur le médicament, qui sera contractualisé avec les industries de santé, ainsi que des actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude. L'ONDAM pour 2025 inclut par ailleurs une provision de 0,5 Md€ au titre de la gestion de la covid-19 (équivalente aux dépenses engagées en 2024).

Enfin, certaines économies transversales, qui seront réalisées dans le cadre des textes financiers, permettront aux établissements de santé et médico-sociaux de mieux maîtriser leurs charges, cette baisse n'ayant pas été répercutée par une révision à la baisse de l'ONDAM ».

L'ONDAM établissements de santé (ES) fixé à 109,6 Mds€ augmente de 3,8 % par rapport au montant 2024. Cette évolution inclut 1 Md€ de financements supplémentaires. Le taux d'évolution hors CNRACL est de 2,9 %, l'ONDAM ES, comprenant le financement au titre de la compensation de l'augmentation du taux de cotisation employeurs pour la CNRACL pour 0,9 Md€.

En ce qui concerne l'ONDAM médico-social :

L'article 101 porte à **42,6 Mds€** l'objectif de la branche autonomie pour 2025 (+ 6,7% par rapport à l'objectif 2024 révisé).

L'article 97 fixe le niveau du sous-objectif de dépenses « établissements et services pour personnes âgées » à 17,6 Mds€ (+9,3%) et celui du sous-objectif « établissements et services pour personnes handicapées » à 15,7 Mds€ (+3,3%).

L'OGD ESMS, qui agrège les sous-enveloppes PA et PH et représente les ¾ des dépenses de la branche autonomie, est fixé à **33,3 Mds€ (+ 6,4 %)**.

L'évolution de **+ 6,7 %** de l'objectif de la branche autonomie (+ 2,7 Mds€ par rapport à 2024), de **+ 6,4 %** de l'OGD ESMS (+ 2,1 Mds€) et, surtout, de **9,3 %** de la sous-enveloppe « personnes âgées » (+1,5 Md€) sont portées par un effet de périmètre significatif sur les dépenses, lié à l'expérimentation de la fusion des sections soin et dépendance des EHPAD dans 23 départements dès 2025 (en année pleine, l'expérimentation représente une augmentation des dépenses de 0,6 Md€ - au titre du financement de la dépendance par la branche autonomie dans ces 23 départements - compensée par une reprise de recettes équivalente aux départements).

Comme pour les établissements publics de santé, l'évolution de l'OGD ESMS intègre une provision pour compenser aux établissements et services concernés les charges supplémentaires liées à la hausse du taux de cotisation CNRACL.

Les **dépenses de soins de ville** sont fixées à **113,2 Mds€** et tiennent compte de **l'abandon par le gouvernement de la mesure de hausse du ticket modérateur** sur les consultations médicales (l'abandon de la mesure de hausse du ticket modérateur sur les médicaments, ayant été acté et pris en compte en décembre dernier).

Il est précisé dans l'annexe (article 40) de la LFSS 2025 « Dans la mesure où les organismes complémentaires ont procédé, pour 2025, à des hausses de cotisation en anticipation des hausses de ticket modérateur et que ces hausses n'ont pas été réalisées, le Gouvernement a annoncé son intention d'augmenter la contribution de ces organismes en vue de conserver le principe d'une contribution de ces acteurs. Cette mesure viendra abonder les recettes de la branche Maladie mais n'est toutefois pas intégrée à la présente trajectoire car elle devra être portée dans un autre vecteur législatif ».

La hausse du ticket modérateur sur les consultations devait représenter 1Md€ d'économies en ville et 0,1 Md€ pour les établissements de santé (hausse du ticket modérateur sur les actes et consultations externes) selon l'annexe 5 du PLFSS 2025 initial.

| Focus sur la CNRACL

L'étalement sur quatre ans au lieu de trois ans de la hausse de **12 points entre 2025 et 2028** (3 points par an) du taux de cotisation employeur des établissements à la CNRACL est de **nature réglementaire**. La hausse des taux de cotisation est mentionnée en annexe de la LFSS 2025 (article 40 approuvant le rapport en annexe).

Selon l'annexe 5 du PFSS 2025 initial, 1,1 Md€ étaient prévus pour les établissements de santé afin de compenser l'augmentation du taux de cotisation.

La trajectoire de relèvement des **taux de cotisation employeur des établissements à la CNRACL** a donc été davantage étalée en LFSS 2025 libérant environ 230 M€ pour les établissements de santé en 2025.

Des provisions pour compensation de la hausse du taux de cotisation CNRACL ont été intégrées également dans l'OGD médico-social : 0,15 Md€ pour les ESMS « personnes âgées » et 0,04 Md€ pour les ESMS « personnes handicapées ». **Pour les ESMS la compensation ne serait que partielle dans la mesure où ces provisions ne concernent que les effets pour la branche autonomie** et ne couvrent donc que 40 % environ de l'impact global (pour les EHPAD, aucune garantie de compensation pour les effets sur les sections hébergement et dépendance, alors qu'il est peu probable que les départements acceptent de financer cette hausse).

Le **décret n° 2025-86 du 30 janvier 2025** relatif au taux de cotisations vieillesse des employeurs des agents affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales a été publié au JO du 31/01/2025. Il traduit réglementairement la mesure de réaliser en 4 ans au lieu de 3 ans l'augmentation de 12 points du taux de cotisation employeurs à la CNRACL qui est fixé à 34,65 % (au lieu de 31,65 %) à compter du 1er janvier 2025 et 43,65 % en 2028.

Article 69 - Dépenses de prévention : rapport évaluant les modalités d'une distinction des dépenses associées à des mesures de prévention de l'ONDAM et permettant d'identifier les économies réalisées à terme.

Article 95 - FMIS 2025 : une dotation de 609 M€ pour l'année 2025.

2

LES PRINCIPAUX ARTICLES IMPACTANT LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICAUX SOCIAUX AINSI QUE LE SYSTÈME DE SANTÉ

2.1 LES ARTICLES QUI CONCERNENT LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Financement

Article 45 - Réforme du financement de la radiothérapie : une mise en œuvre au 1er octobre 2025 pour l'entrée en vigueur des nouveaux forfaits de radiothérapie au lieu du 1er janvier 2026.

Article 71 - Adaptation du calendrier des campagnes de financement des établissements de SMR à partir de 2026 : application des tarifs au 1er janvier 2026 comme en MCO.

Article 73 - Indicateurs du dispositif IFAQ : intégration de la lutte contre les erreurs médicamenteuses évitables (en se fondant sur le suivi des interventions pharmaceutiques) à la liste des indicateurs de calcul de la dotation IFAQ attribuée aux hôpitaux.

Article 55 - Rapport sur la réforme du MCO et sujet des coefficients géographiques : sur ce dernier point : le rapport devra détailler la méthode de calcul, formuler des recommandations et étudier l'opportunité de réviser annuellement ces coefficients géographiques et de les revaloriser.

Article 72 - Prise en compte des enjeux de la concurrence frontalière dans la définition des zones bénéficiant du coefficient géographique : il s'agit notamment, pour les établissements situés à proximité de pays comme la Suisse ou le Luxembourg (proposant des rémunérations plus importantes) de prendre en compte la concurrence d'attractivité pour le personnel paramédical notamment.

Article 46 - Rapport relatif aux actes innovants hors nomenclature RIHN-RIHN 2.0 : ce rapport évalue en particulier le niveau de financement de ces actes. Il formule des propositions pour améliorer leur prise en charge.

Article 70 - Plafonner les rémunérations des personnels non-médicaux en intérim (contrats conclus à partir du 1 juillet 2025) : ce dispositif de plafonnement est mis en place pour les dépenses d'intérim des personnels non médicaux et par conséquent pour les personnels médicaux dans les établissements publics de santé et les établissements publics médico-sociaux. S'il existe un écart significatif de rémunération entre un intérim et un personnel permanent, le montant des dépenses peut être plafonné. Les conditions d'application seront fixées par voie réglementaire.

Article 56 - Pérenniser la possibilité donnée aux infirmiers de signer des certificats de décès au terme de l'expérimentation : les conditions seront fixées par décret. Les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès seront pris en charge par l'assurance maladie ou la branche autonomie dans des conditions fixées par arrêté.

2.2 LES ARTICLES QUI CONCERNENT LA RÉGULATION DES DÉPENSES / LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS

Article 41 - Renforcement des outils de régulation des dépenses dans le champ conventionnel/accords de maîtrise des dépenses : imagerie, biologie et transports sanitaires

- **Intégration des fédérations hospitalières au processus en vue d'ouvrir une négociation pour conclure un accord de maîtrise des dépenses qui leur sera appliqué.**
- **Les transports sanitaires de patients sont incorporés** (ainsi que les transports de patients en taxis conventionnés)
- **Montant d'économie à réaliser** : pour les années 2025 à 2027, le montant d'économies à réaliser dans le secteur de l'imagerie médicale et du transport sanitaire est d'au moins 300 M€ (pour chacun des deux secteurs).
- **Le DG de l'UNCAM** peut baisser unilatéralement les tarifs afin d'atteindre les économies jusqu'au 31 octobre 2025 en l'absence d'un accord au 30 septembre 2025.

Articles 59 et 60 - Amélioration de l'efficacité des transports de patients

Article 59 : la convention-cadre nationale devra être complétée afin d'inciter les entreprises de taxis à contribuer aux efforts de maîtrise des dépenses.

L'article 60 (équipement des véhicules notamment d'un dispositif de géolocalisation) a été déclaré contraire à la constitution.

| Utilisation du Dossier Médical Partagé (DMP) afin de limiter les actes redondants

- **L'article 53** qui visait à inciter les professionnels de santé, en ville et à l'hôpital (notamment via l'ajout d'un indicateur au dispositif IFAQ), à utiliser le DMP a été déclaré contraire à la constitution, pour non-respect des règles applicables aux PLFSS (cavalier budgétaire).
- **Article 48 : Extension du champ de l'accompagnement à la pertinence des prescriptions** pour les produits, actes ou transports particulièrement coûteux : il s'agit de vérifier si le prescripteur a consulté le DMP du patient préalablement à la prescription (ou que la prescription respecte les indications ouvrant droit au remboursement), le patient devant présenter un document en attestant. Cet article sera précisé par arrêté et entrera en vigueur au 1er janvier 2026. Les précisions pour cet article sont apportées dans la décision du Conseil constitutionnel. Il faut néanmoins souligner que le Conseil constitutionnel émet deux réserves : le prescripteur devra informer le patient de l'absence de la prise en charge des soins si le document n'est pas présenté au professionnel devant exécuter la prescription et devra permettre au patient de modifier ledit document ouvrant droit à prise en charge, sans frais pour ce dernier.
- **L'article 52** relatif aux **Consultations non honorées, instauration d'une « taxe lapin »** a été déclaré contraire à la constitution la nature de la pénalité n'ayant pas été définie. De plus, le montant n'avait pas été encadré ainsi que les conditions de mise en œuvre. Celui-ci prévoyait la disposition suivante : **les établissements de santé**, les professionnels de santé libéraux... peuvent exiger du patient le paiement d'une **pénalité** lorsque celui-ci ne se présente pas à une consultation ou lorsqu'il l'annule sans respecter un délai raisonnable avant la date prévue.
- **L'article 50** "**Sécuriser la carte vitale des assurés qu'elle soit matérielle ou dématérialisée**" ayant pour objectif de lutter contre la fraude a été déclaré contraire à la constitution (cavalier budgétaire). L'article prévoyait que la délivrance de celle-ci soit conditionnée à la présentation d'une preuve d'identité s'appuyant, pour l'application mobile sécurisée carte Vitale, sur le dispositif "France identité numérique".
- **Article 57 : Liste de mesures prioritaires annuelles destinées à améliorer la pertinence des soins dispensés aux assurés** fixé par le ministre de la Santé.

2.3 LES ARTICLES QUI CONCERNENT LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Sur la question de l'équilibre financier de la branche autonomie et de ses recettes, la Contribution de solidarité par le travail en faveur de la branche autonomie qui représentait 2,5Md€ de recettes et qui avait été adoptée par le Sénat a été supprimée du texte finalement adopté.

Les ESMS sont concernés par plusieurs mesures financières nouvelles, parmi lesquelles :

- le financement des 6500 postes supplémentaires en EHPAD (380 M€) ;
- l'expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance des EHPAD dans 23 départements (coût annuel de 220 M€ qui s'ajoute à l'effet de périmètre sur les dépenses) ;
- la création de « solutions nouvelles » pour accompagner les personnes en situation de handicap (270 M€) ;
- la prolongation du fonds exceptionnel pour aider les ESMS les plus en difficulté, dont le montant est porté à 300 M€.

| Plusieurs mesures de la LFSS 2025 concernent, plus ou moins directement, les ESMS :

Généralisation de l'établissement de certificats de décès par les infirmiers :

L'article 56 généralise la rédaction des certificats de décès par les infirmiers sur l'ensemble du territoire à l'issue de l'expérimentation en cours.

Régulation de l'intérim élargie aux paramédicaux dans l'ensemble des EPS et ESMS publics :

L'article 70 prévoit l'extension de la mesure de plafonnement des rémunérations en intérim médical aux personnels non médicaux et de maïeutique des EPS et ESMS publics à partir du 1er juillet 2025 (conditions seront précisées par voie réglementaire).

Simplification des concours de la CNSA aux départements :

L'article 81 relève de 200 M€ le niveau du concours de la CNSA aux départements pour compenser l'APA et la PCH, et simplifie le cadre actuel des concours.

Expérimentation de la fusion des sections tarifaires soins et dépendance dans les EHPAD :

L'article 82 apporte plusieurs aménagements à l'expérimentation prévue par l'article 79 de la LFSS 2024. Il porte de 20 à 23 le nombre de départements expérimentateurs, prévoit le démarrage de l'expérimentation le 1er juillet 2025 et réduit sa durée de 4 à 2 ans, tel que le demandait la FHF.

Infirmier coordonnateur en EHPAD (disposition « censurée ») :

L'article 84 qui mettait en place la fonction d'infirmier coordonnateur en EHPAD et en USLD a été déclaré contraire à la constitution (cavalier budgétaire).

Aide exceptionnelle de 300 M€ pour les ESMS en difficulté :

L'article 85 prévoit, pour l'année 2025, une aide exceptionnelle de 300 M€ pour les établissements sociaux et médico-sociaux – du secteur personnes âgées – en difficulté financière.

Généralisation de la procédure de récupération des indus auprès des ESMS :

L'article 86 généralise la procédure de récupération des indus pour double facturation pour l'intervention de professionnels de santé libéraux au sein de l'ensemble des ESMS lorsque la dotation de fonctionnement des structures inclut déjà les soins assurés par ces professionnels. Cette mesure crée une base juridique pour étendre à tous les ESMS cette procédure qui existait déjà pour les EHPAD.

2.4 LES ARTICLES QUI CONCERNENT LE SYSTÈME DE SANTÉ EN GÉNÉRAL

La Santé mentale qui est une priorité de santé publique a été réaffirmée comme grande cause nationale pour 2025.

Article 66 - Mon soutien PSY : ce dispositif est simplifié en **supprimant la condition d'adressage** préalable (par un médecin, notamment) à la prise en charge des séances de suivi psychologique par l'Assurance maladie. Les patients pourront intégrer directement le dispositif et bénéficier d'une prise en charge adaptée à leur besoin, une fois évalués par le psychologue conventionné qu'ils auront choisi. Les évolutions du dispositif sont applicables aux conventions en cours.

L'article 44 qui concernait la régulation des centres de soins non programmés avec entre autres la création d'un nouveau chapitre au sein du code de la santé publique intitulé "structures de soins non programmés" afin de définir notamment le champ des structures de soins non programmés et leurs conditions de fonctionnement, et prévoyait les conditions d'exercice des professionnels dans ces structures, a été déclaré contraire à la constitution (cavalier budgétaire).

Dispositif Handigynéco et CSMSS :

Généralisation du dispositif Handigynéco (article 62) : faire entrer dans le droit commun ce programme. Ce dispositif doit permettre de faciliter l'accès aux soins gynécologiques aux femmes en situation de handicap. Il s'agit d'organiser un parcours de soins coordonné, notamment grâce à l'intervention de sage-femmes, préalablement formées, au sein des établissements médico-sociaux.

Généralisation de l'expérimentation des centres de santé et de médiation en santé sexuelle (CSMSS) (article 64) : une entrée dans le droit commun est proposée. Les conditions de fonctionnement seront définies réglementairement.

Mesures concernant les médecins libéraux et le cumul emploi retraite afin notamment de lutter contre les déserts médicaux (article 5 et 6).

DES AMENDEMENTS QUI CONCERNENT LES PRODUITS DE SANTÉ :

- Clarifier les modalités d'appel et de calcul des clauses de sauvegarde M et Z (article 29).
- Lutter contre les pénuries de produits de santé (article 75) et médicaments d'intérêt thérapeutiques majeurs (article 76).
- Renforcer l'utilisation des données d'usage des dispositifs médicaux numériques (article 79) : conditionner la prise en charge de certains dispositifs médicaux numériques à une utilisation effective par le patient.

3

LES PROPOSITIONS DÉFENDUES PAR LA FHF

En lettre 1, les propositions défendues par la FHF ont été présentées. La majorité des amendements proposés par la FHF aux parlementaires ont été repris à leur compte par des parlementaires appartenant à différents groupes politiques en 1ère lecture à l'Assemblée nationale et/ou au Sénat avant la dissolution du gouvernement mais n'ont pas été adoptés (notamment irrecevables (charge) en dehors de l'amendement « Associer les fédérations d'établissements pour la régulation des dépenses »).

Les amendements n'ont pas été repris en nouvelle lecture (dans le cadre du nouveau PLFSS 2025) à l'Assemblée nationale en dehors de deux amendements : « Donner de la visibilité aux établissements de santé sur leurs ressources à travers l'obligation de renouvellement d'un protocole signé entre l'Etat et les fédérations » et « création d'un forfait de réorientation des urgences vers la médecine de ville » (irrecevables).

Les différents amendements proposés par la FHF en lettre 1 relative au PLFSS 2025 sont rappelés ci-dessous, les précisions étant apportées si nécessaire. L'amendement gouvernemental, revalorisant l'ONDAM "établissement de santé" de près d'un milliard d'euros, suite aux échanges entre la FHF et le ministère de la santé, a permis d'arriver à une progression de l'ONDAM "établissements de santé" de 3,8 % en 2025, là où la FHF faisait la proposition d'une évolution de l'ONDAM de 4 %.

1 | FOCUS ONDAM 2024 ET ONDAM 2025

ONDAM 2024 : dans la première version du PLFSS 2025, la FHF avait notamment demandé l'augmentation du sous-objectif « établissements de santé » afin de garantir la couverture intégrale des **surcoûts liés à l'inflation**.

En effet, la FHF avait alerté d'un sous-financement lié à l'inflation de 1,8 Md€ (1,3 Md€ pour les seuls établissements publics).

ONDAM 2025 : un nouvel amendement a été proposé dans le cadre du nouveau PLFSS 2025.

- S'agissant des hôpitaux publics

La FHF a demandé à ce que le milliard d'euros **supplémentaire**, annoncé par Madame la ministre de la Santé et du Travail, serve à soutenir les activités prioritaires en matière de santé publique. Elle souhaite que l'abondement soit d'abord orienté vers l'accompagnement des activités en dette de santé publique et/ou sous-financées (médecine avec nuitées, chirurgie de recours, réanimation, pédiatrie, obstétrique, soins palliatifs) ; la recherche et l'innovation en santé et la psychiatrie publique. Néanmoins, cet abondement ne permettra pas de compenser le sous-financement cumulé de l'inflation.

Par ailleurs, la FHF qui a demandé la compensation intégrale pour les EPS des points de cotisations, souhaite que la compensation liée à l'augmentation des cotisations retraite (CNRACL), fasse l'objet d'une identification ciblée et ne vienne pas augmenter artificiellement les tarifs des activités de soin du secteur public.

Dans ce cadre, il est **nécessaire de flécher le financement des 900 M€** de compensation des augmentations 2025 **des cotisations CNRACL en Aide à la contractualisation (AC)** afin de garantir la clarté et la visibilité de ces financements pour les établissements et d'éviter que cela augmente artificiellement les tarifs sans bénéficier directement aux soins. Il est essentiel d'éviter des arbitrages entre soins et paiement des cotisations retraite.

- S'agissant de la branche autonomie

Comme pour le secteur sanitaire, la FHF a demandé la compensation intégrale de l'augmentation des cotisations retraite CNRACL. La FHF alerte aussi sur les effets de bord qui pourraient résulter de modalités de compensation forfaitaires qui pourraient inciter les gestionnaires publics à recourir aux contractuels ou à externaliser certaines prestations.

2 | LES AMENDEMENTS RELATIFS À UNE APPROCHE PLURIANNUELLE DE LA SANTÉ AINSI QUE CEUX RELATIFS À UNE GESTION PERTINENTE DES SOINS NON PROGRAMMÉS

- Reconnaitre le caractère hautement stratégique de la santé en organisant son financement à travers une loi de programmation pluriannuelle

La FHF proposait un article additionnel : « Avant le 1er mars 2025, puis tous les cinq ans, une loi de programmation pluriannuelle pour la santé détermine la trajectoire des finances publiques en matière de santé, pour une période minimale de cinq ans. Elle définit les objectifs de financement public nécessaire pour assurer notamment l'accès aux soins de la population, le progrès de la recherche et le recrutement des professionnels, ainsi que les moyens mis en œuvre par l'État pour atteindre ces objectifs ». La FHF souhaite poser le cadre d'une loi de programmation en santé qui pourrait s'articuler autour de chapitres structurants tels que les orientations stratégiques fixées à partir d'objectifs de santé publique, dont la réduction de la prévalence des maladies chroniques et l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé.

Cet article n'a pas été intégré en LFSS 2025 mais le gouvernement a confirmé qu'il souhaite adopter une vision pluriannuelle du financement du système de santé afin notamment d'anticiper les besoins de santé futurs en passant « d'une logique budgétaire annuelle, à une logique de financement pluriannuel ».

- Donner de la visibilité aux établissements de santé sur leurs ressources à travers l'obligation de renouvellement d'un protocole signé entre l'Etat et les fédérations

Via l'amendement « Donner de la visibilité aux établissements de santé sur leurs ressources à travers l'obligation de renouvellement d'un protocole signé entre l'Etat et les fédérations, la FHF précise : « le premier protocole de pluriannualité, signé en février 2020 par les fédérations hospitalières et le Gouvernement pour une durée de 3 ans, a pris fin le 31 décembre 2022 ». Pour la FHF, il est indispensable de renouveler ce protocole au plus vite afin de disposer d'une visibilité pluriannuelle des ressources des hôpitaux publics et de lui conférer un caractère obligatoire. Ce protocole est indispensable dans un contexte de relance de l'investissement déjà fortement impacté par l'inflation, la dégradation de la situation financière des établissements et la remontée des taux d'intérêt. Cet article a été repris en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale mais été déclaré irrecevable. Il n'a pas été intégré en LFSS 2025, néanmoins, il est prévu de signer un nouveau protocole avec les fédérations.

- Renforcer le poids du protocole de pluriannualité dans les relations entre l'Etat et les fédérations hospitalières
- Garantir la restitution de la sous-exécution des crédits de l'ONDAM
- Créer un dispositif de mise en réserve prudentielle pluriannuelle pesant sur l'ensemble de l'ONDAM et de ses différents sous-objectifs
- Financement équitable des actes et consultations externes entre la ville et l'hôpital
- Associer les fédérations d'établissements pour la régulation des dépenses

Cet amendement a été intégré à la LFSS 2025 (article 41). L'amendement de la FHF précisait que les régulations tarifaires à la baisse sont systématiquement appliquées aux établissements de santé, sans que ceux-ci aient pu participer aux négociations ». La FHF demandait à pouvoir être concertée dans le cadre d'une négociation en vue de la conclusion d'un accord de maîtrise de dépenses qui lui sera appliqué.

- Création d'un forfait de réorientation des urgences vers la médecine de ville

Ce forfait avait pour objectif de financer le travail des unités d'accueil et d'orientation permettant la réorientation des patients vers la médecine de ville.

- Encadrement des centres de soins non programmés

La FHF a demandé à ce que le rôle des CSNP soit intégré dans une stratégie globale de santé publique. Cet amendement n'a pas été adopté mais un article a été intégré en PLFSS 2025 (article 44 structures de soins non programmés). Ainsi, certaines orientations présentes dans l'amendement de la FHF : « Aujourd'hui, les CSNP ne sont pas intégrés dans les Services d'Accès aux Soins (SAS) ou dans la gradation des soins non programmés, ce qui les place en marge de l'organisation de la réponse aux besoins de santé » ont été reprises dans le texte définitif établi au Sénat. Néanmoins, cet article a été déclaré contraire à la constitution par le Conseil constitutionnel.

■ 3 | LES AMENDEMENTS QUI CONCERNENT LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Les amendements proposés à la LFSS 2025 par la FHF traduisent les préoccupations “habituelles” sur le secteur médico-social :

- Garantir la pérennité des financements de la branche autonomie dédiés à l’investissement ;
- Harmoniser les allègements de cotisations sociales entre les ESMS et USLD des secteurs privé et public ;
- Objectiver les différences de régime socio-fiscal entre les ESMS (demande de rapport IGAS – IGF) ;
- Autoriser les SSIAD à devenir des SAD par voie conventionnelle (aménagement à la réforme des SAD) ;
- Etendre la revalorisation des carrières à l’ensemble des agents publics des ESMS du champ handicap ;
- Accélérer la fusion des sections tarifaires soins et dépendance ;
- Attribuer les financements du forfait soins dans un calendrier compatible avec les besoins des résidents ;
- Assurer un financement spécifique pour les molécules onéreuses pour les EHPAD en option avec PUI.

La demande de la FHF d’une accélération de l’expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance des EHPAD a été satisfaite par un amendement gouvernemental qui a amplifié le périmètre de l’expérimentation (de 20 à 23 départements) et qui en a raccourci la durée, passant de 4 à 2 ans (et finalement à un an et demi compte tenu du décalage de la mise en œuvre au 1er juillet 2025), ce qui peut permettre d’envisager une généralisation de la mesure en 2027.

CONCLUSION

L'ONDAM 2025 est fixé à **265,9Md€**, en augmentation de **3,4 %**. Cette évolution prend en compte les mesures d'économies portant sur les dépenses au titre des soins de ville, des produits de santé et des établissements sanitaires et médico-sociaux **pour 4,3 Mds€**.

L'ONDAM établissements de santé (ES) fixé à **109,6 Mds€** augmente de **3,8 %** par rapport au montant 2024. Concernant l'évolution des ressources, une marge complémentaire de 1 Md€ est comprise. Le taux d'évolution hors CNRACL est de 2,9 %, l'ONDAM ES comprenant le financement au titre de la compensation du taux de CNRACL pour 0,9 Md€.

La progression de 6,4 % de l'OGD ESMS (+ 2,1 Mds€) et, celle de 9,3 % de la sous-enveloppe « personnes âgées » (+1,5 Md€) sont portées par un effet de périmètre significatif sur les dépenses lié à l'expérimentation de la fusion des sections soin et dépendance des EHPAD, mais aussi par le coût net de la mesure (0,2 Md€). Cette évolution intègre par ailleurs une provision pour compensation des effets de la hausse du taux de cotisations CNRACL mais celle-ci sera insuffisante pour couvrir l'intégralité de l'impact de la mesure.

Selon l'annexe (article 40) : « le rythme de l'inflation repasserait durablement sous 2 % après les niveaux très élevés observés en 2022 et 2023 (respectivement 5,3 % et 4,8 % d'évolution de l'indice des prix à la consommation hors tabac en moyenne annuelle). Elle atteindrait 1,4 % en 2025 (après 1,9 % en 2024), contre 1,8 % dans le projet de loi initial.

Focus sur les mesures suivantes présentées en PLFSS 2025 initial

La mesure de refonte des allègements généraux des cotisations patronales qui permettait de réaliser 4 Mds€ d'économie dans le texte initial en 2025 atteint 1,6 Md€ en LFSS 2025.

Le report de la revalorisation des retraites au 1er juillet 2025 (au lieu du 1er janvier) dans le PLFSS 2025 déposé en octobre 2024 est devenu caduque les retraites ayant été augmentées de 2,2 % au 1er janvier 2025, à hauteur de l'inflation suite à la démission du gouvernement.

Le **décret n° 2025-160 du 20 février 2025** relatif au plafond du revenu d'activité servant de base au calcul des indemnités journalières dues au titre de l'assurance maladie publié au JO du 21 février 2025 abaisse le plafond de revenus d'activités antérieurs, pris en compte dans le cadre du calcul des indemnités journalières dues au titre de l'assurance maladie, de 1,8 à 1,4 fois le salaire minimum de croissance. Ces nouvelles modalités de calcul sont applicables aux indemnités journalières versées au titre d'arrêts de travail débutant à compter du 1er avril 2025.

