



PLFSS 2026

CONTRE BUDGET SANTÉ DE L'INSTITUT SANTÉ

3 NOVEMBRE 2025

Synthèse

Une autre voie est possible dès 2026...

Le budget santé 2026 présenté ce mardi 4 novembre 2025 en séance plénière à l'Assemblée Nationale, marque un tournant : c'est le budget le plus restrictif et décliniste jamais présenté depuis la création du dispositif budgétaire (Plfss) en 1997.

Il assume la mort du bouclier sanitaire hérité du modèle de 1945, qui débarrassait les citoyens de l'incertitude du lendemain en santé en garantissant une prise en charge à 100% des malades les plus graves. Il le fait tout en maintenant un reste à charge zéro pour les lunettes, symbole d'une grande incohérence de la politique menée.

Caractérisé par deux records - un taux de croissance fixé le plus bas (1,7%) et un niveau d'économies le plus élevé (7 milliards d'euros) - il enterre le modèle français et tout espoir à moyen terme que la santé devienne un investissement d'avenir - améliorant l'état de santé de la population et renforçant notre souveraineté - et non une simple charge comptable.

C'est la poursuite amplifiée d'une asphyxie comptable: des achats et des rémunérations à l'hôpital public déjà en grande souffrance, des tarifs des professionnels de ville malgré les déserts médicaux, et des prix des médicaments d'une industrie en perte de compétitivité.

En faisant de notre déclinisme sanitaire et industriel en cours une fatalité, ce budget est la voie de l'inaction et du désespoir.

Pourtant, une autre voie est possible.

Une voie guidée vers la transformation profonde de notre système de santé pour relever les défis contemporains : démographiques, épidémiologiques et technologiques.

Un pilotage budgétaire tourné vers l'avenir, qui investit dans la réforme structurelle plutôt que dans le rustinage du passé. Il s'agit de réinventer un nouveau modèle universel, solidaire, performant et soutenable à la française.

L'Institut Santé propose dans son budget 2026 une stratégie de redressement en 5 axes¹ :

- Une **gouvernance simplifiée et plus efficace**,
- Des **parcours de soins structurés** pour les patients atteints d'ALD,
- Une **modernisation coordonnée** de l'hôpital et des soins de ville,
- Une **lutte déterminée contre le gaspillage**,
- Et une **gestion dynamique et responsable** du panier de soins remboursables, garantissant à la fois protection, solidarité et soutenabilité.

Ainsi, **10 milliards d'euros d'économies sont réalisables dès 2026**, sans sacrifier les fondamentaux du modèle historique dans sa transformation. Pour **préparer l'avenir, 30% de ces économies seront réinvestis** dans la prévention, l'innovation et les incitations économiques

¹ Issue de ses [travaux menés](#) depuis 2018 et d'une conférence de consensus dédiée au budget 2026

encourageant l'évolution des pratiques professionnelles et la modernisation des structures de santé.

Réformer le système, plutôt que l'affaiblir.

Préparer l'avenir, plutôt que prolonger le passé.

Une autre voie est possible — celle de l'action et de l'espoir.

Synthèse des économies brutes et nettes du budget santé 2026, incluant la réallocation d'une partie dans le système

millions €	Economies		Réallocation des économies dans le système	
	Brut	Net		
Gains d'efficience sur le parcours des ALD	2 700	1 900	800	Financement des référents du parcours & innovations technologiques
Réorganisation de la gouvernance santé	400	280	120	Nouvelle gouvernance territoriale
Opération anti-Gaspi	1 100	860	240	Innovations et primes anti-gaspi
Gestion dynamique du panier des prestations remboursables AMO	3 000	2 000	1 000	Fonds de dotation Prévention
Développer l'ambulatoire à l'hôpital	900	630	270	Moderniser l'hôpital - Primes
Gains d'efficience dans les soins de ville	600	420	180	Moderniser les soins de ville - Primes
Développer génériques et biosimilaires & maîtrise des prix	1 300	910	390	Fonds de dotation à l'innovation thérapeutique
TOTAL	10 000	7 000	3 000	

Source : Institut Santé

SOMMAIRE

SYNTHESE	1
PREAMBULE.....	4
L'ONDAM	5
LE PLFSS 2026 PROPOSE PAR LE GOUVERNEMENT	5
LE BUDGET SANTE 2026 DE	8
L'INSTITUT SANTE.....	8
I. MIEUX STRUCTURER LES PARCOURS DES PATIENTS ALD	9
II. SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE ET ÉTAT STRATEGIE	10
III. REDUCTION DES DEPENSES IMPRODUCTIVES OU « OPERATION ANTI-GASPI ».....	12
IV. GESTION DYNAMIQUE DU PANIER DE PRESTATIONS REMBOURSABLES PAR L'ASSURANCE MALADIE.....	13
IV. MODERNISER L'HOPITAL PUBLIC	14
V. MODERNISER LES SOINS DE VILLE.....	15
VI. DEVELOPPER LES GENERIQUES ET LES BIOSIMILAIRES	16
VII. INVESTIR DANS LA PREVENTION.....	17

Préambule

Le Gouvernement a présenté en Conseil des Ministres le 14 octobre, puis à l'Assemblée Nationale le 20 octobre 2025, [un projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026](#).

Lourdement déficitaire en 2025 (-23 Mrds €) et en 2026 (-17,5 Mrds €), la trajectoire budgétaire de la sécurité sociale n'est pas redressée d'ici à 2029 (-18,3 Mrds€).

Malgré un taux de croissance des dépenses en 2026 (+1,7%) le plus faible depuis la création du PLFSS, la branche santé représentera encore 88% du déficit en 2029 (vs 75% en 2025), montrant qu'elle est bien la branche « *malade* » de la sécurité sociale.

Ce contre-budget a vocation à montrer qu'une autre voie est possible pour maîtriser la dépense que de maintenir le système sur la voie du déclin. Cependant, cette autre route exige de se projeter dès 2026 dans la réforme structurelle du système de santé actuel.

Ainsi, ce budget santé 2026 proposé est une planche de décollage vers la construction d'un système de santé capable de relever les défis contemporains.

Un budget social se gère par les soldes, i.e. qu'il faut considérer l'évolution des recettes et des dépenses.

La branche santé fait l'objet d'un sous financement du fait de la suppression de la cotisation salariale maladie en 2018 (non compensée intégralement par la CSG finançant la branche), et des nouvelles dépenses du Ségur en 2020 non financées.

Le retour à l'équilibre de la branche nécessitera de nouvelles recettes, notamment par une réallocation de la CSG de la branche autonomie vers la santé, grâce à la création d'une cotisation autonomie par les retraités les plus aisés (voir [réforme de l'autonomie](#)).

Ce contre-budget se consacrera exclusivement sur le volet dépenses, en partant de l'hypothèse radicale du gouvernement de limiter la hausse des dépenses 2026 à 1,7%.

Pr Frédéric Bizard
Président fondateur de l'Institut Santé

le 3 novembre 2025

L'Ondam

Créé par les ordonnances du 24 avril 1996, *l'Objectif National de dépenses d'Assurance Maladie (Ondam)* est fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

Voté par le Parlement, l'Ondam ne constitue pas véritablement un budget mais plutôt un indicateur de maîtrise des dépenses de santé.

L'Ondam est un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux.

Par rapport à la comptabilisation de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), l'Ondam :

- Exclut les dépenses non financées par les régimes de base (Organismes complémentaires privés, État, ménages), la plupart des dépenses de gouvernance, et certaines prestations versées au titre de la dépendance (ASH, APL, ALS, réduction et crédit d'impôt) ;
- Inclut les indemnités journalières et des dépenses supplémentaires du Fonds d'investissement régional (FIR).

Le PLFSS 2026 proposé par le gouvernement

Le gouvernement a fixé un taux directeur de croissance de l'Ondam pour 2026 à **1,7%, conduisant à un niveau de dépenses de 270 Mrds €**.

Ce taux est le plus faible depuis la création de l'Ondam. Le taux de croissance annuel moyen de l'Ondam de 2010 à 2019 a été 2,4%, alors que celui de 2019 à 2025 a été de 3% (hors Covid, Ségur et mesures exceptionnelles pour l'inflation).

Cet objectif de croissance est deux fois plus faible que celui réalisé en 2025 (+3,7%) et en 2024 (+3,4%).

A titre de comparaison, la dépense courante de santé (DCSi) a augmenté de 3,6% en 2024 et de 3,4% en 2023.

Tableau 1 : Ondam par sous-objectifs proposé par le gouvernement pour 2026

Sous-Objectif	2025		2026	
	Objectif de dépenses	N vs N-1	Objectif de dépenses	N vs N-1
Dépenses de soins de ville	113,9	4,0%	114,9	0,9%
Dépenses relatives aux établissements de santé	109,5	3,8%	111,8	2,1%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	17,4	4,2%	18,2	4,6%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,6	2,6%	16	2,6%
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement	6,1	-7,6%	6,2	1,6%
Autres prises en charge	3,3	3,1%	3,3	0,0%
Total	265,8	3,7%	270,4	1,7%

Source: PLFSS 2026 le 15/10/2025

Pour atteindre cet objectif nettement inférieur à la croissance des dernières années et en-deçà de la croissance du PIB nominal (+2,3%) prévu en 2026, le gouvernement a planifié des économies à hauteur de **7,1 Mrds €**, ce qui représente un record depuis la création de l'Ondam.

En effet, l'évolution tendancielle de l'Ondam en 2026 – hors réalisation des économies proposées – s'élève à 277,5 Mrds €, soit une hausse de 4,40%. Pour atteindre les 270,4 Mrds €, le montant des économies nécessaires s'élève donc à 7,1 Mrds €.

La répartition des économies prévues par le gouvernement est la suivante.

Tableau 2 : Répartition des économies prévues à l'Ondam 2026 par le Gouvernement

Cible	Mesure	M€	% total
Patients	Doublement des franchises et participations forfaitaires	2 300	32%
Industrie	Baisse de prix des produits de santé	1 600	23%
Ville	Baisse des tarifs des soins de ville	900	13%
Hôpitaux	Economies sur le budget des achats	700	10%
Salariés/Entreprises	Réduction des durées et baisse du plafond des IJ	1 200	17%
OCAM/Assurés	Transferts AMO vers OCAM	400	6%
	Total	7 100	100%

Source: PLFSS 2026 le 15/10/2025 - Institut Santé

A titre de comparaison, les économies prévues lors du PLFSS 2025 étaient de 3,5 Mrds €, dont : 1,2 Mrds € sur les médicaments, 700 M€ sur les achats à l'hôpital, 600 M€ sur les soins de ville, 300 M€ sur les franchises patients, 700 M€ sur les IJ.

Les patients prioritairement ciblés

Cet Ondam 2026 représente un effort sans précédent pour toutes les composantes du système de santé. La moyenne annuelle des contributions sur la décennie 2010 a été la suivante : 500 M€ à l'hôpital (+40% en 2026), 300 M€ en ville (+200%) , 800M€ pour les baisses de prix des médicaments (+100% en 2026) et 100 M€ pour les patients (+2 200%).

Considérant la répartition entre l'offre et la demande, la première supporte 45% de l'effort et la seconde 55%. Les patients sont la cible la plus lourdement affectée par les économies avec **près de 3 Mrds € de dépenses supplémentaires à leur charge.**

Des efforts ne conduisant pas à un espoir d'équilibre budgétaire à moyen terme

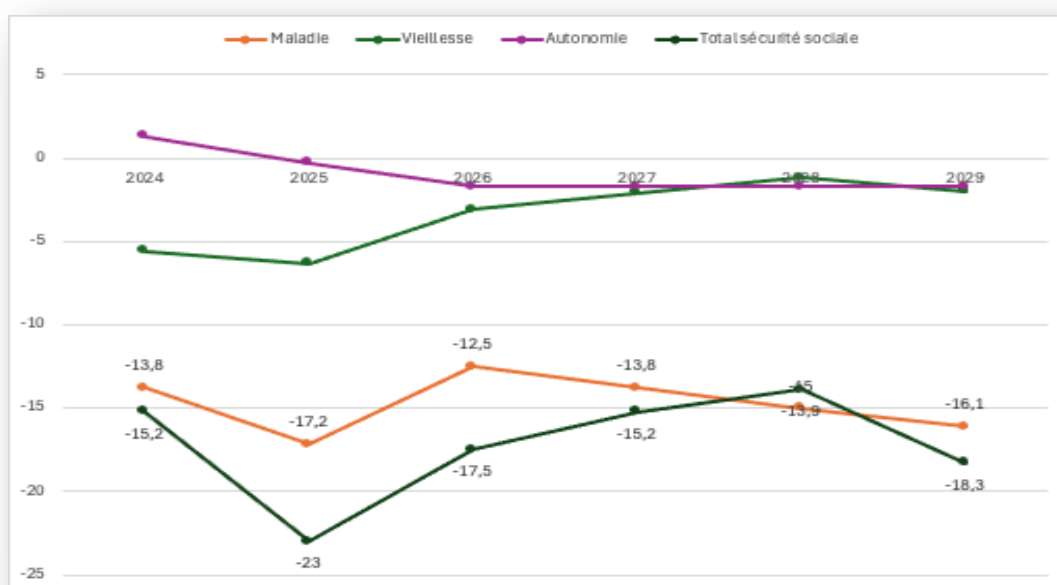
Le vote d'un PLFSS vise à disposer d'une trajectoire budgétaire à l'équilibre à moyen terme, à défaut de l'avoir à court terme. Hors période de crise, le déficit atteint par la sécurité sociale en 2025 est historiquement très élevé (-23 Mrds €, soit 3,6% des recettes), dont 75% provient de la branche santé (17,2 Mrds € soit 7% des recettes). C'est un déficit structurel.

Le record d'économies imposé à la branche santé (cf. supra) et autres branches redresse temporairement la courbe en 2026 (-17,5 Mrds €) mais ne rétablit pas durablement la trajectoire budgétaire de la sécurité sociale. Les efforts élevés demandés sont vains.

En 2029, la branche santé représentera 88% du déficit de la sécurité sociale (16,1 Mrds € sur 18,3 Mrds €), montrant que les lourdes contributions demandées à toutes les composantes du système, en particulier les patients en 2026, ne changent pas durablement la donne budgétaire.

Face à l'absence de réformes structurelles, la sécurité sociale conservera un haut niveau de déficits les prochaines années, menaçant sa soutenabilité financière, sans compter que ces coupes comptables sans réforme ont un effet économique récessif et un effet social régressif.

Graph 1 : Soldes prévisionnels de la sécurité sociale d'ici à 2029



Source : Plfss 2026

Le budget santé 2026 de l'Institut Santé

Ce budget santé 2026 est construit comme un point de départ à la transformation de notre système de santé afin d'en refaire un système performant pour la population et une référence mondiale.

Si le projet de loi de financement de la sécurité sociale a vocation à traiter uniquement des sujets budgétaires (recettes, dépenses, soldes), cette réflexion budgétaire se construit avec une vision d'avenir intégrant le nouveau modèle à instaurer.

Les mesures proposées reprennent le [projet de refondation de notre système de santé](#) proposé par l'Institut Santé. Même si ce projet exigera une loi de santé dédiée, plusieurs avancées sont possibles à législation constante, à travers des actes réglementaires.

Le dernier budget santé avant une loi de programmation sanitaire à 5 ans

Prévues par l'article 34 de la Constitution du 4 octobre 1958, les lois de programmation déterminent l'action de l'État et définissent les orientations pluriannuelles des finances publiques sur une période de quatre à sept ans.

Si elles n'ont pas de valeur normative ou obligatoire sur le plan financier, elles obligent l'État à définir des objectifs, une stratégie et un plan d'actions cohérent avec les objectifs, ainsi qu'une évaluation budgétaire à la hauteur des enjeux.

La santé du XXI^{ème} siècle remplit les conditions nécessaires à une loi de programmation du fait de la nécessaire vision à moyen terme des objectifs de santé publique, des investissements en R & D, et dans les infrastructures et des enjeux de souveraineté.

Ainsi, cette loi de programmation en santé définira des objectifs de santé publique à 5 ans, une stratégie nationale de santé et un budget à 5 ans pour mener à bien les actions tout en conservant un budget à l'équilibre. Un budget annuel et une évaluation de l'avancement de la stratégie nationale seront votés au Parlement comme la Constitution l'exige.

Cette loi de programmation exigera une réforme de l'État sanitaire pour sortir du morcellement institutionnelle actuel et fusionner les multiples agences et hauts Conseils dans deux pôles : l'un de pilotage de la santé publique, l'autre de l'évaluation des produits et services de santé.

Un bon modèle d'une telle loi de programmation est la loi de programmation militaire, dont la plus récente a été votée en juin 2023 pour une durée de 7 ans ([LPM 2024-2030](#)).

Comme pour la LPM, une loi de programmation en santé aurait un impact direct sur la création d'emplois, l'accélération de la R & D, la croissance économique et la réindustrialisation stratégique en santé.

I. Mieux structurer les parcours des patients ALD

La réforme à mener

Le fort développement de la prévalence des affections de longue durée constitue un levier fort d'économies à court terme. L'enjeu est de maîtriser la hausse des dépenses tout en améliorant la prise en charge des patients, sans remettre en cause le bouclier sanitaire de 100% de remboursement des frais liés à la pathologie.

Pour cela, l'Institut Santé propose la mise en place d'un **contrat thérapeutique** destiné à optimiser la gestion des ressources humaines, technologiques et financières de chaque patient ALD et instaurer un concept se rapprochant de parcours opposables.

Ce contrat comprend les informations à connaître sur la pathologie, le programme personnalisé de soins, les rôles des soignants référents du parcours (médecin généraliste et/ou spécialiste, pharmacien, infirmier), et les modalités d'évaluation de la prise en charge (qualité, ajustement des protocoles).

Il intègre l'usage systématique et généralisé **des innovations technologiques** (prescriptions électroniques, mon espace santé, IA, téléconsultations) aussi bien pour le patient que pour l'équipe soignante. Il sera signé électroniquement par le patient, la caisse primaire d'assurance maladie et le médecin coordinateur du parcours.

Le contrat thérapeutique instaure la logique de parcours qui se substitue à celle de soins ponctuels, pour garantir que chaque patient dispose du juste soin au bon moment et que la ressource soit optimisée. La caisse primaire mobilisera les médecins conseils pour accompagner les soignants et les patients dans cette mise en place.

Mesures 2026

La généralisation de ce contrat thérapeutique s'échelonnerait sur une période de deux ans.

A partir du deuxième trimestre 2026, chaque nouveau patient ALD ferait l'objet d'un contrat thérapeutique et un objectif de 40% des patients ALD serait fixé en fin de première année, et 100% la deuxième année.

La prescription électronique, Mon espace santé, le suivi par la e-santé et l'usage de l'IA pour évaluer les parcours devraient être la norme de la gestion de ces parcours, avec une montée en puissance aussi rapide que possible.

Impact budgétaire 2026

Les affections de longue durée concerneront en 2026 près de 14 millions de personnes (20% de la population), contre 3 millions en 1980 et 10 millions en 2015. La dépense publique liée à la prise en charge des dépenses ALD est estimée en 2024 à 134 Mrds €, soit 67% de la part de la Consommation des soins et biens médicaux (CSBM). La hausse des dépenses publiques liées aux ALD représente 80% de la hausse totale des dépenses, du fait de la hausse des volumes (+400 000 nouveaux patients par an).

Par rapport à la hausse tendancielle des dépenses ALD, l'instauration de ce pilotage structuré des parcours ALD devrait faire gagner 3% de la hausse tendancielle en 2026.

Les économies générées par ce poste sont de **2,7 Mrds €, dont 30% (800 M€)** serait utilisé pour rémunérer les référents du parcours et financer les innovations, soit **un rendement net de 1,8 Mrds € en 2026**.

II. Simplification administrative et État stratégique

La réforme à mener

L'objectif de la réforme est de permettre à l'État de disposer d'une vision stratégique forte en santé publique, notamment pour construire la loi de programmation santé quinquennale et pour centrer sa gouvernance opérationnelle davantage sur des fonctions de santé publique.

Sur le plan national, deux pôles seraient renforcés par l'intégration des agences satellites :

- **Santé Publique France** : avec l'intégration du Haut Conseil de l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), du Haut Conseil de Santé publique (Hcsp) et de l'Institut National du Cancer (Inca);
- **Haute Autorité de Santé** : avec l'intégration de l'Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (Ansm) et de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap).

Sur le plan régional, les *agences régionales de santé* et leurs délégations départementales sont intégrées dans des *directions de Santé Publique* dans les Préfectures de région et de département, mettant fin à la redondance des services de l'État, dont la crise Covid a montré les limites.

Sur le plan territorial, des **territoires santé/autonomie** - communs à tous les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires – seraient créés dans les périmètres des départements, couvrant en moyenne une population de 200 000 à 250 000 habitants. Ces territoires représenteraient l'unité géographique opérationnelle dans laquelle les politiques de santé et d'autonomie des personnes âgées seraient pilotées localement.

Toutes les organisations territoriales sectorielles existantes - dont les Groupements hospitaliers de territoire et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé - seraient intégrées dans une seule gouvernance territoriale unique, le Groupement territorial de santé.

Ce groupement - composé des représentants des professionnels de santé, des établissements, des élus locaux, des associations de patients - serait en charge de piloter le contrat territorial de santé. Ce sera un lieu de dialogue, de résolution de problèmes et non une administration.

Mesures 2026

La réorganisation de l'État sanitaire sur le plan national, régionale et départemental peut se faire au cours de l'année 2026, car elle ne nécessite pas de création de nouvelles structures mais plutôt une réorganisation des structures actuelles.

La création des Territoires de santé/autonomie se planifierait sur une période de deux ans pour disposer de la bonne maille territoriale et mettre en place une gouvernance équilibrée. Puisque les futurs territoires s'inscriront dans les limites des départements actuels, pour coïncider avec les périmètres de gouvernance des caisses primaires d'assurance maladie et des Préfectures,

une première bascule du pilotage à partir d'un *Groupement départemental de santé* pourrait s'opérer dès 2026.

Impact budgétaire 2026

La restructuration proposée aurait un impact principalement sur le budget de l'État. Le coût le plus élevé de la gouvernance actuelle est liée aux agences régionales de santé, dont le budget de l'État annonce un [budget de 830 M€ pour le fonctionnement principal](#)² en 2024. Ce niveau de budget révèle que le potentiel d'économies pour l'État de la réorganisation proposée se chiffre en centaine de millions d'euros.

Pour la sécurité sociale, nous considérerons que la restructuration permettrait de supprimer le budget attribué par l'assurance maladie pour le fonctionnement des ARS, de [187 M€ en 2024](#)³.

Sur le plan territorial, le financement des GHT, qui n'ont pas de personnalité juridique propre, se fait par les établissements supports, qui gèrent les moyens mutualisés pour le compte du GHT. Selon [la Cour des Comptes](#), « le coût brut annuel du GHT peut à minima être estimé à 85 M€... et porter aujourd'hui à près de 140 M€ », pour les exercices de 2014 à 2019⁴.

Le financement des CPTS est réalisé par l'assurance maladie, qui ne communique pas le budget dédié. Le financement socle varie de 50 000 € à 90 000 € selon le [site d'Ameli](#), et atteint en moyenne 250 000 € en rythme de croisière (de 200 000 € à 500 000 € selon la taille).

En juin 2024, 835 CPTS [étaient recensées selon la fédération nationale des CPTS](#). Le budget de fonctionnement peut être estimé autour de 200 M€ en 2025.

Le potentiel d'économies brutes au niveau territorial est **de l'ordre de 400 M€** pour l'assurance maladie, dont **30% (120 M€)** serait conservé pour la future organisation territoriale. Les économies nettes pour l'Assurance maladie s'élèveraient donc à **280 M€ en 2026 pour ce poste**.

² Budget de l'État- Financement des opérateurs- 2024 - [Ici](#)

³ Arrêté du 5 janvier 2024 relatif à la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des ARS pour 2024- [Ici](#)

⁴ Les Groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 – CAS du Sénat – Cour des comptes- Octobre 2020 - [Ici](#)

III. Réduction des dépenses improductives ou « opération anti-gaspi »

La réforme à mener

Notre système de santé dispose d'une marge de progression importante pour réduire une partie de la consommation de dispositifs médicaux, médicaments et consommables qui ne fait pas l'objet d'une véritable consommation au bénéfice des patients.

La [Cour des comptes](#) a estimé en 2025 qu'un montant compris entre 561 M€ et 1 735 M€ de médicaments sont jetés chaque année en France⁵, représentant [8 503 tonnes](#) de médicaments jetées en 2023.

Une [étude dans 210 établissements hospitaliers](#) montre que plus de 250 000 unités communes de dispensation (UCD) ont été jetées sur une semaine, représentant plus de 700 000 € (36,4 M € sur un an), et un poids de 2,14 tonnes.

Une [étude Convergence infirmière et Comité pour le développement durable](#) a révélé un montant de gaspillage des médicaments, dispositifs médicaux et consommables du domicile des patients équivalent à 1,5 Mrds € (123 M€ par mois).

Mesures 2026

Lancer une opération nationale « *anti-gaspi* » dans l'ensemble des lieux de soins du public et du privé (hôpital, clinique, Ehpad, cabinets médicaux et paramédicaux, centres de santé, domicile) avec l'engagement de redistribuer un cinquième des économies générées aux équipes à l'origine de ces économies.

Impact budgétaire 2026

Le poste « *médicaments et dispositifs médicaux* » s'est élevé à 56,2 Mrds € en 2024, dont 36 Mrds € (64%) sont financés par l'Assurance maladie, 200M€ par l'État, 12 Mrds € (31%) par les complémentaires santé et 8 Mrds € par les ménages. On peut ajouter que le poste achats dans les hôpitaux est proche de 20 Mrds € par an.

L'objectif de l'opération anti-gaspi est d'économiser 3% en 2026, **soit 1,1Mrds pour l'État, 360 M€ pour les complémentaires et 240 M€ pour les ménages.**

Une redistribution de 20% des économies serait réalisée par l'assurance maladie aux établissements et professionnels de santé à l'origine des économies, **soit 240 M€**, notamment pour investir dans de l'innovation adaptée la lutte anti-gaspi et pour des primes aux professionnels. Le montant net des économies serait de **860 M€ pour l'Assurance maladie.**

⁵ Le bon usage des produits de santé – Septembre 2025 – Cour des Comptes - [lci](#)

IV. Gestion dynamique du panier de prestations remboursables par l'Assurance Maladie

La réforme à mener

Cette mesure préfigure la refonte de l'architecture de financement de la santé pour la rendre plus efficiente, plus lisible et plus juste. Il s'agit de différencier les champs de financement de l'assureur public, de ceux des assureurs privés qui deviennent des assureurs supplémentaires remboursant des prestations non remboursées par l'assureur public.

Dans la perspective de cette réforme structurelle qui a un potentiel d'économies de 15 à 20 Mrds € d'économies (État, AMO, ménages, entreprises confondus), il s'agit ici **d'instaurer un principe de sélection sur des bases scientifiques et selon un processus démocratique des prestations qui ne devraient plus être remboursées par l'assureur public.**

Tout service ou produit de santé autorisé au remboursement par la sécurité sociale l'est quasi indéfiniment dans le système actuel, sans que la pertinence de ce remboursement soit réévaluée par une instance au cours du temps. Or, la vague d'innovations technologiques et thérapeutiques en cours est un processus conflictuel où **le nouveau remplace l'ancien**, ce qui impose une gestion dynamique du panier de prestations remboursables.

Mesures proposées

Un comité dédié à la gestion dynamique des prestations remboursables, composé de représentants de la démocratie sociale et sanitaire (de type Conférence nationale santé et autonomie ou Conseil de la Cnam), d'experts scientifiques, de représentants de la sécurité sociale aurait mission de gérer la dynamique de ce panier de prestations remboursables.

La Cnam proposerait une pré-sélection de services et produits, inscrits au remboursement depuis longtemps - dotés d'une valeur thérapeutique relative faible -, et qui sont aujourd'hui substituables par des prestations à plus forte valeur ajoutée. La décision se ferait sous forme de conférences de consensus, à partir de critères et selon un processus décisionnel robustes et démocratiques.

Le déremboursement à l'assurance maladie signifie que la prestation serait financée directement par les ménages ou par les assureurs privés, selon une garantie optionnelle des contrats privés à laquelle chaque assuré pourrait souscrire.

Impact budgétaire

Un objectif de **3 milliards d'euros d'économies** pourrait être proposé pour 2026, ce qui représenteraient moins d'1,5% des prestations de la consommation de soins et biens médicaux remboursés par l'assurance maladie en 2024⁶. Un tiers de ces économies, **soit 1 Mrd €, serait dédié à un fonds de dotation à la prévention.**

A titre d'exemple, l'Institut Santé propose la suppression des taux de remboursement des médicaments de 15% et 30%, ce qui générerait une économie de l'ordre d'1,5 Mrds €⁷. Ces médicaments seraient remboursables par l'option pharmacie des mutuelles ou par les ménages.

⁶ L'assurance maladie a financé 200,5 Mrds € sur les 254,8 Mrds € de consommation de soins et biens médicaux en 2024 – Les dépenses de santé en 2024- Drees-Editions 2025 - [lci](#)

⁷ La complémentaire santé - Drees - Edition 2024 - [lci](#)

IV. Moderniser l'hôpital public

La réforme à mener

La réforme hospitalière s'inscrit dans une réforme globale des acteurs de santé qui s'appuie sur un service public territorial de santé, une gestion au parcours des patients ALD et une intégration massive des innovations technologiques. Dans cette perspective, l'hôpital public devrait repenser la gestion des carrières professionnelles de son personnel soignant, leur permettant de remplir des missions dans les territoires (évolution des ordonnances Debré).

Une gouvernance mixte médico-administrative (un DG médecin et un DGA administratif selon le modèle des Centres de lutte contre le cancer), une autonomie de gestion renforcée des établissements, une gestion des ressources décentralisée dans les services feraient partie de la réforme structurelle. Sachant que l'hôpital public disposerait de missions exclusives supra-territoriales en recherche et en formation afin de conserver son rôle de tirer vers le haut l'excellence de la médecine française.

L'enjeu pour 2026 serait de concourir à l'ancrage de l'hôpital et des cliniques dans le territoire et à leur modernisation à travers le développement de l'ambulatoire (médecine et chirurgie).

Mesures proposées

Favoriser dans l'hôpital public et les cliniques le développement de l'ambulatoire en chirurgie et en médecine, et la baisse de la durée moyenne de séjour par l'usage de l'hébergement temporaire non médicalisé, la formation adéquate des soignants, la diffusion de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC), et le développement des consultations avancées par des praticiens hospitaliers (médicaux et paramédicaux).

Tout en générant une baisse du coût de production des hospitalisations, ce développement de l'ambulatoire participerait à augmenter l'ancrage des hôpitaux et cliniques dans les territoires de santé (décloisonnement ville-hôpital), et à améliorer la qualité de la prise en charge. La redistribution d'une partie des gains améliorerait les conditions de travail du personnel.

Impact budgétaire

En 2022, le taux d'ambulatoire des séjours MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) était de 50% (37% dans le public et 66% dans le privé), avec 51 millions de journées d'hospitalisation complète. Le développement accéléré des techniques de l'ambulatoire et des hôtels hospitaliers (surtout des résidences patients, comme préconisé par l'Académie de Chirurgie) se traduirait par une hausse du taux d'ambulatoire et une baisse de la durée moyenne de séjours. Un objectif de 5% du nombre de journées d'hospitalisation complète en ambulatoire ferait économiser près de 2,6 millions de nuitées à l'hôpital.

Une étude de l'Académie Nationale de chirurgie démontre que la transformation d'un séjour d'hospitalisation conventionnelle en ambulatoire conduit à une baisse des coûts de 23%⁸. Une étude de 2025, menée sous l'égide de la fédération des Spécialités médicales, démontre que 350 euros de charges journalières par séjour pourrait être économisé avec l'usage des hébergements non médicalisés⁹, ce qui équivaut à des économies de l'ordre de **900 M€ pour 2026**.

⁸ Évaluation de l'impact économique de la chirurgie ambulatoire. Frédéric Bizard, décembre 2017- E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie -[ici](#)

⁹ Étude de l'impact médico-économique des parcours avec HTNM sur les dépenses variables d'hospitalisation des établissements de santé. Dr Al Tawell, Pr JP Bethoux, Pr F Navarro-Août 2025

V. Moderniser les soins de ville

La réforme à mener

L'instauration du service public territorial de santé, d'une responsabilité populationnelle et territoriale des professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, dont la liberté de choix sera renforcée, et d'un contrat thérapeutique des patients ALD dont le coordinateur serait le plus souvent un médecin de ville, seraient des évolutions structurelles qui façonneraient la médecine de ville de demain.

L'universitarisation accélérée de cette médecine de ville en 2026 serait aussi une composante essentielle de la réforme et un levier majeur de [remédicalisation des zones sous-denses](#)¹⁰.

Les économies à court terme sont à obtenir à partir des gains d'efficacité générés par une amélioration de la pertinence des actes. La logique actuelle du rabot des tarifs des actes pour compenser la hausse des volumes est une impasse. Elle peut favoriser la concentration des soignants dans des groupes, et une financiarisation de l'offre.

L'objectif de la réforme est de privilégier la maîtrise des volumes, par une pertinence améliorée, en contrepartie d'une valorisation juste des actes, et d'un partage des gains financiers. Ce changement de paradigme serait initié dès 2026 et à planifier sur 3 à 5 ans.

Mesures proposées

Missionner les [Conseils Nationaux professionnels](#) des principales spécialités médicales pour élaborer des référentiels de bonnes pratiques opposables en vue d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins. La formation continue (DPC) serait un vecteur privilégié à la diffusion de ces référentiels.

Une négociation conventionnelle entre la CNAM et les organisations représentatives des professionnels de santé de ville serait organisée en 2026 pour faire reconnaître dans les accords conventionnels les référentiels de bonnes pratiques élaborés par les CNP (et validés par la HAS), et les traduire par des incitations financières à la qualité.

Impact budgétaire

Les dépenses de soins en cabinets libéraux et en centres de santé se sont élevées à 60,8 Mrds € en 2024, dont 38,4 Mrds € (63,2%) ont été remboursées par l'Assurance maladie. Le taux de croissance de ces dépenses est de l'ordre de 4,5% par an depuis 5 ans (hors effet Covid). Un plan efficace d'amélioration de la pertinence des soins devrait permettre de réduire la progression des dépenses de 1% à 2%, générant ainsi des **économies de l'ordre de 600 M€**.

30% de ces économies (soit 180 M€) serait utilisé pour financer le plan d'incitations financières à la pertinence sur 2026.

¹⁰ Renforcer la médicalisation des territoires à court et moyen terme – [La Conf'Santé des Jeunes médecins](#) – Avril 2025 - [lci](#)

VI. Développer les génériques et les biosimilaires

La réforme à mener

La régulation du médicament et de l'industrie pharmaceutique est totalement à repenser si la France veut recouvrer sa souveraineté pharmaceutique et permettre à ses citoyens de bénéficier des innovations récentes. L'objectif premier de cette régulation est de maximiser le potentiel de recherche, de développement, de production et de d'accès précoce aux innovations qui constituent le cœur du réacteur de tout l'écosystème pharmaceutique. Cet objectif participe aussi à optimiser notre potentiel de croissance économique nationale.

La France connaît un retard substantiel de ses marchés des génériques et de biosimilaires, qui sont pourtant une composante clé de l'industrie pour maîtriser la dépense, tout en finançant l'accès rapide aux innovations pour tous, et pour garantir la disponibilité des produits matures. L'enjeu pour 2026 est de lever les freins au développement de ces marchés, et de concevoir un écosystème favorable aux innovations tout en étant compatible avec nos contraintes financières.

Mesures proposées

Pour les génériques, réduire de moitié des délais d'inscription au remboursement (110 jours en 2024 vs 64 jours en 2010), faire respecter l'obligation de prescription des médicaments en DCI avec des logiciels de prescriptions adaptés, et élargir les répertoires sont des leviers applicables dès 2026.

Pour les biosimilaires, donner une capacité complète de substitution aux pharmaciens (en contrepartie d'une formation si nécessaire pour certaines biothérapies complexes), garantir un accès rapide au marché par une simplification administrative, promouvoir leur usage par un rationnel scientifique, permettraient d'accélérer leur pénétration sur le marché.

Pour les innovations, la mise en place d'une évaluation médico-économique systématique (réforme de la HAS) et d'une veille stratégique à 5 ans, la prise en compte de l'empreinte économique nationale du laboratoire dans la tarification, la constitution d'un fonds de dotation dédié et la bascule vers un modèle allemand d'accès au marché seraient des signaux forts pour permettre aux patients un accès rapide aux innovations et rétablir l'attractivité du pays.

Impact budgétaire

En visant une part de marché de 65% (hors paracétamol) pour les génériques et un taux de pénétration de 70% des biosimilaires en 2030, le plan de développement de ce marché peut générer des économies supplémentaires de **500 M€ dès 2026**¹¹.

Ces économies seraient générées par la substitution des génériques et biosimilaires aux princeps existants, dont les prix sont en moyenne sensiblement supérieurs. Une deuxième source d'économies comptabilisés chaque année est liée à la baisse des prix des médicaments décidée par le CEPS (**en moyenne de 800 M€ depuis dix ans**).

Une **redistribution de 30% (390 M€)** de ces économies irait vers un fonds de dotation dédié à financer la vague de biothérapies innovantes attendues dans les 5 prochaines années.

¹¹ Communiqué de presse du gemme – Septembre 2024 et Cour des comptes (mai 2023) : « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ».

VII. Investir dans la prévention

La seule option pour un redressement durable de la sécurité sociale

Face à un vieillissement inédit de la population de 2010 à 2050 (>60 ans +10 M et +10 points ; >75 ans X 2 à 12,2 M), en mauvaise santé à ce stade (espérance de vie sans incapacité en baisse depuis 2003 chez les femmes), « *la prévention des risques sanitaires et sociaux est le meilleur moyen d'infléchir ou d'atténuer la progression des dépenses* » selon les 3 Hauts-Conseils¹². C'est même la seule option pour un redressement durable des comptes, associé à une amélioration de l'état de santé de la population.

Un an d'espérance de vie en bonne santé supplémentaire fait économiser 1,5 Mrd € à l'assurance maladie¹³ (en + de la création de richesse dans la société). Les dépenses en santé publique sont plus efficaces que les dépenses de soins : produire une année de vie en bonne santé (un QALY) revient en moyenne à 3 800 £ dans le domaine de la santé publique, contre 13 500 £ pour les soins, soit 3,5 fois plus cher¹⁴.

Initier la bascule vers la santé globale

L'instauration d'une politique de prévention efficace en France exige plusieurs conditions :

- La réorganisation de l'État sanitaire dont la création d'un pôle puissant en santé publique (recherche, services, innovations, prospective) ;
- Une loi de programmation à 5 ans : objectifs hiérarchisés à 5 ans, stratégie nationale de santé, budget à 5 ans (dépenses courantes, investissement) ; vote d'un budget chaque année des dépenses et évaluation de l'exécution de la SNS ;
- Instaurer un rationnel médico-économique dans les décisions : évoluer de l'evidence-based médecine (EBM) à l'evidence-based policy (EBP) ;
- Libérer la capacité de certains professionnels de santé existants à développer davantage de la prévention, dont les biologistes médicaux, les infirmiers et les pharmaciens ;
- Investir dans le capital humain en santé à l'aide d'un compte personnel de prévention en santé.

Ces conditions peuvent être totalement ou partiellement réalisées en 2026. La création d'un **compte personnel de prévention** visant à ce que chaque citoyen dispose d'un capital financier à partir duquel il pourrait librement financer des services reconnus de prévention (labélisés par la HAS) permettrait de rendre immédiatement tangible la bascule de notre système de santé vers un modèle de santé globale (préventif et curatif).

Ce compte personnel fonctionnerait selon des modalités proches du compte personnel de formation. Le capital humain sur un plan économique est essentiellement constitué d'éducation, de formation et de santé ; l'usage d'outils semblables fait donc sens.

Ce contre-budget 2026 alimente un fonds prévention à **hauteur d'un milliard d'euros**, destiné à financer ce futur compte personnel de prévention.

¹² Pour un redressement durable de la sécurité sociale. *Rapport remis par les trois Hauts Conseils* - HCAAM, HCFEA, HCFIPS - Juin 2025

¹³ La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées – *Rapport de la Cour des comptes* - Novembre 2021

¹⁴ Martin S, Lomas J, Claxton K. Is an ounce of prevention worth a pound of cure ? A cross-sectional study of the impact of English public health grant on mortality and morbidity. *BMJ Open* 2020;10



Créé en 2018, l'Institut Santé est un centre de recherche appliquée, **citoyen, transparent, indépendant et pluridisciplinaire**, dédié à faciliter la réalisation de la réforme globale du système de santé en France et des autres systèmes sociaux.

La **pérennité de la sécurité sociale** au cœur du modèle social républicain français du XXI^{ème} siècle est un des enjeux qui exige une refondation.

L'idée est de réunir, sous une **bannière neutre uniquement tournée vers l'intérêt général**, les principaux courants idéologiques, sensibilités et expertises; dans un environnement éloigné des pressions politiques, financières et corporatistes.

Grâce à un travail d'intelligence collective, L'Institut Santé a construit une plateforme de refondation du système de santé consensuelle et robuste, permettant de le redresser pour plusieurs décennies.

En 2025, l'Institut Santé a décidé d'orienter ses travaux de recherche vers les autres modèles sociaux qui ont également besoin d'être repensé pour affronter les grands enjeux démographiques, économiques, sociaux et technologiques contemporains.

L'Institut a présenté 2025 une refonte du système de gestion de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Ces deux propositions constituent aujourd'hui les seules démarches systémiques abouties visant à redresser des piliers essentiels de notre modèle social, dont le déclin figure parmi les principales de préoccupation des Français¹⁵.

www.institut-sante.org

¹⁵ Baromètre État de la France – Ipsos pour le Cese -Septembre 2024 -[lci](#)