GARCIA ROCHETTE & ASSOCIÉS
STRATÉGIE ET ACTUARIAT

Transferts de charges de l'assurance maladie obligatoire vers les organismes complémentaires

Mesures décidées à l'été 2026 : situation avant et situation après

Le 22 septembre 2026, version n°1

1. Objet et périmètre

La présente note recense les mesures de transfert de charges de l'assurance maladie obligatoire vers les organismes complémentaires d'assurance maladie décidées au cours de l'été 2026. Elle présente, pour chacune d'elles, la situation antérieure et la situation nouvelle.

Le périmètre retenu couvre les textes publiés au Journal officiel entre le 22 août et le 12 septembre 2026 :

- les quatre décrets du 21 août 2026 relatifs aux soins dentaires, à certains dispositifs médicaux, aux médicaments à service médical rendu modéré ou faible et aux allergènes préparés spécialement pour un seul individu, et aux transports sanitaires, publiés au Journal officiel du 22 août 2026 ;
- le décret du 11 septembre 2026 relevant les plafonds annuels des franchises médicales et des participations forfaitaires, publié au Journal officiel du 12 septembre 2026.

Les décrets du 21 août 2026 ne fixent pas directement les nouveaux taux de remboursement. Ils modifient les fourchettes de participation de l'assuré prévues à l'article R. 160-5 du code de la sécurité sociale, à l'intérieur desquelles l'Union nationale des caisses d'assurance maladie arrête les taux effectifs.

Les taux cibles annoncés par le Gouvernement (50% de prise en charge obligatoire en dentaire, en dispositifs médicaux et en transports, 15% et 5% pour les médicaments à service médical rendu modéré et faible) sont repris dans la note à titre indicatif, dans l'attente des décisions de l'UNCAM.

Le relèvement des plafonds de franchises et de participations forfaitaires ne constitue pas un transfert vers les organismes complémentaires, ces participations ne pouvant être prises en charge par les contrats responsables. Il est présenté dans la note en raison de son calendrier et de son incidence sur le reste à charge des assurés.

Pour mémoire, trois mesures antérieures à l'été 2026 pèsent également sur les organismes complémentaires ou sur les assurés au cours de l'année 2026. Elles restent en dehors du périmètre et du chiffrage de la note :

- le relèvement, au 1er mars 2026, du forfait journalier hospitalier (de 20 € à 23 €, et de 15 € à 17 € en psychiatrie) et du forfait patient urgences (de 19,61 € à 23 €), puis, au 1er avril 2026, de la participation forfaitaire sur les actes lourds (de 24 € à 32 €)[1] ;
- la fin, au 1er octobre 2026, de l'exonération du ticket modérateur dont bénéficient les patients en affection de longue durée sur les médicaments à service médical rendu faible[2], rappelée au point 3 en raison de son articulation avec le décret relatif aux médicaments ;
- la contribution exceptionnelle mise à la charge des organismes complémentaires pour la seule année 2026 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026[3], d'un rendement attendu d'environ 1 Md€.

[1] Arrêté du 27 février 2026 relatif aux montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale et du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, et décret d'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 relatif à la participation forfaitaire sur les actes lourds. Transfert évalué à environ 400 M€ en 2026 par le Gouvernement et à 530 M€ en année pleine par l'UNOCAM.

[2] Décret n° 2026-285 du 16 avril 2026, JORF du 17 avril 2026.

[3] Loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.

2. Chronologie

Les décisions de l'été 2026 se sont enchaînées comme suit :

- 22 au 24 juillet 2026 : annonce par le Gouvernement d'un plan d'économies d'environ 2,15 Md€ sur l'assurance maladie, comprenant le doublement des plafonds de franchises dès 2026 et une série de transferts vers les organismes complémentaires à compter de 2027, transmission des projets de décrets pour consultation et alerte de la Mutualité Française, reçue à Matignon, sur un transfert évalué entre 1,5 Md€ et 1,7 Md€ ;
- 28 juillet 2026 : avis défavorable unanime du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie sur les quatre projets de décrets, et avis défavorable majoritaire sur le projet de relèvement des plafonds de franchises ;
- mi-août 2026 : avis défavorable de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ;
- 20 août 2026 : annonce par la ministre chargée de la santé de la renonciation au doublement des plafonds de franchises à 200 € ;
- 21 août 2026 : signature des décrets n° 2026-809 à 2026-812, publiés au Journal officiel du 22 août 2026 ;
- 25 août 2026 : annonce d'un relèvement des plafonds de franchises et de participations forfaitaires à 70 € chacun, soit 140 € cumulés ;
- 11 septembre 2026 : signature du décret n° 2026-858, publié au Journal officiel du 12 septembre 2026, avec effet au 1er octobre 2026.

Le Gouvernement évalue les transferts vers les organismes complémentaires à environ 1,4 Md€ d'économies pour l'assurance maladie en 2027. La Mutualité Française les évalue entre 1,5 Md€ et 1,7 Md€ selon les taux qui seront retenus dans les fourchettes. L'UNOCAM retient une évaluation comprise entre 1,4 Md€ et 1,5 Md€.

La FNIM a publié le 24 août 2026 une première estimation de 1,5 Md€ de dépenses supplémentaires pour les organismes complémentaires, ventilée par poste : 510 M€ pour les soins dentaires, 490 M€ pour les dispositifs médicaux, 300 M€ pour les médicaments et 200 M€ pour les transports sanitaires[4].

[4]FNIM, « Transferts de dépenses vers les complémentaires : les décrets sont désormais publiés », 24 août 2026 : « Selon nos premières estimations, ces mesures pourraient représenter 1,5 milliard d'euros de dépenses supplémentaires ». Hypothèses de taux et période de référence non précisées. Les mesures étant pérennes, la note lit ces montants comme des montants annuels.

3. Tableaux de synthèse

Les tableaux ci-après présentent, pour chaque mesure, la règle applicable avant la réforme, la règle nouvelle et, pour les mesures à effet au 1er janvier 2027, le montant du transfert selon la première estimation publiée par la FNIM le 24 août 2026. Ces montants restent indicatifs tant que l'UNCAM n'a pas arrêté les taux effectifs.

Mesures à effet au 1er janvier 2027

Mesure et texte	**Situation avant**	**Situation après**	**Transfert estimé**
Soins dentaires Honoraires des chirurgiens-dentistes et certains actes de soins dentaires Décret n° 2026-809	Prise en charge obligatoire de 60% du tarif de responsabilité (fourchette réglementaire de participation de 35% à 45%). Ticket modérateur de 40% couvert par les contrats responsables.	Fourchette de participation portée à 50% à 60%. Taux cible de prise en charge obligatoire de 50%, à fixer par l'UNCAM. Sans changement pour les soins liés à une ALD exonérante, les examens « M'T dents » et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. Panier « 100% santé » : absence de reste à charge maintenue, la part complémentaire augmentant à due concurrence.	510 M€
Dispositifs médicaux Produits et prestations de la LPP, télésurveillance médicale, dispositifs médicaux numériques Décret n° 2026-810	Prise en charge obligatoire de 60% (fourchette de 40% à 50% pour la LPP, de 35% à 45% pour la télésurveillance et les dispositifs numériques). Grand appareillage pris en charge à 100%.	Fourchette unique de 50% à 60%. Taux cible de 50%. Sans changement pour le grand appareillage, les véhicules pour handicapés physiques et les dispositifs liés à une ALD exonérante. Paniers « 100% santé » : absence de reste à charge maintenue, la part complémentaire augmentant à due concurrence.	490 M€
Médicaments à service médical rendu modéré ou faible Honoraires de dispensation associés Décret n° 2026-811	SMR modéré : remboursement de 30% (fourchette de participation de 70% à 75%). SMR faible : remboursement de 15% (fourchette de 80% à 90%). Prise en charge du ticket modérateur facultative pour les contrats responsables.	SMR modéré : fourchette de 85% à 95%, taux cible de remboursement de 15%. SMR faible : fourchette de 93% à 97%, taux cible de remboursement de 5%. Sans changement pour les médicaments à SMR important ou majeur (65%) et pour les médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux (100%).	300 M€ Selon les garanties souscrites
Allergènes préparés spécialement pour un seul individu Décret n° 2026-811	Remboursement de 30% (fourchette de participation de 70% à 75%). Ticket modérateur couvert par les contrats responsables, ce poste ne relevant pas des exclusions applicables aux médicaments à SMR faible ou modéré.	Fourchette de 85% à 95%. Taux de remboursement compris entre 5% et 15%, à fixer par l'UNCAM.	Non isolé dans les estimations publiées
Transports sanitaires Taux de prise en charge Décret n° 2026-812	Prise en charge obligatoire de 55% (fourchette de participation de 45% à 55%). Ticket modérateur de 45% couvert par les contrats responsables.	Fourchette portée à 50% à 60%. Taux cible de 50%.	200 M€

Mesures à effet au 1er octobre 2026

Mesure et texte	Situation avant	Situation après	Charge résultante
Transports sanitaires Patients en ALD non exonérante Décret n° 2026-812	Transports liés aux soins ou aux examens de l'ALD, sur prescription, pour les patients présentant une déficience ou une incapacité définie par le référentiel de prescription. Prise en charge au taux de droit commun (55%), ticket modérateur couvert par les contrats responsables.	Ce motif est réservé aux patients en ALD exonérante (3° et 4° de l'article L. 160-14). Les patients en ALD non exonérante ne peuvent plus l'invoquer. Les autres motifs (hospitalisation, ambulance, distance, transports en série, AT/MP) sont maintenus.	Non chiffrée. En l'absence d'autre motif, ni remboursement obligatoire ni ticket modérateur : reste à charge intégral pour l'assuré, sauf garantie spécifique.
Franchises médicales et participations forfaitaires Plafonds annuels Décret n° 2026-858	Plafond annuel de 50 € pour les franchises et de 50 € pour les participations forfaitaires, soit 100 € au total. Montants unitaires de 1 € (médicaments, actes paramédicaux), 4 € (transports) et 2 € (consultations et actes médicaux, radiologie, biologie).	Plafonds portés à 70 € et 70 €, soit 140 € au total. Montants unitaires inchangés. Indexation annuelle sur l'inflation à compter du 1er janvier 2028. Exonérations maintenues, l'ALD n'en faisant pas partie.	À la charge des assurés. Hors champ des contrats responsables : pas de transfert vers les organismes complémentaires.
Pour mémoire : médicaments à SMR faible des patients en ALD exonérante Décret n° 2026-285 du 16 avril 2026, antérieur à l'été	Médicaments à SMR faible en rapport avec l'ALD : exonération du ticket modérateur, prise en charge à 100% de la base de remboursement.	Fin de l'exonération : taux de droit commun de 15%. À compter du 1er janvier 2027, fourchette de participation de 93% à 97% (décret n° 2026-811).	Hors chiffrage des décrets de l'été. Ticket modérateur couvert selon les garanties du contrat, sinon reste à charge pour l'assuré.

Situations inchangées pour l'assuré

Les textes de l'été 2026 laissent inchangées les situations suivantes :

- les soins en rapport avec une affection de longue durée exonérante, pris en charge à 100%, sous réserve de la fin de l'exonération sur les médicaments à service médical rendu faible au 1er octobre 2026 (décret d'avril 2026) ;
- les paniers « 100% santé » en dentaire, en optique et en audiologie, dont l'absence de reste à charge est maintenue, la part complémentaire augmentant à due concurrence de la baisse de la part obligatoire ;
- les examens de prévention « M'T dents », ouverts chaque année de 3 à 24 ans ;
- la situation des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, sans reste à charge supplémentaire au titre de ces textes ;
- le grand appareillage et les véhicules pour handicapés physiques, pris en charge à 100% ;
- les médicaments à service médical rendu important ou majeur, remboursés à 65%, et les médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux, remboursés à 100%.

4. Détail des mesures

Soins dentaires

Le décret n° 2026-809 du 21 août 2026[5] remplace, pour les honoraires des chirurgiens-dentistes et certains actes de soins dentaires, la fourchette de participation de l'assuré de 35% à 45% par une fourchette de 50% à 60%.

Le taux de prise en charge obligatoire, fixé à 60% depuis le 15 octobre 2023 après une première baisse de dix points, a vocation à être ramené à 50% au 1er janvier 2027 par décision de l'UNCAM.

Demeurent sans changement pour l'assuré :

- les soins en rapport avec une affection de longue durée exonérante, pris en charge à 100% ;
- les examens de prévention « M'T dents », ouverts chaque année de 3 à 24 ans ;
- la situation des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ;
- le panier « 100% santé » dentaire, dont l'absence de reste à charge est maintenue, la part complémentaire augmentant à due concurrence de la baisse de la part obligatoire.

Le ticket modérateur sur les soins dentaires relève de la prise en charge obligatoire des contrats responsables. Le transfert vers les organismes complémentaires est donc automatique. La FNIM l'évalue à 510 M€ dans sa première estimation.

Dispositifs médicaux

Le décret n° 2026-810 du 21 août 2026[6] modifie l'article R. 160-5 du code de la sécurité sociale pour trois catégories de prestations :

- produits et prestations inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables : fourchette de participation de 50% à 60%, en remplacement de la fourchette de 40% à 50% ;
- télésurveillance médicale : fourchette de 50% à 60%, en remplacement de la fourchette de 35% à 45% ;
- dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique : fourchette de 50% à 60%, en remplacement de la fourchette de 35% à 45%.

Le taux de prise en charge obligatoire de droit commun, actuellement de 60%, a vocation à être ramené à 50%.

Le grand appareillage, les véhicules pour handicapés physiques et les dispositifs en rapport avec une affection de longue durée exonérante restent pris en charge à 100%. Les paniers « 100% santé » en optique, en audiologie et en dentaire demeurent sans reste à charge pour l'assuré, la part complémentaire augmentant à due concurrence de la baisse de la part obligatoire.

Le ticket modérateur relevant de la prise en charge obligatoire des contrats responsables, le transfert est automatique. La FNIM l'évalue à 490 M€ dans sa première estimation.

[5]Décret n° 2026-809 du 21 août 2026 relatif à la soutenabilité de notre système de santé et à la prise en charge des frais d'honoraires des chirurgiens-dentistes et certains actes de soins dentaires, JORF n° 0195 du 22 août 2026.

[6]Décret n° 2026-810 du 21 août 2026 relatif à la soutenabilité du système de santé et à la prise en charge de certains dispositifs médicaux, JORF n° 0195 du 22 août 2026.

Médicaments à service médical rendu modéré ou faible et allergènes

Le décret n° 2026-811 du 21 août 2026[7] relève les fourchettes de participation de l'assuré sur les médicaments dont le service médical rendu n'est ni important ni majeur, ainsi que sur les honoraires de dispensation qui leur sont attachés :

- médicaments à service médical rendu modéré, remboursés aujourd'hui à 30% : fourchette de 85% à 95%, en remplacement de la fourchette de 70% à 75%, soit un taux cible de remboursement de 15% ;
- médicaments à service médical rendu faible, remboursés aujourd'hui à 15% : fourchette de 93% à 97%, en remplacement de la fourchette de 80% à 90%, soit un taux cible de remboursement de 5%.

Le même décret relève la fourchette applicable aux allergènes préparés spécialement pour un seul individu, remboursés aujourd'hui à 30%, de 70% à 75% vers 85% à 95%. Ce poste est distinct des médicaments à service médical rendu modéré ou faible. Il ne relève pas des exclusions prévues pour ces médicaments, de sorte que son ticket modérateur reste couvert par les contrats responsables.

La fourchette applicable aux préparations homéopathiques est également relevée, sans incidence pratique, ces spécialités n'étant plus remboursées depuis 2021.

Les médicaments à service médical rendu important ou majeur, remboursés à 65%, et les médicaments reconnus irremplaçables et particulièrement coûteux, remboursés à 100%, ne sont pas modifiés. Le Gouvernement indique que près de 4 000 spécialités, les plus efficaces, conservent ainsi leur niveau de prise en charge.

Les médicaments en rapport avec une affection de longue durée exonérante restent pris en charge à 100%, à l'exception des médicaments à service médical rendu faible. Pour ces derniers, le décret n° 2026-285 du 16 avril 2026 met fin à l'exonération au 1er octobre 2026, pour 171 spécialités, et leur applique le taux de droit commun.

Les médicaments à service médical rendu modéré ou faible sont exclus de la prise en charge obligatoire du ticket modérateur par les contrats responsables ainsi que du panier de soins minimal des contrats collectifs. Le transfert vers les organismes complémentaires, estimé à 300 M€ par la FNIM, dépend donc des garanties souscrites.

Transports sanitaires

Le décret n° 2026-812 du 21 août 2026[8] comporte deux mesures distinctes.

À compter du 1er janvier 2027, la fourchette de participation de l'assuré sur les frais de transport de 45% à 55% est remplacée par une fourchette de 50% à 60%. Le taux de prise en charge obligatoire, actuellement de 55%, a vocation à être ramené à 50%.

Ce ticket modérateur relève de la prise en charge obligatoire des contrats responsables. Le transfert est automatique et la FNIM l'évalue à 200 M€ dans sa première estimation.

À compter du 1er octobre 2026, le motif de prise en charge tiré de l'affection de longue durée est réservé aux patients relevant d'une affection exonérante, au sens des 3° et 4° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale. Jusqu'à cette date, ce motif était ouvert à tout patient en affection de longue durée, exonérante ou non, pour les transports liés aux soins ou aux examens de cette affection, sur prescription médicale et sous réserve d'une déficience ou d'une incapacité définie par le référentiel de prescription.

Les patients en affection de longue durée non exonérante, mentionnée à l'article L. 324-1, ne peuvent donc plus invoquer ce motif. Leurs transports ne sont pris en charge que s'ils relèvent d'un autre motif.

[7]Décret n° 2026-811 du 21 août 2026 permettant le financement de l'accès aux médicaments les plus innovants en tirant les conséquences de l'évaluation du service médical rendu sur les médicaments parmi les moins efficaces, JORF n° 0195 du 22 août 2026.

[8]Décret n° 2026-812 du 21 août 2026 relatif à la soutenabilité de notre système de santé et à la prise en charge des transports sanitaires, JORF n° 0195 du 22 août 2026.

Les autres motifs de prise en charge sont maintenus :

- les transports liés à une hospitalisation ;
- les transports en ambulance lorsque l'état du patient le justifie ;
- les transports de plus de 150 km, soumis à accord préalable ;
- les transports en série, à raison d'au moins quatre transports de plus de 50 km sur une période de deux mois ;
- les transports au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Cette seconde mesure n'entraîne pas de transfert vers les organismes complémentaires. Les transports qui cessent d'être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ne donnent plus lieu à ticket modérateur, et le reste à charge est supporté par l'assuré, sauf garantie spécifique du contrat.

Franchises médicales et participations forfaitaires

Le décret n° 2026-858 du 11 septembre 2026[9] relève au 1er octobre 2026 les plafonds annuels des deux dispositifs :

- franchises médicales (1 € par boîte de médicament et par acte paramédical, 4 € par transport sanitaire) : plafond porté de 50 € à 70 € ;
- participations forfaitaires (2 € par consultation ou acte médical, examen de radiologie ou analyse de biologie) : plafond porté de 50 € à 70 €, soit 35 participations par an au lieu de 25.

Le reste à charge annuel maximal au titre de ces deux dispositifs passe ainsi de 100 € à 140 €. Ce plafond ne concerne que les franchises et les participations forfaitaires et ne limite pas l'ensemble du reste à charge en santé. Les montants unitaires sont inchangés. À compter du 1er janvier 2028, les plafonds sont revalorisés chaque année en fonction de l'inflation.

Les exonérations sont maintenues au profit :

- des assurés de moins de 18 ans ;
- des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État ;
- des femmes enceintes, du sixième mois de grossesse au douzième jour suivant l'accouchement ;
- des victimes d'actes de terrorisme.

Les patients en affection de longue durée ne sont pas exonérés de ces participations.

Le projet initial de doublement des plafonds, à 100 € chacun soit 200 € cumulés, dont le rendement était évalué à environ 750 M€ pour 2027, a été abandonné le 20 août 2026. Le rendement du relèvement à 140 € n'a pas été publié.

Les franchises et participations forfaitaires ne peuvent être prises en charge par les contrats responsables, en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. La mesure pèse sur les assurés et non sur les organismes complémentaires.

5. Incidences pour les organismes complémentaires

Le transfert est automatique pour les postes dont le ticket modérateur relève de la prise en charge obligatoire des contrats responsables et du panier de soins minimal des contrats collectifs, à savoir les soins dentaires, les dispositifs médicaux, les allergènes préparés spécialement pour un seul individu et les transports sanitaires. Il s'impose aux organismes sans modification des contrats.

[9]Décret n° 2026-858 du 11 septembre 2026 relatif à la participation annuelle maximale des assurés aux frais de santé, et préservant les exemptions en raison notamment des ressources, d'un âge inférieur à 18 ans ou d'une grossesse, mentionnée aux II et III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, JORF du 12 septembre 2026.

Pour les médicaments à service médical rendu modéré ou faible, le transfert dépend de la rédaction des garanties. Les contrats qui limitent la prise en charge aux médicaments remboursés à 65% ne supportent aucune charge nouvelle. Ceux qui couvrent l'ensemble des médicaments remboursables supportent l'intégralité du transfert.

Une économie pour l'assurance maladie obligatoire ne se traduit pas euro pour euro en prestations complémentaires. Une partie de la dépense transférée reste à la charge des assurés dont les garanties sont limitées ou qui ne disposent pas de couverture complémentaire, et les exonérations réduisent l'assiette concernée.

Les taux effectifs restent à fixer par l'UNCAM. Les fourchettes retenues autorisent des taux de prise en charge obligatoire inférieurs aux cibles annoncées, jusqu'à 40% en dentaire, en dispositifs médicaux et en transports, et jusqu'à 5% et 3% pour les médicaments. Cet aléa pèse sur la tarification 2027.

Rapporté aux 32,5 Md€ de consommation de soins et de biens médicaux financés par les organismes complémentaires en 2024[10], un transfert de 1,5 Md€ représente environ 4,6% de leurs prestations, avant prise en compte des garanties effectivement souscrites, des exonérations et de l'évolution tendancielle des dépenses. Une estimation externe situe l'effet sur les prestations des contrats collectifs entre +2,1% pour un contrat haut de gamme et +4,6% pour un contrat d'entrée de gamme[11].

Une hausse des prestations ne se confond pas avec une hausse des cotisations, qui dépend également de l'évolution des autres postes, de la fiscalité, des frais de gestion et des décisions propres à chaque organisme.

Parmi les mesures à effet au 1er octobre 2026, seule la fin de l'exonération des patients en affection de longue durée sur les médicaments à service médical rendu faible est susceptible de générer des prestations complémentaires, pour les contrats couvrant ces médicaments.

Les fédérations d'organismes complémentaires ont indiqué qu'une répercussion sur les cotisations serait inévitable en l'absence de compensation, notamment fiscale. Cette compensation n'a pas été arbitrée à ce jour.

6. Prise en charge par les contrats responsables et au titre du « 100% santé »

Les conséquences des mesures pour les organismes complémentaires dépendent du régime du contrat responsable, défini aux articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale et applicable à la quasi-totalité des contrats commercialisés, ainsi que du panier de soins minimal des contrats collectifs obligatoires prévu à l'article D. 911-1, aligné sur les mêmes règles.

Ce régime comporte trois séries de règles :

- la prise en charge obligatoire de l'intégralité du ticket modérateur sur l'ensemble des prestations remboursées par l'assurance maladie obligatoire, à l'exception des frais de cure thermale, des médicaments à service médical rendu faible ou modéré et de l'homéopathie, dont la couverture reste facultative ;
- l'interdiction de prendre en charge les franchises médicales et les participations forfaitaires ;
- la prise en charge intégrale, au-delà du ticket modérateur, des paniers « 100% santé » : verres et montures de classe A et aides auditives de classe I dans la limite des prix limites de vente, prothèses dentaires du panier « 100% santé » dans la limite des honoraires limites de facturation.

[10]DREES, Les dépenses de santé en 2024, résultats des comptes de la santé, édition 2025, fiche 18 : consommation de soins et de biens médicaux de 254,8 Md€ en 2024, financée à hauteur de 12,8% par les organismes complémentaires.

[11]SPAC Actuaires, « Santé collective : quatre décrets du 21 août 2026 », 2026. L'estimation porte sur des contrats collectifs à trois niveaux de garanties. La méthode n'est pas publiée.

Il en résulte trois situations. La baisse de la part obligatoire se reporte automatiquement sur le contrat lorsqu'elle porte sur un ticket modérateur à couverture obligatoire ou sur un panier « 100% santé ». Elle se reporte sur le contrat selon ses garanties lorsque la couverture est facultative. Elle reste à la charge de l'assuré lorsque la prise en charge est interdite ou que la prestation cesse d'être remboursée.

Mesures à effet au 1er janvier 2027

Mesure	**Ticket modérateur : contrat responsable et panier de soins minimal**	**Panier « 100% santé »**	**Conséquence**
Soins dentaires Décret n° 2026-809	Prise en charge obligatoire et intégrale du ticket modérateur sur les honoraires et les actes dentaires, y compris les prothèses hors panier « 100% santé ».	Prothèses du panier « 100% santé » : prise en charge intégrale maintenue dans la limite des honoraires limites de facturation. La part complémentaire absorbe la baisse de la part obligatoire.	Transfert automatique.
Dispositifs médicaux hors optique et audiologie LPP, télésurveillance, dispositifs numériques Décret n° 2026-810	Prise en charge obligatoire et intégrale du ticket modérateur.	Sans objet.	Transfert automatique.
Optique et audiologie Décret n° 2026-810	Prise en charge obligatoire du ticket modérateur. Au-delà, garanties du contrat, dans la limite des plafonds du contrat responsable en optique.	Verres et montures de classe A, aides auditives de classe I : prise en charge intégrale maintenue dans la limite des prix limites de vente. La part complémentaire absorbe la baisse de la part obligatoire.	Transfert automatique.
Médicaments à SMR modéré ou faible Honoraires de dispensation associés Décret n° 2026-811	Couverture facultative : ces médicaments sont expressément exclus de l'obligation, pour le contrat responsable comme pour le panier de soins minimal.	Sans objet.	Transfert selon les garanties : intégral pour les contrats couvrant tous les médicaments remboursables, nul pour les contrats limités aux médicaments remboursés à 65%.
Allergènes préparés spécialement pour un seul individu Décret n° 2026-811	Prise en charge obligatoire du ticket modérateur, ce poste n'étant pas visé par l'exclusion applicable aux médicaments à SMR faible ou modéré.	Sans objet.	Transfert automatique.
Transports sanitaires Taux de prise en charge Décret n° 2026-812	Prise en charge obligatoire et intégrale du ticket modérateur.	Sans objet.	Transfert automatique.

Mesures à effet au 1er octobre 2026

Mesure	Ticket modérateur : contrat responsable et panier de soins minimal	Panier « 100% santé »	Conséquence
Transports des patients en ALD non exonérante Décret n° 2026-812, 1er octobre 2026	Absence de remboursement obligatoire, donc ni ticket modérateur ni obligation de prise en charge.	Sans objet.	Reste à charge de l'assuré, sauf garantie spécifique.
Franchises médicales et participations forfaitaires Décret n° 2026-858	Prise en charge interdite au contrat responsable.	Sans objet.	Reste à charge de l'assuré. Couverture possible par un contrat non responsable, à fiscalité majorée.

La fin de l'exonération des patients en affection de longue durée sur les médicaments à service médical rendu faible, issue du décret d'avril 2026, relève du même régime que les médicaments à service médical rendu faible : couverture facultative et transfert selon les garanties.

Exemples chiffrés sur le panier « 100% santé »

Pour une couronne céramo-métallique du panier « 100% santé » sur une incisive, une canine ou une première prémolaire, facturée au plafond de 515 €, la base de remboursement est de 120 €[12]. La part obligatoire passe de 72 € (60%) à 60 € (50%) et la part complémentaire obligatoire de 443 € à 455 €, sans reste à charge pour l'assuré.

Pour une aide auditive de classe I facturée au prix limite de vente de 950 €, la base de remboursement est de 400 €. La part obligatoire passe de 240 € à 200 € et la part complémentaire obligatoire de 710 € à 750 €.

Pour les soins conservateurs et les prothèses hors panier « 100% santé », la part complémentaire obligatoire se limite au ticket modérateur sur la base de remboursement. Pour une base de 120 €, elle passe de 48 € à 60 €. Le complément, jusqu'aux honoraires facturés, dépend des garanties du contrat.

Points d'attention sur la rédaction des garanties

Les garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement, part obligatoire comprise, ou par référence au ticket modérateur absorbent mécaniquement la baisse de la part obligatoire. Les grilles qui expriment une part complémentaire fixe doivent être relues pour rester conformes au contrat responsable au 1er janvier 2027.

Les garanties sur les médicaments doivent être examinées poste par poste : couverture ou non des médicaments remboursés à 30% et à 15%, traitement des honoraires de dispensation attachés, et, pour les contrats collectifs, cohérence avec le panier de soins minimal, qui laisse cette couverture facultative.

Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire conservent une prise en charge intégrale. La charge supplémentaire relève du financement de la complémentaire santé solidaire et non des contrats de droit commun.

[12]Assurance maladie, ameli.fr, « Prothèses dentaires : comprendre la prise en charge et le 100% Santé dentaire », mise à jour du 4 mars 2026, et « 100% santé » en audiologie : aide auditive de classe I, prix limite de vente de 950 € et base de remboursement de 400 €.

7. Perspectives

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027 doit être déposé au Parlement au début du mois d'octobre 2026. La reconduction de la contribution exceptionnelle mise à la charge des organismes complémentaires pour la seule année 2026 n'est pas arbitrée à ce jour.

Les décisions de l'UNCAM fixant les taux effectifs de participation sont attendues avant le 1er janvier 2027 et détermineront le montant définitif du transfert.