

Un PLFSS 2023 sans ambition, entre esbrouffe, mesurette et transferts de charge imposé par le gouvernement

Pourtant présenté comme porteur d'ambitions, le PLFSS 2023 n'est pas à la hauteur de la crise du système de santé, à l'hôpital et en ville. **Les moyens ne sont pas non plus au rendez-vous, ni en matière de perte d'autonomie, ni sur le « virage préventif ».**



La Sécurité sociale est fragilisée par des politiques inconsidérées de dé-financement depuis plusieurs décennies, accentuées depuis 2019 par la non-compensation intégrale des exonérations de cotisations. Contraints aux économies à réaliser sur la Sécurité sociale, **les adhérents mutualistes sont encore mis à contribution** : en plus des taxes, de nouveaux transferts de charge sont opérés.

A retenir

- L'objectif National de dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) est en recul de presque 1% en 2023, malgré l'inflation supérieure à 5% ;
- 300 millions d'€ de charges vont être transférés de l'Assurance Maladie vers les complémentaires santé ;
- 1,7 milliard d'€ d'économies doivent être faites sur les dépenses de l'Assurance Maladie ;
- Aucune mesure structurante n'est prise pour rendre le droit à la santé effectif pour tous et partout ;
- Un débat et un vote de la Loi confisqués à la représentation nationale avec le recours au 49.3.

Sommaire

Des recettes en-deçà des besoins	Page 2
Un objectif de dépenses, en recul, qui oblige à des renoncements dangereux	Page 2
Le gouvernement augmente les cotisations mutualistes <i>via</i> de nouveaux transferts	Page 4
Des calculs erronés pour justifier un transfert et mettre en procès les mutuelles	Page 5
Les taxes assimilent la santé à une marchandise et pèsent sur les cotisations	Page 5
L'heure est - encore - aux économies	Page 6
Le « virage préventif » raté	Page 7
Rien n'est fait pour améliorer l'accès aux soins de ville	Page 7
Ce qu'il n'y a pas dans ce PLFSS...	Page 9
Conclusion	Page 10

Des recettes en-deçà des besoins

Malgré la reprise économique et la **progression de la masse salariale attendues**, entre autres avec l'augmentation du point d'indice des fonctionnaires- qui devraient **augmenter mécaniquement le volume des ressources**. Les recettes prévisionnelles sont jugées optimistes par de nombreux acteurs.



Dans le même temps, **le gouvernement sape la Sécurité sociale en poursuivant sa politique néfaste de non compensation des exonérations** de cotisations sociales¹ : un véritable *hold up* de l'État sur le budget de la Sécurité sociale, pour financer sa politique de l'emploi et de pouvoir d'achat basée sur le dogme la baisse du « coût du travail ».

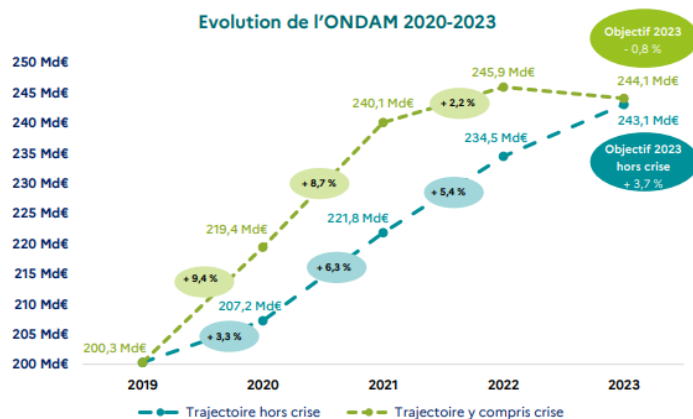
Des primes en remplacement d'augmentation de salaire : un dispositif particulièrement dangereux

C'est une triple peine : 1. pour partie substitutives d'augmentations de salaires, elles améliorent ponctuellement les revenus sans pérennité ; 2. Exonérées de cotisations, elles contribuent à la baisse des ressources de la Sécurité sociale, et 3. *In fine*, ce sont les droits aux prestations sociales qui sont rognés sur les indemnités journalières, le chômage, la retraite...

Un objectif de dépenses, en recul, qui oblige à des renoncements dangereux

En 2023, les dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale vont baisser en euros constants, malgré la crise profonde du système de santé et le renoncement aux soins.

Deux taux d'évolution de l'Objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) sont annoncés². L'un inclut les dépenses Covid, l'autre les exclut.



Note de lecture : les niveaux d'ONDAM votés et réalisés s'apprécient à champ courant, tandis que les taux de progression s'apprécient à champ constant (après neutralisation des effets de périmètre).

L'ONDAM³ apparaît en recul de 0,8% avec les dépenses Covid. Le gouvernement prévoit 1 Md€ de mesures liées à la pandémie en 2023 contre 11,5 Md€ en 2022.

Or, la 8^e vague débute en France. **Les marges de manœuvre sont réduites**. A titre d'illustration, les dépenses de vaccination sont divisées par 6 et, celles sur les tests, par 11. Après 2 années de pandémie, il semble bien que la COVID-19 fasse désormais partie des dépenses récurrentes : leur **caractère exceptionnel est en question**.

¹ Soit 2,3 milliards d'€ dans le cadre du PLFSS 2022. Avec les exemptions d'assiette, le manque à gagner a été évalué par les économistes à 9 milliards d'€ en 2020.

² Graphique du dossier de presse de présentation du PLFSS

³ L'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) est un indicateur à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensées dans les établissements privés et publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux. Il a été créé en 1996 et est fixé chaque année par la Loi de Financement de la Sécurité sociale.

En retirant les dépenses exceptionnelles COVID, l'ONDAM n'est en hausse que de 3,7%. Ce taux est inférieur au 4,4%⁴ d'évolution des dépenses de l'Assurance Maladie, en lien avec le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et les nouvelles thérapies notamment. Il est aussi et pour la première fois depuis 25 ans inférieur à l'inflation, proche de 6 %, en période de crise majeure de notre système de santé

Déjà en décalage avec les besoins, cette évolution est censée couvrir aussi la revalorisation du point d'indice à l'hôpital (+3,5%), la poursuite de l'extension des mesures salariales annoncées dans le cadre du Ségur de la Santé, et bien sûr l'inflation.

Cet ONDAM rend donc impossible les réformes structurelles pour refonder l'hôpital, l'accès aux soins de premier recours, aborder le virage préventif et engager une politique ambitieuse pour le grand âge et le handicap.

Synthèse des ONDAM	Variation ONDAM
Total incluant dépenses Covid	-0,8%
Total hors COVID :	+3,7%
Dont Hôpital (hors COVID)	+4,1%
Dont Ville (hors COVID)	+2,9%
Dont Médico-social (hors COVID)	+5%

Pour rappel :

- Évolution tendancielle : + 4,4%
- Inflation 2022 : + 5,8%

Dans le détail, l'ONDAM hospitalier progresse de 4,1% soit 4 milliards d'€. Cette évolution est trompeuse puisque ces nouveaux moyens devront d'abord, en plus de l'inflation, financer des mesures déjà programmées :



- 1,1 milliard d'€ pour la hausse du point d'indice à l'hôpital en année pleine et les revalorisations de salaires dans les établissements du privé,
- 1 milliard d'€ supplémentaire au titre de la poursuite des revalorisations du Ségur de la santé et des assises de la santé mentale,
- Et, enfin, des évolutions tendancielles de dépenses, notamment les frais d'hôtellerie (alimentation, énergie).

Le montant restant est largement insuffisant pour faire face aux difficultés accumulées et grandissantes, rencontrées par les établissements, comme en témoigne la fermeture de services d'urgences cet été.

Comment améliorer les conditions de travail dégradées et les salaires qui restent insuffisants malgré le Ségur de la santé ? Les moyens ne sont pas alloués pour favoriser la politique de recrutement - hors intérim- et pour investir afin de remettre l'hôpital sur pied.

Le recours à l'intérim coûte très cher à l'hôpital (1,4 milliard d'€ en 2018, trois fois plus qu'en 2013) et désorganise les équipes soignantes. Un article du PLFSS entend traiter cette question en limitant l'intérim à un exercice ponctuel en complément d'activité avec patientèle. Cette mesure ne permet pas de s'attaquer réellement à la pénurie de professionnels de santé liée à de trop faibles rémunérations.

⁴ Dossier de presse du PLFSS 2023

L'ONDAM pour les soins de ville affiche une progression encore plus faible : 2,9%, soit 2,9 milliards d'euros.



La crise du soin de premier recours fait reculer l'accès aux soins. Les tensions démographiques sont sensibles pratiquement dans tous les territoires, surtout pour les médecins, et s'annoncent durables.

Un grand nombre de mesures contenues dans le PLFSS devront se traduire opérationnellement dans le cadre de nouvelles négociations conventionnelles dans une période d'inflation et de revendications fortes des médecins.

Les moyens nécessaires ne sont pas dégagés pour enrayer l'extension des déserts médicaux et le manque de médecins traitants, ni pour réorganiser l'offre des soins de premier recours ou encore traiter de l'explosion des dépassements d'honoraires. Cet ONDAM est insuffisant pour absorber les mesures contenues dans les conventions des infirmiers et des pharmaciens mais aussi celles qui découleront des prochaines négociations conventionnelles, notamment avec des médecins en 2023.

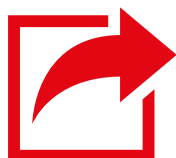
Au-delà des négociations sur les rémunérations, cette convention doit définir de nouvelles bases pour l'offre de premier recours en faisant de la médecine coordonnée la norme. Compte-tenu des choix politiques du gouvernement, les ressources pour y parvenir sont déjà insuffisantes.

Pour le médico-social, le budget va progresser de 5 % soit une hausse de 700 millions d'€ pour les établissements et services de personnes âgées et 700 millions d'€ pour ceux des personnes en situation de handicap.



Si la hausse peut paraître volontariste en pourcentage, elle est faible en montant et insuffisante pour faire face aux besoins de recrutement. Seuls 3 000 postes sont budgétés en 2023 pour les EHPAD, soit 0,5 par structure là où, aujourd'hui, des milliers de postes sont non-pourvus, faute de candidats qualifiés, en raison des conditions de travail et de rémunération. Cette petite augmentation va se transformer en nouveaux postes vacants. Des mesures de formation et pour garantir la reconnaissance de ces personnels sont indispensables : elles sont absentes du texte.

Le gouvernement augmente les cotisations via de nouveaux transferts



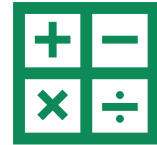
Ce sont 300 millions d'€ par an de transfert de charges de l'Assurance Maladie vers les complémentaires qui sont instaurés. Comme certaines mesures n'entreront en application qu'en cours d'année, il sera de 150 millions d'€ en 2023.

Cela se répercutera inévitablement sur les cotisations alors que celles-ci ont fortement augmenté ces dernières années pour faire face à des hausses régulières de leurs dépenses. Celles-ci s'expliquent par la progression naturelle des dépenses de santé auxquelles s'ajoutent des transferts de charges et de nouvelles réglementations. Les mutuelles ont dû, de plus, absorber des dépenses supplémentaires très importantes avec la réforme du Reste à Charge 0 appelée « 100 % santé ». Ces évolutions les contraignent logiquement à ajuster le niveau de leurs cotisations.

Ces nouveaux transferts rognent donc encore le champ de la Sécurité sociale et pèsent sur les adhérents mutualistes. Ils sont inacceptables.

Des calculs erronés pour justifier un transfert et mettre en procès les mutuelles

Prétendant une diminution de la prise en charge des dépenses de soins des complémentaires santé au détriment de l'Assurance Maladie, le gouvernement entend procéder à un « rééquilibrage ».



Une amélioration de la prise en charge par l'Assurance Maladie ne pourrait être qu'une bonne nouvelle mais, malheureusement, c'est une fake news.

- **Dans la réalité**, les complémentaires santé assument la prise en charge de plus de 16% de la Consommation de biens et services médicaux (CSBM) alors que le gouvernement évoque moins de 13%.
- **Ce décalage entre les chiffres** dénote d'oublis, voire de mensonges : il s'explique par plusieurs facteurs difficilement identifiables mais bien concrets. Une partie s'explique par la comptabilisation dans les prestations de l'Assurance Maladie des sommes financées par le biais de taxes sur les complémentaires (Taxe de Solidarité Additionnelle, Taxe Covid, Taxe forfait patientèle). De plus, certaines dépenses ne font pas partie de la CSBM et représentent des montants importants des prestations des organismes complémentaires telles que la chambre particulière qui devient un outil de financement des hôpitaux.

En intégrant ces éléments, aujourd'hui non comptabilisés dans la prise en charges des organismes complémentaires, le « renforcement » de la Sécurité sociale, comme le repli des complémentaires, sont un leurre.

Un comité « de concertation » pour rendre acceptable les transferts de charges ?

Ce sujet des transferts de charges sera débattu au sein d'un **comité de dialogue avec les organismes complémentaires (CDOC)** entre l'Etat, l'Assurance Maladie, les familles d'organismes complémentaires et l'UNOCAM. L'objectif de cette instance serait « de travailler conjointement dans la durée sur des sujets structurels relatifs à la rénovation de notre système de santé. » et doit permettre de repartager l'effort de financement entre le Régime Obligatoire et le Régime Complémentaire.

Sa première tâche sera de définir le ou les postes de prises en charge par les organismes complémentaires dans le cadre du transfert de 300 M€.

Pour les Mutuelles de France, ce comité ne doit pas être une « chambre des transferts ». Il ne sera utile que s'il permet une approche partenariale et collaborative AMO / AMC, en particulier la mutualité au service de la santé de tous.

Les taxes assimilent la santé à une marchandise et pèsent sur les cotisations



Les taxes sur les cotisations mutualistes s'élèvent aujourd'hui à 14,1%. Dans de nombreux pays européens, la santé, considérée comme une activité essentielle, n'est pas taxée. Ce taux est trois fois supérieur à celui de la TVA sur les produits de première nécessité. Les mutuelles endossent la responsabilité de collecter un impôt pour le compte de l'État qui représente, **pour les adhérents, 2 mois de cotisation par an.**

L'accès à la santé est un droit fondamental de l'être humain. Aucune barrière économique pour l'accès aux soins ne peut se justifier, comme le démontre encore la crise sanitaire que nous traversons. Pour les Mutuelles de France, une solution immédiate de pouvoir d'achat est la suppression de ces taxes sur la santé.

Malheureusement, ce texte ne prévoit toujours pas la suppression ou, a minima, une baisse de ces taxes injustes sur les cotisations mutualistes.

Ces taxes sont injustes. Elles ne tiennent pas compte des revenus, elles réduisent le pouvoir d'achat des ménages et privent les mutuelles de leur capacité de redistribution. **Les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non lucratif.** Contrairement aux assurances à but lucratif, elles ne servent pas de dividendes à des actionnaires. Leur projet est fondé sur la mise en commun du produit des cotisations qui est reversé en prestations, en services, en actions de prévention et services de soins et d'accompagnement. **C'est l'engagement politique des mutuelles et une obligation légale propre au Code de la Mutualité.**

*Vous pouvez interpeller vos députés en suivant la campagne
[« Pas de taxe sur ma santé ».](#)*

L'heure est - encore - aux économies

Pour 2023, 1,7 Md€ d'économies sont envisagées pour combler le décalage entre l'évolution tendancielle des dépenses et l'ONDAM. Elles ciblent essentiellement la biologie, le médicament, la radiologie et la lutte contre la fraude.



Pour les Mutuelles de France, quelle que soit la pertinence de certaines de ces mesures, elles ne doivent pas entraver l'accès effectif aux soins.

- Le secteur de la **biologie médicale** a augmenté sa rentabilité de manière importante avec la crise sanitaire). Une baisse des tarifs pour un montant d'économies d'au moins 250 millions d'€ est actée.
- Sur les **médicaments** et les dispositifs médicaux, 1,1 milliard d'euros d'économies est prévu. La principale mesure correspond à un paiement pluri-annuel de certains médicaments particulièrement onéreux en contrepartie d'une anticipation de leur mise sur le marché.

*Pour les Mutuelles de France, **les mesures ne remettent malheureusement pas en cause le fondement abusif de la fixation des prix**, sans rapport avec le coût de la recherche et de la production au mépris de la santé des patients.*

Le chantage à l'innovation, à l'emploi et à l'accès aux médicaments des entreprises du médicaments n'est pas acceptable. Une vraie transparence doit être imposée pour faire évoluer le rapport de force et garantir l'utilisation adéquate des financements solidaires dans l'intérêt de la population.

- Des mesures de **lutte contre la fraude sociale à hauteur de 180 millions d'€** visent les assurés et, c'est relativement nouveau, certains professionnels de santé et les entreprises.

*Les Mutuelles de France soulignent la nécessité de relativiser l'importance de la fraude aux prestations des assurés. Son ampleur fantasmée, est sans commune mesure avec le **non-recours aux droits et aux soins, sujet sur lequel le PLFSS demeure muet.***

Le « virage préventif » raté



Plusieurs mesures de prévention sont à l'ordre du jour :

- Extension à toutes les femmes de la **gratuité et de l'accès sans ordonnance à la contraception d'urgence**,
- **Dépistage sans ordonnance d'IST** pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour les moins de 26 ans,
- Instauration des **bilans de prévention aux âges clés** de la vie d'adulte,
- **Nouvelle compétence d'administration et de prescription** des pharmaciens, des infirmiers et des sage-femmes sur la quasi-totalité des vaccins.

Ces mesures sont intéressantes, mais sont loin de dessiner une « révolution de la prévention » pour reprendre le slogan du gouvernement.

L'effectivité de ces nouveaux droits est également interrogée, singulièrement pour les consultations de prévention. Qui va les réaliser alors que la pénurie de médecins est croissante ? Le taux de recours à ces consultations, estimé à 15 % la 1^e année, est un aveu des difficultés attendues.

Ni financièrement, ni du point de vue de l'organisation du système, le virage préventif n'est pris. Curative, la médecine ne permet plus de répondre aux besoins grandissants de la population, à tous les âges de la vie, d'une prise en charge globale de santé. Les déterminants environnementaux de santé accroissent considérablement les inégalités sociales et rien n'est malheureusement fait pour les combattre dans ce PLFSS.

Les mutuelles pourraient y être associées afin d'accompagner l'évolution de la médecine vers davantage de prévention ; actions sur lesquelles les mutuelles sont, depuis longtemps, particulièrement actives et bien identifiées dans une démarche d'aller-vers.

Les Mutuelles de France appellent le gouvernement à revoir intégralement sa copie. Il s'agit de mettre enfin la prévention au cœur de notre système de santé en associant les acteurs qui œuvrent au quotidien pour la déployer.

Rien n'est fait pour améliorer l'accès aux soins de ville

- La création d'une 4^e année d'internat ne peut tenir lieu de politique

Afin de répondre au désastre des déserts médicaux, la création d'une 4^e année d'internat en ambulatoire pour les étudiants en médecine générale est avancée. Cela ne peut tenir lieu de réponse à la situation. Aucune mesure opérationnelle n'est proposée.

Pour les Mutuelles de France, il s'agit d'une fausse bonne idée qui donne surtout l'occasion de disposer d'une main d'œuvre médicale bon marché une année de plus. Ce dispositif risque d'être inopérant. L'implantation dans les déserts médicaux est seulement « priorisée ». La difficulté sera d'autant plus grande qu'un médecin maître de stage déjà installé sur le territoire sera en charge du suivi.



- Le guichet unique d'aides à l'installation ou la généralisation de l'échec

Quant aux aides à l'installation des médecins, celles-ci n'ont, jusqu'à maintenant, pas fonctionné durablement. Ce n'est pas la création d'un « guichet unique » qui répondra à la nécessaire stratégie d'aménagement du territoire en santé.

Ces deux mesures sont de l'affichage ; elles ne peuvent exonérer les pouvoirs publics d'actions structurantes :

- Pour former plus massivement des médecins en ouvrant des **places supplémentaires dans les universités,**
 - Pour **réguler l'implantation** des médecins ;
 - Pour **faire de l'exercice coordonné la norme** en promouvant une approche pluriprofessionnelle et le **partage de tâches et de compétences.** Dans ce cadre, les structures de soins coordonnés – dont les centres de santé, précurseurs – doivent bénéficier de dispositifs spécifiques pour financer leur mode d'exercice.
- **La non-prise en charge des Indemnités Journalières prescrites en téléconsultation hors du parcours de soin** ou d'un médecin consulté dans les 12 derniers mois.
Cette mesure est affichée comme une lutte contre la fraude face à l'activité non vertueuse de certaines plateformes qui se sont « spécialisées » dans la téléconsultation et la délivrance d'arrêts de travail.

Évidemment, il faut stopper ce type de pratique déviante. Mais là encore, rien n'est proposé, pour résorber le déficit structurel de médecins. Rappelons que 11% de la population n'a pas de médecin traitant, parmi eux 600 000 patients sont en Affection de Longue Durée (ALD) et 1 million de patients ont 60 ans ou plus.

*Cette mesure va à rebours de la stratégie développée ces dernières années par l'assurance maladie pour la promotion de la télé-médecine afin de faciliter l'accès aux soins. **Ce type de consultation doit être mieux régulé** pour éviter le développement de logiques lucratives par des plateformes.*

*Les Mutuelles de France insistent sur le fait que **la télé-médecine** ne saura constituer une réponse aux déserts médicaux : elle **ne peut être qu'un outil additionnel mais non substitutif.***

Ce qu'il n'y a pas dans ce PLFSS...



- **D'ambition pour répondre au défi de l'autonomie**

Les mesures envisagées - poursuite de la réforme de la tarification de l'aide à domicile, simplification du financement de l'habitat inclusif, 2 heures maximum dédiées à l'accompagnement et au lien social des personnes accompagnées à domicile **sont bien en-deçà des seuls besoins actuels.**

Elles appellent aussi à la vigilance pour assurer un égal accès dans tous les territoires et assurer le financement suffisant des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD).

Par ailleurs, l'ensemble de ces mesures doivent aussi concerner les personnes en situation de handicap.

Nos craintes se confirment : la 5^e branche dédiée à l'autonomie est une coquille quasiment vide, sans réels moyens pour répondre aux besoins qui croissent rapidement en lien avec le vieillissement de la population.

Dans ce PLFSS, rien n'est prévu pour prévenir la perte d'autonomie et ensuite garantir une prise en charge globale et adaptée.

En 2021, seuls 15 000 des 4 millions d'aidants familiaux, ont bénéficié des dispositifs gouvernementaux de soutien, soit 0,5%. L'aide familiale, souvent contrainte par la situation financière ou par l'absence de structure d'appuis reste peu valorisée et, dans le cas de professionnels, mal rétribués. Ces missions d'aide ont des implications sur la santé.

Fonder une véritable politique d'aide à la personne passe par la construction d'une filière professionnelle de l'aide à la personne, permettant le recours à la formation initiale et une évolution de carrière. La reconnaissance des compétences et des contraintes spécifiques liées à l'activité (horaires, déplacement, pénibilité...) justifie une revalorisation des rémunérations. Au-delà des professionnels, ce sont aussi les aidants familiaux qui doivent être soutenus par la facilité de l'accès aux aides financières et leur revalorisation, le développement de structures de formation, de conseil, d'aide et de répit.

- **De ressources supplémentaires pour les retraites**

La retraite est une composante significative de la Sécurité sociale. Annoncée comme imminente, cette réforme n'a certes pas fait l'objet d'une intégration « à la va-vite » dans le PLFSS ; mais reste renvoyée à un texte spécifique promis dans les tous prochains mois.

*La seule confirmation enregistrée dans le PLFSS, regrettable, est celle de **la non-revalorisation des pensions pour 2023.** Anticipée en juillet 2022 à hauteur de 3,1%, avec la loi dite « pouvoir d'achat », elle sera donc inférieure à l'inflation.*

L'ensemble des dernières réformes sur les retraites ont fait peser l'effort sur les travailleurs salariés et non salariés. Compte-tenu des inégalités sociales de santé et des écarts d'espérance de vie et d'espérance de vie en bonne santé qu'elles génèrent, elles touchent, de fait, plus durement les populations les plus précaires et les plus pauvres et accroissent les inégalités de genre.

La réforme à venir devra permettre une retraite digne et en bonne santé. Davantage de ressources doivent être mises en commun au sein de la Sécurité sociale. Cela doit garantir aux seniors de profiter de leur retraite en bonne santé le plus longtemps possible, avec un bon niveau de vie et contribuer à la réduction des inégalités sociales.

En conclusion, les Mutuelles de France analysent ce PLFSS comme totalement déconnecté des besoins. Il ne permettra pas de rétablir le droit à la santé pour tous et partout.

La santé, la protection sociale, sujets de société et de préoccupation majeurs, méritent mieux que ce texte.

Après avoir écarté les représentants des Assurés sociaux de la prise de décisions concernant la Sécurité sociale depuis la création du processus de Loi de Financement de la Sécurité Sociale, le débat et le vote de la loi sont aujourd'hui confisqués à la représentation nationale par le recours au 49.3.

Plutôt que de refuser le débat démocratique, des mesures structurantes devraient être discutées avec les parties prenantes et prises pour renforcer la Sécurité sociale en faisant mieux contribuer toutes les richesses produites. Les marges de manœuvre financières ainsi retrouvées permettraient de réformer l'exercice de la médecine de ville, de redonner les moyens au service public hospitalier, de vivre et vieillir dans la dignité et de réduire les restes à charge des assurés sociaux.

Retrouvez nos propositions sur le site Internet [#LaSantéEstUnDroit](#)

Contact Lucas JOURDAIN
07 84 56 31 61
lucas.jourdain@mutuelles-de-france.fr



À propos de la Fédération des mutuelles de France | La FMF, présidée par Jean-Paul Benoit, regroupe près de 60 groupements mutualistes, 37 mutuelles complémentaires santé et de prévoyance qui protègent 2 millions de personnes et 20 mutuelles ou unions gestionnaires de Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes qui gèrent 270 établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Née en 1986 et héritière de la Fédération nationale des mutuelles de travailleurs, la FMF est membre de la Fédération nationale de la Mutualité française depuis l'unification du mouvement mutualiste en 2000.