

# Initiation à la protection sociale et au système de santé

*9 avril 2015*

**MFMP - Toulouse**

**Franck Villeminot – Consultant Formateur FNMF**



[www.mutualite.fr](http://www.mutualite.fr)

# PLAN

## Matin :

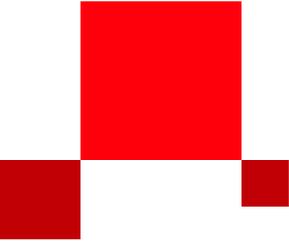
- Définitions,
- La protection sociale : un peu d'histoire,
- Logiques de fonctionnement,
- Les risques sociaux pris en charge par la société,
- Organisation du système de santé en France,
- Organisation de l'Assurance Maladie et du Régime Général,
  - Les différents régimes de l'Assurance Maladie,
  - Organisation de la Sécurité Sociale, du régime général,
  - Le financement et les comptes de l'Assurance Maladie.

## Après-midi :

- La consommation de soins
- L'offre de soins,
- démographie et effectifs des professionnels de santé en France,
- Les principales réformes : loi de 2004, loi HPST.

# Qui sont les acteurs DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE

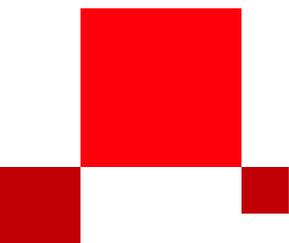
	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Assureurs	Mutuelles d'assurance
Régi par	Code de la Mutualité	Code de la sécu	Code des assurances	Code des assurances
Forme	Sociétés de personnes	Sociétés de personnes	Sociétés de capitaux	Sociétés de personnes
Gestion par	Adhérents	Partenaires sociaux	Actionnaires	Sociétaires
Vocation	Non lucrative	Non lucrative	Lucrative	Non lucrative
Activités	Prévoyance et complémentaire santé		Assurance des personnes et des biens	
Couverture	Adhésion individuelle ou collective (obligatoire, facultative)			



# Définition

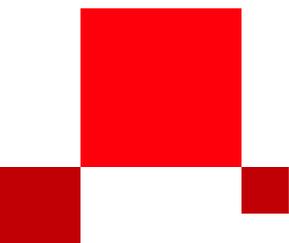
## Définition de la protection sociale :

La **protection sociale** est l'ensemble des mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus ou aux ménages de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux, c'est-à-dire aux situations pouvant provoquer une baisse des ressources ou une hausse des dépenses (**vieillesse, maladie, invalidité, chômage, charges de famille,...**). La protection sociale a donc à la fois des objectifs matériels (permettre aux individus de survivre quand ils sont malades, ou âgés, ou chargés de famille nombreuses, par exemple) et des objectifs sociaux (réduire l'inégalité devant les risques de la vie et assurer aux individus un **minimum de revenus** leur permettant d'être intégrés à la société).



# La protection sociale : un peu d'histoire

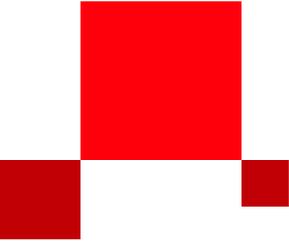
- ▶ **Avant 1789** : solidarité locale, professionnelle (compagnonnage) ou familiale, charité chrétienne.
- ▶ **Le XIXème siècle** : un combat pour donner un statut et une protection aux ouvriers, l'influence des chrétiens sociaux et des socialistes.
- ▶ **Le XXème siècle** : mise en place et généralisation des systèmes de protection sociale.



# La protection sociale : un peu d'histoire

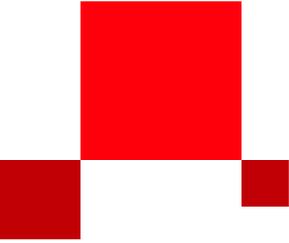
En Europe, 2 modèles généraux de protection sociale :

- ▶ Bismarck
- ▶ Beveridge



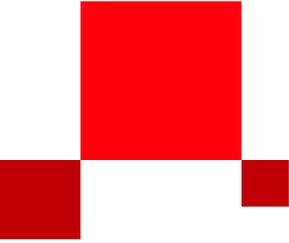
# La protection sociale : un peu d'histoire

- ▶ 1898-1939 : un système d'assurances sociales,
- ▶ Loi du 9 avril 1898 instaure la responsabilité automatique -sans faute -de l'employeur pour les accidents du travail,
- ▶ Les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 mettent en place une assurance pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès pour les salariés titulaires d'un contrat de travail et la loi du 30 avril 1928 un régime spécial pour les agriculteurs. Ce sont les premières lois fortes sur l'assurance sociale.
- ▶ Loi du 11 mars 1932 sur les allocations familiales, financées par des versements patronaux. A la veille de la deuxième guerre mondiale, la France dispose d'un système de protection complet mais fragile qui sera profondément renouvelé après les hostilités.



# La protection sociale : un peu d'histoire

- ▶ 1945-1946 : LA MISE EN PLACE D'UNE SÉCURITÉ SOCIALE
- ▶ Sur la base du rapport BEVERIDGE (1942) et du système BISMARCKIEN, 3 objectifs : créer un grand régime unique de SS, le généraliser à l'ensemble de la population, étendre la protection sociale à d'autres risques.
- ▶ Mise en place par ordonnance du 4 octobre 1945 (plan Laroque) qui prévoit un réseau coordonné de caisses se substituant à de multiples organismes, sans unité administrative : persistance de régimes «spéciaux» autonomes (agricole (MSA), fonctionnaires, marins, cheminots, mineurs...)

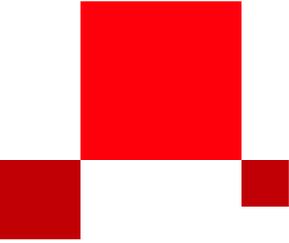


# La protection sociale : un peu d'histoire

- ▶ 1967 : Création des trois caisses nationales de Sécurité Sociale et d'une agence centrale :
  - ▶ CNAMTS
  - ▶ CNAVTS
  - ▶ CNAF
  - ▶ ACOSS assurant la gestion commune des ressources du régime.

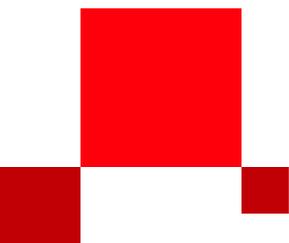
# La protection sociale : un peu d'histoire

- ▶ 1996 : Plan de réforme de la Sécurité sociale
  - ▶ Objectif de création d'un Régime universel d'Assurance Maladie permettant l'accès à la SS à toute personne âgée de plus de 18 ans résidant régulièrement sur le territoire français,
    - ▶ Modifications dans la gestion des Caisses d'Assurance Maladie : retour du paritarisme au sein des conseils d'administration,
    - ▶ Maîtrise des dépenses de soins,
    - ▶ Réforme de l'hospitalisation publique et privée,
    - ▶ L'ordonnance du 24 janvier 1996 crée la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) dont le produit est destiné à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) qui gère la gestion des déficits des régimes de Sécurité sociale.
  - ▶ Déploiement du système SESAM Vital (1997)



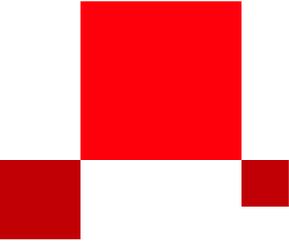
# La protection sociale : un peu d'histoire

- ▶ 1997 : Diffusion de la carte Vitale personnelle pour les ayants droit âgés de 16 ans et plus.
- ▶ La loi du 28 juillet 1999 instaure la couverture maladie universelle, soit la protection sur le seul critère de la résidence et la couverture complémentaire pour les plus démunis.
- ▶ 2004 : Réforme de l'Assurance Maladie concernant l'organisation de l'offre de soins, la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, et la gouvernance de l'assurance maladie.
- ▶ 2009 : loi HPST modifiant notamment l'organisation administrative du régime général (suppression des URCAM et création des CARSAT – *caisse assurance retraite et santé au travail*)
- ▶ 2011 : Nouvelle convention médicale avec des objectifs de prescriptions/dépenses et la création du secteur optionnel



## 3 logiques de fonctionnement

- 1/ Une logique d'assurance sociale** : objectif : prémunir la population contre un risque de perte de revenu (chômage, maladie, vieillesse, accident du travail) ; prestations sociales financées par des cotisations sur les revenus et attribuées aux cotisants
- 2/ Une logique d'assistance** : objectif : instaurer une solidarité entre les individus pour lutter contre les formes de pauvreté ; consiste à assurer un revenu minimum, pas forcément pour un risque spécifique, versé sous condition de ressources, sans condition de cotisations préalables (aide sociale, Allocation Personne Handicapée, RSA)



## 3 logiques de fonctionnement

Elle peut fonctionner selon trois logiques:

**3/ Une logique de protection universelle** : couvrir certaines catégories de dépenses pour tous les individus ; prestations accordées sans conditions de cotisations ni de ressources, mais sont les mêmes pour tous (prestations familiales, Prestation Compensation Handicap, Allocation Personnalisée Autonomie).

**Les systèmes les plus développés de protection sociale se rencontrent surtout en Europe et dans les pays riches.** Leurs ressources sont constituées principalement par les impôts et les cotisations sociales, variables selon les pays.

Ces systèmes participent aux différents systèmes de redistribution économique existants.

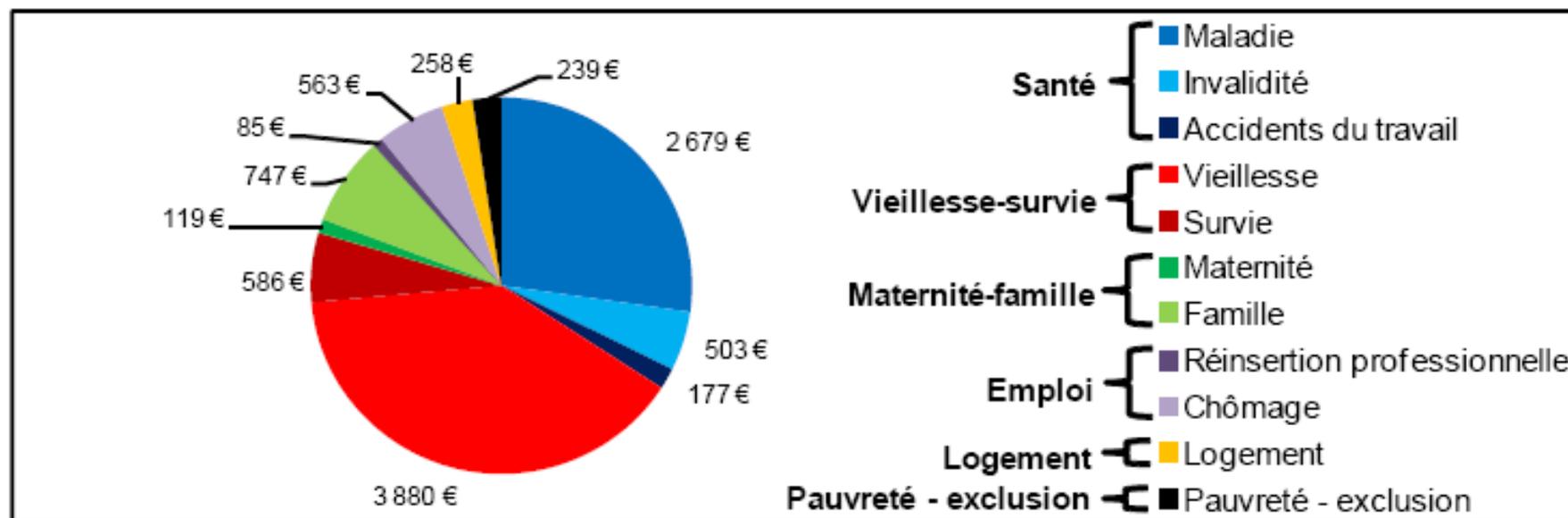
# Les risques sociaux pris en charge par la société

- Garanties contre la baisse des revenus
- Maladie : IJ
- Invalidité : pensions
- Maternité : IJ
- Accident travail – Maladie Professionnelle : IJ, rentes
- Décès : capitaux
- Chômage : allocations
- Vieillesse : pensions
- Garanties contre l'augmentation des charges
- Frais médicaux : remboursements frais de santé
- Maternité : remboursements frais d'accouchement et soins
- Famille : allocations
- Logement : allocations
- Dépendance : allocations

# Structure par risque des prestations de protection sociale en 2011 (672,9 Mds €. 33,6 % du PIB)

## E1.1 Montant annuel par habitant des prestations de protection sociale

En euros



Lecture : en 2011, chaque habitant a bénéficié de 9 836 € en moyenne provenant de la protection sociale.

Sources : DREES - CPS (base 2005), INSEE - Estimations de population.

# Evolution des prestations de protection sociale en 2011

évolutions en moyenne annuelle en %, montants en millions d'euros

	2000 / 1981	2006 / 2000	2007 / 2006	2008 / 2007	2009 / 2008	2010 / 2009	2011 / 2010	2011
<b>Maladie</b>	6,6	5,5	3,4	3,4	3,9	2,7	2,1	174 022
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	6,5	5,3	3,6	3,4	3,7	2,7	1,9	147 635
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	1,9	7,3	-0,2	-4,2	13,2	1,9	-2,0	2 398
<b>Invalidité</b>	5,9	5,3	4,1	3,3	4,1	4,7	5,8	32 644
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	6,1	6,4	3,6	1,5	-0,1	1,6	4,8	7 928
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	5,9	4,0	4,3	6,8	6,7	7,5	7,9	9 864
<b>AT-MP</b>	3,3	4,0	3,9	0,5	-0,6	0,9	0,3	11 486
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	3,2	3,9	5,7	0,8	-0,3	1,3	0,8	10 393
<b>Vieillesse</b>	7,1	5,1	6,3	5,4	4,6	3,6	4,4	252 002
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	7,1	4,6	6,5	5,6	4,8	3,7	4,6	239 714
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	7,8	18,2	4,9	6,0	3,7	3,2	1,0	9 260
<b>Survie</b>	4,9	4,0	1,8	2,3	1,8	2,8	2,5	38 062
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	5,0	3,7	2,4	2,7	2,2	3,0	2,7	33 904
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	0,6	-2,5	-10,7	-4,5	-4,4	-4,7	-4,5	684
<b>Famille</b>	5,3	3,7	3,1	2,1	3,1	0,2	1,7	48 495
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	4,9	3,5	2,8	2,1	3,4	0,8	1,6	30 988
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	6,8	5,3	4,3	2,4	2,6	-6,4	1,5	8 022
<b>Maternité</b>	4,1	4,2	3,0	1,8	2,8	6,4	-2,1	7 724
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	4,0	4,2	3,0	1,8	2,8	6,4	-2,2	7 655
<b>Emploi</b>	5,2	3,4	-2,1	-0,8	12,8	5,0	-1,0	42 126
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	4,5	4,4	-5,7	-1,1	26,8	7,4	-1,0	30 450
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	9,0	-0,4	4,6	-4,6	-22,3	-13,2	-5,0	4 002
<b>Logement</b>	9,3	1,6	2,1	7,2	2,5	1,1	3,3	16 777
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	4,1	4,3	1,4	6,9	3,6	1,0	1,8	4 532
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	13,0	0,7	2,4	7,3	2,1	1,2	3,8	12 237
<b>Pauvreté - exclusion sociale</b>	14,2	5,4	3,8	0,8	26,0	5,6	4,5	15 498
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	27,3	5,4	3,0	-0,4	29,9	5,4	4,6	12 698
<b>Ensemble des prestations</b>	6,4	4,8	4,0	3,7	4,8	3,2	3,0	638 837
<i>dont régimes d'assurances sociales</i>	6,2	4,6	4,2	3,9	5,1	3,3	2,9	513 212
<i>dont régimes d'intervention publique</i>	7,8	4,9	3,0	2,7	5,0	0,8	2,8	69 895

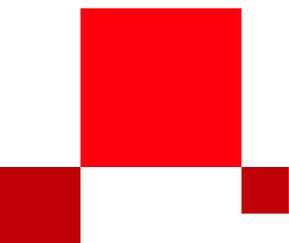
Source : Drees-CPS, bases 2000 (1981-2006) et 2005 (2006-2011)

# Les prestations d'action sociale des départements

## Charge nette des différents domaines d'action sociale départementale de 2003 à 2012

France métropolitaine – Millions d'euros

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ASE (salaires des Assistants Familiaux inclus)	4 850	5 100	5 280	5 570	5 840	6 050	6 280	6 460	6 680	6 890
Soutien aux personnes âgées	2 860	3 340	3 650	4 040	4 300	4 460	4 680	4 850	4 960	5 100
Soutien aux personnes handicapées	3 180	3 420	3 540	3 580	3 880	4 250	4 670	5 120	5 520	5 800
RMI-RSA	630	950	920	1 250	1 260	1 130	1 380	1 710	1 860	2 200
Autres dépenses (dont personnel)	3 150	3 570	3 950	4 020	4 130	4 240	4 380	4 520	4 650	4 730
<b>Charge nette totale (après déduction des apports de l'État)</b>	<b>14 670</b>	<b>16 380</b>	<b>17 340</b>	<b>18 460</b>	<b>19 410</b>	<b>20 130</b>	<b>21 390</b>	<b>22 660</b>	<b>23 670</b>	<b>24 720</b>



# Le contexte

## Dépenses

- Avancées technologiques
- Société vieillissante
- Santé : bien-être – confort

## Recettes

- croissance ralentie
- crise économique
- taux chômage élevé

# Organisation du système de santé en France

## L'ETAT

Il définit la politique de santé.

- Par sa fonction législative et normative, il fixe par la loi ou des règlements :
- ▶ l'organisation générale des grands systèmes de protection sociale,
  - ▶ le niveau des ressources consacrées à la santé et au social,
  - ▶ les prestations assurant la protection sociale des Français,
  - ▶ les normes garantissant la santé des individus (hygiène publique...),
  - ▶ les garanties de formation et les conditions d'exercice des professions sanitaires et sociales.

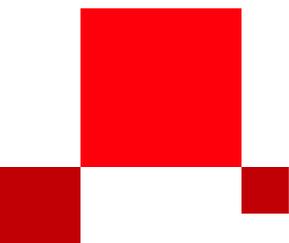
# Organisation du système de santé en France

**L'ETAT**                      **Il définit la politique de santé.**

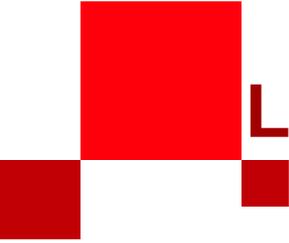
- Par ses pouvoirs de tutelle et de contrôle,
- Par son rôle dans la planification sanitaire et sociale.

**L'Etat exerce ses missions soit :**

- ▶ par des services centraux (ministères et structures d'appui)
  - ▶ par des services déconcentrés (ou services extérieurs).
- Les Agences Régionales de Santé (ARS) : pilotage de l'ensemble du système de santé.



# Organisation de l'Assurance Maladie et du Régime Général



# Les différents régimes de l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie est constituée de trois principaux régimes : le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants. A côté, existent aussi d'autres régimes spécifiques.

## ▶ Le régime général :

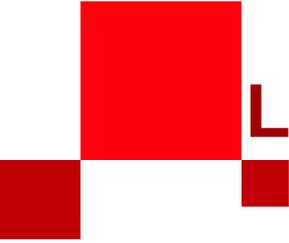
L'Assurance Maladie (régime général) est l'assureur solidaire de quatre personnes sur cinq en France. Elle finance 75 % des dépenses de santé.

## ▶ Le régime agricole :

Il couvre les exploitants et les salariés agricoles. Il est géré par la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA).

## ▶ Le régime social des indépendants

Il couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales.

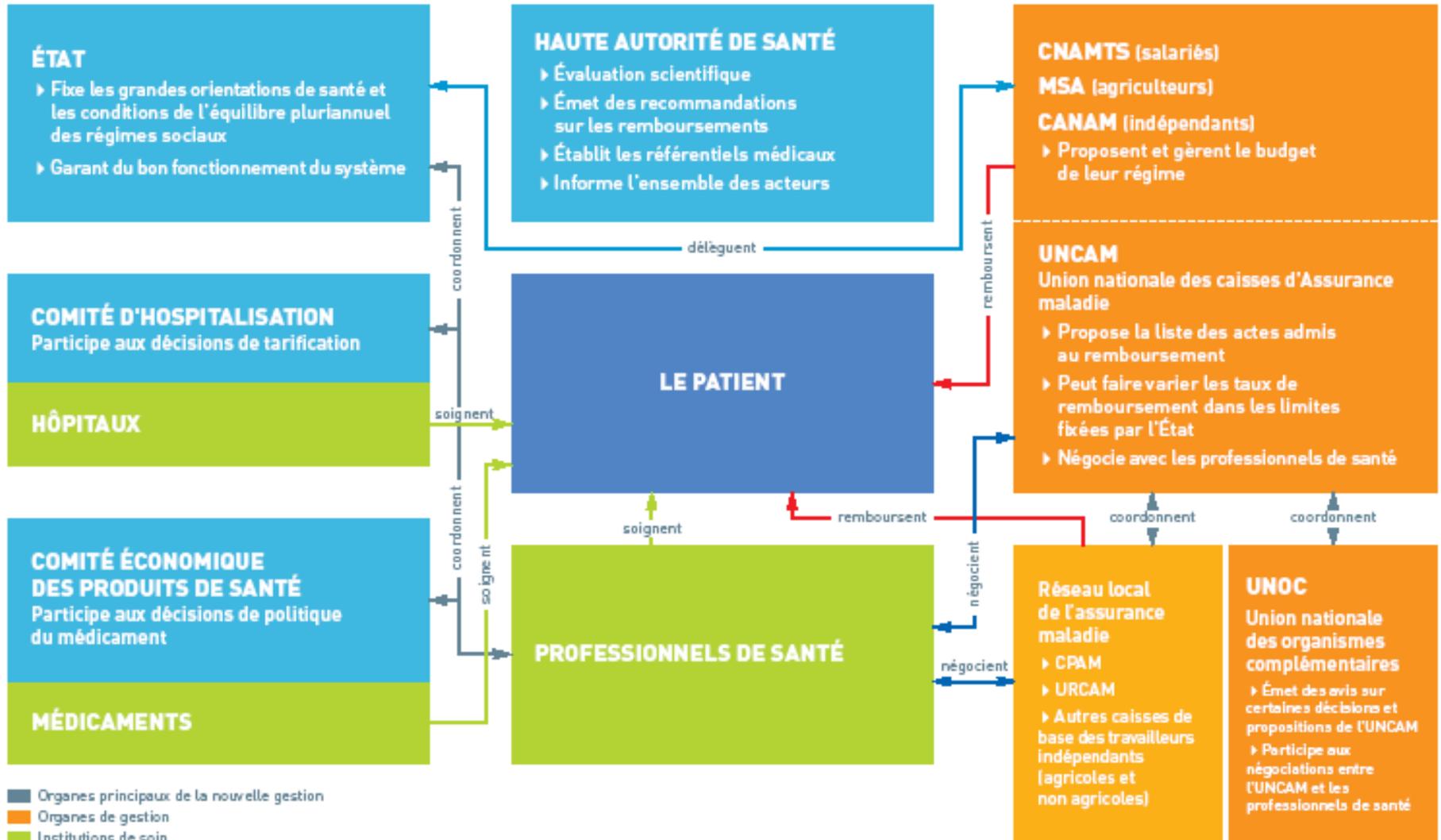


# Les différents régimes de l'Assurance Maladie

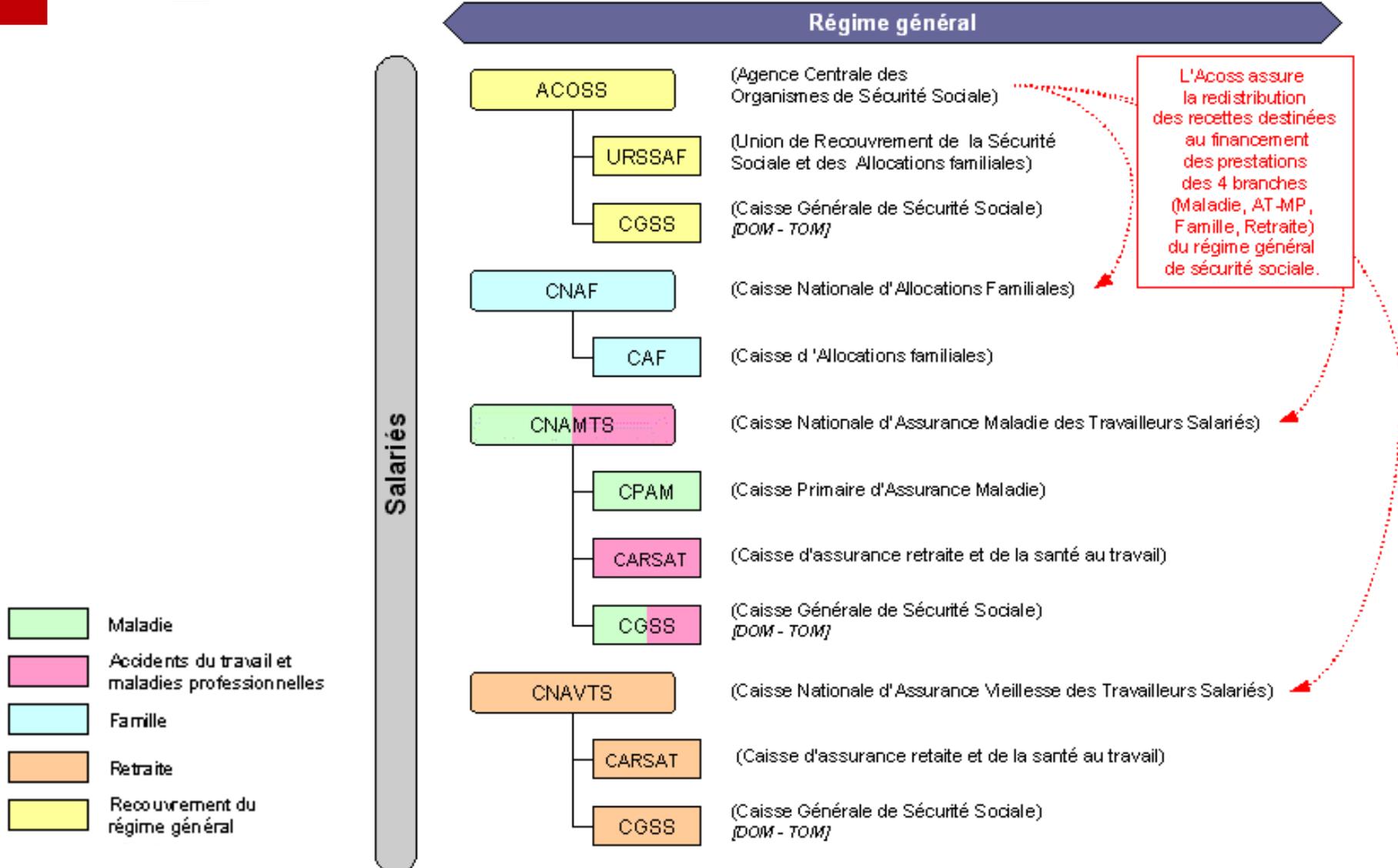
## ► De nombreux autres régimes spéciaux :

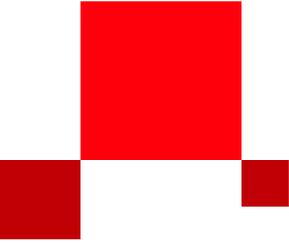
Le système comprend également de nombreux autres régimes dit « spéciaux » : le régime des marins et inscrits maritimes, le régime des mines, de la SNCF, de la RATP, d'EDF-GDF, de la Banque de France, de l'Assemblée nationale, du Sénat, le régime des clercs et employés de notaire, le régime des ministres du culte, etc.

# Organisation de l'Assurance Maladie



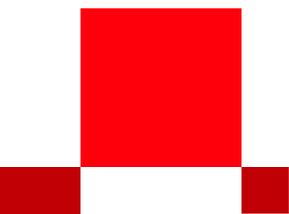
# Organisation du régime général





# Organisation du régime général

- ▶ Regroupement et spécialisation des CPAM (101 au 1/1/2010)
- ▶ Mise en place des ARS et des CARSAT dans le cadre de la loi HPST
- ▶ ARS regroupent les URCAM, les CRAM, les DRASS et les ARH pour tout ou partie de leur activité
- ▶ 16 CARSAT (caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) à/c du 1/4/2010, avec pour missions : le service de la retraite aux salariés, la prévention-tarifcation des risques professionnels auprès des entreprises et l'aide et l'accompagnement aux assurés fragilisés



# Organisation du régime général

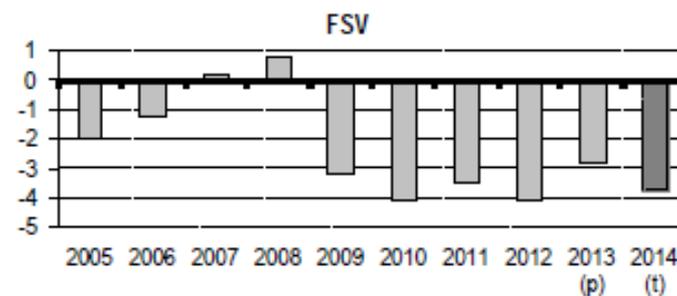
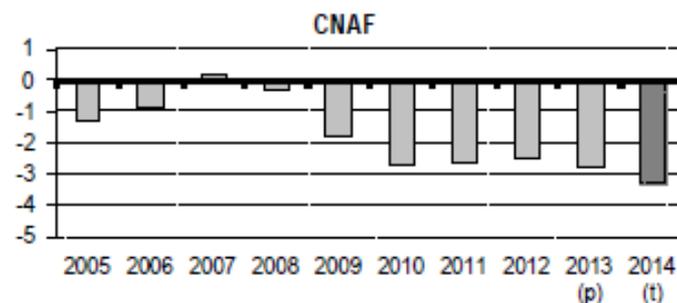
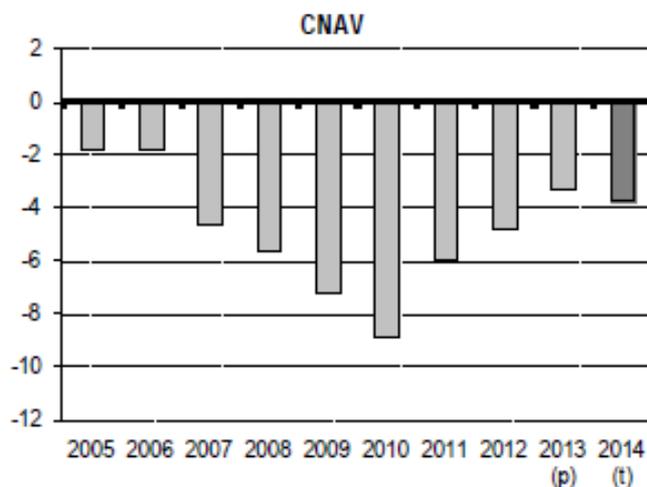
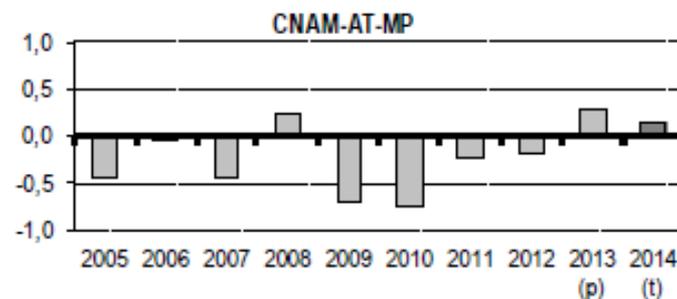
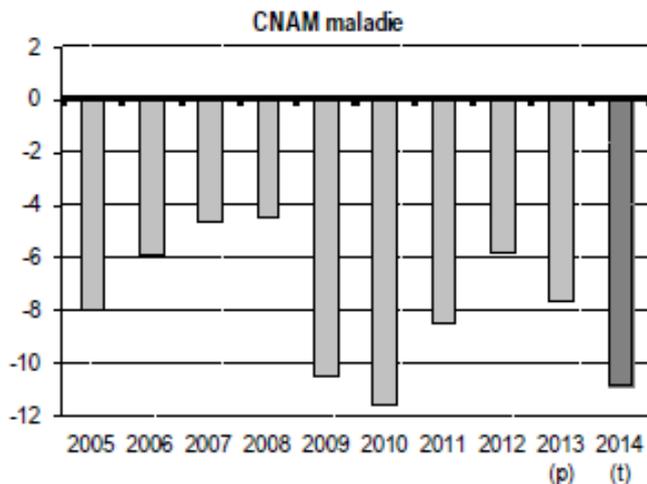
## Structuration de la COG (conventions d'objectifs et de gestion) 2014 -2017 :

- Le texte de la COG s'articule autour de quatre axes arrêtés par le Conseil dans le cadre de ses orientations :
- **Axe 1 : Garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins.**
- **Axe 2 : Assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers.**
- **Axe 3 : Contribuer à la Stratégie Nationale de Santé et à l'efficience du système de soins.**
- **Axe 4 : Renforcer l'efficacité collective de l'Assurance Maladie et conforter la performance des UGECAM\***

21 fiches thématiques déclinent les engagements respectifs de la CNAMTS et de l'Etat ainsi que les actions attendues au cours de la période 2014-2017.

# Financement et comptes de l'Assurance Maladie

## *Les soldes entre 2005 et 2014 (CCSS 9/2013)*



# Les soldes entre 2010 et 2014 (CCSS 9/2013)

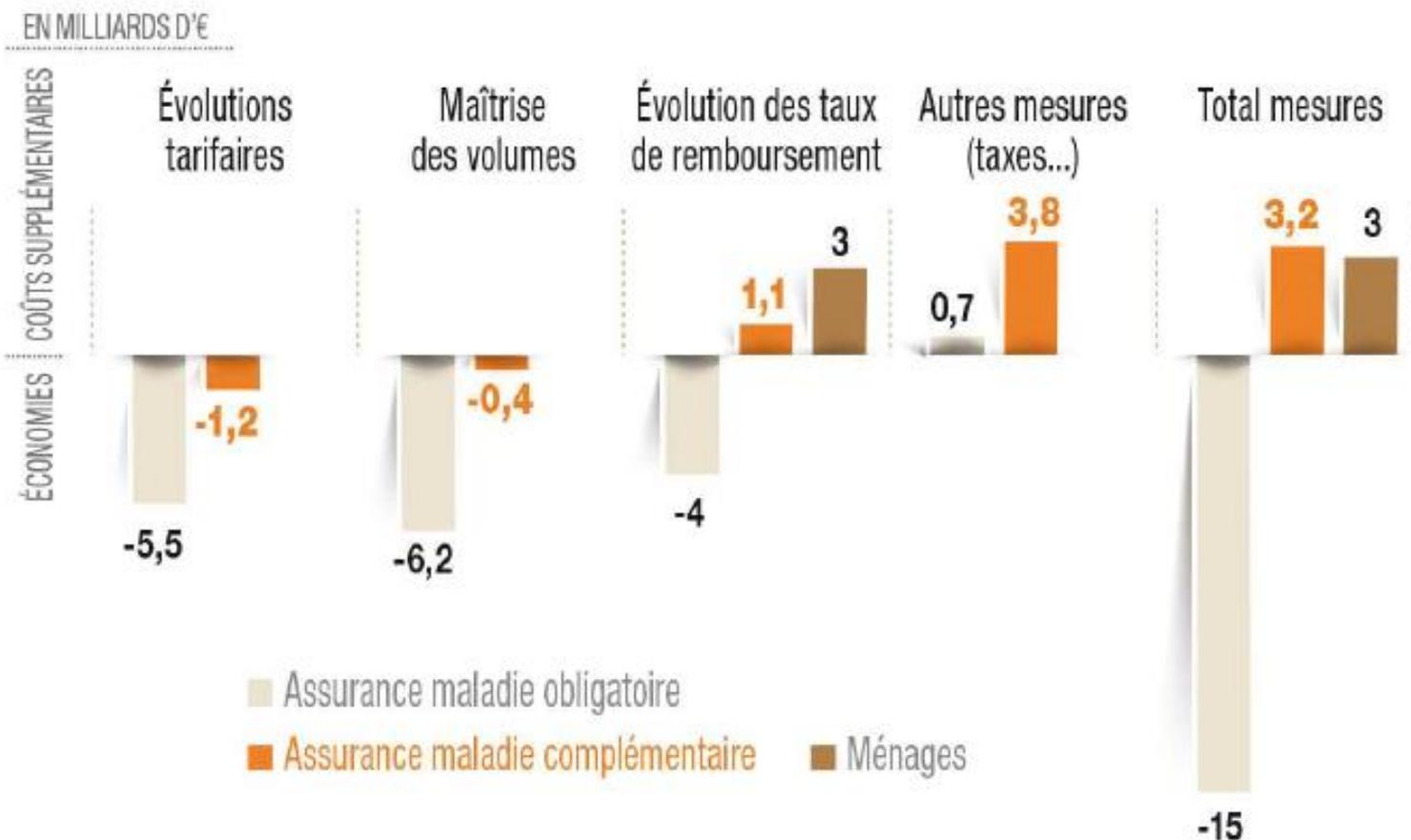
## Soldes par branche du régime général

En milliards d'euros

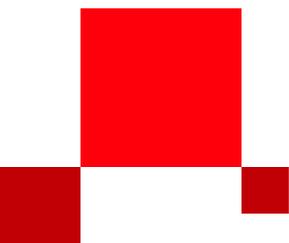
	2010	2011	2012	2013 (p)	2014 (t)
Maladie	-11,6	-8,6	-5,9	-7,7	-10,9
Accidents du travail	-0,7	-0,2	-0,2	0,3	0,1
Retraite	-8,9	-6,0	-4,8	-3,3	-3,7
Famille	-2,7	-2,6	-2,5	-2,8	-3,3
<b>Régime général</b>	<b>-23,9</b>	<b>-17,4</b>	<b>-13,3</b>	<b>-13,5</b>	<b>-17,8</b>
FSV	-4,1	-3,4	-4,1	-2,7	-3,7
Vieillesse y compris FSV	-13,0	-9,5	-8,9	-6,0	-7,4
<b>Régime général + FSV</b>	<b>-28,0</b>	<b>-20,9</b>	<b>-17,5</b>	<b>-16,2</b>	<b>-21,5</b>

Source : DSS/SD6/6A

# Impacts de mesures administratives et gouvernementales entre 2004 et 2013



Source : FNMF à partir des données UNCAM, UNOCAM, CNAMTS / Septembre 2013

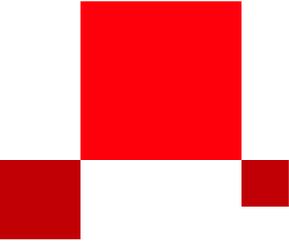


# Le financement de l'Assurance Maladie

**Un système de moins en moins financé par des cotisations sociales...**

- ▶ Cotisations salariales 0,75% du salaire brut
- ▶ Cotisations patronales 13,10% du salaire brut
- ▶ CSG à la charge du salarié 7,5 % de 98,25 % du salaire brut (dans la limite de 4 PASS\*, sur 100% au-delà)

\* *PASS 2014 : 37548€ plafond annuel de la Sécurité Sociale*

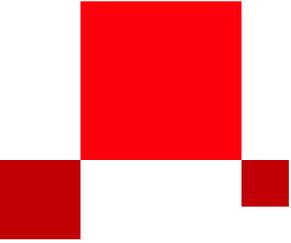


# Les comptes de l'Assurance Maladie les principales recettes de (157,470 Mds) *(branche maladie)*

▶ Cotisations sociales	73,978 Mds €
▶ CSG	55,538 Mds €

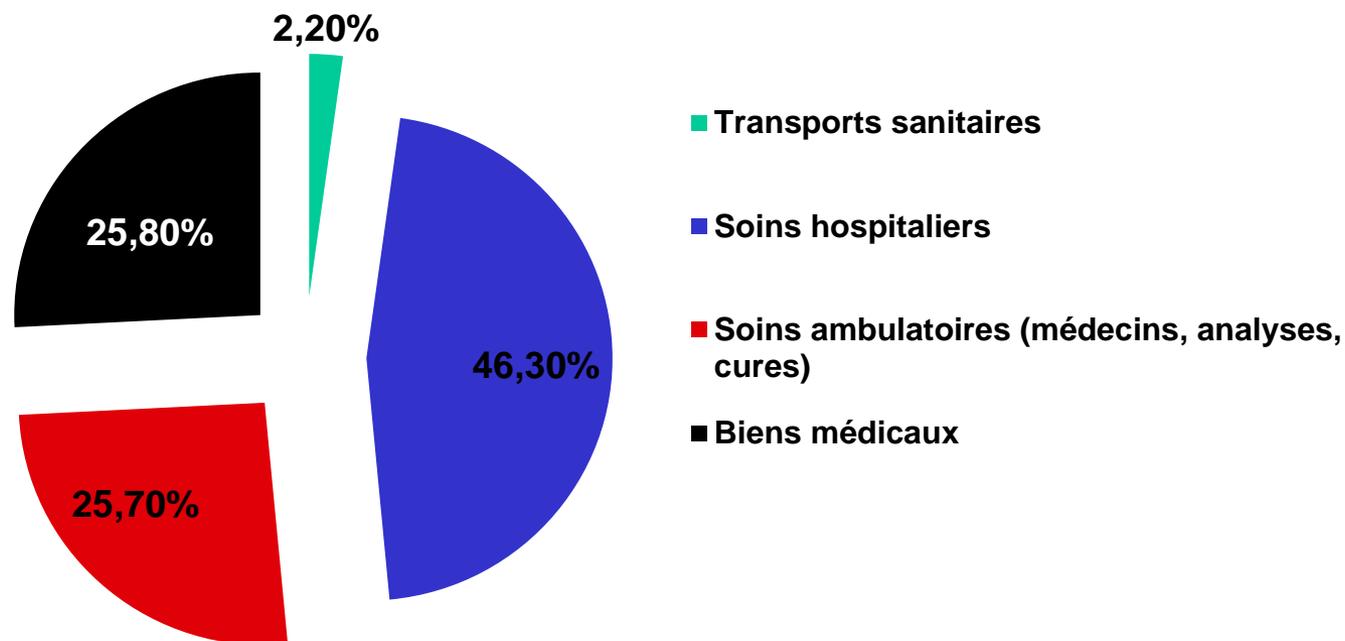
# Les comptes de l'Assurance Maladie les principales dépenses (165,184 Mds)

▶ Soins de ville	62,306 Mds d'€
▶ Hospitalisation et médico-social	61,836 Mds d'€ 15,070 Mds d'€
▶ Transferts	4,841 Mds d'€
▶ Charges de gestion	5,967 Mds d'€



# La consommation de soins

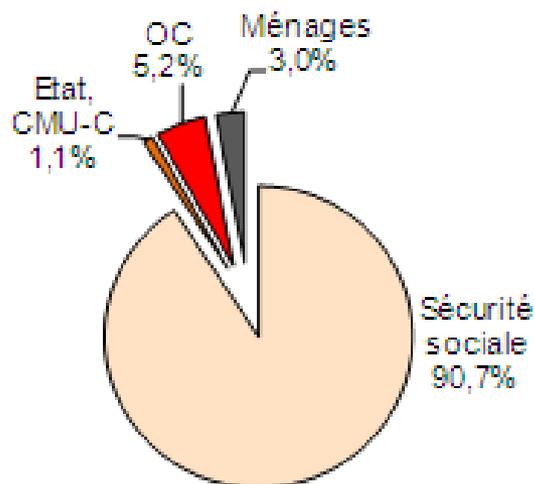
# Chaque personne dépense pour sa santé 2806 € / an (+ 2.2% - 183.6 Mds €)



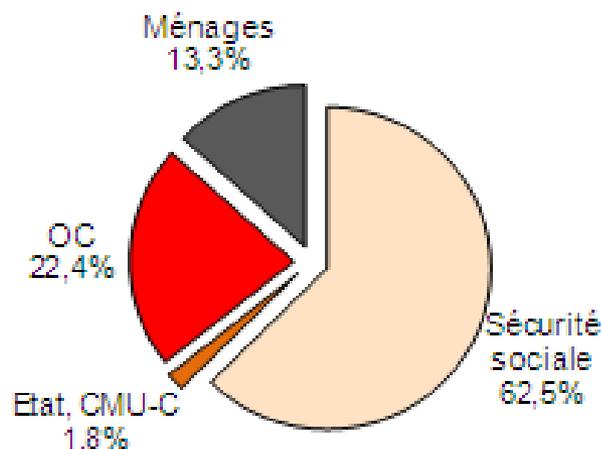
# Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux

## Structure du financement des grands postes de la CSBM en 2012

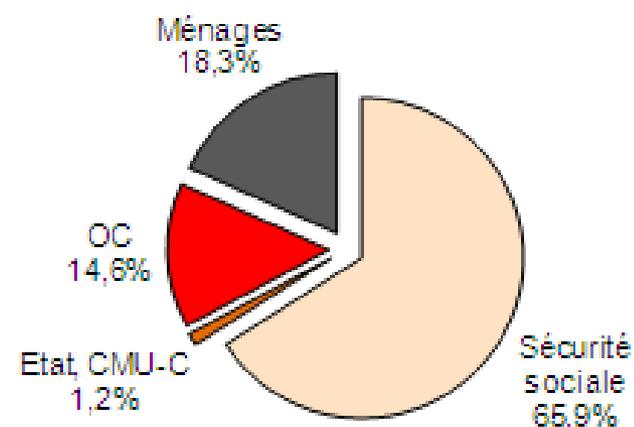
### Soins hospitaliers



### Soins de ville



### Médicaments



Sources : DREES, Comptes de la santé.

# Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux

## Financements des organismes complémentaires en 2012

(en millions d'euros)

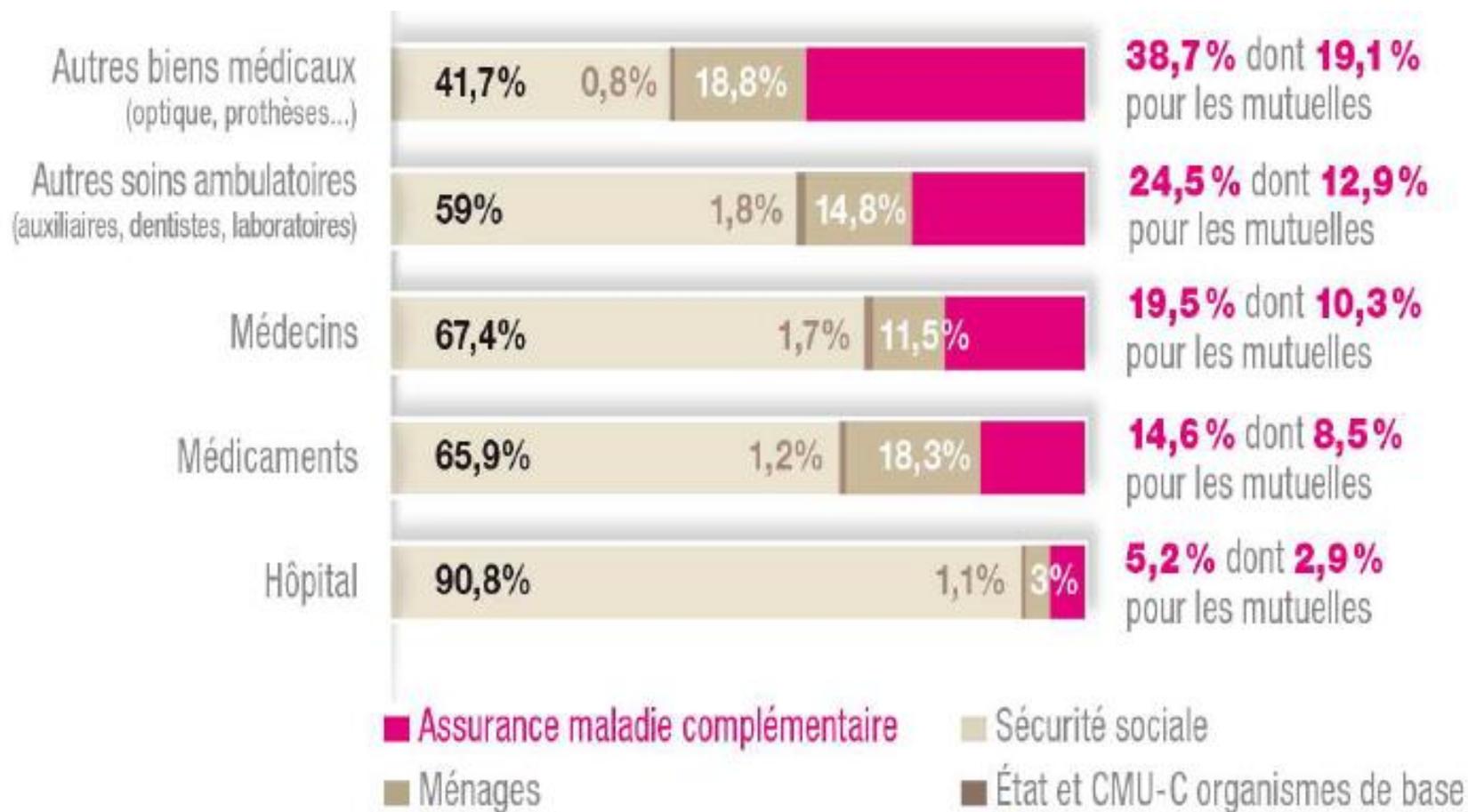
Dépenses par poste	Mutuelles *	Assurances *	Institutions de prévoyance *	Ensemble	Part prise en charge par les OC (en %)
<b>CSBM</b>	<b>13 548</b>	<b>6 980</b>	<b>4 628</b>	<b>25 156</b>	<b>13,7</b>
Soins hospitaliers	2 448	1 339	650	4 437	5,2
Soins de ville	5 603	2 910	2 058	10 571	22,4
Médecins	2 048	1 092	714	3 854	19,5
Dentistes	2 064	1 121	939	4 123	39,2
Auxiliaires médicaux	894	378	228	1 499	11,8
Laboratoires d'analyses	598	320	177	1 094	25,5
Médicaments	2 935	1 345	723	5 002	14,6
Autres biens médicaux **	2 450	1 333	1 179	4 961	38,7
Transports de malades	112	54	19	184	4,5
<b>Hors champ de la CSBM</b>					
Autres prestations liées à la santé	917	507	284	1 707	
Soins hospitaliers (suppléments, long séjour...)	643	377	162	1 182	
Prestations diverses	273	130	122	526	

\* y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

\*\* Optique, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé.

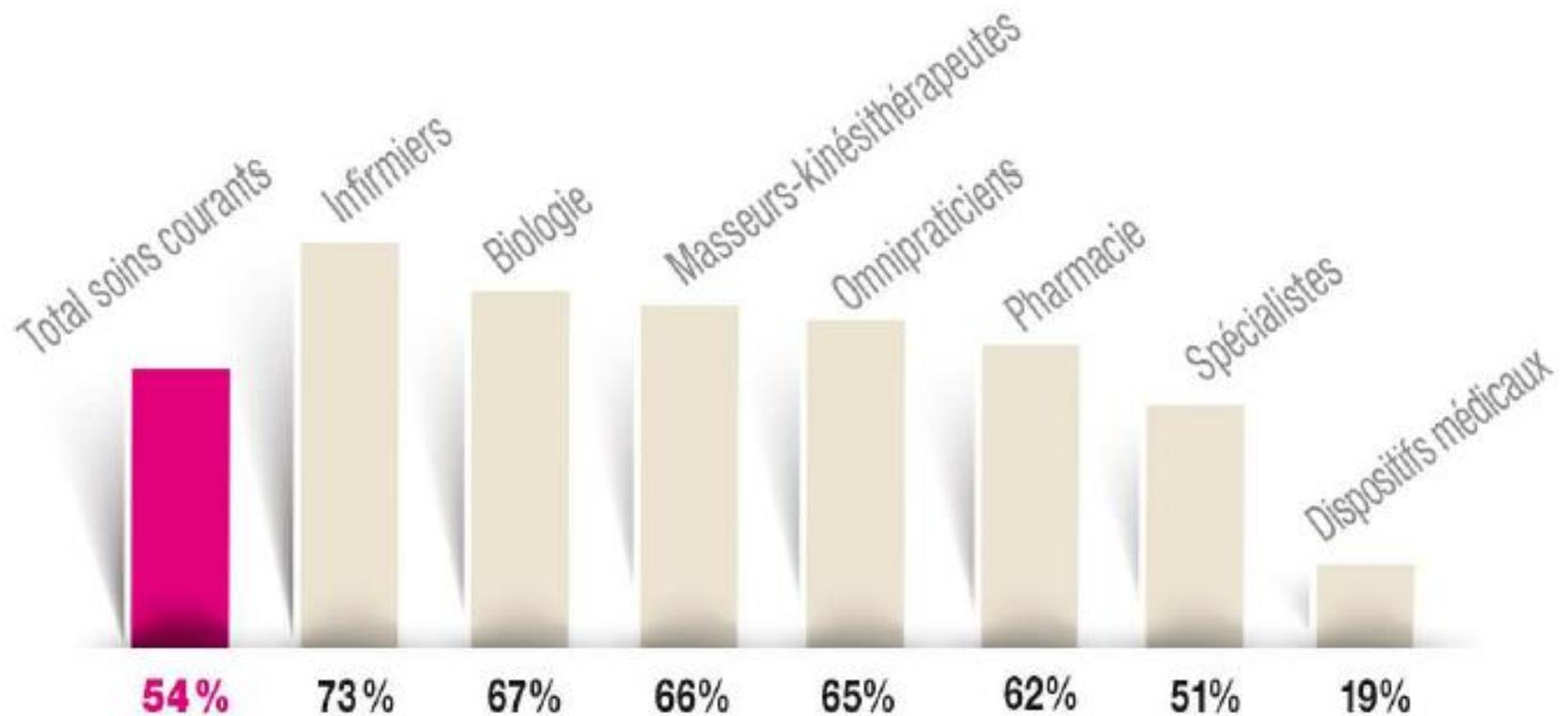
# Répartition 2012, par poste et financeurs



Source : DREES (Comptes nationaux de la santé 2012, septembre 2013)



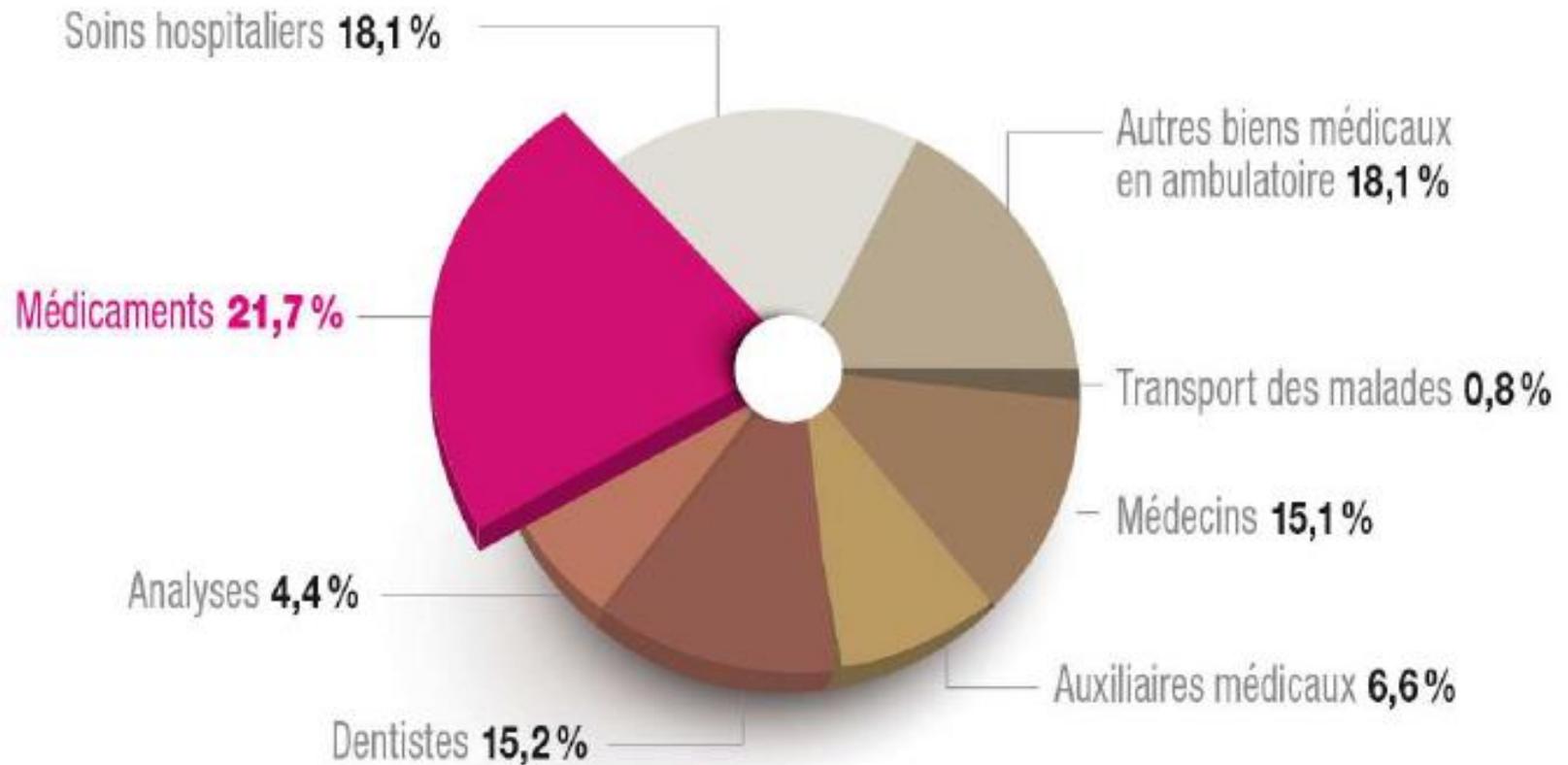
# Taux moyen de remboursement de l'Assurance Maladie \*



\*par rapport à la dépense présentée au remboursement en 2009, pour les assurés non ALD du régime général, tous risques

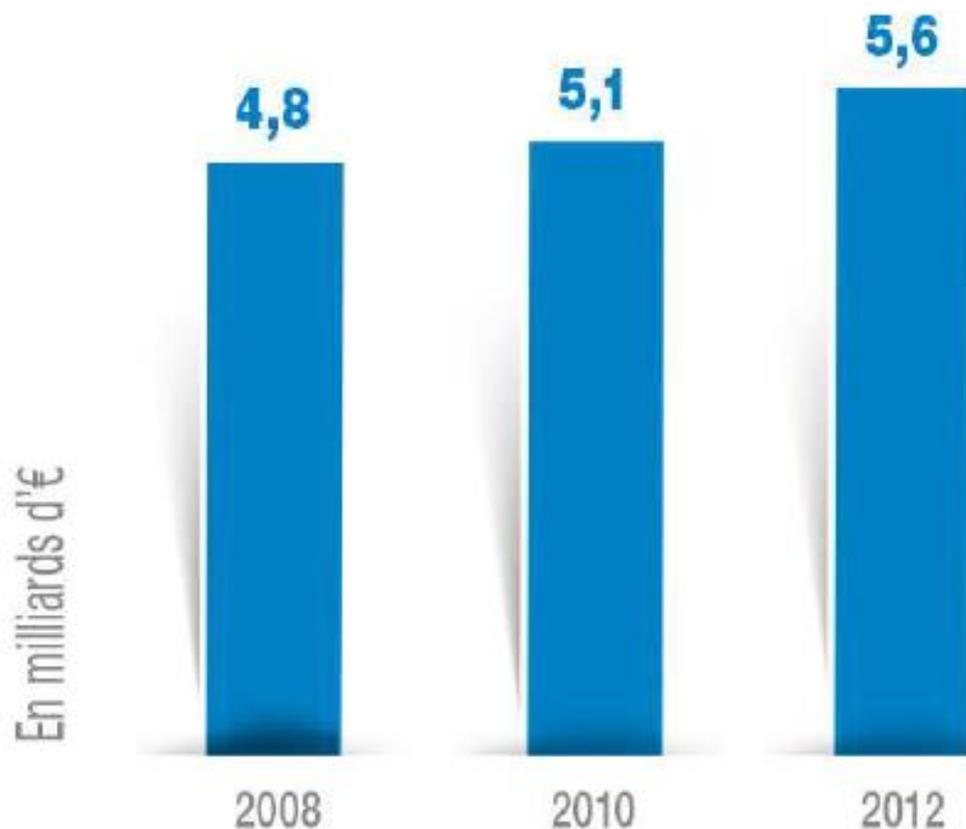
Source : DREES (Comptes nationaux de la santé 2010, septembre 2011)

# Répartition de la dépense des mutuelles en 2012



Source : DREES (Comptes nationaux de la santé 2012, septembre 2013)

# Le montant des dépenses en optique



Sources : DREES (Comptes nationaux de la santé 2012, septembre 2013)

# Le nombre d'organismes complémentaires

(rapport Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie – juillet 2013)

Tableau 1 - Nombre d'organismes d'assurance contrôlés par l'ACP (ou ACAM<sup>31</sup>)

	fin 2006	fin 2007	fin 2008	fin 2009	fin 2010	fin 2011
Code des assurances	407	389	386	368	357	351
sociétés d'assurance vie et mixte	115	109	106	103	102	103
sociétés d'assurance non-vie	263	252	252	244	235	229
IP (Code de la sécurité sociale)	66	63	61	56	53	51
Mutuelles livre II	1158	1070	973	844	719	672
dont mutuelles substituées	484	424	388	318	233	219
<b>Total</b>	<b>1631</b>	<b>1522</b>	<b>1420</b>	<b>1268</b>	<b>1129</b>	<b>1074</b>

Source : Rapports DREES, La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 2011 et 2012

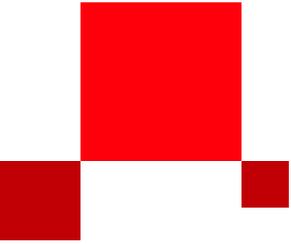
La concentration s'est exercée particulièrement en matière d'assurance santé depuis le milieu des années 1990, touchant en premier lieu les mutuelles.

Tableau 2- Nombre d'organismes exerçant une activité de complémentaire santé, finançant le Fonds CMU<sup>32</sup>

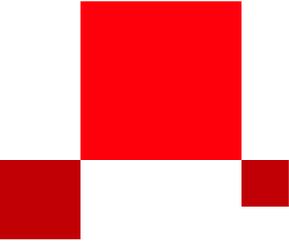
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sociétés d'assurance	117	122	115	109	107	99	93	93	93	94	96	96
IP	57	51	50	50	48	46	38	36	35	34	29	29
Mutuelles	1528	1371	1069	1015	919	849	811	751	657	589	560	512
<b>Total</b>	<b>1702</b>	<b>1544</b>	<b>1234</b>	<b>1174</b>	<b>1074</b>	<b>994</b>	<b>942</b>	<b>880</b>	<b>784</b>	<b>717</b>	<b>685</b>	<b>637</b>

Source : Fonds CMU, données 2012 provisoires

Enfin, au sein de l'activité d'assurance complémentaire santé, la concentration est renforcée par les rapprochements entre acteurs, y compris de familles différentes.

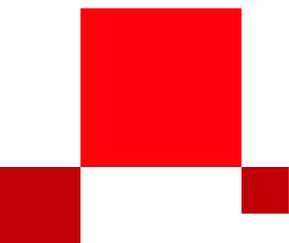


# L'offre de soins



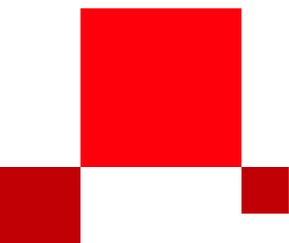
# L'offre de soins hospitalière

- Un système à trois composantes :
  - ▶ Public
  - ▶ Privé
  - ▶ Mixte
- Des règles communes



# L'offre de soins hospitalière

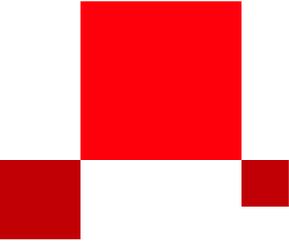
- **En France, coupure importante qui date des années 70 entre secteur sanitaire et médico-social**
- **Conséquences complexes à gérer**
- **Plusieurs types d'activité dans le sanitaire :**
  - ▶ **Les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique(MCO)**
  - ▶ **Les services de soins et de réadaptation (SSR)**
  - ▶ **Les établissements psychiatriques**



# L'offre de soins hospitalière

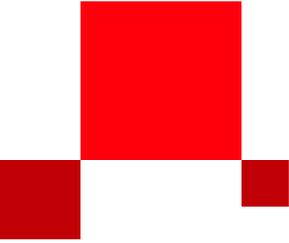
- ▶ Au 31/12/2011, on dénombre en France métropolitaine et dans les DOM (hors Mayotte) 2 694 établissements de santé
- ▶ 947 éta publics ;
- ▶ 700 éta privés à but non lucratif ;
- ▶ 1 047 éta privés à but lucratif (hors centres de dialyse, de radiothérapie et services de HAD).

➔ SSAM (Hospitalisation) : 111 établissements et services



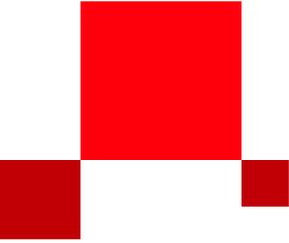
# L'offre de soins hospitalière

- **Des modèles de financement différents qui se sont succédé:**
- **Le prix de journée**
- **La dotation globale**
- **La T2A (en réalité système mixte)**



# L'offre de soins hospitalière

- **Des règles communes en matière de financement depuis les années 2000 qui ne distinguent plus selon la nature de la structure mais selon le type d'activité :**
- **Médecine Chir. Obstétrique financée en T2A**
- **Psy toujours financée en dotation**
- **SSR (*Services Soins et Réadaptation*) toujours financés en dotation**



# L'offre de soins hospitalière

## Gouvernance :

- **Complexité de l'organisation entre responsabilité administrative (directeur), médicale (commission médicale de l'établissement) et politique (conseil d'administration)**
- **HPST renforce théoriquement le pouvoir du directeur mais instaure une tutelle forte de l'établissement par le directeur de l'ARS (successeur de l'ARH)**

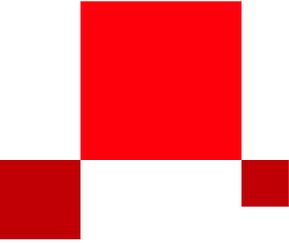
# L'offre de soins hospitalière

Capacité en lits et places par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2011

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2011	évolution 2010-2011	2011	évolution 2010-2011	2011	évolution 2010-2011	2011	évolution 2010-2011
<b>Hospitalisation partielle (en places)</b>	<b>38 862</b>	<b>2,9%</b>	<b>11 778</b>	<b>3,7%</b>	<b>14 512</b>	<b>3,7%</b>	<b>65 152</b>	<b>3,2%</b>
MCO	14 048	6,2%	2 741	7,9%	11 142	3,0%	27 931	5,0%
Psychiatrie	22 468	0,6%	5 030	0,0%	926	0,7%	28 424	0,5%
Soins de suite et réadaptation	2 346	7,0%	4 007	5,8%	2 444	8,3%	8 797	6,8%
<b>Hospitalisation complète (en lits)</b>	<b>258 156</b>	<b>-1,0%</b>	<b>57 717</b>	<b>-1,2%</b>	<b>98 522</b>	<b>0,9%</b>	<b>414 395</b>	<b>-0,6%</b>
MCO	149 256	-0,4%	18 262	-1,6%	55 990	-0,1%	223 508	-0,4%
Psychiatrie	37 823	-1,2%	7 094	-1,7%	12 040	2,5%	56 957	-0,5%
Soins de suite et réadaptation	41 354	0,6%	29 928	-0,5%	29 944	2,2%	101 226	0,7%
<b>Soins de longue durée (en lits)</b>	<b>29 723</b>	<b>-5,5%</b>	<b>2 433</b>	<b>-5,5%</b>	<b>548</b>	<b>0,0%</b>	<b>32 704</b>	<b>-5,4%</b>

Champ : France métropolitaine et DOM y compris Service de santé des armées (SSA).

Sources : DREES SAE 2010 et 2011, traitement DREES.



# L'offre de soins de ville

- ▶ **220 000 médecins en activité (inscrits à l'ordre salariés ou libéraux),**
- ▶ **40 000 chirurgiens dentistes**
- ▶ **595 000 infirmiers dont 93 000 libéraux**
- ▶ **100 000 auxiliaires médicaux (Kiné, orthoptistes, orthophonistes)**
- ▶ **Des accords conventionnels régissent les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé**

# L'offre de soins de ville

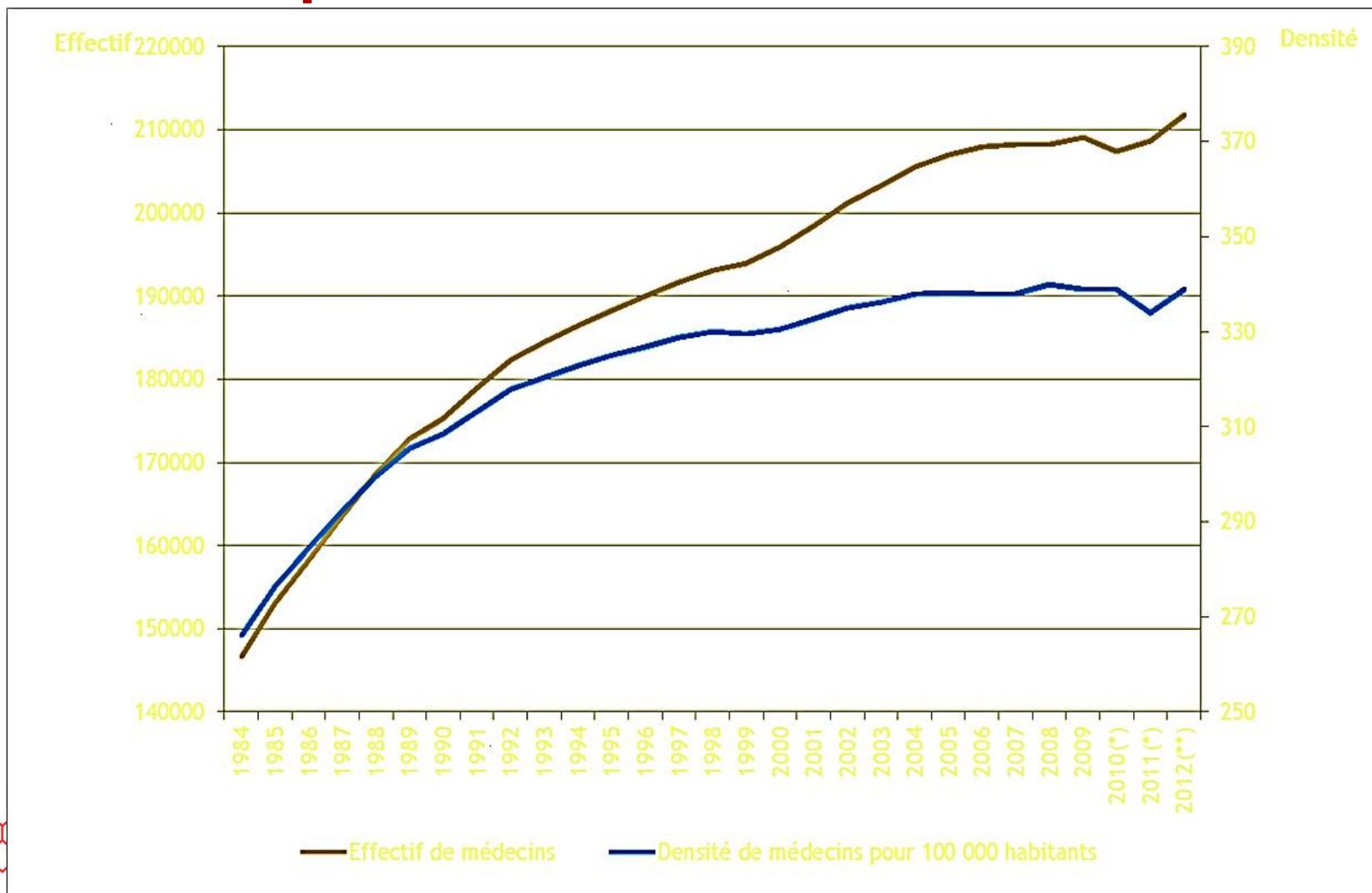
Effectifs de médecins par mode conventionnel (France métropolitaine) au 1er janvier

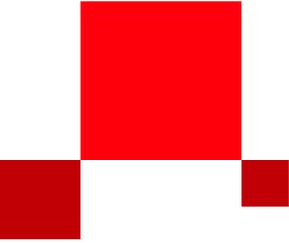
SNIR	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Evolution 2013/2012
<b>Omnipraticiens libéraux</b>	<b>60 949</b>	<b>60 761</b>	<b>60 975</b>	<b>61 294</b>	<b>61 359</b>	<b>61 315</b>	<b>60 974</b>	<b>60 422</b>	<b>60 043</b>	<b>-0,6%</b>
Secteur 1	51 873	52 136	52 602	53 289	53 562	53 734	53 662	53 407	53 331	-0,1%
Secteur 2	8 376	7 866	7 552	7 196	7 010	6 798	6 556	6 279	5 992	-4,6%
DP *	53	34	28	24	24	21	16	16	12	-25,0%
Non conventionnés	647	725	793	785	763	762	740	720	708	-1,7%
<b>Spécialistes libéraux</b>	<b>53 293</b>	<b>53 104</b>	<b>53 651</b>	<b>54 315</b>	<b>54 464</b>	<b>54 663</b>	<b>54 701</b>	<b>54 571</b>	<b>54 551</b>	<b>0,0%</b>
Secteur 1	33 157	32 769	32 597	32 503	32 303	32 156	31 951	31 586	31 261	-1,0%
Secteur 2	19 047	19 511	20 387	21 262	21 657	22 047	22 322	22 581	22 922	1,5%
DP *	1 005	725	539	411	360	316	272	242	209	-13,6%
Non conventionnés	84	99	128	139	144	144	156	162	159	-1,9%
<b>ADELI - RPPS</b>	<b>2002</b>	<b>2004</b>	<b>2006</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Evolution 2013/2012</b>
Médecins libéraux et mixtes	119 136	120 584	121 634	122 145	122 496	122 778	122 791	126 952	127 244	0,2%
Médecins salariés	79 564	82 903	85 643	86 104	86 647	84 679	85 936	84 868	85 983	1,3%
dont salariés hospitaliers	56 518	59 130	61 797	63 628	63 580	60 697	62 014	57 432	60 433	5,2%
<b>Ensemble</b>	<b>198 700</b>	<b>203 487</b>	<b>207 277</b>	<b>208 249</b>	<b>209 143</b>	<b>207 457</b>	<b>208 727</b>	<b>211 820</b>	<b>213 227</b>	<b>0,7%</b>

\* DP : droit permanent à dépassement ; dispositif supprimé en 1980 et remplacé depuis par le secteur 2.

Sources : CNAMTS, SNIR pour les médecins libéraux ; DREES, ADELI 2002-2011 et RPPS 2012-2013.

# démographie et effectifs des professionnels de santé en France

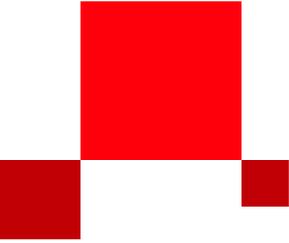




# démographie et effectifs des professionnels de santé en France

## La féminisation des médecins

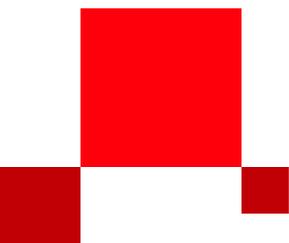
- ▶ 41 % des médecins en 2012, contre 30% en 1990
- ▶ 56% des médecins de moins de 45 ans
- ▶ Plus de 60% des internes en formation



# démographie et effectifs des professionnels de santé en France

## La répartition par secteur d'activité :

- ▶ **46 % libéraux exclusifs**
- ▶ **41 % salariés exclusifs (dont : 26% salariés hospitaliers, 8% salariés non soignants, 6% salariés non hospitaliers)**
- ▶ **8 % mixtes**
- ▶ **5 % remplaçants**

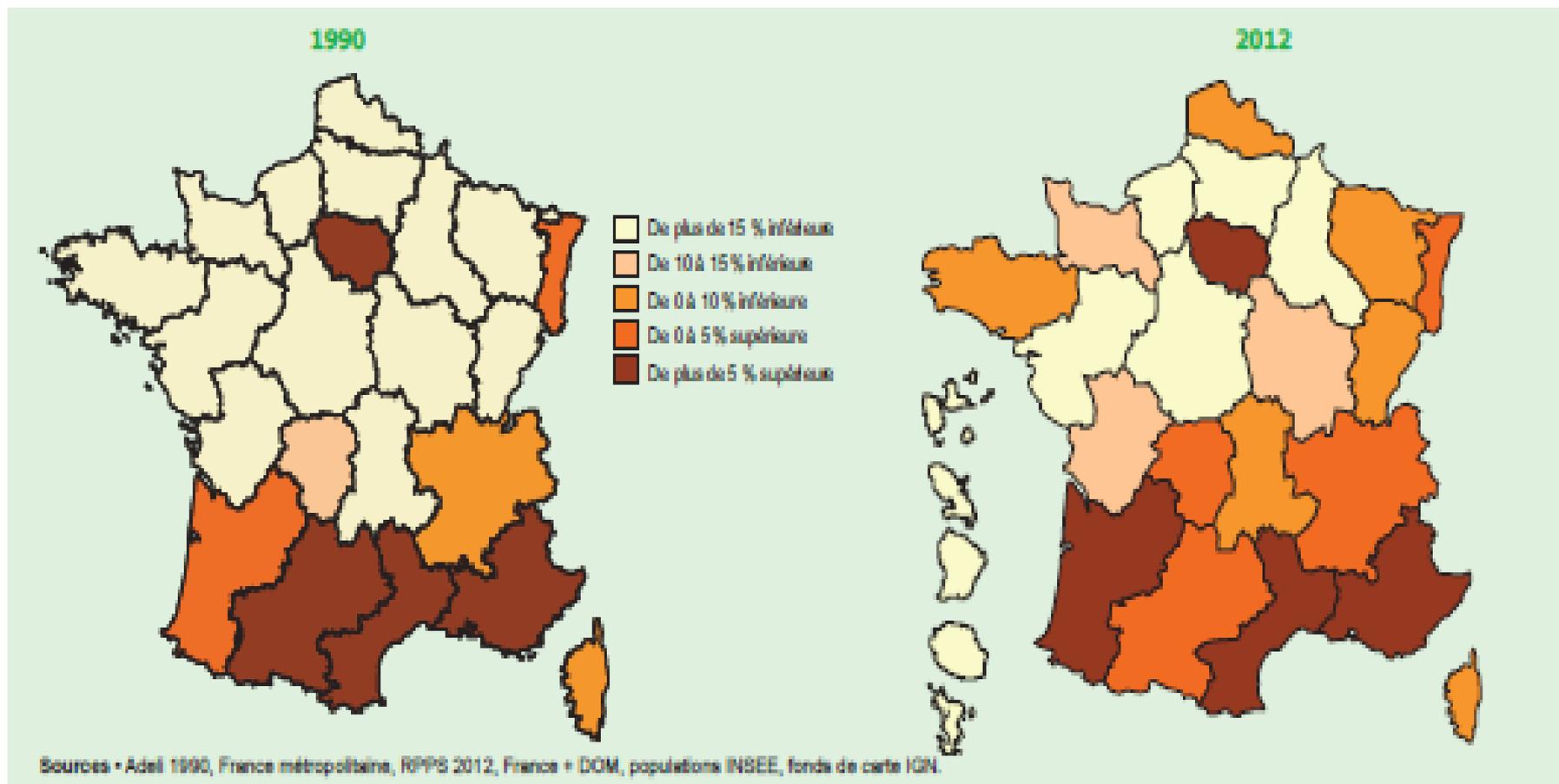


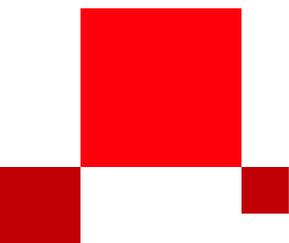
# démographie et effectifs des professionnels de santé en France

**Les inégalités de répartition géographique des médecins diminuent sur 20 ans**

- ▶ **La répartition des médecins sur le territoire a évolué de 1990 à 2012. En 1990, la majeure partie de la moitié nord du territoire se démarquait du sud par des densités inférieures d'au moins 15% à la densité moyenne nationale.**
- ▶ **En 2012, la distinction nord-sud reste présente mais nettement moins marquée et seules cinq régions métropolitaines de la moitié nord conservent des densités inférieures d'au moins 15% de la moyenne contre 10 en 1999.**
- ▶ **Entre 1990 et 2012, l'indice de Theil mesurant les inégalités régionales a baissé de moitié. Les inégalités de répartition des médecins entre départements ont également diminué sur la période.**

# démographie et effectifs des professionnels de santé en France



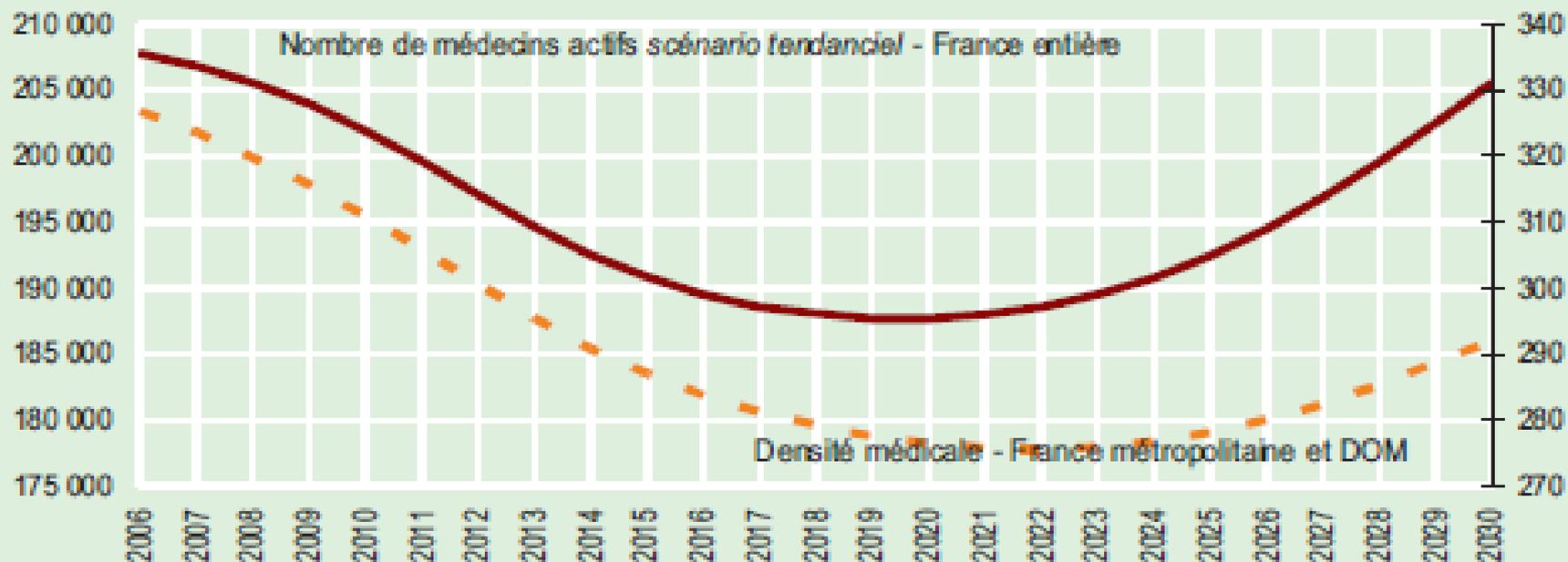


# démographie et effectifs des professionnels de santé en France

Étude DREES

- ▶ Les médecins généralistes libéraux sont installés là où se trouvent les populations
- ▶ Le niveau de leur adéquation avec la population (3e équipement) est proche de celui observé pour les salons de coiffure (2e équipement) ou les boulangeries (4e équipement)
- ▶ Les médecins généralistes libéraux de moins de 40 ans sont moins en adéquation avec la population que leurs aînés
- ▶ Les jeunes médecins généralistes sont plus concentrés et aussi plus proches des professions paramédicales que leurs aînés

# démographie et effectifs des professionnels de santé en France

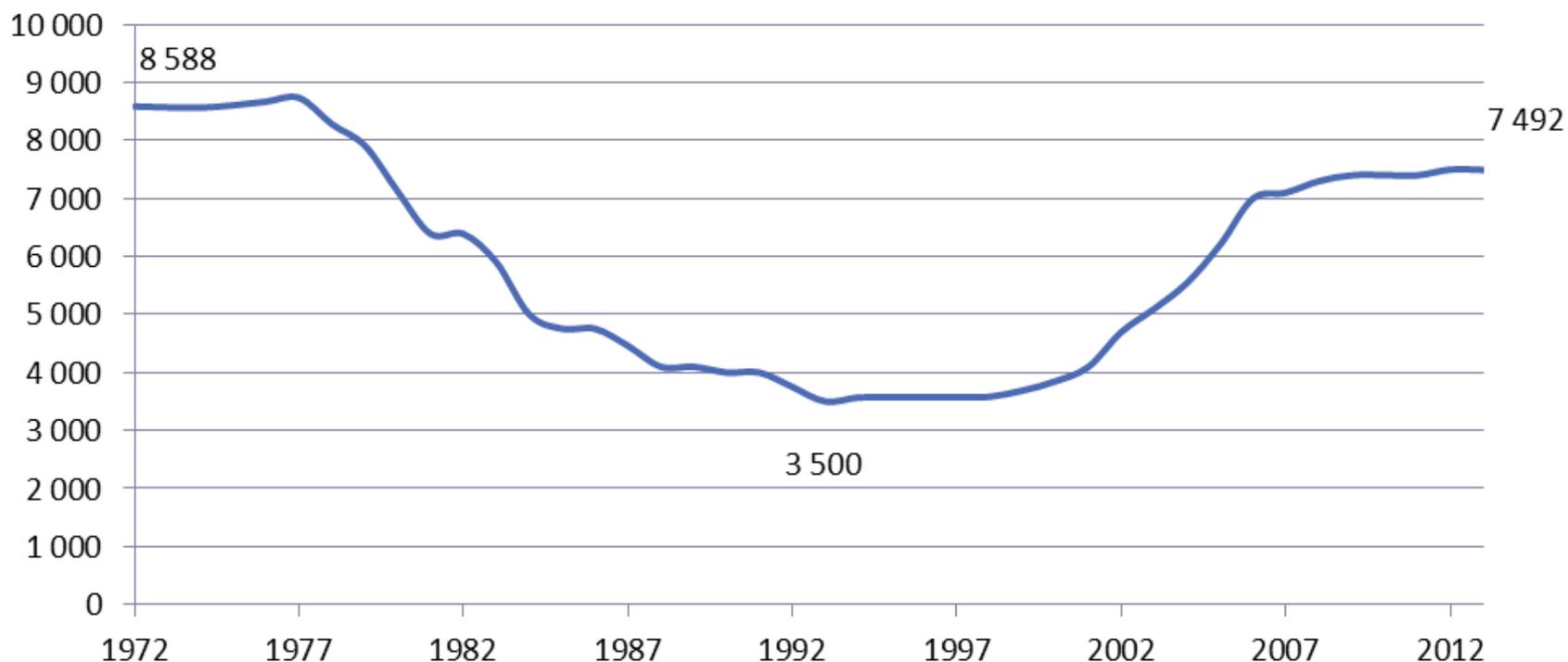


**Champ** • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

**Sources** • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

# démographie et effectifs des professionnels de santé en France

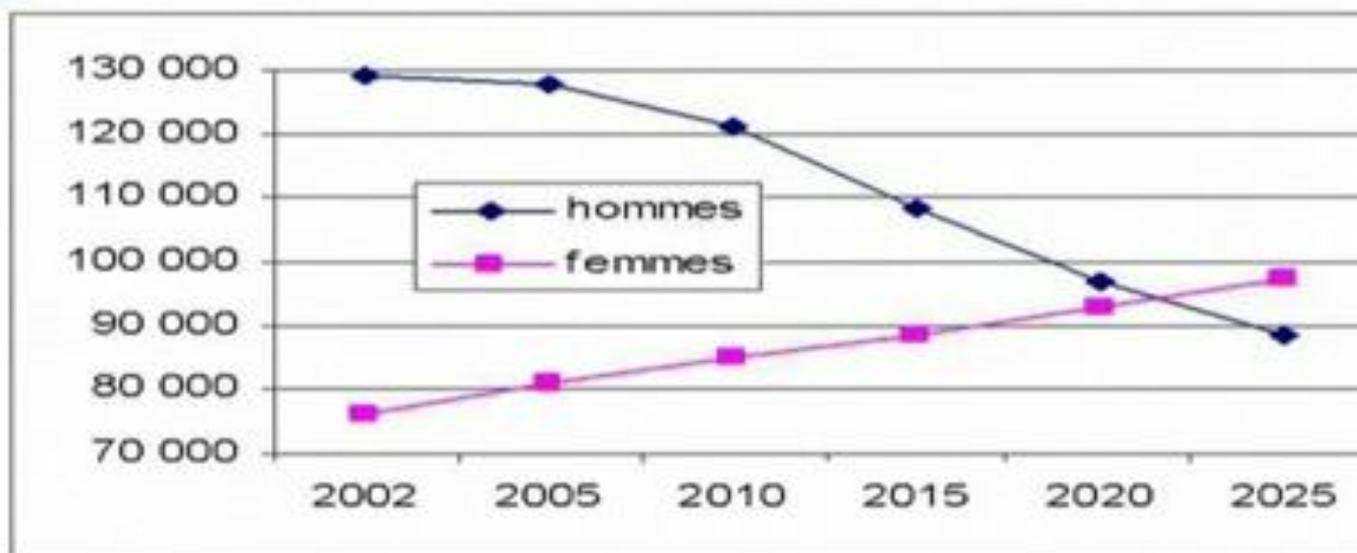
Evolution du numerus clausus médecine depuis 1972



Champ : France entière - Source : DGOS

# démographie et effectifs des professionnels de santé en France

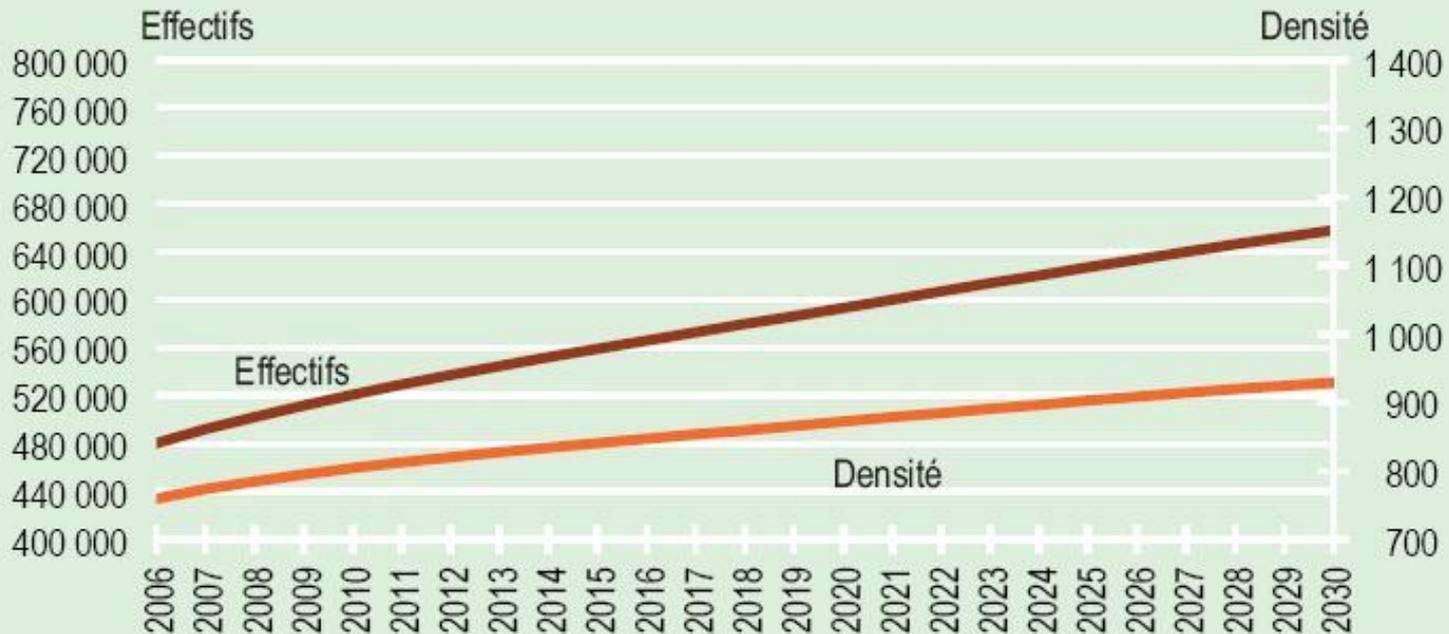
Évolution du nombre de médecins par sexe



Sources : Adeli , projections DREES

# démographie et effectifs des professionnels de santé en France

## Évolution du nombre et de la densité d'infirmiers en activité, d'après le scénario tendanciel



**Champ** • Infirmiers en activité âgés de 18 à 65 ans, France entière.

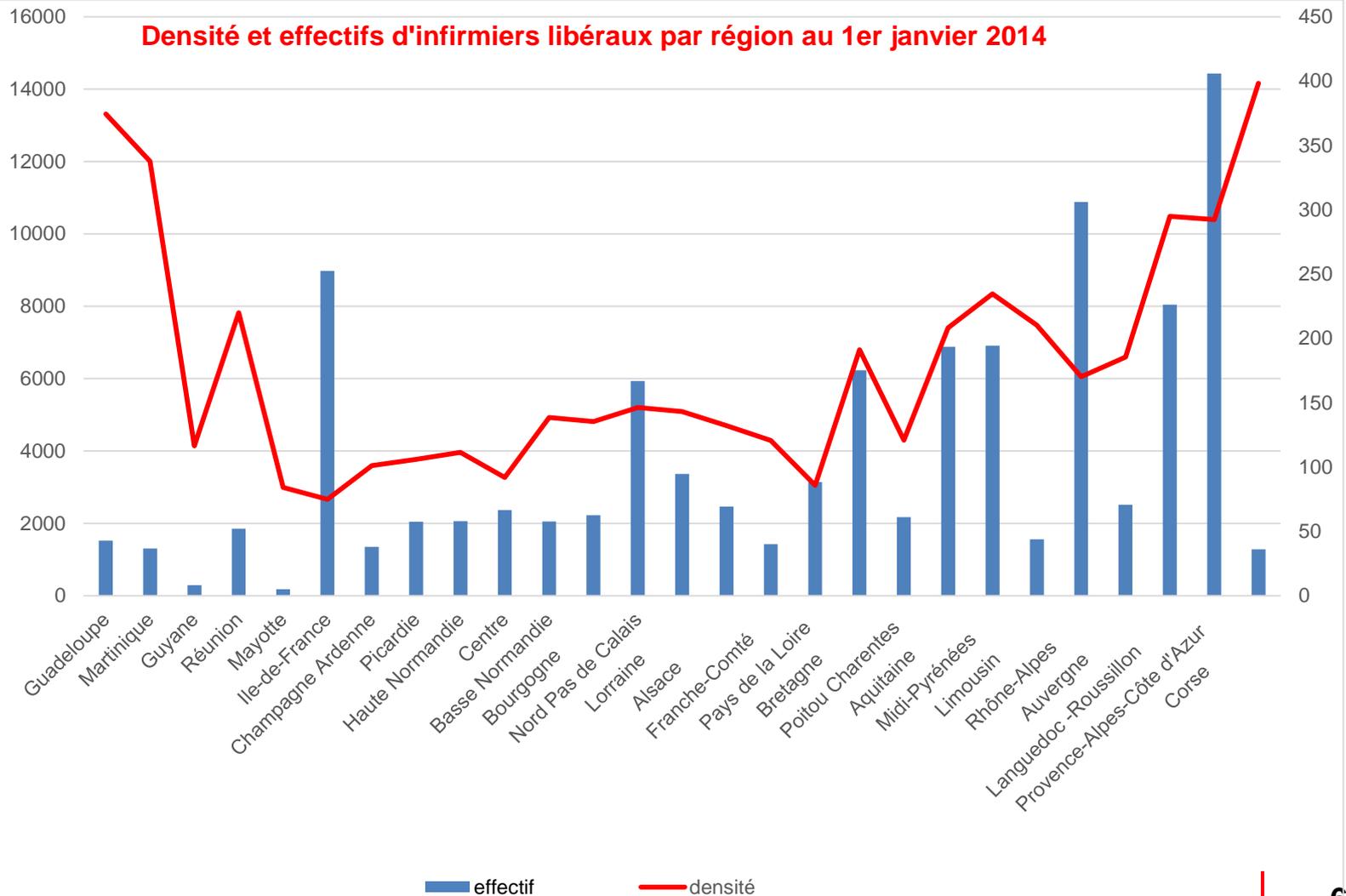
**Sources** • INSEE, recensement de la population 2006 ; INSEE, projections de population ; projections DREES.

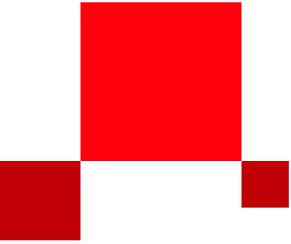
# démographie et effectifs des professionnels de santé en France

## *Zoom sur les infirmières libérales en France*

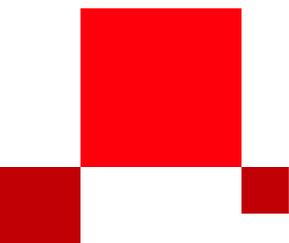


# démographie et effectifs des professionnels de santé en France





# Les principales réformes



# Les principales réformes

## La réforme de l'assurance maladie Objectifs de la loi du 13 août 2004

- ▶ faire face à la crise financière très importante que traversait l'assurance maladie
- ▶ réaliser des économies sur les dépenses et des recettes supplémentaires (respectiv. 10 Mds € et 5 Mds € à l'horizon 2007)
- ▶ modifier l'organisation du système de soins et le comportement des acteurs.
- ▶ réformer la «gouvernance» du système afin d'améliorer son pilotage.

# La réforme de l'assurance maladie

## Les points clés en matière de prestations

### Le médecin traitant, le parcours coordonné :

- ▶ personnes concernées : les personnes de 16 ans et +
- ▶ désignation par formulaire, modifiable à tout moment
- ▶ le MT peut être généraliste ou spécialiste, médecins hospitaliers ou d'un centre de santé mutualiste, exercer en S1 ou 2.
- ▶ mission : assurer leur orientation dans le système de soins, centraliser des données médicales sur chaque patient
- ▶ le MT oriente le malade vers un médecin correspondant (spécialiste ou généraliste) dans le respect du libre choix
- ▶ pas d'obligation en cas d'urgence ou d'éloignement géographique (mission, vacances...)

# La réforme de l'assurance maladie

## Les points clés en matière de prestations

### Le médecin traitant, le parcours coordonné :

si le patient ne le respecte pas : pénalités financières

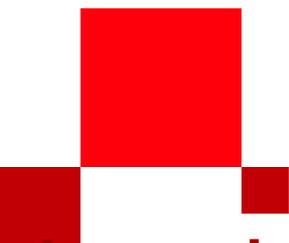
- ▶ dépassements d'honoraires (y compris en S1) limités à + 17,5 % par rapport à la BRSS (*base remboursement sécurité sociale*)
- ▶ baisse du taux de remboursement : 30% au lieu de 70%
- ▶ les contrats complémentaires «responsables» ne doivent pas prendre totalement en charge cette hausse du TM : une franchise de 8 € doit rester à charge
- ▶ des spécialités restent en accès direct sans pénalités pour le patient : ophtalmologie, gynécologie, neuro-psychiatrie, et psychiatrie pour les –de 26 ans

# La réforme de l'assurance maladie

## Les points clés en matière de prestations

### Participation forfaitaire :

- ▶ **1 € par acte médical** : contribution forfaitaire due *pour chaque acte ou pour chaque consultation [...] réalisé par un médecin en ville, dans un établissement ou dans un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation* » pour un patient de **18 ans et plus**. Les actes de biologie sont aussi concernés contrairement aux prélèvements.
- ▶ exclusions : femmes enceintes de plus de 6 mois, les ayants droit de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMUC ou AME
- ▶ ne s'applique pas aux soins des chirurgiens-dentistes, SF et des auxiliaires médicaux contrairement à ceux des stomatologistes, aux soins en établissement, aux majeurs d'actes
- ▶ y sont soumis les patients ALD, les titulaires du minimum vieillesse et les victimes d'AT/MP.
- ▶ contribution plafonnée par décret à 50 actes par an, et pour chaque patient, à 4 € par PS et par jour
- ▶ non prise en charge par les contrats responsables

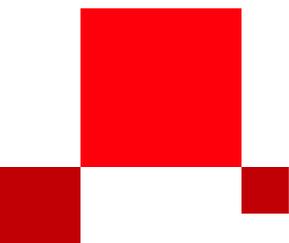


# La réforme de l'assurance maladie

## Les points clés en matière de prestations

### Les franchises :

- ▶ 50 centimes d'euros par conditionnement de médicament et par acte paramédical et 2 euros par transport sanitaire.
- ▶ Applicables au 1/1/2008.
- ▶ Exonérations : bénéficiaires de la CMUC, les enfants –de 16 ans, les femmes enceintes, actes et médicaments pendant hospit transports en urgence
- ▶ Plafond global de 50 euros par an / 4 e par jour sauf médicaments
- ▶ Non prise en charge par les contrats responsables

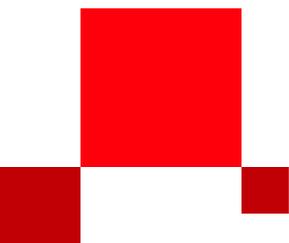


# La réforme de l'assurance maladie

## Les points clés en matière de prestations

### Le contrat responsable paru au JO du 30/9/2005

- ▶ **Parcours de soins coordonnés : des obligations**
- ▶ **Prise en charge «d'au moins 30%» du tarif opposable des consultations du Médecin traitant**
- ▶ **Remboursement «d'au moins 30 %» des médicaments à vignette blanche (reste à charge maximum : 5 %)**
- ▶ **Prise en charge «d'au moins 35%» du tarif pour les actes d'analyse et de biologie prescrit par le médecin traitant (reste à charge maximum : 5%).**
- ▶ **Prise en charge intégrale du ticket modérateur pour «au moins» 2 prestations de prévention dans une liste fixée par arrêté.**

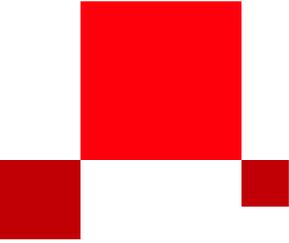


# Les principales réformes

## La loi HPST (*Hôpital, Patients, Santé, Territoire*) 21/07/2009

### **Titre I : La modernisation des établissements de santé**

- ▶ **Améliorer le fonctionnement des établissements**
- ▶ **Améliorer la qualité de la prise en charge et de la sécurité des soins**
- ▶ **Améliorer les outils de coopération entre établissements**
- ▶ **Améliorer la performance des établissements**

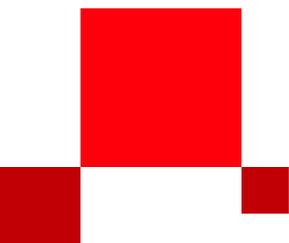


# La réforme de l'assurance maladie

## Les points clés en matière de prestations

### Le contrat responsable paru au JO du 30/9/2005

- ▶ Hors parcours de soins coordonnés : des interdictions
- ▶ Non prise en charge de la majoration du ticket modérateur sur les consultations effectuées hors parcours
- ▶ Non remboursement d'une franchise de 8 euros sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par les spécialistes hors parcours. (correspond au dépassement maximal autorisé par la convention médicale pour les spécialistes de secteur 1 avec application du taux de remboursement à 70%).
- ▶ Non prise en charge des différentes franchises

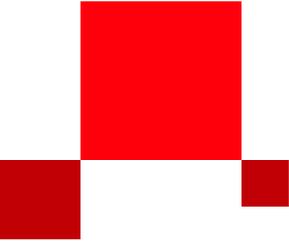


# Les principales réformes

## La loi HPST (*Hôpital, Patients, Santé, Territoire*) 21/07/2009

Une loi : 4 titres

- ▶ **Titre I** : La modernisation des établissements de santé
- ▶ **Titre II** : L'amélioration de l'accès à des soins de qualité
- ▶ **Titre III** : La prévention et la santé publique
- ▶ **Titre IV** : L'organisation territoriale du système de santé

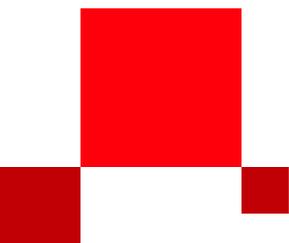


# Les principales réformes

## La loi HPST (*Hôpital, Patients, Santé, Territoire*) 21/07/2009

### **Titre II : L'amélioration de l'accès à des soins de qualité**

- ▶ **Organisation de l'offre de soins en fonction des niveaux de recours et des besoins de santé**

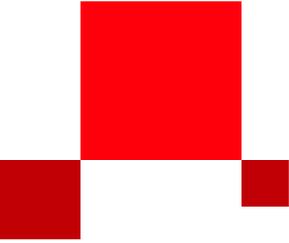


# Les principales réformes

## La loi HPST (*Hôpital, Patients, Santé, Territoire*) 21/07/2009

### Titre III : La prévention et la santé publique

- ▶ l'éducation thérapeutique du patient
- ▶ l'interdiction et/ou l'encadrement de la vente d'alcool et de tabac pour protéger les plus jeunes.

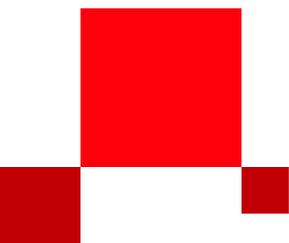


# Les principales réformes

## La loi HPST (*Hôpital, Patients, Santé, Territoire*) 21/07/2009

### **Titre IV : L'organisation territoriale du système de santé**

- ▶ Les ARS (agences régionales de santé)
- ▶ La politique régionale de santé
- ▶ La déclinaison régionale de la politique de santé
- ▶ Les systèmes d'information de santé, un des leviers majeurs des ARS.

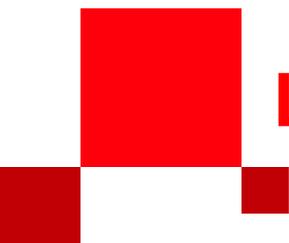


# Les évolutions structurelles du secteur :

## ANI du 11.01.2013

**Deux articles ont un impact direct sur les mutuelles**

- ▶ **Article 1 : Extension de la couverture complémentaire des frais de santé : l'ensemble des salariés doivent bénéficier d'une couverture collective obligatoire au plus tard au 1er janvier 2016.**
- ▶ **Article 2 : Généralisation du système de mutualisation du financement du maintien des garanties de couverture des frais de santé et de prévoyance pour les demandeurs d'emploi (extension de la portabilité).**



# **Les évolutions structurelles du secteur : ANI**

## **du 11.01.2013**

**Transcription dans la loi de l'accord national  
interprofessionnel du 11 janvier 2013 → loi de sécurisation de  
l'emploi promulguée en juin 2013**

**Ré-introduction de la clause de désignation**

**Censurée par le Conseil constitutionnel qui a jugé que les  
clauses de désignation « *portent à la liberté d'entreprendre et  
à la liberté contractuelle une atteinte disproportionnée au  
regard de l'objectif poursuivi de mutualisation des risques.* »**

**(avis du 13/06)**



**PLFSS 2014 : jeu du forfait social, de nouveau censuré par le  
conseil constitutionnel**

# Les évolutions structurelles du secteur : ANI du 11.01.2013

**Généralisation de la couverture collective obligatoire complémentaire santé à tous les salariés**

## **Etat du droit**

**La mise en œuvre d'une couverture collective obligatoire relève de la libre décision soit des partenaires sociaux représentatifs au niveau de la branche ou de l'entreprise soit de l'employeur.**



## **Les nouvelles dispositions**

**La mise en œuvre obligatoire d'une couverture collective pour tous les salariés via une négociation au niveau de la branche ou de l'entreprise ou à défaut couverture minimale par décision unilatérale de l'employeur.**

# Les évolutions structurelles du secteur : ANI du 11.01.2013

Avant le 1er juin 2013

Ouverture des négociations  
au niveau des branches  
professionnelles

Au 1er juillet 2014 :  
Absence d'accord de branche

Ouverture des  
négociations dans le  
cadre de la  
négociation annuelle  
obligatoire sur la  
prévoyance dans les  
entreprises où existe  
un délégué syndical

Au 1er janvier 2016 :  
Absence d'accord d'entreprise

Obligation pour toutes  
les entreprises de faire  
bénéficier leurs  
salariés d'une  
couverture minimale  
de frais de santé par  
décision unilatérale de  
l'employeur

# Les évolutions structurelles du secteur : ANI du 11.01.2013

**La portabilité des droits santé et prévoyance pour les demandeurs d'emploi est élargie**

**Etat du droit aujourd'hui**

***L'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 :***

**Maintien de la garantie santé et prévoyance pour les demandeurs d'emploi indemnisés jusqu'à 9 mois.**



**Loi de sécurisation de l'emploi  
Fixation à 12 mois maximum la durée de maintien.**

# Les évolutions structurelles du secteur : ANI du 11.01.2013

## Les modalités de choix de l'opérateur

### Etat du droit aujourd'hui

L'alinéa 1 de l'article L912.1 du code de la Sécurité sociale est le fondement de la clause de désignation pour les accords collectifs.



### Les dispositions de l'accord

Les partenaires sociaux privilégient la liberté de choix. Ils pourront, s'ils le souhaitent, recommander de s'adresser à un ou plusieurs organismes.

### La loi de sécurisation de l'emploi

Nouvelle rédaction qui maintient la clause de désignation, permet la recommandation et instaure une procédure de mise en concurrence. → censurée par le conseil constitutionnel

# Les évolutions structurelles du secteur : ANI du 11.01.2013

## La définition d'une couverture minimale

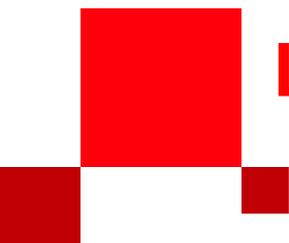
### Les dispositions prévues par l'ANI

- ▶ Un panier de soins : niveau minimal de garanties – décret n°2014-1025 du 08/09/2014
  - 100 % de la base de remboursement des consultations, actes techniques, pharmacie en ville et à l'hôpital, forfait journalier hospitalier,
  - 125 % de la base de remboursement des prothèses dentaires et un forfait optique de 100 € par an.



### La loi de sécurisation de l'emploi

- ▶ Un niveau minimum de prise en charge par prestations sera précisé par décret
- ▶ Les nouveaux contrats collectifs obligatoires devront répondre aux critères des contrats solidaires et responsables



# **Les évolutions structurelles du secteur : ANI**

## **du 11.01.2013**

**Les catégories de salariés dispensées de l'obligation d'affiliation**

**Les dispositions prévues par l'ANI**

**Les accords préciseront, le cas échéant, les cas de dispenses d'affiliation tels que définis à l'article R.242-1-6 du code de la Sécurité sociale**



**La loi de sécurisation de l'emploi**

**Les accords devront prévoir les cas pouvant justifier une dispense d'affiliation à l'initiative des salariés.**

# Les évolutions structurelles du secteur : ANI du 11.01.2013

## Le financement de la complémentaire

### Les pratiques actuelles

Une prise en charge minimale par l'employeur de 20%,  
pouvant être différente selon des catégories objectives de  
salariés.



### La loi de sécurisation de l'emploi

Une prise en charge minimale par l'employeur de 50%.

# Les évolutions structurelles du secteur : ANI du 11.01.2013

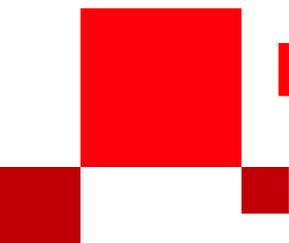
## Evaluation des impacts financiers pour les acteurs privés et publics

### ► Pour la Sécurité sociale :

- Généralisation de la complémentaire santé en entreprise : entre 300 et 430 M€
- La portabilité : 75 à 110 M€

► Coût global pour les finances publiques : de l'ordre de  
2 Md€.

► Coût éventuel pour les entreprises : 2 à 3 Md€.



# Les évolutions structurelles du secteur : ANI

## du 11.01.2013

### Position de la Mutualité Française

- ▶ **Les dispositions de la loi de sécurisation de l'emploi constituent indéniablement une avancée économique individuelle pour ceux qui en bénéficieront.**
- ▶ **Pour autant, elles ne peuvent être considérées comme une réponse à l'engagement du Président de la République d'une généralisation de l'accès à une complémentaire santé pour tous.**

# Les évolutions structurelles du secteur : ANI du 11.01.2013

## Position de la Mutualité Française

► Ces dispositions doivent s'inscrire dans une généralisation de la complémentaire santé accompagnée :

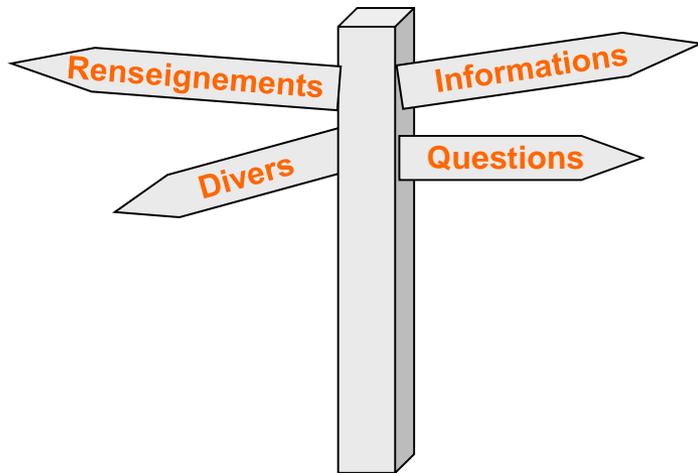
1. d'un renforcement des règles des contrats solidaires et responsables pour que seuls ces contrats bénéficient des aides sociales et fiscales ;
2. d'une redéfinition des rôles respectifs de l'assurance maladie et des mutuelles et autres acteurs de l'assurance maladie complémentaire ;
3. d'une mise en cohérence de la fiscalité et des aides directes et indirectes accordées au financement de la complémentaire santé.

# Les évolutions structurelles du secteur : ANI du 11.01.2013

## Position de la Mutualité Française

- ▶ L'objectif prioritaire doit d'être d'offrir l'accès à une complémentaire à la population dépourvue de toute garantie.
- ▶ 3 millions de personnes dépourvues de mutuelle : personnes en dehors du monde du travail, jeunes, salariés en situation de rupture professionnelle, personnes en situation de handicap, retraités.
- ▶ Leurs difficultés d'accès aux soins ne sauraient rester sans réponse, pas plus que les disparités existant entre les différents contrats.

**Pour aller plus loin**



**MUTUALITÉ  
FRANÇAISE**

**Les services de la FNMF**

SVP fédéral

Tél : 01.40.43.33.00

**franck.villeminot@mutualite.fr**

Tél : 01.40.43.62.48

**www.mutweb.fr (intranet élu)**

**www.mutualite.fr (site grand public)**