



CLUB DE LA PRESSE.

MARDI 23 NOVEMBRE 2010.
LIMOGES.

39 avenue Garibaldi – 87000 LIMOGES
05.55.33.96.30
www.mutualitefrancaiselimousin.fr

Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2011 et impact pour les mutuelles.

Le gouvernement prépare un plan d'économie de 2,4 milliards d'euros.
L'incidence pour les mutuelles et leurs adhérents est importante.



Les mutuelles, plus taxées que le hamburger.

Confronté à un déficit des comptes sociaux abyssal, le gouvernement adopte un Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2011 foncièrement irresponsable et injuste.

Au lieu d'ouvrir le dossier urgent de la réforme du financement de l'assurance maladie, le gouvernement a en effet décidé des mesures totalement inappropriées, dans une logique strictement comptable et de court terme, qui ne réussiront qu'à pénaliser les assurés sociaux.

La remise en cause de l'exonération de la taxe sur les contrats responsables, à hauteur de 3,5%, n'est rien d'autre qu'une augmentation indirecte des prélèvements obligatoires. La Mutualité Française défend par conséquent avec force le principe de l'exonération de cette taxe instauré par la loi du 13 août 2004 qui :

- concourt à la régulation des dépenses de santé en modérant la dépense et en encourageant l'efficience ;
- favorise l'accès aux soins en particulier des plus démunis.

En revanche, la suppression de l'exonération de la TCA (Taxe sur les Conventions d'Assurance) :

- pèsera encore plus sur le budget des ménages ;
- portera un risque majeur de démutualisation par renoncement à l'acquisition d'une complémentaire santé ;
- accroîtra les inégalités sociales devant les charges sociales car réduire l'exonération pénalise davantage les ménages à faibles revenus, rompt l'égalité de traitement devant la charge de financement de la protection sociale et ne règle pas la question de la rénovation du financement global du risque maladie.

En outre, le gouvernement prépare pour 2011 un plan d'économies de 2,4 milliards d'euros sur les dépenses d'assurance maladie avec 340 millions de transferts directs de la Sécurité sociale vers les complémentaires.

Parmi les mesures annoncées :

- une diminution de 5% du remboursement sur les médicaments à vignette bleue et des dispositifs médicaux (valves cardiaques, attelles, pansements, etc.) ;
- le relèvement de 91 à 120 € du seuil de la contribution des malades sur les actes médicaux coûteux ;
- la création d'un forfait « bandelettes d'auto test » pour les diabétiques non insulino-dépendants ;
- la sortie de l'hypertension artérielle isolée de la liste des affections longue durée ;
- la fin de la prise en charge systématique des dépenses de transports...

Contrairement à ce que le gouvernement a affirmé, les « mutuelles santé » n'ont pas la possibilité d'absorber les hausses de charges induites par le projet de loi de financement. Le budget d'une mutuelle n'est rien d'autre que la somme des cotisations de ses adhérents : il est géré à l'équilibre et les mutuelles ne fonctionnent pas à crédit, contrairement à la Sécurité sociale.

Taxe CMU portée à 5,9% il y a deux ans, taxe sur les contrats responsables à 3,5% cette année : la santé des Français est taxée près de deux fois plus que l'hôtellerie-restauration.

Aujourd'hui, pour 80% des Français, qui ne sont pas en affection de longue durée, la réalité du remboursement de l'assurance maladie n'est plus que de 1 euro sur 2. La santé n'est plus un droit puisque son coût devient insupportable pour un nombre toujours plus important de nos concitoyens.

Cette situation porte en germe une régression sociale majeure et la Mutualité Française sera force de propositions le moment venu.

Pour les complémentaires, les adhérents et les malades

Ce qui est envisagé :	Les conséquences pratiques :	Economies ou gains réalisés pour l'Assurance Maladie :	Transfert vers les complémentaires ou nouveaux coûts :	Incidences pour les mutuelles, pour les adhérents :	Incidences pour notre système de soins
Taxe sur les Contrats d'Assurance pour les mutuelles, même dans le cadre d'un contrat « responsable »	Taxe de 3,5% sur les contrats d'assurance. Les mutuelles, sociétés de personnes et non pas de capitaux, bénéficiant d'une fiscalité spécifique, ont toujours été exonérées de cette taxe. Par la suite, la fiscalité évoluant cette exonération valait pour les mutuelles qui respectaient dans leurs contrats « le parcours de soins (voir dernière colonne).	Gains de 1,1 milliards d'euros.	Coût : 1,1 milliard d'euros.	Répercussion du surcoût vers les adhérents obligatoire.	L'exonération fiscale de la taxe des conventions d'assurance visait à encourager les complémentaires à proposer des garanties favorisant la coordination des soins, le respect du parcours de soins. Les contrats des mutuelles obtenaient alors le label de « contrat responsable » et contribuaient à mettre en œuvre la politique de santé voulue par le gouvernement et le parlement. La suppression de l'exonération aura pour conséquence de déréguler encore le système de santé et de nuire au passage chez le médecin traitant, puisque les complémentaires ne seront plus tenues d'exclure les franchises de leurs contrats.
Hausse de 5 points du Ticket modérateur sur vignettes bleues à SMR modéré (Service Médical Rendu).	Ces médicaments passeraient d'un taux de remboursement de 35 à 30% par l'assurance maladie.	Economies de 95 millions d'euros.	95 millions d'euros.	- Augmentation des remboursements complémentaires ; - Quelle politique du médicament ?	Complexité de la politique du médicament incomprise par les assurés : médicaments à 15%, à 30 ou 35%, à 65% à 100% (médicaments onéreux) et médicaments non remboursés... Dans un contexte où la France est championne du monde en terme de consommation de médicaments, on joue le jeu de qui ?
Hausse de 5 points du Ticket modérateur sur des dispositifs médicaux.	Dispositifs médicaux concernés : valves cardiaques, attelles, pansements... dont le taux de pris en charge de l'assurance maladie passerait de 65 à 60%.	Economies de 100 millions d'euros.	100 millions d'euros.	- Augmentation des remboursements complémentaires.	Quelle accessibilité à ce type de soins au regard du contrat de la personne ?
Le relèvement de 91€ à 120€ le seuil de contribution des malades sur les actes médicaux coûteux, réalisée en ville ou à l'hôpital.	Rappel : depuis janv. 2007 tout acte médical supérieur à 91€ entraîne un forfait à la charge du patient de 18€ (= 20% de 91%). Ce seuil passerait à 120€ mais le forfait pourrait alors atteindre 24€ (= 20% de 120€).	Economies de 70 millions d'euros.	70 millions d'euros.	- La prise en charge par les mutuelles est indispensable ; - Le surcoût est important ; - Des mutuelles pourraient être tentées de placer ce dispositif en option.	Question de l'accessibilité aux soins.
Création d'un forfait pour les bandelettes d'auto test destinées aux diabétiques non-insulodépendants.	Ce forfait serait médicalisé donc établi en fonction de l'état de santé du patient et conforme aux recommandations de la HAS (Haute Autorité en Santé).	Economies de 35 millions d'euros.	35 millions d'euros au plus.	Les mutuelles doivent-elles prendre le relai ? Quel impact en terme de prévention ?	Une question de santé publique : incidence sur l'absence de suivi ?
Sortie de l'hypertension artérielle isolée de la liste des ALD pour les nouveaux patients (Affection Longue Durée).	Plus de prise en charge à 100% de ces patients. La ministre de la santé a fait valoir que cette prise en charge relève de la prévention...	Economies de 20 millions d'euros.	20 millions d'euros.	Si c'est de la prévention, c'est pour qui ?	Un fait étonnant au moment où des dispositifs de lutte contre ce type de pathologies se développaient, en liaison avec les maladies cardiovasculaires.

Sortie de l'hypertension artérielle isolée de la liste des ALD pour les nouveaux patients (Affection Longue Durée).	Plus de prise en charge à 100% de ces patients. La ministre de la santé a fait valoir que cette prise en charge relève de la prévention.	Economies de 20 millions d'euros.	20 millions d'euros.	Si c'est de la prévention c'est pour qui ?	Un fait étonnant au moment où des dispositifs de lutte contre ce type de pathologies se développaient, en liaison avec les maladies cardiovasculaires.
Transport pour les patients en ALD plus pris en charge systématiquement.	L'ALD ouvrirait droit à la prise en charge systématique des transports. Dorénavant, ce transport serait refusé si l'état de santé du patient ne le justifiait pas.	Economies de 20 millions d'euros.	20 millions d'euros. Si les mutuelles prennent le relai.	- Quel regard sur les transports ? Quels contrôles ? - Comment éviter d'être des payeurs aveugles ?	Pourquoi pas. La solidarité nationale ne peut pas tout prendre en compte, mais ces décisions devraient relever d'une analyse plus globale au lieu de relever de mesures au coup par coup avec des fins <i>a priori</i> financières, déconnectées d'une réflexion plus large.
Mesures fiscales pour les particuliers					
Augmentation du taux du « forfait social » qui passe à 6%.	Ce fait instauré en 2009 sur les compléments de salaires que sont l'intéressement ou la participation, était initialement fixé à 2%. Déjà doublé dans le budget de la « Sécu » pour 2010 (4%) il passerait à 6%.	Gains de 350 millions d'euros.			
Mesures concernant le secteur médical					
Augmentation de 1€ de la consultation des médecins généralistes au 1 ^{er} janv. 2011	La consultation sera facturée 23€ au lieu de 22€.	Il en coûtera à l'assurance maladie 260 millions d'euros.	Surcoût pour les complémentaires : 111 Millions d'euros.	- Un forfait de 1€ à charge ; - Une augmentation des charges de la Mutuelle à répercuter sur les cotisations.	Pendant que certains déboursent, d'autres encaissent... Avec quelle finalité ? Cette mesure a un coût important qui ne résout en rien la problématique des médecins généralistes (implantations, conditions de travail, formations, etc)
Contribution de l'industrie pharmaceutique par une baisse de prix pour certains médicaments.	Il s'agit de médicaments sous brevet, des génériques, et de certains dispositifs médicaux.	Economies prévues à hauteur de 500 millions d'euros.			
Contribution des secteurs relevant de la radiologie et biologie.	Diminution des tarifs de biologie et de radiologie.	Economies prévues à hauteur de 200 millions d'euros.			
Maîtrise médicalisée					
Le projet table sur des économies liées à la maîtrise médicalisée.	Cela comprend les maîtrises des prescriptions des médecins et des mesures concernant l'hôpital.	Economies attendues de 500 Millions d'euros.			Cette hypothèse paraît bien ambitieuse... Jusqu'à présent les objectifs de maîtrise médicalisée n'ont jamais été atteints. Au final, l'Objectif National des Dépenses d'assurance maladie devrait être fixé à 2,9%.

La réaction de la Mutualité Française.

La Mutualité Française tient à faire savoir qu'elle n'a été nullement informée et encore moins associée au projet de baisse des remboursements de l'assurance maladie obligatoire.

Si ces mesures sont confirmées, elles représenteraient une dépense supplémentaire **de 350 millions d'euros pour les ménages**, s'ajoutant au 1,1 milliard d'euros de taxe nouvelle (Taxe sur les Contrats d'Assurance) appliquée aux complémentaires respectant les contrats responsables.

Il est clair que la Mutualité Française ne saurait approuver et accepter ces mesures qui pénaliseraient nos concitoyens et rendraient plus difficile l'accès aux soins.

Ces mesures purement financières ne régleraient en rien les dysfonctionnements et la dérégulation de notre système de santé.



Rappel sur les franchises.

Pour mémoire, les franchises (non remboursées par les mutuelles à « contrats responsables ») devaient « responsabiliser » les patients en leur laissant un reste à charge sur tous les actes et contribuer à l'équilibre de l'assurance maladie.

C'est la première fois que l'on observe une rupture de la solidarité des biens-portants vers les malades, puisque dorénavant, « plus on est malade, plus on paye...»

L'incidence de cette mesure restera d'abord l'augmentation du renoncement aux soins.

- 1er janvier 2005 : création du forfait de 1€ sur chaque consultation, acte médical, examen radiologique ou analyse. Sa prise en charge est exclue des contrats responsables.
- 1er janvier 2006 : création du forfait de 18€ sur les actes médicaux dont le montant est égal ou supérieur à 91€, pratiqués en ville ou à l'hôpital. Ces actes lourds étaient auparavant pris en charge à 100% par l'assurance maladie. Ce forfait est remboursé par les mutuelles.
- 1er janvier 2007 : augmentation de 2€ du forfait hospitalier qui passe à 18€ en soins aigus et à 13,50€ en psychiatrie.
- 1er janvier 2008 : création de franchises médicales de 0,50€ sur chaque boîte de médicaments et acte paramédical (kiné, soins infirmiers...) et de 2€ pour chaque transport sanitaire en ambulance ou en taxi. Les mutuelles respectant le parcours de soins (contrats responsables) ne peuvent pas prendre en charge ces franchises).

Rappel sur le forfait hospitalier.

<p>Tarifification du forfait journalier hospitalier.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Instauré par la loi n° 83.25 du 19/01/1983), JO du 20/01/1983</i> • <i>Décret 83-260 du 31/03/1983, JO du 01/04/1983</i> • <i>Rendu applicable à compter du 1^{er} avril 1983 : 20 F</i> • <i>Décret 83-260 du 31/03/1983, JO du 01/04/1983</i> 	1er janvier 1984	21 F	Arrêté du 20/12/1983 - JO du 27/12/1983
	1er janvier 1985	22 F	Arrêté du 20/12/1984 - JO du 26/12/1984
	1er janvier 1986	23 F	Arrêté du 31/12/1985 - JO du 04/01/1986
	1er janvier 1987	25 F	Arrêté du 30/12/1986 - JO du 31/12/1986
	1er janvier 1988	27 F	Arrêté du 29/12/1987 - JO du 30/12/1987
	1er janvier 1989	29 F	Arrêté du 26/12/1988 - JO du 29/12/1988
	1er janvier 1990	31 F	Arrêté du 27/12/1989 - JO du 29/12/1989
	1er janvier 1991	33 F	Arrêté du 28/12/1990 - JO du 01/01/1991
	1er juillet 1991	50 F	Arrêté du 28/06/1991 - JO du 30/06/1991
	1er août 1993	55 F	Arrêté du 23/07/1993 - JO du 30/07/1993
	1er janvier 1996	70 F	Arrêté du 27/12/1995 - JO du 30/12/1995
	1er janvier 2004	13 €	Arrêté du 18/12/2003 - JO du 19/12/2003
	1er janvier 2005	14 €	Arrêté du 27/12/2004 - JO du 30/12/2004
	1er janvier 2006	15 €	Arrêté du 27/12/2004 - JO du 30/12/2004
	1er janvier 2007	16 €	Arrêté du 27/12/2004 - JO du 30/12/2004
1er janvier 2009	16 €	Arrêté du 27/12/2004 - JO du 30/12/2004	
<p>De 20F à 18€ (118F) en 27 ans... soit une augmentation de près de 600% depuis sa mise en place.</p>	1er janvier 2010	18 €	Arrêté du 23/12/2009 – JO du 30/12/2009

Les mutuelles devenues des collecteurs de taxes ?

Les mutuelles sont soumises à des taxes qui fleurissent chaque année. Le plus souvent pour un effort ponctuel au départ, puis le législateur pérennise les taxes en modifiant le taux à son gré et dans des proportions qui sont exorbitantes.

La CMU est un bon exemple : Les mutuelles sont taxées pour participer au financement de la CMU Complémentaire (Accès gratuit aux soins). Au premier janvier 2009, la taxe CMU est passée de 2,5% à 5,9%.

Pour la MGEN, cela a représenté un surcoût de 40 millions d'euros en année pleine 2009.

La MGEN : un laboratoire intéressant (1ère mutuelle de France avec près de 3 millions de personnes protégées) pour mesurer l'évolution de la fiscalité qui pèse sur les mutuelles. La fiscalité qui pèse sur la MGEN a été multipliée par 5,85 en 6 ans, passant de 16,4 millions d'euros en 2004 à 96 millions d'euros en 2010.

Si la taxe sur les contrats d'assurance entre en vigueur, c'est une fiscalité supplémentaire de 45 millions d'euros par an aboutissant à un montant de 141 millions d'euros au total. Dès lors la fiscalité de la MGEN aura été multipliée par 8,6 en 7 ans !!!

Les adhérents ne comprennent pas et l'UFC « Que Choisir » indique que : « Entre 2001 et 2008, les primes des complémentaires santé ont connu une progression de 44% alors que les prestations n'auraient progressé que de 27% ».

Effectivement, si ces chiffres qui englobent toutes les complémentaires (bancaires, assurantielles...) méritent d'être atténués pour les seules mutuelles (sociétés de personnes à but non lucratifs), ce constat s'appuie sur trois réalités difficiles à mesurer pour des personnes non averties :

- 1) Chaque fois qu'il y a une nouvelle taxe (dans les proportions évoquées ci-dessus), les mutuelles la répercutent sur les cotisations et cela ne se traduit par aucune incidence concrète pour les adhérents.*
- 2) Chaque fois qu'il y a transfert de remboursement de l'assurance maladie vers les mutuelles (exemple : médicaments), celles-ci sont obligées d'augmenter leurs cotisations pour simplement maintenir le niveau global de remboursement, la part incombant aux mutuelles se trouvant très impactée. Ces augmentations ne sont pas valorisées par une amélioration des prestations puisqu'elles viennent combler un recul du régime obligatoire.*
- 3) Chaque fois qu'il y a transfert de remboursement de l'assurance maladie vers les mutuelles, l'engagement des mutuelles vis-à-vis des adhérents augmente. De fait, au regard des règles prudentielles et des obligations faites aux assurances, les mutuelles doivent conforter leur provisionnement.*

Taxe CMU portée à 5,9% il y a deux ans, taxe sur les contrats responsables à 3,5% cette année : la santé des Français est taxée près de deux fois plus que l'hôtellerie-restauration.

La santé est plus taxée que le hamburger. Le gouvernement doit dire quelles sont ses priorités : la santé de nos concitoyens ou la préservation de certaines niches fiscales. Surtout, il doit assumer que l'assurance maladie est en danger, que la solidarité nationale est fragilisée et qu'il faut de toute urgence engager une réforme, structurelle, de la protection sociale.

Le gouvernement doit, urgemment, prendre la mesure des conséquences de sa politique et arrêter sa stratégie « taxer plus pour rembourser moins ». Aujourd'hui, pour 80% des Français, qui ne sont pas en affection de longue durée, la réalité du remboursement de l'assurance maladie n'est plus que de 1 euro sur 2.

La santé n'est plus un droit puisque son coût devient insupportable pour un nombre toujours plus important de nos concitoyens.

Ce qui est en jeu n'est rien moins que la confiance des citoyens dans les mécanismes de solidarité nationale.

L'illustration d'un système à bout de souffle : *la politique autour de la prise en charge des médicaments.*

1) Constats :

La France est le premier pays prescripteur de médicaments en Europe. 90% des consultations chez un médecin de ville se concluent par une prescription (contre 72% en Allemagne et 45% aux Pays-Bas). Malgré la mise en place du traitant et du parcours de soins coordonnés, on estime à plus de 130 000 le nombre d'hospitalisations dues à des interactions médicamenteuses, les personnes âgées étant les plus touchées.

Car dans notre « culture » du médicament, on connaît surtout le nom du médicament. L'industrie pharmaceutique communique largement sur ce point. La Mutualité Française prône depuis de nombreuses années la prescription en DCI car nous disons que c'est le « vrai nom du médicament ».

La DCI c'est quoi ? Un médicament contient une ou plusieurs molécules responsables de l'effet thérapeutique.

Dans notre langage courant on désigne un médicament par sa marque (Doliprane) qui a pour DCI le paracétamol. (*exemple de la petite Juliette sur le cas type de surdosage*).

2) Conséquences financières :

Les conséquences financières sont celles d'un véritable marché du médicament : plus de 30 milliards d'euros par an en France dont près de 29 milliards de prescrits et près de 28 milliards d'euros remboursés par l'assurance maladie et les complémentaires.

Pour les mutuelles, le médicament est le premier poste de dépense, sans aucune garantie sur l'efficacité de cette dépense... car toujours dans notre « exception culturelle », nous sommes champions dans la création de nouveaux médicaments, de nouvelles molécules... Sans pour autant en supprimer la prise en charge ! On parle de Service Médical Rendu insuffisant, et les médicaments en question sont bien connus. Une étude en 2005 montrait que la France prescrivait 8 fois plus de médicaments à SMR insuffisants que le CANADA ou le ROYAUME UNI et 3 fois plus que l'Allemagne.

Qu'a-t-on fait alors ? Des centaines de médicaments sont passés de vignettes blanches (65%) aux vignettes bleues (35%), dits médicaments de confort....

Pire ! On vient de créer une troisième couleur : les vignettes orange (15%) pour les moins performants !

3) Conséquences pour les assurés et les mutualistes :

Les personnes sont « perdues » dans la multiplicité des conditions de prise en charge des médicaments. On aurait 6 possibilités de prise en charge :

- *les médicaments à vignettes blanches barrées (100% Sécu : médicaments très onéreux pour traitements spécifiques tels que cancers etc...) ;*
- *les médicaments à vignettes blanches : taux de PEC à 65% ;*
- *les médicaments à vignettes bleues à SMR (Service Médical Rendu) modéré : taux de PEC à 35% ;*
- *les médicaments à vignettes bleues à SMR (Service Médical Rendu) insuffisant : taux de PEC à 35% (30% en 2011) ;*
- *les médicaments à vignettes orange : taux de PEC à 15% ;*
- *les médicaments non remboursés...*

En plus de ces taux, l'incompréhension des assurés sur les remboursements : des forfaits de 50c d'euros par boîte de médicaments sont retenus... en différé.

En effet pour les médicaments, la pharmacie se fait payer en « tiers payant » par la Sécurité sociale. Ainsi, chaque boîte délivrée ouvre droit à une franchise de 50 centimes qui est mémorisée dans la base informatique de la caisse de sécurité sociale, puis retenue plus tard (parfois plusieurs mois) sur le remboursement d'une consultation le plus souvent. Les assurés ne comprennent donc plus le niveau de remboursement de leur consultation...

Quel objectif vise-t-on en rendant aussi opaque nos régimes d'assurance maladie ?...

4) La position de la Mutualité Française :

La Mutualité Française s'est prononcée contre la création de ces nouveau taux de remboursement en avançant une réponse que nous « portons » depuis longtemps :

- soit un médicament est utile et il faut le rembourser correctement,*
- soit il ne l'est pas et il ne faut pas le rembourser.*

Il faut privilégier l'évolution de la science en prenant en charge les médicaments innovants, et non pas des médicaments dépassés pour lesquels ni la solidarité nationale, ni la solidarité mutualiste n'ont lieu d'être même s'ils ont fait leurs preuves par le passé.



**LETTRE OUVERTE
AUX PARLEMENTAIRES
DE LA REGION LIMOUSIN
PLFSS 2011**



Limoges, le 18 octobre 2010

Monsieur le Député,

Au moment où le Parlement va discuter un projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale, le Gouvernement a annoncé son intention de proposer l'instauration d'un taux intermédiaire (3,5 %) de taxe spéciale sur les conventions d'assurance pour les contrats solidaires et responsables. La Mutualité Française a fait connaître sa désapprobation.

Cette nouvelle taxe s'ajoute à la très forte augmentation (plus d'un milliard d'euros) de la contribution sur le chiffre d'affaires des organismes complémentaires d'assurance maladie décidée il y a deux ans, ainsi qu'à la contribution « exceptionnelle » des organismes complémentaires d'assurance maladie destinée au financement de la campagne de vaccination contre le virus de la grippe A, votée dans la loi de financement de la Sécurité sociale 2010. L'impact de ces diverses mesures avoisine 10 % du montant des cotisations mutualistes.

Cette fiscalisation des contrats responsables et solidaires, qui représente un poids considérable pour le secteur de la complémentaire santé (plus d'un milliard d'euros de recettes attendues par le Gouvernement), va pénaliser l'ensemble des adhérents mutualistes et nuira davantage à la coordination des soins et à l'accès au système de santé de ménages modestes. Cette mesure va augmenter les cotisations des complémentaires. Or, une hausse des cotisations accroît le nombre de familles qui ne peuvent plus s'offrir une couverture complémentaire, et qui, dès lors, sont contraintes de renoncer à des soins pourtant nécessaires.

Le dispositif des contrats responsables a été mis en place pour favoriser la coordination des soins, donc la qualité des soins. L'exonération fiscale visait à encourager les complémentaires santé à proposer des garanties incitant les adhérents à respecter le parcours de soins coordonnés institué par la loi réformant l'assurance maladie de 2004.

Dès lors, la suppression de l'exonération pourra, demain, avoir pour conséquences de déréguler encore davantage le système de santé.

La Mutualité Française appelle de ses vœux l'ouverture d'un débat, rendu encore plus nécessaire par l'annonce de cette taxation, sur le financement de la Sécurité sociale et la modernisation du système de santé avant l'élection présidentielle. Elle entend se mobiliser dans cette perspective.

En tant que Président de la Mutualité Française Limousin, qui représente 238 000 adhérents dans la région Limousin, je souhaite vous faire part de ma plus vive désapprobation.

Je me tiens à votre disposition pour vous expliquer plus précisément les raisons de notre opposition à cette nouvelle taxe et vous faire connaître les propositions de la Mutualité Française pour l'amélioration de notre système de santé.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous voudrez bien accorder à ce courrier et vous prie de croire, Monsieur le Député, en l'assurance de ma considération distinguée.

LE PRESIDENT,

JEAN-LOUIS JAYAT

PLAQUETTE DE PRESENTATION

UNION REGIONALE
MUTUALITE FRANCAISE LIMOUSIN