

Position du CISS sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

1. Positionnement général

- 1.1. Pourquoi le CISS et la FNATH ont-ils voté contre le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012 (p.3)**
- 1.2. Pourquoi le sentiment d'une dégradation de la prise en charge des besoins de santé est-il partagé par un nombre croissant d'usagers ? (p.5)**
- 1.3. Il est regrettable que la question des recettes soit purement et simplement écartée par le gouvernement qui entend réduire les déficits (p.8)**
- 1.4. La nécessité d'investir sur la ligne « prévention » des politiques de santé (p. 9)**

2. Propositions d'amendements

- 2.1. Sur le Fonds d'intervention Régional prévu à l'article 36 du PLFSS (p. 11)**
- 2.2. Sur le secteur optionnel (p. 12)**

1. Positionnement général

1.1. Pourquoi le CISS et la FNATH ont-ils voté contre le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012

La FNATH et le CISS regrettent que le PLFSS pour 2012 ne comporte aucune mesure structurelle à la hauteur des enjeux économiques nationaux, européens et internationaux.

Si la situation pour 2011 semble bien présenter une amélioration significative par rapport aux prévisions initiales, essentiellement du fait de la progression de la masse salariale, les motifs profonds du déséquilibre ne sont pas réglés et nul, aujourd'hui, ne peut affirmer que la crise économique et financière actuelle ne va pas encore s'aggraver et peser, ainsi, sur les finances publiques. Rappelons qu'aujourd'hui même, l'INSEE confirme que la croissance de l'économie française a été nulle au deuxième trimestre après un premier trimestre à +0,9% ; c'est dire que la situation économique reste relative.

D'ailleurs, le Président de la République a dernièrement confirmé que la prévision de croissance de la France pour 2012 sera revue à la baisse, de 1,75% à 1%.

La FNATH et le CISS font le constat, par ailleurs, que le rendement de la maîtrise des dépenses imposée aux assurés et aux malades est aujourd'hui à un niveau tel que les fondamentaux de la protection sociale qui sont directement en jeu.

Or, ce PLFSS ne prévoit aucune mesure complémentaire propre à réduire le reste à charge des assurés alors que des mesures exogènes ont été adoptées (taxe sur les complémentaires) ou sont en voie de l'être (200 millions d'économie sur les indemnités journalières maladies) qui vont encore fragiliser les malades et les éloigner du système de soins et d'une protection sociale efficace.

Nous restons fondamentalement opposés à l'augmentation dans ces conditions de la taxe sur les organismes complémentaires dont la conséquence immédiate est la hausse de leurs tarifs qui pénalisera prioritairement les foyers à bas revenus pour qui le taux d'effort pour disposer d'une couverture complémentaire est le plus élevé. Cela pèse sur le « taux d'effort » des ménages – notion chère au HCAAM et seule à même d'appréhender les conditions économiques de l'accès aux soins – pour couvrir leurs dépenses de santé. Cette stratégie est une non réponse aux besoins des usagers, a fortiori de ceux qui – ils sont 5 millions – ne disposent d'aucune complémentaire santé.

La dernière étude de l'UFC Que Choisir alerte sur les risques de démutualisation repérés chez les seniors notamment. La proximité de ce point de rupture est un signal fort qui indique que le déremboursement et les transferts de charges sont de nature à favoriser l'individualisation des risques et in fine le renoncement aux soins sur lesquels les taux de remboursement publiés dernièrement dans les Comptes nationaux de la santé ne disent rien.

Par ailleurs, la FNATH et le CISS dénoncent la nouvelle ponction de 220 millions d'euros qui est envisagée sur les indemnités journalières maladie au

motif que ce poste de dépenses serait en augmentation par rapport à 2010. C'est une vraie discrimination en même temps qu'une taxe supplémentaire imposée aux salariés malades suspectés, de facto, de fraude à l'assurance maladie lorsque leur médecin traitant juge bon de les arrêter.

Il n'existe aucune justification économique ou de santé publique lorsque l'on sait que les arrêts maladies les plus longs et les plus récurrents sont le fait de travailleurs âgés, ouvriers et agents de maîtrise. Réduire le taux de remplacement des indemnités journalières de cette population, c'est tout simplement porter une atteinte directe et substantielle à leur pouvoir d'achat dans un contexte de crise économique et de chômage jamais atteint dans le pays.

Les salariés ne sont pas les prescripteurs des arrêts de travail. Ils ne sont pas non plus responsables de conditions de travail qui bien souvent usent les organismes ou encore de l'absence d'un véritable dispositif de pénibilité.

Rappelons, enfin, la poursuite aveugle de la maîtrise médicalisée des dépenses d'Assurance maladie qui s'est traduite, ces derniers mois, par :

- la création de la vignette orange,
- l'augmentation du seuil de déclenchement du forfait de 18 euros,
- la restriction des conditions de prise en charge des frais de transport des personnes en ALD,
- ainsi que par le retrait de l'HTA sévère de la liste des ALD.

Les recettes prévues, simplement conjoncturelles, sont, en outre, inadaptées à l'ampleur des besoins des assurés et au respect du principe fondamental de l'égalité d'accès aux soins.

Par ailleurs, il convient de relever qu'une fois de plus le niveau de contribution qui est demandé à certains reste particulièrement modeste. Alors que les familles seront ponctionnées de 140 millions d'euros au titre de l'assujettissement à la CSG du complément de libre choix d'activité et du complément optionnel du libre choix d'activité (soit une hausse de 6,2%), les entreprises du médicament voient, pour 2012, le taux K maintenu à 0,5 % (rendement de 50M€) et le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires progresser timidement de 0,6 point (rendement de 150M€).

De même pour les banques, si on constate une clarification de l'assiette de la C3S, son assiette est immédiatement plafonnée, sans autre explication que celle de tenir compte de la « spécificité de l'activité de certains établissements », pour un rendement modeste de 150 M€.

Enfin, on pourra s'interroger sur l'affectation d'une part des droits de consommation sur le tabac au financement de la branche ATMP, ce qui prive d'autant la branche maladie de recettes et vient contredire le principe selon lequel la branche ATMP est exclusivement financée par les cotisations des employeurs.

On ne peut plus accepter dans le contexte précité ce type de « bricolage » injuste et qu'un PLFSS porte pas moins de 36,4 milliards d'euros d'exonération de cotisations ou de contributions, dont 3,2 milliards d'euros pour les exonérations qui restent à la charge de la sécurité sociale.

1.2. Pourquoi le sentiment d'une dégradation de la prise en charge des besoins de santé est-il partagé par un nombre croissant d'usagers ?

Les usagers sont nombreux à déplorer une dégradation de leur prise en charge directement corrélée à la saturation des services hospitaliers -d'urgence notamment-, à la multiplication des « déserts médicaux » pour lesquelles aucune solution n'est à ce jour avancée et à l'inflation des dépassements d'honoraires.

- **La vérité sur les chiffres récents publiés dans les Comptes nationaux de la santé en 2010**

Les dépenses courantes de santé représentent 12,1% du PIB.

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) représente, comme en 2009, 9% du PIB.

La part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est de 75,8% en 2010, celle prise en charge par les organismes complémentaires est de 13,5%. Le reste à charge des ménages s'établit, quant à lui, à 9,4% (contre 9,6% en 2009). Il atteint 16,4 milliards d'euros.

Est-il rassurant de constater que la combinaison de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires aboutit à une couverture moyenne d'environ 90% des frais de soins ?

Doit-on au contraire s'inquiéter, avec ceux qui soulignent que le taux de couverture des « soins courants » est beaucoup plus faible, qu'il tend à diminuer et s'établit aujourd'hui autour de 55% pour les soins courants des personnes qui ne sont pas en ALD ?

Selon le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), aucun des deux chiffres ne renseigne :

- ni sur la solidarité face à la maladie, qui se joue et se mesure sur toute la durée d'une vie, et dépend moins du « taux » de couverture que du montant total qui reste à charge ;
- ni sur l'accessibilité financière concrète, qui exige de tenir compte de tous les coûts (y compris les primes d'assurance et les prélèvements sociaux) et de les rapporter aux revenus du ménage ;
- ni sur ce que coûtent vraiment aux malades et à la collectivité les soins qui répondent à un cheminement optimal dans le système.

Il est nécessaire d'aller plus loin qu'un taux global de remboursement ou qu'un montant moyen de paiement direct.

- Mesurer l'accessibilité financière par des chiffres de reste-à-charge ne permet pas d'évaluer le non-recours aux soins, qui ne figure dans aucun agrégat.

- La dispersion des dépenses et des remboursements est très importante : 10% des patients concentrent environ 60% des dépenses de soins et 10% (pas forcément les mêmes) concentrent environ 40% du reste-à-charge. **Dès lors, des chiffres moyens dérivent une fiction théorique qui ne correspond pas à la réalité vécue individuellement par les usagers.**

Exemple : l'existence de forts contrastes géographiques s'agissant des dépassements d'honoraires, point sensible de l'accessibilité financière.

- Un taux de remboursement ne renseigne pas sur le montant qui reste à payer par le patient. Des soins très coûteux ou répétés peuvent laisser, même à des taux de remboursement élevés, des restes-à-charge importants.

Ainsi, par exemple, comme le HCAAM le soulignait en 2005, les personnes en ALD -pourtant mieux couvertes en « taux de remboursement »- sont exposées en moyenne aux plus forts restes-à-charge.

- L'AMO et l'AMC ont des coûts dont il faut tenir compte car ils sont aussi supportés par les usagers.

Selon le HCAAM, pour approcher cet effort global, on ne peut pas se contenter du reste-à-charge dans sa définition courante : il faut aussi tenir compte des primes d'assurances et du montant des prélèvements sociaux.

Il conviendrait de privilégier d'autres indicateurs afin de mesurer l'« accessibilité financière » réelle des soins en retenant notamment un mode de calcul du reste-à-charge :

- **avant intervention de l'AMC** pour s'en tenir aux remboursements assis sur des cotisations liées aux revenus et indépendantes du risque ;

- **en montant et non pas en taux de remboursement ;**

- **en portant une attention particulière à l'égalité de traitement.**

Par ailleurs, la notion de « **taux d'effort** » par tranche de revenu permettrait de mesurer effectivement l'impact de la dépense de santé au regard du revenu. Ce calcul prendrait en compte les remboursements de l'AMO et ceux issus de l'AMC et intégrerait le coût des primes d'assurance et des cotisations obligatoires.

- **L'augmentation prévisible des primes et cotisations dues aux organismes complémentaires d'Assurance maladie**

Avec le doublement de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) appliquée aux « contrats solidaires et responsables », qui représentent 90% des contrats proposés par les complémentaires santé (de 3,5% à 7%), la hausse des tarifs des complémentaires est attendue.

Mutuelles et compagnies d'assurance préparent une première augmentation de 0,9% dès le 1^{er} octobre puis une hausse moyenne de 8% au 1^{er} janvier.

Cette mesure renforce d'autant l'intérêt de tenir compte du coût de l'AMC dans le taux d'effort des ménages qui disposent d'une complémentaire santé dont il faudrait également mesurer le niveau des garanties...

- **Retour sur les récentes mesures de remboursements**

- Janvier 2010 : création d'une vignette orange pour les médicaments réputés à faible Service Médical Rendu (passe du taux de remboursement de 35% à 15%)

- Janvier 2011 : baisse de remboursement des médicaments à vignette bleue et des dispositifs médicaux.

- Février 2011 : augmentation de la part supportée par l'utilisateur s'agissant des actes médicaux compris entre 91 et 120 euros.

- Mars 2011 : restriction des conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades souffrant d'une affection de longue durée.

- Juin 2011 : suppression de l'hypertension artérielle de la liste des affections de longue durée.

Lors de la présentation du PLFSS pour 2012, le gouvernement a présenté ses dernières mesures d'économies. Son objectif est de diviser par deux le déficit de la Sécurité sociale en 2012.

Afin de réaliser une économie sur la branche maladie (déficitaire de 14,5 millions d'euros), le gouvernement envisagerait d'économiser environ 1 milliard d'euros en décidant de dérembourser près de 600 médicaments dont le SMR est réputé insuffisant.

Il va de soi que les médicaments, dont l'expertise démontre l'inefficacité, n'ont pas être remboursés par l'Assurance maladie. Le bras de fer, qui oppose le ministère à certains laboratoires qui cherchent à reporter les remboursements pour des raisons économiques, renforce le constat de la Cour des Comptes qui vient de relever le manque de cohérence du remboursement des médicaments en France : *« un système d'admission au remboursement et de fixation des prix insuffisamment rigoureux »*.

Toutefois, la Cour des Comptes préconise d'inclure dans le code de la sécurité sociale les conditions d'éventuelle dérogation au principe de non remboursement des médicaments qui ont un niveau de service médical rendu insuffisant.

Cette mesure serait salutaire pour des milliers de malades qui, pour traiter des effets secondaires de traitements lourds, se font délivrer ce type de médicaments.

Pour prendre l'exemple des personnes atteintes de la maladie de Parkinson qui souffrent de lourds problèmes de transit au quotidien, des médicaments -comme le débridat, l'éductyl, le proctomol, dont le SMR est réputé faible- sont indispensables. Tant que ces médicaments demeurent remboursables (même à faible taux dans le

cadre des soins courants), ils sont pris en charge à 100% par l'Assurance maladie pour les personnes en ALD à qui ils sont prescrits dans le cadre de leur protocole de soins.

Un déremboursement total de ces médicaments aurait pour conséquence de les faire sortir de la liste des produits et prestations remboursables, et donc de porter à zéro le taux de leur prise en charge pour les personnes en ALD !

De tels choix manquent de nuances et de pragmatisme.

1.3. Il est regrettable que la question des recettes soit purement et simplement écartée par le gouvernement qui entend réduire les déficits

Les dépenses de santé augmentent fatalement, tirés notamment par le coût des thérapeutiques innovantes, le nombre croissant d'entrées en ALD et le vieillissement de la population. Or, seule la prise en charge socialisée des dépenses de santé permet de garantir l'accessibilité financière aux soins.

La technique des déremboursement a pour conséquence le transfert de charge vers les complémentaires santé. Pourtant, on sait que le système assurantiel est inégalitaire :

- Plus le revenu des ménages diminue, plus le taux d'effort pour acquérir une complémentaire santé est élevé.
- Les ménages les plus pauvres accèdent à des contrats offrant des garanties inférieures à celles obtenues par les ménages plus aisés.
- Plus le chef de famille est âgé, plus le montant des primes représente un effort important.
- 6% de Français ne disposent pas de complémentaire santé, le plus souvent faute de moyens financiers.
- 14,4 % des personnes vivant dans des ménages disposant de moins de 800 euros par mois n'ont pas de couverture complémentaire.

Le point de rupture est proches pour des millions d'usagers et notamment pour les séniors, qui, selon une récente enquête de l'UFC Que choisir (21 septembre 2011), sont « au bord de la démutualisation ».

On ne peut plus reporter le débat, même impopulaire, sur les recettes de l'Assurance maladie.

Si les pouvoirs publics s'efforçaient à démontrer de manière pédagogique la performance économique de la solidarité nationale (un système de santé accessible permet de mieux prévenir les risques et donc de limiter les dépenses de santé liées aux soins aigus / plus un système de santé est égalitaire, meilleurs sont les indicateurs de santé de la population... ce qui influence de façon déterminante la croissance économique d'un pays / plus un système de santé est inégalitaire et individualiste dans son approche de la dépense de santé, plus il risque d'être globalement onéreux), **chacun comprendrait qu'il est irresponsable de dérembourser un peu plus de soins chaque année et de transférer un maximum de charges vers l'AMC.**

La maîtrise des dépenses doivent participer de la saine gestion des comptes publics mais l'augmentation des recettes, sur les bases de la justice fiscale, sont maintenant incontournables.

1.4. La nécessité d'investir sur la ligne « prévention » des politiques de santé

De manière tendancielle, les dépenses d'Assurance maladie se concentrent sur les ALD, dont le régime est plus ou moins protecteur, dans la mesure où il permet aux malades qui en bénéficient de faire face à des dépenses qu'ils ne pourraient supporter seuls.

Couramment, pour opposer les ALD au reste des pathologies, sont employés les termes « gros risques » et « petits risques », ces derniers étant de plus en plus mis à la charge directe des usagers ou des complémentaires qu'ils sont en mesure de s'offrir.

Du point de vue du CISS, cette distinction est malsaine et surtout contre-performante.

- On devrait recourir à la notion de « risque » en santé uniquement pour désigner les états ou situations à prendre en charge précisément pour éviter l'apparition de la maladie.
D'un côté « le risque » qu'il convient de prévenir, de l'autre « la maladie » qui résulte de la concrétisation de ce risque.
- Parmi les risques, il n'en existe ni de « petits », ni de « gros » ; tous ont vocation à être pris en charge, de la manière la plus solidaire possible, pour éviter l'apparition des états morbides, finalement plus coûteux pour la collectivité.
- L'appellation « petits risques » a pour effet de nuancer l'intérêt de la prise en charge solidaire et de préparer une forme de privatisation des dépenses de santé dites « courantes ».
- A présenter le « gros risque » comme celui qui mobilise 60% des dépenses d'Assurance maladie, on clive la population selon qu'elle bénéficie, ou pas, du régime des ALD. Il conviendrait de démontrer que l'Assurance maladie obligatoire est une assurance pour tous, de long terme... dans la mesure où nous sommes égaux face au risque de tomber un jour gravement malade.
- Il existe bien plusieurs natures de risques (sociaux, comportementaux, professionnels, héréditaires, etc....) mais il est inefficace de les évaluer et de les hiérarchiser selon une échelle de valeurs binaires « petits » et « gros ». A les classer ainsi, les politiques de santé font des choix qui ne justifient ni socialement ni économiquement.

En tout état de cause, si la distinction entre le « petit risque » et le « gros risque » devait être retenue, elle permettrait de démontrer que le transfert du « petit risque » vers la prise en charge privée favorise la réalisation du « gros risque ». Cette contre-performance se mesure notamment au regard des nombreuses pathologies consécutives à un retard de prise en charge, voire à un renoncement aux soins pour raisons financières.

L'action sur les risques en santé appelle une politique de prévention selon deux approches :

- Une approche pédagogique : promotion de la santé, éducation à la santé, accompagnement du patient.

La lutte contre la prévalence du diabète, par exemple, suppose que soient menées des actions innovantes pour prévenir efficacement les facteurs de risques évitables.

- Une approche financière : prise en charge solidaire des risques afin de contrecarrer l'apparition des pathologies évitables, potentiellement coûteuses pour la collectivité.

* * *

Pour conclure, le CISS attend la tenue d'un incontournable débat public sur l'Assurance maladie pour que soient enfin redéfinies le socle de son financement, le sens de ses actions et le niveau de sa prise en charge, garante de l'égalité d'accès aux soins.

2. Propositions d'amendements

2.1. Sur le Fonds d'intervention Régional prévu à l'article 36 du PLFSS

Exposé des motifs

Les Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie (CRSA) sont légitimes à recevoir annuellement un bilan des transferts effectués et leur affectation détaillée par rapport aux actions prévues dans le Projet Régional de Santé (Schémas et Programmes).

Il est par ailleurs souhaitable que l'ARS informe la CRSA lorsqu'une décision de transfert de crédit est prise au bénéfice d'une action non prévue dans le cadre du Projet Régionale de Santé.

Il est ainsi proposé d'ajouter, à l'exposé des motifs de l'article 36 du PLFSS, après les mots « Outre la création du Fonds, le présent article fixe les objectifs poursuivis par celui-ci et l'origine de ses ressources », les mots suivants :

« et rappelle que les modalités d'information de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie sur l'utilisation de ce fond dont celles fixées par l'article L. 162-50 du chapitre 2 bis du titre IV du livre premier du code de la sécurité sociale ».

Dispositif

A la fin de l'article L. 162-50 du code de la sécurité sociale, est inséré un alinéa rédigé comme suit :

« L'Agence Régionale de Santé communique annuellement à la Conférences Régionale de Santé et de l'Autonomie un bilan des transferts effectués dans l'utilisation du Fonds d'Intervention Régional et leur affectation détaillée par rapport aux actions prévues dans le Plan Régional de Santé. L'Agence Régionale de Santé informe la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie lorsqu'une décision de transfert de crédit est prise au bénéfice d'une action non prévue dans le cadre du Plan. »

2.2. Sur le secteur optionnel

Exposé des motifs

Face aux blocages empêchant le « secteur optionnel » de se mettre en place, le gouvernement a introduit dans le PLFSS 2012 un amendement faisant en fait évoluer l' « option de coordination » (prévue à l'article 36 de la convention signée le 26 juillet 2011) afin de la rapprocher de ce qui était envisagé pour le « secteur optionnel ».

C'est pour faire face à l'inflation de moins en moins maîtrisable et maîtrisée des dépassements d'honoraires qu'un nouveau secteur d'activité, dit « optionnel », prévoyant une liberté aménagée dans la facturation de « dépassements d'honoraires », a été envisagé.

Ainsi, les professionnels intéressés s'engageraient à assurer un minimum de 30 % de leur activité en tarifs opposables (notamment pour les bénéficiaires de la CMU-c, de l'AME, des urgences, etc.) et à respecter un plafond maximal de dépassements par acte (50 % du tarif Sécu). **Pour la part d'activité en tarifs opposables, les praticiens exerçant dans le cadre du secteur optionnel bénéficieraient d'une prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales par l'Assurance maladie. Le remboursement de ces dépassements serait pris en charge sous certaines conditions par les complémentaires. Par ailleurs, le choix du secteur optionnel par le médecin serait « réversible ».**

Si cette présentation, laissant penser qu'on entend ainsi encadrer les dépassements d'honoraires, peut paraître convaincante, il n'en reste pas moins qu'il s'agit là d'une **disposition pernicieuse et à terme dangereuse pour le maintien de l'accès aux soins en secteur 1... c'est-à-dire aux tarifs de l'Assurance maladie.** En effet, **du point de vue du CISS, le risque que ce « secteur optionnel » soit détourné de sa fin et généralisé à tous les médecins est évident, son ouverture aux médecins du secteur 1 étant déjà explicitement et publiquement revendiquée par certains syndicats professionnels de médecins.** Une décision qui aboutira donc à la disparition du secteur 1 tel qu'on l'a toujours connu, et par conséquent à la généralisation des dépassements d'honoraires plutôt qu'à leur encadrement.

De plus, quel intérêt auront les professionnels ouvertement ciblés -ceux parmi lesquels les dépassements d'honoraires sont les plus élevés- à opter pour cette option ?

Au mieux, elle attirera les professionnels qui facturent peu de dépassements mais, dans ce cas, **il coûtera plus à l'Assurance maladie -qui devra prendre à sa charge une partie des cotisations sociales de ces médecins- qu'il ne profitera aux usagers.**

En outre fin, la prise en charge des dépassements d'honoraires par les organismes complémentaires d'assurance maladie au titre des contrats responsables aura pour conséquence **l'augmentation des tarifs des contrats de complémentaires santé,** dont les usagers feront les frais.

Enfin, habilement dénommée « option de coordination », **le secteur optionnel accrédié l'idée que seuls les patients pris en charge dans ce nouveau secteur bénéficieront de la coordination de leurs soins.** Façon indigne de dire, au moment où l'évolution des pathologies recentre les besoins des patients sur la coordination, que pour cela il faudra payer plus.

Seule de solides études d'impact pourraient lever les craintes exprimées par les associations d'usagers quant à l'intérêt de la création d'un tel « secteur optionnel » pour assurer l'encadrement nécessaire des dépassements d'honoraires. Certaines sources indiquent que ces études existent et que leurs conclusions sont tellement défavorables que l'on s'interdit donc de les produire au débat public. Certains pensent même que l'introduction du secteur optionnel par amendement n'est qu'une manière de se soustraire à l'obligation constitutionnelle de produire les études d'impacts !

Dans cette attente, conscients du problème spécifique des chirurgiens / obstétriciens / anesthésistes exerçant aujourd'hui en secteur 1, auxquels le « secteur optionnel » ne répond pas, le CISS rappelle qu'il est favorable à une revalorisation du tarif de leurs actes. Il serait préférable que l'Assurance maladie finance une telle revalorisation, plutôt que de consacrer les ressources de la collectivité à la création d'un « secteur optionnel » rhabillé en « option de coordination » dont personne ne veut, qui ne répond donc pas aux enjeux des dépassements d'honoraires et qui constituerait une boîte de pandore par trop dangereuse pour le maintien de l'accès aux soins en secteur 1 pour tous.

Dispositif

Suppression de l'article 34 nonies.