

Le **tarif conventionnel** de la **sécurité sociale** (anciennement tarif de convention ou tarif dit d'autorité), représente la base sur laquelle un **acte médical** sera normalement **remboursé**.

Ce tarif, fixé par **convention** entre les **professionnels** de **santé** et la **Caisse nationale** d'**assurance maladie**, va déterminer pour chacun des actes médicaux la **base** sur laquelle sera **calculé** le **remboursement**, tant pour la sécurité sociale que pour les assurances **complémentaire santé**.

Depuis le 1er janvier 2006, la base de **remboursement** s'effectue, grâce à la **base** de **calcul** du montant des remboursements des **frais** de **santé** par la sécurité sociale.

Le différentiel (**ticket modérateur**) existant entre le remboursement et le coût réel payé aux professions de santé, **reste** à la **charge** des **assurés**.

Les **dépassements** d'**honoraires** trouvent leurs origines chez les **médecins non conventionnés**, ainsi

que chez les médecins
conventionnés
de
secteur
2
, dit à
honoraires
libres
.

Cette semaine, un accord à minima a vu le jour pour encadrer les dépassements d'honoraires. Les syndicats devant soumettre le texte à leurs instances pour validation.

Ainsi, le taux moyen constituant un **dépassement excessif**, pourrait être fixé à 150% du tarif de la sécurité sociale, ce qui correspondrait à un montant d'honoraires de 70 euros pour une consultation à 28 euros chez un spécialiste.

Un **contrat** dit d'**accès** aux **soins** est proposé aux médecins de secteur 2 (honoraires libres). Ce contrat serait instauré le **1er juillet 2013**, à condition qu'un tiers de la profession, soit 25000 médecins éligibles y adhèrent.

Les quatre **syndicats** présents (le **SML** , la **CSMF** , la **FMF** , le **Bloc**) ont signé le relevé de conclusions.