

Relevé de décisions

1. **La formation est le premier des enjeux** car elle seule permet d'assurer l'avenir à long terme de la chirurgie. C'est pourquoi une commission opérationnelle chargée de faire des propositions pour définir le nouveau cadre de la formation des internes et de son évaluation sera mise en place auprès du Ministre dès le mois de septembre 2004. Elle préconisera des actions pour valoriser le métier de chirurgien au cours de la formation du 2^{ème} cycle des études médicales. Elle traitera de l'intégration de nouvelles formes de validation des compétences et des services au sein du cursus de formation (3^{ème} cycle), des conditions pour renouer avec la nécessité du compagnonnage indispensable à l'acquisition des compétences clés du métier de chirurgien et de l'amélioration des conditions d'accueil des jeunes chirurgiens dans les équipes publiques et privées. **L'augmentation du nombre de postes d'internes en chirurgie sera poursuivie** et constituera un indicateur essentiel de la réussite du plan chirurgie.
2. **La recomposition du paysage des plateaux techniques est une nécessité** afin que puisse se constituer autour des équipes chirurgicales des pôles d'excellence susceptibles de garantir une pratique de qualité et garantir l'accès aux soins. Dans cet objectif, une cellule « haute technologie » est constituée auprès de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins afin de recenser les investissements de haute technologie dans le domaine chirurgical et **élaborer un plan de modernisation des technologies des blocs opératoires en 2005 et le plan de financement correspondant.**

Dans le cadre de la préparation des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération :

- le Conseil national de la chirurgie viendra en appui des Agences Régionales de l'Hospitalisation pour leur permettre d'objectiver les situations les plus critiques
- la redistribution nécessaire pour atteindre la taille suffisante des équipes opératoires sera un objectif recherché dans le cadre du projet médical de territoire.

Une cartographie des blocs opératoires évalués sur la base d'indicateurs concertés entre la DHOS et le conseil national de la chirurgie sera établie annuellement et rendue publique afin de suivre les progrès accomplis.

Par ailleurs, en lien avec le conseil national de la chirurgie, les agences régionales de l'hospitalisation recevront comme mission d'étudier avec les établissements publics et privés les voies et les moyens pour parvenir à **une mise en réseau plus aboutie**, notamment dans la prise en charge des pathologies chirurgicales particulières et l'organisation de la permanence des soins chirurgicaux, de la formation continue et de la recherche clinique.

S'agissant du secteur privé :

- 3. Mise en place d'une politique tarifaire visant à réduire la différence de rémunération entre les chirurgiens du secteur 1 et du secteur 2.** A court terme, une première réponse consiste en la mise en œuvre immédiate de forfaits liés à l'activité, les Contrats de Bonnes Pratiques (C.B.P), ayant vocation à compléter la tarification commune et permettant de revaloriser les honoraires des chirurgiens du secteur 1 (entre 5000 et 9000 euros) et du secteur 2 en fonction du volume d'activité réalisé en tarifs opposables (entre 2000 et 6000 euros). De plus, il sera défini pour les professions concernées un objectif intérimaire d'atteinte d'un niveau tarifaire équivalent à une revalorisation des actes chirurgicaux de 25% au 1^{er} avril 2005, compte tenu de la mise en place de la CCAM et des forfaits modulables visés au § 8.
- 4. Reconnaissance, dès le 1^{er} octobre 2004, d'une mission d'intérêt général pour la permanence des soins chirurgicaux.** Dans les services d'urgences et établissements privés associés ou relais, les chirurgiens et anesthésistes concernés par la permanence des soins seront rémunérés pour leur activité d'astreinte, par un forfait de 150 euros, pour les nuits, week-end et jours fériés. L'extension du dispositif de permanence des soins en établissements privés sera engagée, notamment en faveur des médecins spécialistes réanimateurs et des pédiatres en réanimation néo-natale.
- 5. Demande d'un engagement des compagnies d'assurance sur la stabilisation des primes d'assurance de responsabilité civile.** Le Ministre recevra à cet effet, très rapidement, le président de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance afin d'évoquer avec lui l'application du nouveau dispositif de gestion des risques issu de la loi portant réforme de l'Assurance Maladie.
- 6. Renforcement de l'aide à la souscription d'une assurance.** Cette mesure ouverte, pour la première fois, aux deux secteurs permettra de compenser le surcoût des primes d'assurance. (entre 3000 et 7000 euros pour le secteur 1 et jusqu'à 5600 euros pour le secteur 2, en fonction de la proportion d'activité réalisée en tarifs opposables).
- 7. Mise en œuvre de la nouvelle classification des actes médicaux** dans les termes définis par le relevé de conclusions du 22 juillet dernier signé par les Caisses et l'ensemble des syndicats médicaux représentatifs **ainsi que la procédure d'accréditation** prévue à l'article 8 ter de la loi de réforme sur l'assurance maladie avant la fin de l'année 2004.
- 8. Dès le 1^o octobre 2004 des forfaits modulables seront mis en place** au profit de certaines spécialités chirurgicales (chirurgie générale, digestive, orthopédie - traumatologie, chirurgie vasculaire, chirurgie cardio-thoracique et vasculaire, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie pédiatrique et chirurgie gynécologique, chirurgie cervico et maxillo-faciale), en complément des tarifs de la CCAM et en remplacement des contrats de bonnes pratiques professionnelles, assurant une revalorisation effective de 12,5 % des actes strictement chirurgicaux. En cas de problème

technique pour la mise en œuvre de ces forfaits, dès le 1^o octobre 2004, les dispositions transitoires nécessaires seront mises en place pour assurer le niveau de revalorisation sus-visé.

9. Les signataires du présent relevé s'engagent à mettre fin, au plus tard le 30 juin 2005 et toutes spécialités confondues, à la problématique des anciens chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux, anciens assistants des hôpitaux généraux ou régionaux n'appartenant pas à un CHU, anciens assistants des hôpitaux spécialisés, praticiens-chef de clinique ou assistants des hôpitaux militaires, praticiens temps plein hospitalier dont le statut relève du décret no 84-131 du 24 février 1984 qui ne peuvent actuellement disposer d'un choix de secteur d'exercice en leur rendant ce choix.