



Rue de Suisse, 8
1060 Saint-Gilles
gestion@lecmg.be

Le 15 janvier 2024

Monsieur Franck Vandembroucke

Ministre fédéral de la Santé

Copie à

Monsieur Jan Bertels,

Directeur de Cabinet du Ministre Vandembroucke

Madame Evelyn Hens

Cabinet du Ministre Vandembroucke

Monsieur Frank Lippens,

Président de la Plate-forme d'Accompagnement Gardes

WachtPostenVlaanderen

Monsieur Benoît Collin,

Administrateur général de l'INAMI

Copie à

Monsieur Pedro Facon

Administrateur-général adjoint INAMI

Monsieur Mickaël Daubie

Directeur général du service soins de santé - INAMI

Monsieur Jo De Cock

Président de la médico-mut

Monsieur le Ministre, Madame, Monsieur

Concerne : Coopérations fonctionnelles (CF)

Le concept des CF est sans doute une occasion d'augmenter la collaboration entre Postes Médicaux de Garde (PMG), de faire différentes économies d'échelle et financières, de rationaliser l'offre, dans un contexte de pénurie de soignants. Le concept des CF peut aussi répondre à des objectifs des pouvoirs publics visant à assurer une permanence médicale uniforme, claire et soutenue assurée par les médecins généralistes (MG), pour l'ensemble du pays.

Malheureusement, à ce stade, le concept de CF laisse encore de trop nombreuses questions essentielles sans réponses claires et rassurantes, que ce soit au niveau organisationnel, juridique, financier et statutaire. Si les MG peuvent être favorables à une rationalisation par un certain degré d'uniformisation, ils insistent pour que cette démarche d'uniformisation des CF respecte les réalités incontournables du terrain pour ne pas générer des problèmes spécifiques pour certains territoires, en particulier wallons, étendus et à faible densité de population.

Par ailleurs, la loi de financement des CF empêche certains cercles de MG d'assurer l'offre exigée par manque de moyens alloués (exemple du financement du back office). Certaines mesures annoncées sont incompatibles avec l'organisation sur le terrain d'une garde qui réponde aux besoins locaux et qui soit soutenable pour les MG qui doivent l'assumer.

Degré d'autonomie des asbl des PMG et CF.

La garde de population des MG est encore aujourd'hui organisée par les cercles de MG conformément à l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de MG. Il est alors impératif de clarifier le degré d'autonomie pour les asbl des PMG et des CF.

Comme il s'agit vraisemblablement d'asbl avec une responsabilité réelle, elles doivent pouvoir bénéficier d'une certaine autonomie d'utilisation des financements de l'INAMI, avec une souplesse organisationnelle et financière et la possibilité d'assurer un matelas financier de sécurité pour pouvoir assumer les coûts refusés par l'INAMI avec parfois 2 ou 3 ans de retard. Actuellement, le carcan financier est tellement étroit qu'il ne laisse aucune marge de manœuvre efficace et condamne à des déficits certains. En conséquence de quoi, dans tous les cas, il appartiendra à l'INAMI d'assumer le déficit subsistant dans le chef des asbl PMG après le transfert de leur activité dans une CF. En aucun cas, ce ne sont les médecins membres des Cercles qui organisent les PMG qui, déjà sous-payés pour les gardes qu'ils effectuent, devraient en assumer le déficit suite au sous-financement.

Zones de non-permanence.

Il est impératif d'adapter les critères de superficie et de population aux réalités géographiques et démographiques des territoires les moins peuplés. Il faut en effet éviter de créer des zones de non-permanence provoquées par une étendue des territoires trop importante, rendant les contacts avec la garde de MG difficiles pour les patients. *L'exemple type est celui de la région germanophone traversée par les Hautes Fagnes, nécessitant deux PMG hors critères INAMI.*

Les habitants et les MG doivent pouvoir atteindre leurs objectifs en 30 minutes maximum.

Il est important de tenir compte du nombre de MG disponibles sur le territoire, de la distance à parcourir et de la **récurrence** des gardes qui ne soit pas pénible, pour éviter le cercle vicieux « non attractivité, non rétention, manque de MG » sur ce même territoire. **Après sondage auprès des prestataires, il ressort qu'un maximum de 128 H de garde par an (6X12H en WE et 4X14H en semaine) semble un maximum qui respecte l'équilibre de vie des prestataires déjà en difficulté la journée, victimes de la pénurie de soignants.**

La direction médicale d'une CF.

Elle est essentielle et ne peut se faire aux dépens de la coordination administrative.

La fonction de médecin coordinateur directeur des CF est indispensable. Nous estimons son financement à 120 €/heure avec un temps de travail de 10H à 19H/semaine.

Le 1733.

Les MG revendiquent un préalable avant la création des CF : le tri 1733 sur tout le territoire de la Belgique. La création de CF sur des zones desservies par le 1733 et sur d'autres zones où il n'est pas fonctionnel, est discriminatoire.

Par ailleurs, imposer un accès direct sans tri aux PMG va à l'encontre d'une bonne régulation des prises en charge pendant les heures de garde. Le tri doit se faire pour tous les patients, avant tout contact avec un médecin, de salle d'urgence hospitalière ou de MG. Ceci est de haute importance en santé publique.

Un consortium créé par l'INAMI avec un coordinateur général de l'ensemble des CF.

Il sera nécessaire que les pouvoirs publics organisent et rémunèrent une équipe spécialisée pour aider le terrain à organiser les CF, sous la direction d'un coordinateur général des CF. Il s'agit d'une équipe qui assurera l'accompagnement des PMG qui transféreront leur activité aux futures CF sur les plans budgétaire, fiscal et du droit social.

Il est primordial que l'INAMI se saisisse de ce travail pour se rendre compte des difficultés sur le terrain d'organiser la garde en combinant la réalité de pénurie de soignants, les conditions cadencées de moyens financiers et les honoraires de garde actuellement dérisoires. Les médecins généralistes francophones et les coordinateurs des PMG actuels n'ont ni le temps ni l'expertise pour organiser ce travail eux-mêmes.

Recevez, Monsieur le Ministre, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs

Anne Gillet,

Présidente du CMG

Au nom l'organe d'administration du CMG

Luc Herry,

Président de l'ABSyM Wallonie

Paul De Munck,
Président du GBO

Guy Delrée
Président FAGW

Michel Devolder
Président FAMGB

Voici le détail des questions, points d'achoppement et propositions des associations membres du CMG, relayant la voix des PMG actuels :

A propos des coopérations fonctionnelles			
	FAQ INAMI	Constats du CMG	Recommandations du CMG
1.	1. AGRÉMENT DES COOPÉRATIONS FONCTIONNELLES		
1.1	<p>FAQ 1.2. Le nombre de MG par CF est déterminé par l'État en fonction du besoin normal prévisible de soins.</p> <p>Minimum 3PMG/minimum 300000habitants (exception : 2PMG/225000hab)</p> <p>Au moins 1PMG accessible pendant la permanence, un service mobile</p> <p>Scénario 1. Tous les PMG ouverts full time +N véhicules</p> <p>Scénario 2. N PMG ouverts full time + transport actuel</p>	<p>Dans certains territoires, il est évident que le nombre de MG par CF dépend essentiellement du nombre des MG aptes à faire la garde sur le territoire en question. Ce nombre peut varier de manière très importante (du simple au quadruple).</p>	<p>1. Il est important de prévoir suffisamment de MG présents aux PMG en tenant compte du nombre de contacts-patients. Mais il est tout aussi important de ne pas en prévoir trop si le nombre de contacts ne le justifie pas.</p> <p>2. Il est important de tenir compte du nombre de MG disponibles sur le territoire, de la distance à parcourir et de la récurrence des gardes qui ne soit pas pénible pour éviter le cercle vicieux « non attractivité, non rétention, manque de MG » sur ce même territoire</p>
1.2		<p>A plusieurs endroits, il n'y a pas assez de travail en PMG/visites à certaines heures pour deux MG.</p>	<p>La présence d'un deuxième MG présent/en visite au PMG, particulièrement la nuit, ne correspond pas aux nécessités de plusieurs zones wallonnes.</p> <p>En nuit profonde, l'expérience montre qu'un seul MG suffit dans plusieurs PMG pour assumer les deux fonctions. Les PMG ouverts full-time sont les plus centraux en termes de population.</p>
1.3	<p>FAQ 1.2. :</p> <p>Nécessité (obligation ?) d'un médecin en consultation au PMG et d'un médecin mobile.</p>	<p>Les revenus actuels, dérisoires, des MG de garde seraient partagés (s'il y a 2 MG de garde en nuit profonde sans réelle nécessité) et rendus encore plus problématiques.</p>	<p>Les organisations syndicales, avec l'appui du CMG, ont formulé des propositions sur les rémunérations des gardes</p> <p><i>Courrier du CMG du 30/11/23</i></p>

1.4		<p>Le texte du projet d'AR de financement explicite ceci : « Les coopérations fonctionnelles effectuent la permanence médicale reprise à l'article 2, §2 de l'arrêté royal du 10 septembre 2020 en assurant la présence d'un médecin et d'un accueillant durant les heures d'ouverture des PMG. La CF garantit également la disponibilité de médecins pour des visites à domicile dans la région concernée.</p>	<p>Nécessité de clarifier le caractère obligatoire ou non d'un deuxième MG. Nécessité de clarifier le caractère obligatoire ou non de la présence d'un accueillant en nuit profonde</p>
1.5	<p>La superficie du territoire conditionne l'utilisation des PMG</p>	<p>Il y a une différence entre une permanence organisée et une permanence utilisée. Trop d'éloignement du PMG décourage les patients au point de créer des zones de non utilisation de la garde</p>	<p>Il faut éviter de créer dans les faits des zones de non-permanence.</p>
1.6	<p><u>Les critères généraux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 PMG et 300.000 habitants <p><u>Les critères d'exception</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 PMG et 225. 000 hab. ▪ 1PMG accordé pendant 2ans <p><u>Les règles de financement</u> tiennent compte de la superficie et du nombre d'habitants pour déterminer le nombre de PMG maximum qui seront ouverts Full time ainsi que le nombre de véhicules maximum.</p>	<p>L'étendue du territoire imposée par la création des CF ne correspond pas aux nécessités de plusieurs zones wallonnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 300.000 habitants/CF est un non-sens au vu de l'étendue de territoires wallons. ▪ Même 225.000 habitants/CF semble inopérant au vu de l'étendue de certains territoires wallons. 	<p>Il est impératif d'adapter les critères de superficie et de population aux réalités géographiques et démographiques de certains territoires.</p> <p>Les habitants et les MG doivent pouvoir atteindre leurs objectifs en 30 minutes maximum.</p> <p>L'exemple de la communauté germanophone pose un problème spécifique. Sa géographie est telle qu'un seul PMG est irréaliste, le point central étant en plein milieu des Hautes Fagnes.</p> <p>Se rajoute le critère linguistique qui oblige à maintenir les PMG d'Eupen et de St.Vith, ce qui pourrait se faire au final au détriment des PMG francophones pour répondre aux nouvelles exigences et afin de ne pas augmenter la récurrence de garde. Cette approche risque de réduire l'accès aux soins pour la population rurale francophone qui devrait se déplacer sur des distances plus grandes et qui pourrait au final renoncer à des soins réputés semi-urgents.</p> <p>NB : les 2 hôpitaux germanophones à Eupen, au nord, et à St.Vith, au sud, contribue à démontrer l'impossibilité de maintenir une structure unique.</p>

1.7	FAQ 1.4. : il doit y avoir consensus pour couvrir l'ensemble du territoire belge.	Comment concilier le principe de liberté d'association (et son corollaire qui est la liberté de ne pas être obligé d'accepter un candidat membre dans une ASBL) et l'obligation de faire partie d'une CF ? Exemple : si ni Lux-Dinant, ni Charleroi ne veulent accepter Chimay parce que cela agrandirait trop leur territoire, quelle est la solution possible pour Chimay ?
1.8	FAQ 1.4. création d'un consortium	Les médecins wallons ne veulent pas prendre en charge l'organisation de ce consortium.
1.9	FAQ 1.5 alignement des territoires des CF sur les territoires de référence des régions flamandes et wallonnes	Le territoire des CF ne correspondra pas nécessairement au territoire des futures « organisations locorégionales de santé » (OLS) prévues en Wallonie. N'est-ce pas complexifier l'organisation de la première ligne ? Comment remédier à cela ?
1.10	FAQ : 1.9. Un nombre suffisant de MG de garde est prévu, compte tenu du nombre de contact	Il est important de tenir compte du nombre de MG disponibles sur le territoire, de la distance à parcourir et de la récurrence des gardes qui ne soit pas pénible pour éviter le cercle vicieux « non attractivité, non rétention, manque de MG » sur ce même territoire (voir introduction) Même s'il y a peu de contacts, un MG doit être présent et financé par un revenu minimum garanti. Dans certains endroits il faudra peut-être envisager l'apport de gardistes professionnels.
1.11	FAQ : 1.10. les demandes d'agrèments doivent être soumises au plus tard le 30 juin 24	Impossibilité d'être prêts pour cette date
2.	FINANCEMENT DES COOPÉRATIONS FONCTIONNELLES	

2.1	<p>FAQ : 2.2. La prise en compte du contexte local de la part des PMG nécessite de tenir compte de paramètres importants tels que le temps de réponse à la population.</p>	<p>Cela n'est pas toujours possible en raison des restrictions du nombre de PMG ou du transport.</p> <p>Pour rappel, le 1733 est inflexible sur la réponse à donner par le MG de garde : il n'y a pas de modulation possible de celle-ci en nuit profonde en particulier pour la distance qui sépare l'appelant du PMG. Une consultation ne pourra pas être convertie en visite pour motif que le PMG est trop éloigné.</p>	<p>C'est comme cela que se créent de facto les zones de non-permanence</p>
2.2	<p>FAQ 2.2. La CF devra ensuite choisir entre les deux scénarios (soit tous les PMG sont toujours ouvert, soit il y a un renforcement de la permanence mobile) en tenant compte de sa situation sur le terrain et en tenant compte de paramètres importants tels que le nombre d'habitants et la superficie couverte par la CF. Il appartient donc à la CF de choisir le scénario et donc le type de financement qui s'adapte le mieux aux besoins de sa population.</p>		
2.3	<p>FAQ.2.3. Quelle est la flexibilité budgétaire dont dispose la coopération fonctionnelle ? Scénarios du Cfr, enveloppe de financement du Cfr par pilier, dépassement du Cfr de 10 %.</p>		<p>Au vu des salaires extrêmement bas pour le personnel du back-office et l'importance des responsabilités (Coordinateur général, assistant administratif et assistant financier) ainsi que leur disponibilité importante 365 jours par an, peut-on envisager un dépassement supérieur de 10 % de l'enveloppe pour autant que cela ne dépasse pas l'enveloppe globale et plus particulièrement les rubriques de financement de 1 à 6 (Personnel Back Office, Personnel Front-Office, Transport, Loyer et Entretien, Maintenance et réparations ICT, Frais opérationnels) ?</p>
2.4	<p>FAQ 2.4. Le financement des transports sera calculé sur base des heures d'utilisation des véhicules.</p>	<p>Est-ce sur base effective d'utilisation ou sur base de la disponibilité des véhicules pour effectuer les visites à domicile selon les appels nécessaires ?</p>	<p>Il est évident que le critère de disponibilité du véhicule doit être appliqué.</p>

2.5	<p>FAQ 2.6. Les organisations représentatives de la MG impliquées dans la plate-forme d'accompagnement ont demandé que les MG soient rémunérés équitablement pour la garde. L'engagement de gérer ce point crucial a été pris et sera repris au sein de la commission nationale médico-mutualiste en tant qu'organe compétent.</p>		<p>Les organisations représentatives conditionnent leur soutien à l'ouverture des CF à un aboutissement préalable de cette réforme.</p>
2.6	<p>FAQ.2.7. FAQ 2.16 – FAQ 2.20 Que se passe-t-il si une coopération fonctionnelle dépense plus qu'elle ne reçoit ? Une évaluation est prévue lors de la période de transition de 3 ans</p>		<p>L'évaluation des modalités de financement, dont la demande de financement supplémentaire avec justificatifs suivant les besoins exceptionnels d'une coopération fonctionnelle, devrait se faire plus rapidement que dans 3 ans. Les représentants des MG demandent instamment une évaluation du service fourni aux MG et aux patients par les PMG et les CF. Le système installé correspond-il aux besoins des prestataires et des bénéficiaires ? Le délai de 3 ans nous semble trop long et une évaluation après la première année semble judicieuse. En effet, que se passe-t-il si nous constatons que nous dépassons largement une enveloppe financière ? Avoir un retour après trois ans nous semble beaucoup trop long et quelles seront les possibilités de recours après trois ans ?</p>
2.7	<p>FAQ : 2.8. <u>Les règles de financement</u> tiennent compte de la superficie et du nombre d'habitants pour déterminer le nombre de PMG maximum qui seront ouverts Full time (dans le scénario 2) ainsi que le nombre de véhicules maximum. (dans le scénario 1)</p>		<p>Cfr. 1.6.</p>

2.8	FAQ 2.9. Critères de financement pour un nombre plus réduits d'heures d'ouverture d'un PMG.	Est-il exact qu'une CF choisissant d'ouvrir un de ses PMG moins d'heures que le maximum prévu, ne se verra impactée que dans son financement sur les deux critères, que sont le front office et le transport, de manière proportionnée, les autres rubriques de financement étant immunisées et donc préservées ?	précisions à apporter
2.9	FAQ.2.12. Le budget de fonctionnement de l'année N+1 sera communiqué à la coopération fonctionnelle au plus tard le 31/12 de l'année N		Chaque PMG et chaque CF doivent recevoir le financement prévu avec ventilation des différentes rubriques en décembre N pour l'année N+1
2.10	FAQ 2.14. Il est prévu par la CNMM un budget pour aider au démarrage des CF. Cette aide doit comprendre un soutien en matière de droit du travail et de questions juridiques, en cas de besoin de médiation ou, par exemple, lors de l'introduction du dossier de candidature.	Les MG wallons ne veulent pas créer de consortium eux-mêmes, à l'instar du consortium envisagé par les MG néerlandophones, n'en ayant ni le temps ni l'expertise pour le réaliser eux-mêmes, particulièrement dans le contexte de pénurie des soignants.	Quelles seront les missions de ce consortium, ses moyens, son autonomie, son financement ? Avec quelle légitimité ? Il sera nécessaire que les pouvoirs publics organisent et rémunèrent une équipe spécialisée pour aider le terrain à organiser les CF, sous l'égide d'un médecin coordinateur général des CF . Il est primordial que l'INAMI se saisisse de ce travail pour se rendre compte des difficultés sur le terrain d'organiser la garde en combinant la réalité de pénurie de soignants et les conditions cadencées des moyens et d'honoraires de garde dérisoires.
2.11	Question 2.14 – Les postes de garde doivent coordonner les opérations entre eux et faire toutes sortes de choix. Des conseils et/ou un budget sont-ils prévus à cet effet ? Y a-t-il une coordination ou un suivi ?		L'introduction d'un dossier d'agrément et l'introduction du dossier de demande de financement à l'INAMI doit se faire pour le 30 juin 2024 au plus tard. Nous sommes en décembre 2023 et nous n'avons aucune information sur le budget prévu pour préparer ces CF. Il n'est pas acceptable que les administrateurs des PMG actuels travaillent gratuitement à fonder une CF. Il faut aussi prévoir des heures supplémentaires pour les coordinateurs administratifs qui devront gérer cela en plus de leur travail quotidien.

2.12	Trésorerie	La CF débute avec 0 € en caisse !	<p>Quand recevrons-nous l'argent de la CF et quel pourcentage recevrons-nous ?</p>
2.13	Reporting		<p>Qui va faire en 2025 les rapports financiers et d'activités pour l'année 2024 sachant que le personnel actuellement employé ne sera peut-être plus là ? Et quel budget sera attribué pour cette tâche qui normalement ne doit pas incomber à la nouvelle CF ?</p>
2.14	FAQ.2.22 Quelle est la raison pour laquelle les coûts de tarification sont placés dans le personnel Back-Office ?		<p>Le budget du personnel Back Office est déjà totalement sous-estimé. De plus, il nous semble que le personnel Front -Office directement en contact avec les patients nous semble plus à même de réaliser ce travail avant un contrôle du Back Office.</p>
2.15	<p>FAQ 2.26. Dans le cadre des discussions avec les organismes de médecins, il a été décidé qu'un renforcement de l'accueil pourra être attribué si la CF répond à au moins 2 des 3 critères suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le nombre d'habitants par rapport au nombre de PMG, 2. Avoir un certain nombre de PMG se situant dans ou à proximité d'un hôpital (à moins de 500m), 3. Avoir un nombre de PMG ayant effectué individuellement un nombre de contacts supérieur à 10.000 contacts dans les 2 années complètes précédentes avant le lancement de la coopération fonctionnelle. 	<p>La proximité de l'hôpital n'est donc pas le seul critère pris en compte pour le renforcement de l'accueil. Mais en région wallonne, il y a des PMG qui nécessitent un doublement de l'accueil (Charleroi et Liège par exemple) et ces critères ne le leur permettent pas, malgré l'afflux important de patients.</p>	<p>Le « double accueil » permet de s'adapter aux réalités des PMG se situant dans des zones à forte densité de population en favorisant les économies d'échelle.</p> <p>La mesure du double accueil est une mesure de crise en vigueur jusqu'au 31/12/24. Quels seront les critères valables après cette date ?</p>

2.16	<p>FAQ.2.27 Financement selon la Commission paritaire 330 : l'INAMI a-t-elle déjà pris des mesures, en coordination avec ses collègues du SPF Emploi, Concertation Sociale et ONSS, pour intégrer tous les PMG dans cette commission paritaire ?</p>		<p>Quand aurons-nous la confirmation de la commission paritaire ? Si nous devons rentrer un dossier pour le 30 juin 2024, il faut des chiffres précis, même si d'ores et déjà les budgets de certaines rubriques nous semblent trop justes.</p> <p>Comment respecter les conditions légales ? En fusionnant nos PMG, doit-on appliquer une reprise d'entreprise avec conservations des acquis du personnel ? Si oui, on espère que cela rentrera dans le budget global. Certains PMG ayant des acquis sociaux plus importants que d'autres. Quid de l'alignement des salaires ?</p>
2.17	<p>FAQ 2.31. La surface théorique prise en compte pour le calcul du loyer est de 200 m². Cette surface théorique reprend les éléments suivants : les cabinets médicaux, l'accueil, la salle d'attente.</p>		<p>Ce critère pour le loyer est insuffisant.</p> <p>Il faut pouvoir disposer de chambres (3 pour un full time), de sanitaires pour les patients et pour le personnel, d'une salle de bains, de bureau pour le back office, de salle de réunion...</p> <p>Tout dépassement de la surface théorique de 200 m² doit être justifiée moyennant informations. Il est essentiel d'avoir plus d'informations à propos des procédures et des conditions d'acceptation. Y a-t-il possibilité d'appliquer une moyenne de 200m² sur plusieurs PMG ?</p>

2.18	<p>FAQ 2.33. Il n'est pas nécessaire qu'un MG soit toujours présent. Dans le cadre d'une CF, un PMG doit toujours être accessible et la garde mobile doit être garantie. Le service de garde mobile ne doit pas avoir sa place fixe dans un PMG mais peut être déployé de manière à assurer une permanence maximale auprès de la population. A titre d'exemple fictif, une CF peut choisir de maintenir un PMG ouvert en nuit profonde avec un médecin présent et d'envoyer une garde mobile avec un médecin à un endroit géographique situé à l'autre bout de la zone. Il peut donc s'agir de la résidence du médecin ou d'un autre PMG qui n'est pas accessible la nuit.</p>	<p>Cette affirmation est importante ! Mais n'est-elle pas en contradiction avec tout ce qui a été demandé ces dix dernières années par l'INAMI. Le document de l'INAMI approuvé le 05/07/23 dit ceci au chapitre 2 art 2 point 4°:</p> <p><i>4° Les coopérations fonctionnelles effectuent la permanence médicale reprise à l'article 2, § 2 de l'arrêté royal du 10 septembre 2020 en assurant la présence d'un médecin et d'un accueillant durant les heures d'ouverture des postes de garde de médecine générale. La coopération fonctionnelle garantit également la disponibilité de médecins pour des visites à domicile dans la région concernée.</i></p> <p>Cela semble contredire la FAQ.</p>	<p>Dans la nouvelle version a été retiré la notion de « la résidence du médecin » pour le MG mobile. Il est nécessaire de clarifier les exigences et dispositions pour le médecin mobile. Sera-t-il toujours possible et praticable pour un MG mobile de dormir à son domicile ?</p> <p>La revendication des MG de pouvoir dormir à leur domicile en tant que MG mobile est rendue de facto non praticable pour certains, au domicile trop excentré, au vu de l'étendue des territoires des CF.</p>
2.19	<p>FAQ.2.45. Les médecins devraient être favorables à l'organisation de la garde de semaine (pas + de 30% contre).</p>		<p>Quels MG pourront voter ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tous les MG de la zone desservie ? 2. Les MG du cercle ou les MG de l'asbl PMG ou les 2 ? 3. Uniquement les MG participant au service de garde ? 4. Et les MG qui sont dispensés de la garde suite au ROI, âge, maladie, ont-ils droit de vote ? A partir de quel âge ne peuvent-ils plus voter ?
2.20	<p>FAQ.2.46 Rendre obligatoire l'application des barèmes IFIC ? ou possibilité de conserver l'actuel PC 330.1 (cf courrier de HPW Leuven)</p>		<p>Pour un personnel qualifié et responsable, disponible 365 jours par an dans le Back-office, les barèmes sont trop bas. Il faut augmenter l'IFIC.</p>
2.21	<p>FAQ 2.49. La fonction de médecin coordinateur devra être financée au détriment d'une des autres fonctions reprises de back office.</p>		<p>Il y a déjà trop peu de moyens dévolus au back office. La direction médicale est essentielle et ne peut se faire aux dépens de la coordination administrative.</p> <p>La fonction de médecin coordinateur directeur des CF est indispensable. Nous estimons son financement à 120 €/heure pendant 10 à 19H/semaine</p>

2.22	FAQ.2.50 Faire appel à un comptable externe nous paraît indispensable. Ce poste sera-t-il déduit de l'enveloppe coordination comptable ?		La fonction d'assistant financier est indispensable au travail préalable du comptable externe. Quel sera le budget de la sous-rubrique « Comptabilité » ?
2.23	FAQ.2.51 Le tiers payant généralisé ainsi que la perception centrale des honoraires demandent un travail conséquent à leur responsable. Deux fois 0,2 ETP sont actuellement octroyés pour cette fonction. Le seront-ils encore dans la CF ?		Il nous semble plus approprié d'inclure ce travail dans le Front-Office avec le personnel directement en relation avec les intervenants. L'enveloppe du Back-Office étant beaucoup trop faible. Dans les deux cas, l'IFIC est insuffisant.
3.	AUTRES QUESTIONS CONCERNANT LES ASBL		
3.1		<p>Il y a une nécessité de définir plusieurs scénarios qui répondent aux questions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comment liquider des asbl de PMG et solder les comptes ? 2. Comment changer les statuts d'une asbl existante vers une CF en reprenant les comptes (pertes ou profits) et le personnel ? 3. Comment sortir la mission "PMG" des asbl de cercles pour l'inclure, avec les pertes et profits y afférent, anciens ou futurs, dans une nouvelle asbl de CF ? 	<p>Il est impératif de clarifier le degré d'autonomie pour l'asbl ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soit de facto des asbl sous la tutelle de gestion de l'INAMI – avec des critères financiers stricts. L'INAMI doit alors assumer par elle-même les décisions difficiles (ex. licenciement) ▪ Soit des asbl avec une responsabilité réelle qui doivent pouvoir bénéficier d'une certaine autonomie d'utilisation des financements INAMI ? Avec la possibilité de réaliser un matelas de sécurité pour pouvoir assumer les coûts refusés par l'INAMI. <p>La non réponse à ces questions est un point de blocage potentiel.</p> <p>Il sera nécessaire d'envisager les coûts en inventaire, réviseurs d'entreprise, éventuellement notaires, conseillers juridiques</p>

3.2	<p>Comment l'asbl PMG doit-elle se préparer à d'éventuels licenciements ? L'INAMI supportera-t-elle alors ces coûts ? Les provisions du passif social accumulées déposées sur des comptes séparés par les différents PMG doivent être remboursées à l'INAMI et/ou repris ensemble sur un compte de la CF. Si une CF doit licencier du personnel, une demande est envoyée à l'INAMI, accompagnée des pièces justificatives nécessaires. Cette demande sera analysée et présentée aux différentes plateformes de concertation (NCAZ, CBC, CGV) afin de valider l'utilisation de la provision du passif social.</p>		<p>Comment garantir une nécessaire autonomie des asbl pour gérer cela ?</p>
3.3	<p>Quelle responsabilité est attribuée aux MG ? Les MG sont-ils engagés personnellement, par exemple, par leur patrimoine privé ?</p>	<p>Les cercles sont membres et les MG désignés par le cercle sont administrateurs des actuelles ASBL PMG, lesquels sont subsidiés par l'INAMI. L'INAMI contrôle certes l'utilisation des subsides, octroyés sous réserve du respect de certaines conditions, L'INAMI ne contrôle pas l'ASBL, qui reste souveraine des décisions qu'elle prend. Le raisonnement sera le même pour les ASBL CF, dont les membres et administrateurs seront des Cercles et des médecins généralistes. Un membre ou un administrateur d'une ASBL n'engage jamais son patrimoine privé, sauf en cas de faute grave relevant du droit pénal. Cela étant, toute ASBL a toujours intérêt à souscrire une assurance RC professionnelle pour couvrir ses administrateurs et son staff (lequel pourrait aussi commettre une faute grave entraînant des dommages financiers pour l'ASBL).</p>	<p>L'interprétation juridique ci-jointe est-elle partagée et actée par écrit par l'INAMI ? Qu'en est-il de la responsabilité vis à vis des déficits des asbl actuelles ?</p>

3.4	Quelle fusion est prévue pour les staffs des PMG actuels dans les CF ?	Si le staff salarié d'un PMG est transféré dans l'ASBL CF, il faudra appliquer la C.C.T. n° 32bis, qui garantit le maintien des droits des travailleurs dans tous les cas de changement d'employeur, du fait du transfert conventionnel d'une entreprise ou d'une partie d'entreprise.	L'interprétation juridique ci-jointe est-elle partagée et actée par écrit par l'INAMI ? Qu'en est-il de la prise en charge des coûts liés à d'éventuels dépassements ?
3.5	Comment liquider les dettes des ASBL existantes, dettes créées par le refus (parfois bien sévère) par l'INAMI de certains montants de dépenses des PMG?	Cette question correspond bien à la réalité de certaines ASBL existantes	Réponse/précisions à apporter par l'INAMI
4	1733		
4.1	FAQ 3.1. Il a été convenu avec le SPF Affaires intérieures qu'un effort supplémentaire serait fait pour accélérer le recrutement au sein du tri 1733 afin que tous les PMG puissent être connectés à la phase 2 – 1733 d'ici la fin 2024	Recruter est bien. Garder les recrutés est aussi nécessaire. Le turnover de ces dernières années est hautement préjudiciable. Le manque de personnel est dû en partie à l'acceptation de mutation dans un contexte de cadre non rempli.	Remplir et stabiliser le cadre 1733
4.2	FAQ 3.2. « Out of Service (OOS) pour 1733 peut être invoquée en cas de force majeure » ?		Qu'en est-il des cas de force majeure lorsque l'on manque de MG?
4.3	FAQ 3.5. En cas de problèmes aigus, le poste de garde ou le centre d'urgence peut appeler un numéro de permanence. Ce numéro est mis à leur disposition s'ils sont affiliés au 1733. Toutefois, ce numéro n'est disponible que le week-end, du samedi 0h au dimanche 23h59. »		Ce numéro doit être disponible pendant toute la durée de l'activité du 1733, au minimum.
4.4	FAQ 3.6. Aucun rendez-vous ne peut être pris dans le système 1733. Le 1733 est un moyen d'organiser le triage et de transmettre le résultat du triage aux postes de garde par le biais d'un message codé (XML).		Quelles sont les moyens mis en œuvre pour s'assurer que ces xml soient bien arrivés ? Cela fait des années que nous demandons un feed-back automatisé pour éviter que des messages se perdent suite à un problème technique.

4.5	FAQ 3.6. Il doit être possible de se rendre au poste de garde sans rendez-vous. Les portes ouvertes doivent être utilisées.		Imposer cela aux PMG va à l'encontre du tri 1733. Le tri doit se faire pour tous les patients, avant tout contact avec un médecin, de salle d'urgence ou de MG. Ceci est de haute importance.
4.6	FAQ.3.8 Il est obligatoire de travailler avec le 1733 s'il est opérationnel dans la région où la coopération fonctionnelle opère.		les MG revendiquent un préalable avant la création des CF : un tri 1733 sur tout le territoire de la Belgique. Sans cette garantie, la création d'une CF sur une zone desservie par le 1733 alors qu'ailleurs il n'est pas fonctionnel, est discriminatoire.
4.7	FAQ 3.10. Une demande de visite urgente à domicile : cette visite est effectuée pour une situation ne mettant pas la vie en danger ou menaçant les organes, l'état nécessite néanmoins une évaluation médicale rapide (dans un délai de 1 à 2 heures maximum) en vue d'un diagnostic ou d'une thérapie.		2 heures. Pas 1 à 2 heures. C'est capital. Sous peine de risque d'interprétation préjudiciable pour le MG ou la CF.
4.8	FAQ 3.10. Une demande de visite à domicile : elle a lieu pour une situation non menaçante, l'état de santé nécessite une évaluation médicale (dans le cadre du poste de garde/ 12 heures maximum) pour un diagnostic ou une thérapie. Cela s'applique aux patients qui ne peuvent pas se rendre au poste de garde local ou est réservé à des groupes cibles spécifiques tels que les maisons de soins et de repos, les personnes âgées, les certificats de décès (liste non exhaustive).		Ceci n'est pas propre à la visite à domicile. Il faut la définir comme suit : une visite est consentie en raison de la présence de critères d'exception à la règle qui est que tout contact est par défaut une consultation au PMG. Ces critères sont d'ordre médical ou social et définis de manière exhaustive par le MBRM.
4.9	FAQ 3.10. Un renvoi vers un poste de garde : il s'agit d'une situation non menaçante, dont l'état nécessite une évaluation médicale (dans un poste de garde/ 12 heures maximum) en vue d'un diagnostic ou d'une thérapie.		Ceci n'est pas exact car cela répond au critère N7 du MBRM. Or des N6 du MBRN sont aussi par défaut des consultations. Donc un renvoi vers un PMG peut devoir mener à une consultation dans les 2h et pas endéans les 12h.

QUESTIONS SPÉCIFIQUES À CERTAINS PMG	
WAREMME - PMGW – SMWE	
FAQ.2.12. Back office	<p>La disparition des services de télésecrétariat de Allô Santé va faire disparaître tout ce qui a été amélioré pour les transferts des XML vers Allô Santé, et cela suite à l'arrivée de la CF « Leudicus » (regroupant 9 PMG pour une population de 820.363 hbts et une superficie de 1874 km²). Quand prendra court cette disparition ?</p> <p>La disparition du télésecrétariat Allô Santé prendra-t-elle court dès le 1^{er} janvier 2025 ou après les 3 premières années de lancement ? Pourra-t-on continuer à travailler avec Allô Santé avec fin définitive en 2028 ?</p>
NAMUR - GAMENA	
FAQ.2.5 gardes de semaine	Actuellement nous sommes en coopération avec le Cégéno pour la garde de semaine ; l'autre partenaire n'est actuellement pas preneur. Sur quel financement devons-nous compter : l'actuel ou celui qui sera donné en 2025 à la CF ?
FAQ.2.22 Les frais de tarification sont facturés par le fournisseur de logiciel Mediportal	Cela veut-il dire qu'à court voire moyen terme les CF devront utiliser ce logiciel et donc les logiciels tels que Médispring devront-ils disparaître ?
LUXEMBOURG-DINANT	
	<p>Lorsqu'on calcul le N, est-ce bien pour obtenir le nombre de PMG Full Time maximum ? Notre N dans le scénario 2 nous dit que nous pouvons ouvrir 5 PMG Full-time. Peut-on imaginer n'en ouvrir qu'un seul et le reste en part-time ? Voir aucun Full-time, les 7 en part-time ?</p> <p>Si on fait le choix du transport en interne, peut-on glisser des heures de back-office dans cette rubrique ? Un employé RH supplémentaire est nécessaire lorsqu'on gère en interne plus du double de salarié.</p>
CHARLEROI	
Dispatching et surveillance des visites à domicile.	<p>Nécessité de centraliser et dispatcher les demandes de visites de 8h à 23h par un intermédiaire qui répartit les visites vers les voitures « en temps réel ».</p> <p>Financement actuel à pérenniser pour :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tenir compte de la localisation des visites à domicile, de la charge de travail de chaque médecin et du degré d'urgence de la demande. 2. Gérer les XML dédiés aux visites dans les délais requis 3. Tenir compte des délais de prise en charge définis par le 1733 4. Réaliser un contrôle du suivi des visites 5. Intervenir en cas de problème de sécurité (accident ou agression) 6. Diminuer le nombre de kilomètres parcourus dans une visée économique et écologique