

RESOLUTION SANTÉ

Financement

En Belgique, les soins de santé représentent 33% de l'ensemble des dépenses de notre sécurité sociale, bâtie sur un principe fondamental de solidarité. Ce budget spécifique vise à offrir à tous les Belges des soins de qualité et accessibles et représente 75% du financement des soins de santé ; 24% étant supportés par le patient, 19% par des paiements directs et 5% en assurances complémentaires (mutualités et assurances privées).

Le mode de calcul du budget des soins de santé est fixé par la loi. Le budget d'une année équivaut à celui de l'année précédente auquel on rajoute la norme de croissance, la masse d'indexation et quelques dépenses spécifiques.

La norme de croissance a évolué dans le temps, au fil des législatures :

Gouvernement	Ministre de la Santé	Années	Norme de croissance soins de santé
DEHAENE II	DE GALAND/ COLAS	1996-2000	1,50%
VERHOOFSTADT I	ALEVOET/TAVERNIE	2001-2004	2,50%
VERHOOFSTADT II	DEMOTTE / DONFUT	2005 - 2007	4,50%
LETERME	ONKELINX	2008-2011	4,50%
DI RUPO	ONKELINX	2012	4,50%
		2013	2%
		2014	3%
MICHEL	DE BLOCK	2015-2019	1,50%
DE CROO	VANDENBROUCKE	2020	1,50%
		2021-2023	2,50%
		2024	2,00%

Ces dix dernières années, les soins de santé sont devenus une variable d'ajustement du déficit budgétaire. Ils ont été soumis aux mesures d'austérité et d'économie, impactant le personnel et le citoyen.

Résolution : Le droit à la santé est un droit fondamental. Les soins de santé ne doivent pas être vus comme une variable d'ajustement budgétaire mais comme un investissement digne de ce nom.

Nous revendiquons que le budget des soins de santé soit intégré dans un plan budgétaire pluriannuel permettant de l'adapter aux besoins annuels avec un horizon plus large.

Il faut partir des besoins réels pour définir le cadre budgétaire. Des moyens supplémentaires devront dès lors être dégagés ou réalloués au sein du budget annuel des soins de santé pour satisfaire les besoins réels ponctuels identifiés et selon les objectifs de santé définis.

La crise du coronavirus a dévoilé les carences liées à une répartition incohérente des compétences en matière de santé et surtout les travers d'une coopération souvent laborieuse entre les différents niveaux de pouvoir. Cela incite à réfléchir à une répartition adéquate des compétences entre les différentes entités fédérées et à une coordination efficace.

Résolution :

- Nous revendiquons une analyse des conséquences négatives des précédentes réformes de l'Etat afin de répartir de manière adéquate les compétences entre les entités fédérées et le Fédéral.

- Nous demandons que dans le cadre de la concertation sociale, on veille à définir des objectifs de santé publique. Ces objectifs doivent s'inscrire dans un cadre pluriannuel.

- Il est également indispensable d'investir dans une politique de santé publique et de prévention ambitieuse et transversale.

- Nous réclamons également un renforcement des premières lignes de soins.

Hôpitaux

Les hôpitaux sont financés à 36,5% par le BMF (Budget des Moyens Financiers) liés à l'activité hospitalière, à 37,5% par des rétrocessions d'honoraires (médecins, dentistes, certaine catégorie de personnel soignant et paramédical), à 20,8 % par des produits pharmaceutiques, à 4% par les forfaits INAMI et les suppléments chambres, produits accessoires...

Le mode de financement soumis à une logique de rentabilité tel que nous le connaissons actuellement, manque de transparence et met les équipes sous pression permanente.

1.1- Evolution du budget des moyens financiers - budget notifié au 1er juillet
 Evolutie van het budget van financiële middelen - betekend budget op 1 juli



Au fil du temps on constate qu'un système pervers s'est développé, l'existence d'assurances hospitalisation sert d'alibi pour facturer des suppléments d'honoraires toujours plus élevés, lesquels font grimper à leur tour les primes des assurances hospitalisation. Cette spirale d'augmentation des coûts touche aux principes fondamentaux des soins de santé et de la sécurité sociale, parce qu'elle accentue la tendance au développement d'une médecine à deux vitesses.

Résolution :

- Pour nous, la santé, c'est public !
- Nous revendiquons une interdiction légale des suppléments d'honoraires pour le patient hospitalisé, y compris dans l'ambulatoire.
- Nous demandons un autre mode de financement des hôpitaux.
- Nous revendiquons une revalorisation des fonctions barémiques et une amélioration du bien-être du personnel des établissements de soins.
- Nous revendiquons une révision à la hausse des normes d'encadrement des patients en adéquation avec les besoins de services afin de prodiguer des soins de qualité.
- Nous demandons le respect des normes fédérales en termes de lits par nombre d'habitants.
- Enfin nous réclamons une transparence totale des tarifs, notamment en ce qui concerne les coûts qu'entraînent une admission par rapport au financement reçu par un hôpital.

Les Réseaux hospitaliers

Par la loi du 14 février 2019, la mise en réseaux de nos hôpitaux est officialisée.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, chaque hôpital doit faire partie d'un seul et unique réseau hospitalier locorégional. Treize réseaux au maximum peuvent être constitués en Flandre, huit en Wallonie et quatre à Bruxelles. La manière dont les hôpitaux organisent la politique de l'offre de soins locorégionale au sein de leur réseau est déterminée par le réseau hospitalier lui-même.

La Belgique compte 103 hôpitaux généraux (30 % d'hôpitaux publics), les hôpitaux psychiatriques ne sont pas comptabilisés.

13 réseaux sont créés en Flandre, 8 en Wallonie dont 1 agréé par la Communauté germanophone et 4 à Bruxelles dont 1 agréé par la Communauté flamande.

La constitution des réseaux et de leur personnalité juridique pose question, en effet dans certains d'entre eux, des hôpitaux publics et privés se côtoient. Qu'en est-il de la concertation sociale ? Qu'advient-il si des transferts de service sont opérés entre un hôpital public et un hôpital privé, du personnel statutaire, du barème IFIC qui n'aurait pas été activé ? Pour rappel, le barème IFIC a – a contrario du secteur public – été implémenté à 100% dans le secteur privé.

En Flandre, tous les réseaux sont constitués en ASBL de droit privé.

A Bruxelles, à l'heure où ces lignes sont écrites, un grand réseau « CHORUS » regroupant 5 hôpitaux publics, Erasme et peut-être le CHIREC est en cours de création.

En Wallonie 8 réseaux voient le jour dont 2 sont publics à 100% ou presque (Eclipse et Vivalia) :

- **Phare** qui rassemble les CHWAPI, CHR Haute-Senne, Centre Hospitalier de Mouscron et Epicura ;
- **Helora** qui allie le CHU Tivoli, les Centres Hospitaliers Jolimont, le CHU Ambroise Paré et le CHR Mons-Hainaut ;
- **Eclipse** qui compte le CHU de Liège, le CHBA, le CHR de la Citadelle, le CHR de Huy, la Clinique André Renard, le CHR de Verviers, le Centre Hospitalier de Malmédy et ISOSL Valdor Péri ;
- **Move** qui regroupe le CHC, la Klinik St Josef de St Vith et le St Nikolaus-Hospital d'Eupen ;
- **HUmani Santé Charleroi Chimay** dont les hôpitaux membres sont le CHU Vésale, le Centre de Santé des Fagnes et le CHU de Charleroi ;
- **Le Réseau Hospitalier de Charleroi Métropole** avec le GHDC et la Clinique Notre-Dame de Grâce ;
- **Le Réseau Hospitalier Namurois** qui capitalise sur le CHR de Namur, le CHR Val de Sambre, la Clinique Saint-Luc de Bouge, et les hôpitaux du CHU UCL Namur-Dinant, Sainte-Elisabeth, Mont-Godinne) ;
- **Vivalia** qui regroupe les hôpitaux de la Province du Luxembourg.

Résolution :

- La mise en réseau ne doit avoir pour conséquence aucune forme de privatisation, ni des établissements hospitaliers publics eux-mêmes ni via l'externalisation de certains services.
- Il est impératif de veiller à ce que le statut public des travailleurs soit préservé.
- Il convient d'assurer la représentation syndicale du secteur public à la table des négociations/concertations du réseau.
- Nous veillerons également à organiser des réunions préparatoires avec nos camarades du secteur privé.

Accord social

En juillet 2020, un accord social sectoriel est conclu avec le nouveau Ministre de la Santé, F. VANDENBROUCK et le Ministre fédéral de l'Emploi, P-Y DERMAGNE. Celui-ci concrétise l'exécution du protocole d'accord signé en 2017 avec les Ministres M. DE BLOCK et N. MUYLLE.

La réforme du paysage hospitalier, décidée par le Gouvernement Michel a impliqué des modifications importantes sur le terrain tant au niveau salarial qu'au niveau des conditions de travail : barèmes IFIC impliquant des modifications des statuts locaux, création des réseaux ...

A) Financement de l'IFIC (500 millions d'euros)

L'accord sectoriel prévoit un budget de 500 millions d'euros afin d'intégrer le modèle salarial de l'IFIC.

Concrètement, l'intégration de l'IFIC ne s'est pas faite à 100% dans nos hôpitaux publics, certaines fonctions témoignant un delta négatif entre le barème actuel et celui proposé par le modèle salarial IFIC.

Le secteur public a enfin pu siéger au sein des diverses instances de représentation au sein de l'IFIC. Nous avons pu intégrer le Comité d'entretien des fonctions, et le Comité d'Attribution en charge d'améliorer la catégorie salariale de certaines d'entre elles. Ce qui nous permet d'apporter l'expérience et la réalité du terrain dans nos hôpitaux publics.

B) Le fonds Blouses Blanches (400 millions d'euros)

La mobilisation des travailleurs en fin de législature 2019 a permis aux syndicats d'arracher au gouvernement des fonds importants pour soutenir les travailleurs de la santé, tous secteurs confondus.

L'objectif était prioritairement de pouvoir créer des emplois de soignants (infirmières, aides-soignantes, ...) ou de travailleurs en soutien logistique.

C) Mesures qualitatives (200 millions d'euros)

Des budgets ont également pu être utilisés pour améliorer les conditions de travail et le bien-être au travail des travailleurs de la santé.

Même si ce montant semble important, il est cependant insuffisant pour compenser les coupes budgétaires effectuées dans le secteur des soins de santé par les Gouvernements successifs. Et les mesures mises en œuvre semblent maigres face aux attentes des travailleurs.

D) Primes en soutien financier aux travailleurs durant la crise Covid ()

A deux reprises le gouvernement a décidé d'utiliser des budgets issus des budgets IFIC non utilisés afin de montrer son soutien aux travailleurs essentiels restés au front durant la période Covid. Ces mesures sont extrêmement mal vécues par les travailleurs parce que les annonces politiques de primes (hors taxes) se concrétisent par des sommes dérisoires sur les comptes des travailleurs qui sont restés actifs au péril de leur vie. Et la notion de travailleurs essentiels définie par le gouvernement a été perçue comme vexatoire pour les agents qui n'ont pas été reconnus comme tels alors qu'ils ont également assuré les services durant la pandémie.

E) Agenda du futur

Au sortir de la pandémie, Le Ministre interpellé par l'ensemble des partenaires sociaux présents autour de la table entame un chantier et décide d'établir un texte appelé « Agenda du futur », afin de cerner la situation sur le terrain, la problématique des pénuries de soignants et d'envisager des pistes pour endiguer l'hémorragie. A ce stade, les multiples réunions ont abouti à un texte qui servira (ou pas) de base de réflexion au prochain Gouvernement.

Résolution :

Au sortir du covid le secteur est moribond, il faut redonner de l'espoir aux travailleurs et aux étudiants (stagiaires) dans le secteur des soins de santé. Nous avons dès lors établi un nouveau cahier de revendications déposé en FCS public et qui servira de base pour l'Accord sectoriel avec le prochain Gouvernement.

Celui-ci reprend les revendications suivantes :

- Augmentation des indemnités pour les prestations inconfortables
- Valorisation de la reconnaissance de l'ancienneté
- Augmentation du pouvoir d'achat via une revalorisation des barèmes
- Meilleures valorisations des gardes appelables
- Statutarisation du personnel
- Mise en œuvre de l'accord sectoriel 2005-2010 qui dégage des budgets à affecter au second pilier de pension du personnel contractuel
- Révision à la hausse des normes d'encadrement adaptées à la charge de travail et normer les fonctions non normées.
- Valorisation de toutes les formations
- Création d'équipes mobiles pluridisciplinaires à l'instar des équipes mobiles actuelles
- Amélioration des supports logistiques et simplification des procédures
- Mieux financer et encourager la formation
- Meilleur équilibre vie privée vie professionnelle
- Être associés aux discussions sur les réformes des études