

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

SESSION EXTRAORDINAIRE 2019

21 août 2019

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**relative à l'amélioration des conditions de
travail des infirmiers**

(déposée par Mme Yoleen Van Camp)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

BUITENGEWONE ZITTING 2019

21 augustus 2019

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**ter verbetering van de werkomstandigheden
van verpleegkundigen**

(ingediend door mevrouw Yoleen Van Camp)

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	: Parti Socialiste
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
CD&V	: Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	: socialistische partij anders
cdH	: centre démocrate Humaniste
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	: Indépendant - Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de numering van de publicaties:	
DOC 55 0000/000	Document de la 55e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 55 0000/000	Parlementair document van de 55e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

1. Une pénurie d'infirmiers dans les hôpitaux

Nos hôpitaux sont confrontés à une pénurie de personnel infirmier. Une étude comparative européenne montre que le nombre de patients par infirmier est très élevé dans les hôpitaux belges, qui comptent en moyenne 1 infirmier pour 10,8 patients. Ce faisant, la Belgique affiche un moins bon résultat que les neuf autres pays européens étudiés, dont la Norvège (5,2 patients par infirmier) et les Pays-Bas (7 patients par infirmier). Seule l'Espagne fait encore pire, avec 1 infirmier pour 12,7 patients¹.

1.1. Une pénurie problématique

Le nombre peu élevé d'infirmiers entraîne divers problèmes. Premièrement, il a un impact négatif sur la qualité des soins et sur la santé du patient. L'étude susmentionnée montre que le fait d'ajouter un patient à la charge de travail d'un infirmier accroît de 7 % le risque de décès de ce patient dans les 30 jours suivant son hospitalisation¹.

De plus, la pénurie d'infirmiers a aussi une incidence négative sur la satisfaction au travail du personnel infirmier. Des infirmiers insatisfaits sont plus susceptibles de quitter leur emploi, ce qui à son tour peut exacerber le problème de la pénurie d'infirmiers. Une étude de la KU Leuven montre que 29,5 % des infirmiers belges envisagent de quitter leur emploi. Dans certains hôpitaux belges, ce chiffre atteint 55,9 %. L'insatisfaction au travail des infirmiers est également beaucoup plus grande dans les hôpitaux où le nombre de patients par infirmier est plus élevé². Aux États-Unis, plusieurs États appliquent des ratios de personnel "de sécurité" en vertu desquels un infirmier ne peut se voir confier qu'un nombre limité de patients. Des études montrent qu'une telle norme de sécurité augmente l'attrait de la profession et réduit l'absentéisme³.

¹ AIKEN e.a., "Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study", *Lancet* 2014, 383.

² VAN DEN HEEDÉ e.a., "Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: A mixed method study", *International Journal of Nursing Studies* 2013, 50.

³ AIKEN e.a., "Implications of the California nurse staffing mandate for other states", *Health Services Research* 2010, 45.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Een tekort aan verpleegkundigen in de ziekenhuizen

Onze ziekenhuizen kampen met een tekort aan verpleegkundigen. Een vergelijkende Europese studie toont aan dat het aantal patiënten per verpleegkundige in de Belgische ziekenhuizen zeer hoog ligt. Belgische ziekenhuizen beschikken gemiddeld over 1 verpleegkundige per 10,8 patiënten. Hiermee scoort België minder goed dan de negen andere onderzochte Europese landen, zoals Noorwegen (5,2 patiënten per verpleegkundige) of Nederland (7 patiënten per verpleegkundige). Enkel Spanje doet het nog slechter, met 1 verpleegkundige per 12,7 patiënten¹.

1.1. Een problematisch tekort

Het lage aantal verpleegkundigen brengt verschillende problemen met zich mee. Ten eerste heeft het een negatieve invloed op de kwaliteit van de zorg en de gezondheid van de patiënt. De eerder genoemde studie toont aan dat een toename van de werkdruk van de verpleegkundige met één patiënt, de kans dat de patiënt sterft binnen de 30 dagen na aanmelding in het ziekenhuis met 7 % doet toenemen¹.

Bovendien heeft een tekort aan verpleegkundigen ook een negatieve invloed op de jobtevredenheid van de verpleegkundigen. Ontevreden verpleegkundigen zijn sneller geneigd om hun job te verlaten, wat het probleem van het verpleegkundigetekort op zijn beurt weer kan versterken. Een studie van de KU Leuven toont aan dat 29,5 % van de Belgische verpleegkundigen overweegt om zijn of haar job te verlaten. In bepaalde Belgische ziekenhuizen loopt dit op tot 55,9 %. In ziekenhuizen waar het aantal patiënten per verpleegkundige hoger ligt, blijkt ook de jobontevredenheid van de verpleegkundigen significant hoger te liggen². In de VS wordt in verschillende staten gewerkt met "safe staffing ratios" die bepalen dat aan een verpleegkundige maar een beperkt aantal patiënten mag worden toegewezen. Onderzoek toont aan dat een dergelijke veilige norm de aantrekkingskracht van het beroep verhoogt en het ziekteverzuim vermindert³.

¹ AIKEN e.a., "Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study", *Lancet* 2014, 383.

² VAN DEN HEEDÉ e.a., "Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: A mixed method study", *International Journal of Nursing Studies* 2013, 50.

³ AIKEN e.a., "Implications of the California nurse staffing mandate for other states", *Health Services Research* 2010, 45.

Il s'avère que plus le degré de participation et d'autonomie accordé au personnel infirmier est important, plus la satisfaction professionnelle de ce dernier est élevée. Dans les hôpitaux où les directeurs des soins infirmiers sont attentifs aux demandes du personnel infirmier et où les effectifs infirmiers sont en adéquation avec la demande de soins, on observe que la propension des infirmiers à quitter la profession est généralement plus faible. Les hôpitaux performants se caractérisent par un mode de concertation ouvert, une structure organisationnelle plane et une gestion participative. Ils offrent en outre des programmes de formation structurels et des possibilités de carrière aux infirmiers².

Enfin, soulignons encore qu'augmenter les effectifs infirmiers génère quelques effets retour non négligeables en raison du fait que le déploiement d'effectifs infirmiers suffisants réduit les complications, la durée du séjour hospitalier des patients et l'absentéisme pour cause de maladie, et accélère la reprise du travail par les infirmiers. Une étude américaine a calculé que les effets retour pouvaient, par infirmier supplémentaire, compenser près de 72 % des coûts de personnel supplémentaires⁴. Notons encore que ce chiffre ne tient même pas compte d'autres effets retour (tels que la réduction des actions en dommages et intérêts à l'encontre de l'hôpital, la diminution du risque de réhospitalisation, une baisse des coûts liés à l'engagement d'infirmiers pour remplacer les collègues absents, etc.).

1.2. Problèmes en amont

À la difficulté de garder les infirmiers dans les hôpitaux, s'ajoute, dans notre pays, en amont, un problème concernant le nombre de nouveaux diplômés en soins infirmiers.

Durant de nombreuses années, le nombre d'inscriptions au bachelier en soins infirmiers a augmenté en Flandre: de 7 418 nouveaux étudiants au cours de l'année académique 2011-2012, il est passé à 9 215 nouveaux étudiants au cours de l'année académique 2016-2017^{5,6}. Le bachelier en soins infirmiers est toutefois alors passé de trois à quatre années d'études. Depuis lors, le nombre d'étudiants en soins infirmiers ayant entamé ce bachelier est retombé à 7 320 nouveaux étudiants pour l'année académique 2018-2019, soit le niveau d'avant 2011⁷. L'allongement de cette formation implique en outre qu'aucun étudiant ne sera diplômé en 2019.

⁴ DALL e.a., "The economic value of professional nursing", Medical Care 2009, 47.

⁵ www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/hoger-onderwijs-in-cijfers-aantal-inschrijvingen-op-31-oktober-2011-academiejaar-2011-2012.

⁶ docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1225306.

⁷ www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/hoger-onderwijs-in-cijfers-2017-2018-1.

De mate waarin verpleegkundigen binnen de organisatie inspraak hebben en autonoom kunnen werken, blijkt gelinkt te zijn aan een hogere jobtevredenheid. In ziekenhuizen waar aandachtige verpleegkundig directeurs aanwezig zijn, die rekening houden met de vragen van de verpleegkundigen en de personeelsinzet goed afstemmen op de zorgvraag, is de neiging van verpleegkundigen om de job te verlaten over het algemeen kleiner. De goed presterende ziekenhuizen worden gekenmerkt door een open overleg- en vlakke organisatiestructuur, een participatieve managementstijl, structurele opleidingsprogramma's en carrièremogelijkheden voor verpleegkundigen².

Ten slotte willen we nog opmerken dat een verhoging van het aantal verpleegkundigen enkele belangrijke terugverdieneffecten heeft. Dit komt omdat een inzet van voldoende verpleegkundigen resulteert in minder complicaties en kortere ziekenhuisverblijven bij de patiënten, en minder ziekteverzuim en een snellere werkhervatting bij verpleegkundigen. Een Amerikaanse studie berekende dat de terugverdieneffecten per extra verpleegkundige ongeveer 72 % van de extra personeelskosten kunnen compenseren⁴. Merk op dat in dit cijfer een aantal andere terugverdieneffecten nog niet eens in rekening zijn gebracht (bvb. minder schadeclaims t.o.v. het ziekenhuis, kleinere kans op tweede hospitalisatie, minder kosten voor het aanwerven van uitgevallen verpleegkundigen, enz.).

1.2. Problemen aan de instroom

Naast de moeilijkheid om verpleegkundigen te behouden in onze ziekenhuizen, doet er zich in dit land ook nog een probleem voor bij de instroom van nieuwe verpleegkundigen.

Jarenlang steeg in Vlaanderen het aantal inschrijvingen voor de bachelor verpleegkunde: van 7 418 nieuwe studenten in het schooljaar 2011-2012, naar 9 215 nieuwe studenten in het schooljaar 2016-2017^{5,6}. In dat schooljaar werd de bachelor verpleegkunde echter verlengd van drie jaar naar vier jaar. Het aantal studenten verpleegkunde dat aan de bachelor begon, is sindsdien teruggevallen tot 7 320 nieuwe studenten in het schooljaar 2018-2019, dit is het niveau van voor 2011⁷. Deze verlenging van de opleiding heeft bovendien tot gevolg dat er in het jaar 2019 geen nieuwe studenten van deze opleiding zullen afstuderen.

⁴ DALL e.a., "The economic value of professional nursing", Medical Care 2009, 47.

⁵ www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/hoger-onderwijs-in-cijfers-aantal-inschrijvingen-op-31-oktober-2011-academiejaar-2011-2012.

⁶ docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1225306.

⁷ www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/hoger-onderwijs-in-cijfers-2017-2018-1.

Outre le bachelier précité, il existe une autre formation qui donne accès à la profession d'infirmier, à savoir la formation professionnelle hbo5 organisée en Flandre (4^e degré de l'enseignement secondaire), formation qui s'ajoute au bachelier en soins infirmiers. De plus, la nouvelle réglementation européenne impose certaines exigences en matière de stage dans le cadre de la formation d'infirmier, exigences auxquelles pourra répondre le bachelier en soins infirmiers mais pas la formation hbo5.

Or, si la formation hbo5 organisée en Flandre ne satisfait pas aux normes européennes, les infirmiers hbo5 risquent de ne plus recevoir le visa fédéral à l'avenir. Dès lors, l'offre déjà trop limitée en matière de personnel infirmier sera encore plus menacée. Il convient par conséquent de prévoir, pour ces infirmiers hbo5, dans la LEPSS/AR78, un titre professionnel distinct dont l'application serait limitée à la Belgique.

1.3. La répartition des compétences en Belgique

En Belgique, la répartition des compétences est complexe en ce qui concerne les effectifs infirmiers dans les hôpitaux. En effet, depuis la sixième réforme de l'État, les Communautés sont compétentes pour la fixation des normes d'agrément, qui déterminent les critères auxquels doivent répondre les hôpitaux, les services ou les fonctions. Ces normes portent notamment sur le fonctionnement des services, l'hygiène en milieu hospitalier et la capacité minimale. Tout hôpital qui ne répond pas à ces normes risque de perdre son agrément ou d'être fermé. Le financement des hôpitaux dépend également de leur conformité auxdites normes d'agrément.

Les normes d'encadrement font partie de ces normes d'agrément. Celles-ci ont été fixées par l'ancien arrêté royal du 23 octobre 1964 "portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre", et n'ont guère été modifiées depuis lors. L'arrêté royal du 23 octobre 1964 dispose par exemple que tout service spécialisé dans le traitement des affections cardio-pulmonaires doit disposer "[p]ar tranche de 30 lits occupés à 80 %, [...] en plus de l'infirmier en chef, d'au moins 8 infirmiers équivalent temps plein, dont 5 au moins seront des infirmiers gradués ainsi que de 7 membres du personnel soignant, équivalent temps plein." Or, aujourd'hui, les effectifs réels sont souvent supérieurs à ces normes d'encadrement. En effet, ces dernières décennies, du personnel supplémentaire a été recruté et financé dans le cadre du Budget des moyens financiers des hôpitaux (BMF)⁸. Ces engagements ont souvent

Naast de bacheloropleiding bestaat er ook nog een andere opleiding tot het beroep van verpleegkundige: de Vlaams beroepsopleiding hbo5 (4^e graad secundair onderwijs) en de bachelor verpleegkunde. Door de nieuwe Europese regelgeving moet de verpleegkundeopleiding aan bepaalde stage-vereisten voldoen. De bacheloropleiding zal hieraan kunnen voldoen, maar de hbo5 niet.

Als de Vlaamse hbo5-opleiding niet voldoet aan de Europese standaarden, dreigt een situatie waarbij hbo5-verpleegkundigen niet langer een federaal visum zullen kunnen ontvangen in de toekomst. Op die manier komt het reeds te beperkte aanbod van verpleegkundigen nog verder in gevaar. Daarom moet er in de WUG-wet /KB78 een afzonderlijke beroepstitel voorzien worden voor deze hbo5-verpleegkundigen die enkel in België van toepassing is.

1.3. De bevoegdheidsverdeling binnen België

De bevoegdheidsverdeling in België wat betreft de bestaffing van verpleegkundigen in de ziekenhuizen is complex. De gemeenschappen zijn sinds de zesde staatshervorming bevoegd voor het bepalen van de erkenningsnormen. Deze normen bepalen aan welke criteria een ziekenhuis, dienst of functie moet voldoen. Deze normen hebben betrekking op, onder andere, de werking van de diensten, de ziekenhuishygiëne en de minimumcapaciteit. Als een ziekenhuis niet aan deze normen voldoet, kan dit leiden tot een intrekking van de erkenning of een sluiting van het ziekenhuis. Ook de financiering van het ziekenhuis is afhankelijk van de tegemoetkoming aan de erkenningsnormen.

De bestaffingsnormen zijn een onderdeel van deze erkenningsnormen. De erkenningsnormen stammen nog steeds uit het oude KB van 23 oktober 1964 "tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd", en zijn sindsdien nog weinig bijgesteld. Het KB van 23 oktober 1964 bepaalt bijvoorbeeld dat een gespecialiseerde dienst voor cardiopulmonaire aandoeningen "per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80 % [...] naast 1 hoofdverpleegkundige, ten minste [moet] beschikken over 8 voltijds equivalent verpleegkundigen waaronder ten minste 5 gegradueerde verpleegkundigen en 7 voltijds equivalent leden van het verzorgend personeel." Merk op dat de reële bestaffing vaak hoger is dan deze bestaffingsnormen. De laatste decennia werd er via het Budget voor Financiële Middelen (BFM) voor de ziekenhuizen bijkomend personeel voorzien en gefinancierd⁸. Dit

⁸ Voir la question sur "le financement des effectifs infirmiers dans les hôpitaux" (n° 17697) adressée par Mme Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

⁸ Zie vraag van Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van de verpleegkundige bestaffing in ziekenhuizen" (nr. 17697).

résulté d'accords sociaux. Les normes d'agrément demeurent toutefois les seules normes contraignantes pour garantir la présence d'un nombre minimum d'infirmiers.

Tandis que les normes d'agrément relèvent des compétences des Communautés, le financement des hôpitaux demeure une compétence fédérale. L'État fédéral est donc compétent pour le Budget des moyens financiers des hôpitaux (BMF), cette subvention publique constituant la principale source de financement des hôpitaux.

Les frais de personnel relatifs au personnel infirmier sont financés, en grande partie, dans le cadre de la sous-partie B2 du budget des moyens financiers (BMF). Cette sous-partie B2 couvre, entre autres, le financement des frais du personnel infirmier et soignant, des médicaments courants et des produits médicaux de consommation. La sous-partie B2 du BMF est toutefois une enveloppe fermée et les hôpitaux déterminent eux-mêmes la répartition des moyens de cette sous-partie (qu'ils affectent ou non au personnel infirmier). En outre, d'autres parties du BMF (B3, B4 et B9) que les hôpitaux peuvent utiliser à leur guise sont également utilisées pour la rémunération du personnel infirmier. Enfin, les hôpitaux supportent eux-mêmes une petite partie des frais de personnel relatifs au personnel infirmier⁹.

La répartition complexe des compétences entre les Communautés et l'autorité fédérale est à l'origine de difficultés qui entravent toute réforme des normes minimales d'encadrement. Toute Communauté souhaitant modifier ses normes d'encadrement devrait également pouvoir prévoir un financement suffisant pour la couverture de ces nouvelles normes minimales d'encadrement. Cependant, le financement des hôpitaux étant une compétence fédérale, les possibilités des Communautés sont très limitées à cet égard.

1.4. Réformes prévues

Compte tenu des grandes difficultés financières auxquelles sont confrontés les hôpitaux, il serait difficile d'y accroître le nombre d'infirmiers. Les coûts salariaux des hôpitaux augmentent encore plus rapidement que leur chiffre d'affaires, ce qui limite la marge disponible pour

⁹ Le calcul de la sous-partie B2 du BMF s'appuie également sur un certain nombre de membres du personnel à financer. La formule est la suivante: Pour chaque "lit justifié" (le nombre de "lits justifiés" étant calculé sur la base des données hospitalières réelles récoltées par le SPF Santé publique), un nombre de points est attribué et, pour chaque point, un nombre d'ETP est ensuite attribué (p. ex. 0,4 ETP par point). Le financement est ensuite prévu pour ce nombre d'ETP.

gebeurde vaak als gevolg van sociale akkoorden. De erkenningsnormen blijven echter de enige dwingende normen om een minimum aantal verpleegkundigen te garanderen.

Terwijl de erkenningsnormen een gemeenschapsbevoegdheid zijn, is de financiering van de ziekenhuizen nog steeds een federale bevoegdheid. De federale overheid is bijgevolg bevoegd voor het Budget voor Financiële Middelen (BFM) van de ziekenhuizen, een overheidstoelage die de belangrijkste financieringsbron van de ziekenfondsen vormt.

De personeelskost voor verpleegkundigen wordt grotendeels gefinancierd via het onderdeel B2 van het BFM. Dit onderdeel B2 wordt aangewend voor de financiering van, onder meer, de kosten van het verplegend en verzorgend personeel, de kosten van de courante geneesmiddelen en de medische verbruiksgoederen. Het onderdeel B2 van de BFM is een gesloten enveloppe: de ziekenhuizen bepalen zelf welk deel van dit onderdeel B2 ze waar aan besteden (al dan niet aan verpleegkundig personeel). Bovendien worden ook andere delen van het BFM (B3, B4 en B9), die ziekenhuizen naar eigen goeddunken kunnen aanwenden, gebruikt voor de betaling van verplegend personeel. Ten slotte dragen de ziekenhuizen ook zelf een klein deel van de personeelskost voor verpleegkundigen⁹.

De complexe bevoegdheidsverdeling tussen de gemeenschappen en de federale overheid creëert een moeilijke situatie die een hervorming van de minimale bestaansnormen in de weg staat. Als een gemeenschap de bestaansnormen wil aanpassen, moet deze er ook kunnen voor zorgen dat er voldoende financiering voorzien wordt om deze nieuwe minimale bestaansnormen te kunnen dekken. Maar aangezien de ziekenhuisfinanciering een federale bevoegdheid is, worden de gemeenschappen sterk in hun mogelijkheden beperkt.

1.4. Geplande hervormingen

Een uitbreiding van het aantal verpleegkundigen in de ziekenhuizen ligt budgettair moeilijk, vermits de ziekenhuizen kampen met sterke budgettaire problemen. De loonkosten van de ziekenhuizen stijgen nog altijd sterker dan hun omzet, wat de ruimte om extra verpleegkundig

⁹ De berekening van het onderdeel B2 van de BFM wordt ook uitgegaan van een bepaald personeelsaantal dat gefinancierd moet worden. Dit gaat als volgt: per "verantwoord bed" (het aantal "verantwoorde bedden" berekend aan de hand van reëel ziekenhuisgegevens die door de FOD Volksgezondheid verzameld worden) worden een aantal punten toegekend; per punt wordt vervolgens een aantal VTE toegewezen (bvb. 0,4 VTE per punt); er wordt voorzien in de financiering voor dit aantal VTE.

recruter du personnel infirmier supplémentaire¹⁰. Le KCE a en outre signalé que ce sous-financement structurel du BMF pouvait avoir d'autres effets pervers: "il incite les hôpitaux à accroître les rétrocessions d'honoraires des médecins, ce qui accroît la production et les suppléments, et peut également mener à des réductions de personnel"¹¹.

Les projets de réforme du financement des hôpitaux et la formation de réseaux d'hôpitaux visent à permettre de libérer du temps et des moyens pour le personnel infirmier. L'intention est de se diriger vers des hospitalisations plus courtes et vers une augmentation des soins extramurs et transmurales, ce qui devrait alléger la charge de travail des infirmiers hospitaliers. En outre, les réseaux d'hôpitaux devraient avoir pour effet de réduire le nombre de services dans chaque hôpital mais d'améliorer l'encadrement de chaque service¹².

Il convient de souligner qu'il est aujourd'hui difficile non seulement de fixer les normes d'encadrement, mais aussi de contrôler le nombre d'infirmiers actifs. Le SPF Santé publique publie certes un cadastre annuel des professions du secteur des soins de santé, mais ce cadastre se borne à mentionner le nombre de personnes ayant le droit d'exercer cette profession en le ventilant par province.

En vue de l'augmentation des soins extramurs et transmurales, il faut pouvoir suivre et contrôler activement le nombre d'infirmiers. Il convient dès lors de réaliser un cadastre qui indiquera clairement le nombre d'infirmiers actifs et fournira notamment des chiffres par commune. Il convient également de récolter et de contrôler d'autres données pertinentes, comme le nombre d'infirmiers indépendants ou salariés, ainsi que le nombre d'infirmiers A1 et A2. Ces informations permettront de prendre des décisions politiques éclairées.

1.5. *Infirmiers à domicile*

Pour augmenter le volume de soins extramurs et transmurales et pour que les hospitalisations soient plus courtes, une offre suffisante d'infirmiers à domicile sera nécessaire. Or, plusieurs difficultés rendent aujourd'hui le métier d'infirmier à domicile moins attrayant. Par exemple, les honoraires alloués aux infirmiers à domicile pour certaines prestations sont nettement insuffisants.

¹⁰ www.actualcare.be/news/sectoranalyse-van-de-algemene-ziekenhuizen-maha-studie-2018/.

¹¹ https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_229B_reforme_financement_hopitaux_Synthese.pdf.

¹² Voir la question sur "la pénurie de la profession infirmière" (n° P0479) adressée par Mme Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

personeel aan te werven beperkt¹⁰. Het KCE wees er nog op dat deze structurele onderfinanciering van het BFM ook nog andere perverse effecten kan hebben: "het dwingt ziekenhuizen tot hogere afhoudingen op artsenhonoraria wat resulteert in meer productie en hogere supplementen. Het kan ook leiden tot inkrimping van personeel"¹¹.

De plannen voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de vorming van de ziekenhuisnetwerken, hebben de bedoeling om te evolueren naar een situatie waarin er tijd en middelen vrijkomen voor verpleegkundigen. De bedoeling is om te evolueren naar kortere ziekenhuisverblijven, en naar meer extra- en transmurale zorg. Zo zou de last voor de ziekenhuisverpleegkundigen verlicht moeten worden. Bovendien zouden de ziekenhuisnetwerken ertoe moeten leiden dat elk afzonderlijk ziekenhuis minder, maar beter bestaande diensten heeft¹².

Merk op dat niet enkel het vastleggen van een bestaffingsnorm, maar zelfs het louter monitoren van het aantal actieve verpleegkundigen vandaag nog moeilijk is. De FOD Volksgezondheid publiceert vandaag wel al jaarlijks een kadaster van de gezondheidszorgberoepen. Dit kadaster beperkt zich echter tot een weergave van het aantal personen dat het recht heeft om het beroep uit te oefenen, opgesplitst per provincie.

In het kader van een verschuiving naar meer extra- en transmurale zorg, is het noodzakelijk dat het aantal verpleegkundigen actief kan opgevolgd en gemonitord worden. Daarom moet er werk worden gemaakt van een kadaster dat een duidelijke weergave geeft van het aantal actieve verpleegkundigen, met, onder andere, cijfers per gemeente. Ook bepaalde andere relevante gegevens, zoals het aantal zelfstandige verpleegkundigen of verpleegkundigen in dienstverband, en het aantal A1- en A2-verpleegkundigen, moet verzameld en gemonitord worden. Op basis hiervan kunnen geïnformeerde beleidskeuzes worden gemaakt.

1.5. *Thuisverpleegkundigen*

Een verschuiving naar meer extramurale en transmurale zorg en kortere ziekenhuisverblijven, vereist een voldoende beschikbaarheid van thuisverpleegkundigen. Het beroep van thuisverpleegkundige kampt echter met enkele moeilijkheden die het beroep minder aantrekkelijk maken. Zo zijn de honoraria die thuisverpleegkundigen ontvangen voor bepaalde verstrekkingen veel te laag.

¹⁰ www.actualcare.be/news/sectoranalyse-van-de-algemene-ziekenhuizen-maha-studie-2018/.

¹¹ https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_229As_ziekenhuisfinanciering_Synthese.pdf.

¹² Zie vraag van Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan verpleegkundigen" (nr. P0479).

Par exemple, pour l'administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique (code 423076), les infirmiers à domicile perçoivent un honoraire de 2,25 euros, ce qui est beaucoup trop peu pour une vaccination, ce montant ne couvrant même pas les frais matériels¹³. De plus, tant le KCE que les infirmiers à domicile ont eux-mêmes souligné, par le passé, que la nomenclature ne couvrirait pas tous les actes posés par les infirmiers à domicile (p. ex., les soins à distance et les tâches préventives)^{14,15}.

Il importe de souligner qu'un basculement des soins hospitaliers vers les soins à domicile pourrait entraîner une économie substantielle pour l'État et l'assurance-maladie. Par exemple, à l'heure actuelle, de nombreux patients nécessitant des soins de plaie complexe qui pourraient parfaitement être effectué par des infirmiers à domicile sont hospitalisés trop longtemps. Alors que le coût d'une journée d'hospitalisation s'élève en moyenne à 518,08 euros¹⁶, un soin de plaie complexe effectué par un infirmier à domicile coûte 12,28 euros à l'assurance-maladie (8,19 euros pour le soin de plaie complexe et 4,09 euros pour le remboursement de la prestation de base). Autre exemple: une étude de l'Université de Gand conclut, à partir de plusieurs exemples, que l'antibiothérapie à domicile (OPAT) coûte beaucoup moins cher à l'assurance-maladie que l'antibiothérapie à l'hôpital. Les auteurs de cette étude concluent par exemple qu'un traitement au méropénem coûte environ 19 700 euros aux mutualités tandis que, pour le même traitement administré à domicile, l'INAMI ne doit déboursier que 3 600 euros environ. Les patients peuvent cependant être dissuadés d'opter pour le traitement à domicile car la part à la charge du patient pour le traitement au méropénem à domicile atteint 807 euros environ, contre 478 euros seulement si le patient est soigné à l'hôpital^{17,18}.

Voor het toedienen van geneesmiddelen via een intramusculaire, subcutane of hypodermale injectie (423076), ontvangen de thuisverpleegkundigen een honorarium van 2,25 euro. Dit is veel te weinig voor een vaccinatie, en dekt niet eens de materiaalkosten¹³. Bovendien wezen zowel het KCE als de thuisverpleegkundigen er in het verleden zelf op dat de nomenclatuur niet alle activiteiten die een thuisverpleegkundige uitvoert, dekt (bvb. zorg op afstand, en preventieve taken)^{14,15}.

Merk op dat een shift van verzorging in het ziekenhuis naar de thuisverpleging onze overheid en ziekteverzekering een grote besparing kan opleveren. Bijvoorbeeld: vele patiënten die complexe wondzorgen hebben die perfect door thuisverpleegkundigen verzorgd kunnen worden, worden vandaag nog te lang in het ziekenhuis gehouden. Terwijl de verpleegdagprijs van 1 hospitalisatiedag oploopt tot gemiddeld 518,08 euro¹⁶, kost een complexe wondzorgverstrekking door een thuisverpleegkundige onze ziekteverzekering 12,28 euro (8,19 euro voor de complexe wondzorg + 4,09 euro vergoeding voor de basisverstrekking). Een ander voorbeeld: een studie van de Universiteit Gent toont aan de hand van verschillende voorbeelden aan dat een antibioticabehandeling in de thuissetting (OPAT) vele malen minder kost aan de ziekteverzekering dan een antibioticatherapie in het ziekenhuis. De studie komt bijvoorbeeld tot de conclusie dat een behandeling met meropenem het ziekenfonds zo'n 19 700 euro kost, terwijl het RIZIV voor diezelfde behandeling via thuisverpleging slechts zo'n 3 600 euro moet neertellen. Patiënten kunnen echter afgeschrikt worden door een thuisbehandeling, aangezien de kosten die de patiënt voor de thuisbehandeling met meropenem moet betalen zo'n 807 euro zelf moet betalen, terwijl hij voor de behandeling in het ziekenhuis slechts 478 euro zelf moet bekostigen^{17,18}.

¹³ www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/tarif_infirmiers_20190101.pdf.

¹⁴ kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20101027306.pdf.

¹⁵ www.witgelekruijs.be/sites/default/files/editor/files/naar_een_nieuw_financieringsmodel.pdf.

¹⁶ Voir l'arrêté royal du 12 décembre 2018 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger.

¹⁷ RAVELINGIEN, "OUTPATIENT PARENTERAL ANTIMICROBIAL THERAPY (OPAT): Praktische implementatie van ambulante parenterale antimicrobiële therapie in België en in UZ Gent", 2006.

¹⁸ On observera aussi que, selon cette étude, un traitement de 30 jours à la ceftriaxone en milieu hospitalier coûte 19 468 euros à l'assurance-maladie (dont 478 euros à la charge du patient), contre 2 114 euros à domicile (dont 569 euros à la charge du patient). De même, un traitement de 30 jours à la teicoplanine en milieu hospitalier coûte 19 627 euros à l'assurance-maladie (dont 478 euros à la charge du patient), contre 1 935 euros à domicile (dont 575 euros à la charge du patient).

¹³ www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/tarif_verpleegkundigen_20190101.pdf.

¹⁴ kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20101027305.pdf.

¹⁵ www.witgelekruijs.be/sites/default/files/editor/files/naar_een_nieuw_financieringsmodel.pdf.

¹⁶ Zie koninklijk besluit van 12 december 2018 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in het buitenland.

¹⁷ RAVELINGIEN, "OUTPATIENT PARENTERAL ANTIMICROBIAL THERAPY (OPAT): Praktische implementatie van ambulante parenterale antimicrobiële therapie in België en in UZ Gent", 2006.

¹⁸ Ter aanvulling: volgens de studie kost een behandeling met ceftriaxone van 30 dagen in het ziekenhuis de ziekteverzekering 19 468 euro (waarvan de patiënt 478 euro zelf draagt), tegenover 2 114 euro in de thuisverpleging (waarvan de patiënt 569 euro zelf draagt). Een behandeling met teicoplanine van 30 dagen in het ziekenhuis kost de ziekteverzekering 19 627 euro (waarvan de patiënt 478 euro zelf draagt) tegenover 1 935 euro in de thuisverpleging (waarvan de patiënt 575 euro zelf draagt).

Le niveau peu élevé des honoraires est vraisemblablement lié au fait qu'un grand nombre d'infirmiers à domicile facturent un nombre déraisonnable de prestations selon le service de contrôle de l'INAMI (SECM). Certains infirmiers à domicile tentent peut-être de compenser la faiblesse de leurs revenus par des facturations injustifiées. Il va de soi que ce nombre élevé de prestations indûment facturées nuit aussi bien au patient qu'à quiconque paie des cotisations sociales. Il convient dès lors de mettre fin à cette pratique. C'est pourquoi nous soutenons le projet, inscrit dans le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2018-2020 de l'INAMI, d'instaurer un seuil de justification, fixé à 180 000 euros, pour les infirmiers à domicile. Les montants excédant 180 000 euros que l'infirmier ne pourra pas justifier pourront dès lors être récupérés¹⁹.

De lage honoraria zijn vermoedelijk gelinkt aan het hoge aantal thuisverpleegkundigen dat volgens de controledienst van het RIZIV (DGEC) een onrealistische hoeveelheid verstrekkingen aanrekent. Mogelijk pogen thuisverpleegkundigen hun beperkte inkomsten via onterechte aanrekeningen te compenseren. Het spreekt voor zich dat dit hoge aantal onterecht aangerekende prestaties zowel de patiënt als de sociale bijdragebetaler benadeelt. Hier moet dan ook tegen worden opgetreden. We steunen bijgevolg het voornemen uit het actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018 – 2020 binnen het RIZIV dat een verantwoordingsdrempel van 180 000 euro voor thuisverpleegkundigen wil invoeren. De bedragen boven 180 000 euro die de verpleegkundige niet kan verantwoorden, kunnen dan worden teruggevorderd¹⁹.

Yoleen VAN CAMP (N-VA)

¹⁹ www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan_action_controle_soins_sante_2018_2020.pdf.

¹⁹ www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/actieplan_handhaving_gezondheidszorg_2018_2020.pdf.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. constatant que les hôpitaux belges font face à une pénurie d'infirmiers;

B. observant que, dans les hôpitaux belges, le nombre de patients par infirmier dépasse fortement le nombre de patients par infirmier dans d'autres pays européens;

C. constatant qu'une étude universitaire indique que la qualité des soins de santé pâtit de la pénurie d'infirmiers;

D. constatant qu'une étude universitaire conclut que la pénurie d'infirmiers accroît le mécontentement et l'absentéisme au travail dans le domaine des soins infirmiers;

E. soulignant que l'augmentation du nombre d'infirmiers aurait des effets de retour significatifs;

F. observant que l'absence de visa fédéral pour les infirmiers hbo5 flamands peut entraver l'entrée en fonction de nouveaux infirmiers;

G. constatant que la complexité de la répartition des compétences concernant la fixation des normes d'encadrement dans les hôpitaux complique la réforme de ces normes;

H. saluant et soutenant les efforts déployés par le gouvernement Michel I^{er} pour réformer le financement des hôpitaux et évoluer vers une augmentation du volume des soins extramuraux et transmuraux et vers des hospitalisations plus courtes;

I. constatant que le SECM fait état d'un nombre élevé de prestations indûment facturées par les infirmiers à domicile;

J. observant que les honoraires des infirmiers à domicile sont trop peu élevés et que cette situation nuit à l'attractivité de leur profession;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. de prendre des mesures concrètes afin de remédier à la pénurie de personnel infirmier qui tiennent compte des possibilités budgétaires et des besoins spécifiques des différents hôpitaux, et qui soient adaptés aux objectifs stratégiques et aux évolutions des réseaux hospitaliers

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. stelt vast de ziekenhuizen in België leiden aan een tekort aan verpleegkundigen;

B. merkt op dat het aantal patiënten per verpleegkundige in Belgische ziekenhuizen veel hoger ligt dan in andere Europese landen;

C. stelt vast dat academisch onderzoek erop wijst dat de kwaliteit van de gezondheidszorg lijdt onder een tekort aan verpleegkundigen;

D. constateert dat academisch onderzoek tot de bevinding komt dat een tekort aan verpleegkundigen de jobontevredenheid en het werkverzuim onder verpleegkundigen verhoogt;

E. merkt op dat een verhoging van het aantal verpleegkundigen significante terugverdieneffecten heeft;

F. wijst er op dat de instroom van nieuwe verpleegkundigen mogelijk bemoeilijk wordt door het uitblijven van een federaal visum voor Vlaamse hbo5-verpleegkundigen;

G. constateert dat de complexe bevoegdheidsverdeling wat het vastleggen van de bestaafingsnormen in de ziekenhuizen betreft een hervorming van deze bestaafingsnormen bemoeilijkt;

H. neemt akte van en ondersteunt de inspanningen van de regering Michel I om de ziekenhuisfinanciering te hervormen en te evolueren naar meer extramurale en transmurale zorg en kortere ziekenhuisverblijven;

I. stelt vast dat de DGEC een hoog aantal onrecht aangerekende verstrekkingen vaststelt bij thuisverpleegkundigen;

J. merkt op dat de honoraria voor thuisverpleegkundigen te laag liggen, wat de aantrekkelijkheid van het beroep niet ten goede komt;

VRAAGT DE FEDERALE REGERING:

1. concrete maatregelen te nemen om het tekort aan verpleegkundigen weg te werken, rekening houdend met de budgettaire mogelijkheden en de specifieke noden van de verschillende ziekenhuizen, en aangepast aan de beleidsdoelstellingen en evoluties inzake

ainsi qu'à la volonté de réduire la durée des hospitalisations et d'évoluer vers davantage de soins extramuraux et transmuraux;

2. d'entrer en concertation avec les Communautés afin d'examiner la possibilité de revoir à la hausse et de simplifier la norme d'encadrement et de prévoir le financement nécessaire à cet effet, toujours dans le but de remédier à la pénurie de personnel infirmier;

3. de s'atteler à établir un cadastre détaillé et utilisable des infirmiers actifs comprenant également le personnel infirmier travaillant sous statut d'indépendant, de manière à pouvoir prendre des mesures éclairées concernant la maîtrise de l'offre de personnel infirmier;

4. d'élaborer des pistes concrètes visant à confier aux Communautés les compétences dont dispose encore l'État fédéral en matière d'hôpitaux, y compris leur financement, de sorte que des décisions stratégiques puissent être prises aisément concernant la norme d'encadrement ainsi que son financement;

5. de créer à court terme un titre professionnel distinct pour les infirmiers hbo5 applicable uniquement en Belgique, de sorte que ces infirmiers puissent continuer à obtenir un visa fédéral et afin d'assurer l'arrivée sur le marché du travail d'un nombre suffisant d'infirmiers;

6. de fixer, dans la cadre d'une révision de la nomenclature, des honoraires plus corrects pour les infirmiers à domicile, couvrant au minimum leurs frais, et de prendre, dans la foulée, des mesures visant à lutter contre la facturation indue de prestations de soins infirmiers à domicile, par exemple par l'instauration d'un seuil de justification.

20 juin 2019

ziekenhuisnetwerken, kortere ziekenhuisverblijven en de verschuiving naar meer extra- en transmurale zorg;

2. in het kader van een wegwerking van het tekort aan verpleegkundigen, in overleg te treden met de gemeenschappen om een verhoging en een vereenvoudiging van de bestaansnorm en de daaraan gelinkte financiering te onderzoeken;

3. werk te maken van een gedetailleerd en bruikbaar kadaster van het aantal actieve verpleegkundigen, inclusief het aantal actieve zelfstandige verpleegkundigen, zodat geïnformeerde beleidsbeslissingen kunnen worden genomen over de beheersing van het verpleegkundigenaanbod;

4. concrete pistes uit te werken om de resterende federale bevoegdheden van de federale overheid inzake de ziekenhuizen, inclusief de ziekenhuisfinanciering, over te dragen naar de gemeenschappen, zodat beleidsbeslissingen over de bestaansnorm en de daaraan gelinkte financiering eenvoudig kunnen plaatsvinden;

5. op korte termijn werk te maken van een afzonderlijke beroepstitel voor hbo5-verpleegkundigen die enkel in België van toepassing is, zodat deze verpleegkundigen nog steeds een visum kunnen ontvangen en de instroom van voldoende verpleegkundigen gewaarborgd wordt;

6. werk te maken van correctere honoraria voor thuisverpleegkundigen, die ten minste de kosten dekken, in het kader van een herijking van de nomenclatuur, en hieraan gekoppeld werk te maken van maatregelen om de onterechte aanrekening van prestaties in de thuisverpleegkunde aan te pakken, zoals via de invoering van een verantwoordingsdrempel.

20 juni 2019

Yoleen VAN CAMP (N-VA)