



Verbond der Verzorgingsinstellingen vzw

Coördinatie van Brusselse Instellingen voor welzijnswerk en gezondheidszorg vzw  
Coordination Bruxelloise d'Institutions sociales et de santé asbl

Fédération des Institutions Hospitalières asbl

## Conférence de presse

“ Mesures pour maintenir des soins  
de qualité, accessibles et payables “

10 septembre 2008

# Contenu

**Partie 1** Meilleure rémunération des fonctions dirigeantes

**Partie 2** Financement des coûts du personnel

**Partie 3** Pouvoirs publics fiables / financement de projets

**Partie 4** Médecine de villa, Honoraires

## **Partie 1      UNE MEILLEURE REMUNERATION DES FONCTIONS DIRIGEANTES**

Le secteur de la santé fait face à un manque croissant de personnel infirmier et soignant. Il en va de même pour les fonctions dirigeantes, en particulier les cadres intermédiaires, les chefs de services, staf, infirmiers en chef, responsables de services et de départements, appelés ci-après 'chefs d'unités', dont les postes restent vacants ou sont difficilement remplis.

La fonction de chef d'unité a évolué vers une fonction de management comportant de grandes responsabilités :

- Les chefs d'unité participent à l'élaboration des stratégies internes du processus de soins.
- Ils sont responsables de la bonne organisation du service (horaires, évaluation et coaching des travailleurs, ...).
- Ils sont responsables de la qualité des soins au patient.
- Ils sont par excellence le point de contact pour les patients et les travailleurs du service.
- Enfin ils sont le pivot de la collaboration multidisciplinaire : susciter des idées, pouvoir résoudre des problèmes, savoir diriger et communiquer aisément sont ici des compétences indispensables.

De telles missions et responsabilités mettent une pression non négligeable sur l'intéressé. Or la rémunération barémique ne correspond plus à cet ensemble de tâches. La petite différence de salaire avec les infirmières n'encourage pas à devenir chef.

Actuellement, la tension salariale entre un infirmier bachelier et un chef d'unité est la plus élevée en début de carrière, c'est-à-dire 32%. Cette différence se réduit ensuite de plus en plus.

Le passage à une fonction de chef d'unité se passe plutôt lorsque l'infirmière a acquis suffisamment d'expérience, c'est-à-dire après 7 à 15 ans. A ce moment de la carrière, la tension salariale se réduit à 16% à 20%, et après 16 ans, la différence ne s'élève plus qu'à 12% .

Ces différences ne tiennent en outre pas compte des indemnités pour prestations irrégulières, qui réduisent la tension salariale quelquefois à néant ou la rendent même négative.

La VVI veut rendre la fonction dirigeante plus attractive en revalorisant la fonction de chef d'unité également sur un plan financier.

Pour le TOP, une tension salariale de 35% est équitable pour valoriser la mission de chef d'unité. Une première estimation montre que le chef d'unité dans un hôpital gagnerait ainsi en moyenne 5.642 € de plus par an. Dans les institutions pour personnes âgées, de nombreux chefs d'unité reçoivent aujourd'hui le barème d'infirmier complété par une prime de fonction. Par conséquent, dans ce secteur, la plus-value financière sera moindre.

Le coût total de la revalorisation des fonctions dirigeantes dans les hôpitaux, MSP, IHP et institutions pour personnes âgées est estimé à environ **50.000.000 €**

## **PARTIE 2                    Financement des coûts du personnel**

### 1. Les faits

Le sous-financement des frais de fonctionnement payés dans le budget des moyens financiers (BMF) est un des points fondamentaux pour le secteur des hôpitaux généraux et psychiatriques. En 2003, l'administration du SPF Santé publique a dressé un rapport (rapport Tasiaux) évaluant le sous-financement à 365 millions €.

Au cours de la période 2005-2007, l'autorité fédérale a fourni un effort de 100 millions € pour réduire ce déficit. Mais cet effort est largement insuffisant pour neutraliser le déficit global de financement du secteur hospitalier.

Les déficits touchent presque toutes les parties du budget : personnel, matériel, investissements... Le sous-financement est frappant dans les charges du personnel. Celles-ci constituent environ 70% des coûts financés par le budget des moyens financiers.

Le sous-financement des charges salariales est principalement dû à l'augmentation des coûts d'ancienneté et de qualification du personnel, qui n'est pas répercutée proportionnellement dans le BMF. En outre, le financement de certaines catégories du personnel, comme les F.B.I., les Maribel Social et les T1&T2, a été insuffisant dès l'instauration de ces statuts.

A partir d'analyses effectuées par le SPF Santé publique et des avis donnés par le Conseil National des Etablissements Hospitaliers, on peut évaluer le sous-financement comme suit :

(index 1/8/2008)	Financé dans le Budget des Moyens Financiers	Coût réel	Sous-financement
Personnel normé	1.974.485.470	2.027.896.951	-53.411.481
F.B.I.	157.732.018	248.142.778	-90.410.760
Maribel Social	169.527.330	224.876.610	-55.349.280
T1&T2	22.480.367	31.328.992	-8.848.625
<b>TOTAL</b>	<b>2.324.225.185</b>	<b>2.532.245.331</b>	<b>-208.020.146</b>

Pour le secteur des personnes âgées, le financement global s'élève à 68.014.376 € pour un coût de 69.214.823 €. Le déficit s'élève à 1.200.447 €

### 2. Avis du TOP

Pour pouvoir continuer à garantir des soins qualitativement élevés dans les hôpitaux généraux et psychiatriques et dans les institutions pour personnes âgées, il est indispensable d'avoir du personnel qualifié et en nombre suffisant. Pour pouvoir encore attirer ce personnel, il faut en garantir le financement.

Pour l'instant, on comble les déficits de financement par des suppléments à charge des patients et des prélèvements sur les honoraires. On ne peut plus garantir ces moyens supplémentaires à l'avenir. Les pouvoirs publics limitent fortement les suppléments et les médecins quittent les hôpitaux pour réaliser leurs activités les plus lucratives hors de l'hôpital.

Le TOP exige donc que l'on supprime à court terme le sous-financement du personnel.

Les statuts (FBI, Maribel Social et T1&T1) appartiennent aux catégories du personnel les plus mal financées dans les hôpitaux et les institutions pour personnes âgées. Les différents statuts et canaux de financement mettent les institutions dans une situation inutilement complexe et administrativement non transparente.

Etant donné la complexité et l'intensité croissante des soins, les membres du personnel qui sont dans ces statuts sont devenus indispensables pour pouvoir continuer à fournir des soins de haute qualité. Ils sont entièrement intégrés dans le fonctionnement journalier des équipes des unités de soins ou dans des services administratifs, d'entretien ou autres. Leur présence est devenue irréversible pour ne pas nuire à la qualité des soins. C'est pour cela que le TOP plaide pour une intégration de ces statuts dans la norme de personnel des institutions.

## **PARTIE 3. Pouvoirs publics fiables / financement par projet**

### 1. Les faits

- Les soins dans les hôpitaux généraux, dans les établissements et services de santé mentale et dans les institutions pour personnes âgées doivent continuellement s'adapter à l'évolution des attentes de la société, aux nouvelles possibilités de soigner, aux besoins des patients et aux idées en matière de contenu des soins et de formes de soins.
- Les projets-pilotes, en tant que méthode d'examen, à titre expérimental et dans un nombre limité d'institutions, de la plus-value et de la mise en pratique de nouveaux contenus et formes de soins, est une technique éprouvée. On sélectionne les institutions sur base de leur expertise prouvée ou sur base de critères objectifs et transparents.
- Dans les faits, il apparaît que les critères de sélection et le choix des institutions sont souvent peu transparents et restent limités à un groupe sélectif d'hôpitaux.
- Une caractéristique des projets et des études-tests est qu'ils sont limités dans le temps et qu'ils doivent faire l'objet d'une phase d'évaluation et de suivi. Mais ces projets restent souvent à l'état de projets-pilotes et bénéficient d'un agrément et d'un financement qui se limite aux hôpitaux sélectionnés au démarrage de l'expérience. Faute de généralisation de ces expériences, les autres hôpitaux, même s'ils remplissent toutes les normes et critères pour offrir les mêmes soins de qualité, ne peuvent pas élargir leur offre de soins et donc augmenter l'accessibilité des patients.

Un exemple est les projets-pilotes en psychiatrie visant des groupes-cibles spécifiques.

### 2. Avis du TOP

- Pour le TOP, les projets-pilotes et les études-tests sont nécessaires pour examiner et évaluer l'évolution des attentes de la société, les nouvelles possibilités de soigner, les besoins des patients et les idées en matière de contenu des soins et de formes de soins.

Ce n'est toutefois acceptable que si ces projets-pilotes ont une mission précise et limitée dans le temps. Les critères d'attribution doivent être transparents et les critères et procédures d'évaluation doivent être fixés au préalable.

A l'issue de ces projets-pilotes limités dans le temps et après évaluation des résultats, il faut garantir la généralisation de ces formes de soins pour tous les établissements et services qui remplissent les conditions et critères exigés.

- Le secteur a sa propre dynamique pour prendre des initiatives lorsque des changements apparaissent. Pour susciter cette dynamique et donner accès aux évolutions les plus récentes en matière de rénovation des soins, les pouvoirs publics doivent intégrer structurellement la flexibilité dans la réglementation de base, pour permettre aux institutions d'y répondre vite et avec souplesse.

- Le financement total des coûts du personnel n'est pas garanti. Tous les projets sont financés de manière forfaitaire. L'évolution des charges salariales n'est pas adaptée à la réalité pour des projets pluriannuels. Cela hypothèque l'attraction de suffisamment de personnel qualifié ainsi que l'exécution qualitative du projet. C'est la raison pour laquelle il faut augmenter le financement des projets pour couvrir les coûts réels.

## **PARTIE 4 Médecine de villa et Honoraires**

La question du numerus clausus qui se pose essentiellement en Communauté française d'ailleurs, ne sera pas envisagée ici. La question du numerus clausus est plus un problème de gestion lamentable de la sélection des étudiants qu'un problème d'organisation de la médecine.

Le problème que rencontrent les hôpitaux est le suivant : il y a plus de 100.000 infirmiers et infirmières en Belgique, il y a également suffisamment de médecins par comparaison avec les autres pays européens. Il y a par contre un problème important de recrutement de médecins, d'infirmiers et d'infirmières dans nos hôpitaux, de plus en plus compensé par des recrutements venant de pays étrangers (infirmières des Philippines, médecins roumains etc...)

Prenons le cas des médecins, trois phénomènes expliquent cette évolution :

1. La médecine belge se féminise : plus de 50 % de nouveaux diplômés en médecine sont des femmes, dont une partie souhaite une meilleure qualité de vie peu incompatible avec les contraintes de la vie hospitalière.
2. Une série de médecins belges émigrent vers des pays limitrophes où ils sont mieux rémunérés.
3. Un nombre croissant de médecins préfèrent travailler en cabinet privé pour échapper aux contraintes hospitalières aussi bien médicales qu'administratives. En privé, ils peuvent, s'ils le souhaitent, pratiquer des honoraires plus libres.

La contrainte essentielle est liée à l'obligation dans les hôpitaux d'assurer des gardes. Les gardes hospitalières sont contraignantes pour les raisons suivantes :

1. Elles pèsent sur la qualité de vie.
2. Les plaintes de patients la plupart du temps non justifiées, proviennent essentiellement de patients qui se sont présentés aux urgences. La pratique de la médecine urgente représente une responsabilité très importante. Beaucoup de médecins rechignent à assumer le risque de la prise en charge des pathologies urgentes.
3. Les gardes sont particulièrement mal rémunérées, notamment eu égard à la disponibilité nécessaire (week-end, nuits, etc...) et au risque rencontré.

La déontologie médicale exige que les médecins assurent d'une façon ou d'une autre la continuité des soins pour leurs patients. Ceci n'est plus assuré de façon correcte en médecine spécialisée et ceci explique les embouteillages que l'on rencontre dans les services d'urgence. Nos associations demandent que de façon à pouvoir assurer le recrutement de médecins dans nos hôpitaux, des mesures soient prises.

Deux directions sont possibles :

1. Rembourser différemment les consultations à l'hôpital ou en cabinet privé lorsque les médecins n'assurent pas eux-mêmes le continuité des soins. La délégation de cette continuité des soins aux hôpitaux peut être prise en compte par un différentiel d'honoraires.
2. Rémunérer correctement les gardes et l'activité médicale lourde à l'hôpital tenant compte de toutes les contraintes énumérées précédemment.

Ce qui est vrai pour le corps médical l'est aussi pour les infirmiers et les infirmières. S'il y a assez d'infirmiers et d'infirmières en Belgique, c'est-à-dire plus de 100.000, il n'y en a toutefois que 40.000 qui travaillent dans des hôpitaux. Encore une fois ceci est lié aux contraintes notamment d'horaires. Ces contraintes d'horaires sont très insuffisamment prises en compte par les pouvoirs publics.



## ANNEXES

## Annexe 1 Personnel FBI

### Origine de la réglementation

- Au 1<sup>er</sup> juillet 1987, le système des travailleurs appelés « F.B.I. » a été introduit au sein des hôpitaux via l'arrêté royal numéro 493 relatif à la promotion de l'emploi dans le secteur social. Les personnes qui ont été engagées sous ce statut sont subsidiées en tant que « contractuel » par le Fonds Budgétaire Interdépartemental qui a été créé par les pouvoirs publics.
- A la suite d'un accord entre le ministre de la Santé publique et le ministre de l'Emploi et du Travail, les hôpitaux ont pu solliciter l'octroi d'un équivalent temps plein (ETP) F.B.I. par 30 lits agréés et existants. L'indemnité allouée par le fonds a été fixée dans un premier temps à 650.000 FB (16.113,08 €) par ETP. Au 1<sup>er</sup> juillet 1994, ce montant a été porté à 750.000 FB (18.592,01 €). Finalement une autre augmentation de 100.000 FB fut opérée le 1<sup>er</sup> août 1995.
- L'accord entre le ministre de la Santé publique et le ministre de l'Emploi et du Travail courait en principe jusqu'au 30 juin 1990, mais il a été, entre temps, prolongé pour une durée indéterminée.
- Pour combler l'écart grandissant entre le coût réel du personnel concerné et le subside octroyé par le Fonds Budgétaire Interdépartemental, une indemnité complémentaire a été accordée dans le Budget des Moyens Financiers par le Ministre de la Santé Publique. Ainsi, à partir du 1 juillet 1994, un montant complémentaire de 6.757 € pour les hôpitaux psychiatriques privés et 6.841 € pour les hôpitaux psychiatriques publics (index moyen 2005) a été accordé par ETP. Pour les hôpitaux généraux, un complément de 225,56 € a été attribué.
- L'indemnité globale qui est octroyée conjointement par le SPF Santé publique et le Fonds Budgétaire Interdépartemental pour couvrir les charges du personnel F.B.I. dans les hôpitaux psychiatriques s'élève donc depuis le 1<sup>er</sup> août 1995 à 27.827 € pour les hôpitaux privés, 27.911 € pour les hôpitaux publics et 23,492 € pour les hôpitaux généraux (index moyen 2005).

### Nombre d'ETP attribués et comparaison des indemnités avec la charge salariale

- Au total, 5.874 ETP FBI ont été attribués
- Le total des indemnités versées par le SPF Santé publique et le Fonds Budgétaire Interdépartemental aux hôpitaux s'élève à 157.732.018 €
- La charge salariale totale au niveau fédéral pour ce personnel s'élève à 248.142.778 €
- **Le sous-financement se chiffre à 90.410.760 €**

## Annexe 2 Personnel T1 & T2

### Origine de la réglementation

- L'instauration du personnel T1 & T2 date du 1er juillet 1990. Cette mesure s'insère dans le plan de reconversion du ministre Busquin qui avait pour objectif d'accorder aux services T un encadrement plus élevé afin de permettre aux hôpitaux psychiatriques de remplir un rôle d'institution non chronique offrant des soins intensifs spécialisés.
- Selon les normes d'agrément, ces services doivent se concentrer sur la resocialisation et la réintégration des patients et l'autorité veut limiter les séjours de longue durée dans les hôpitaux psychiatriques. Pour soutenir cette politique, l'encadrement des services T a été augmenté de 20 à 28 ETP par 60 lits pour les patients avec une durée de séjour moyenne inférieure à 1 an (T1). Pour les patients avec une durée de séjour moyenne supérieure à 1 an la norme a été portée à 24 ETP par 60 (T2). Pour les patients qui depuis le 1er janvier 1977 ont séjourné 13 ans sans interruption dans l'établissement, l'encadrement a été maintenu à 20 ETP par 60.
- Après répartition des ETP complémentaires suivant les critères ci-dessus, restait encore un solde d'effectifs non attribué de ce pool. Au 1er juillet 1990, la moitié de ce personnel non utilisé a été attribuée aux hôpitaux sur base de la part relative du nombre de lits partiels dans le nombre total de lits ou places agréés. La seconde moitié a été attribuée sur base du nombre relatif de lits agréés et programmés.
- L'indemnité pour le personnel infirmier qui a été attribué selon ces règles s'élève pour une infirmière A1 à 990.000 FB (24.151,46 €), pour une infirmière A2 à 910.000 FB (22.558,31 €) et à 800.000 FB (19.831,48€) pour les ETP issus du solde restant (index 1er juillet 1990).

### Comparaison des indemnités reçues avec la charge salariale (index 01/07/2008)

- Le total des indemnités payées pour les 558,31 ETP attribués s'élève à 22.480.367 €
- La charge salariale totale au niveau fédéral pour ce personnel se chiffre à 31.328.992 €
- **Le sous-financement s'élève à 8.848.625 €**

## Annexe 3 Maribel Social

### Origine de la réglementation

- Le Maribel Social (Model Analysis for Rapid Investigation of the Belgian economy) a été créé par l'Arrêté Royal du 7 février 1997. Le Maribel Social se compose de plusieurs fonds qui ont tous pour objectif de promouvoir l'emploi dans le secteur non-marchand.
- Un de ces fonds a été créé spécifiquement pour les hôpitaux et les maisons de repos afin de réduire la charge de travail du personnel infirmier et améliorer la qualité des soins et des services aux patients.
- Les différents fonds sont alimentés par une diminution des cotisations sociales par travailleur employé dans les secteurs concernés. Les moyens dégagés sont utilisés pour financer de manière forfaitaire des engagements supplémentaires. Il est important que le volume d'emploi initial soit conservé afin que la mesure ait non seulement pour effet une augmentation du nombre d'effectifs employés mais également une augmentation du nombre d'heures de travail prestées.
- Dans un premier temps, les emplois supplémentaires dans les hôpitaux ont été limités à des assistants logistiques. Ceux-ci remplissent une fonction de soutien dans le département infirmier. Cela concerne essentiellement des tâches ménagères, des activités d'hôtellerie, de l'aide dans les tâches administratives, le transport interne des patients et l'entretien du matériel. Dans un second temps, les possibilités d'engagement ont été étendues à des fonctions d'un niveau supérieur. Pour les maisons de repos, le choix des fonctions a été laissé libre par les pouvoirs publics.
- L'indemnité accordée par le Fonds Social Maribel s'élève dans les hôpitaux à 28.455 € par ETP pour les assistants logistiques à 31.532 € par ETP pour les autres fonctions. L'indemnité octroyée pour les maisons de repos s'élève à 33.500 € par ETP.

### Nombre d'ETP attribués et comparaison des indemnités avec la charge salariale

- Au total, il y a 6.485 ETP employés sous le statut de Maribel Social. 1.801 le sont comme assistants logistiques et 4.951 le sont dans une autre fonction. Dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins il y a 2.287 ETP employés.
- L'indemnité globale versée par le SPF Santé publique se chiffre à 169.527.330 €  
La dotation pour les maisons de repos et les maisons de repos et de soins se chiffre à 68.014.376 €
- La charge salariale totale au niveau fédéral pour ce personnel dans le secteur des hôpitaux s'élève à 224.876.610 € et à 69.214.823 € pour le secteur des personnes âgées.
- La différence entre les indemnités versées et les coûts salariaux atteint donc **55.349.580 € pour le secteur des hôpitaux et 1.200.447 € pour les MR/MRS.**

## Annexe 4 Financement des normes de personnel

### Hôpitaux psychiatriques

On entend par « norme de personnel », le personnel infirmier, soignant et paramédical qui dans le cadre de l'application des normes d'agrément se doit d'être présent dans les unités de soins et dans certains services médico-techniques et qui est financé par le budget des moyens financiers (BMF).

La norme de personnel qui, dans ce cadre, est financée dans les hôpitaux psychiatriques, sur base des dernières données Finhosta disponibles (2005), est fixée par l'administration du SPF Santé publique à 6.530,37 ETP. Le budget octroyé au 1<sup>er</sup> juillet 2007 dans la sous-partie B2 du BMF pour financer ces EPT s'élève à 349.120.881 €

L'administration du SPF Santé publique a calculé que la charge salariale moyenne du personnel normé était de 54.787,28 € par ETP au 1<sup>er</sup> juillet 2007. Ce calcul est basé sur les charges salariales réelles encodées dans les données Finhosta qui doivent être transmises chaque année au SPF Santé publique par les hôpitaux.

La charge salariale totale au niveau fédéral du personnel normé dans le secteur des hôpitaux psychiatriques pour la sous-partie B2 s'élève, sur base de ces données, à 357.781.016 €

**Sur base ces informations, le sous-financement du personnel normé dans la sous-partie B2 du BMF s'élève à 8.660.135 € ou 9.010.004 € à l'index 1/07/2008.**

### Hôpitaux généraux

Le budget total accordé pour le personnel normé dans les hôpitaux généraux via la sous-partie B2 s'élève à 1.611.260.105 €

Le nombre d'ETP attribués dans le financement de base du personnel B2 et qui est issu de la fixation du BMF au 1<sup>er</sup> juillet 2008 atteint 30.335,61 ETP. Le coût salarial moyen au niveau fédéral équivaut à 54.578,15€

La charge salariale totale au niveau fédéral pour le personnel normé se chiffre sur base de ces données à 1.655.661.582,08 €

**Le sous-financement est donc évalué à  $1.655.661.582 - 1.611.260.105 = 44.401.477€$**