

---  
Direction générale Soins de santé

---  
CONSEIL FEDERAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

---  
Réf. : CFEH/D/493-3 (\*)

## **Avis du CFEH concernant le financement de l'IF-IC dans les hôpitaux**

Au nom du président,  
Margot Cloet

Le secrétaire,  
Pedro Facon

(\*) Le présent avis a été traité lors de la réunion plénière du 09/05/2019 et entériné par le Bureau ce même jour

Le CFEH a reçu le 26 mars 2019 une nouvelle demande d'avis de la Ministre De Block relative aux modalités de financement, via le BMF, du système IF-IC au sein des hôpitaux relevant de la CP 330.

Le présent avis se structure de la manière suivante :

1. Remarques préalables
2. Analyse des avantages et désavantages du financement forfaitaire par ETP pour chaque fonction IF-IC pour tout le personnel qui a droit à une fonction/barème IF-IC ?
3. Avis du CFEH sur un financement forfaitaire par ETP pour chaque fonction IF-IC
4. Questions techniques dans le cadre d'un financement forfaitaire
5. Synthèse

+++++

### **1. Remarques préalables et constats**

- Les résultats financiers de l'année 2018 sont arrêtés dans la majorité des établissements hospitaliers. Dans la mesure où les règles de financement et de révision pour l'IFIC ne sont pas encore définitivement arrêtées, les réviseurs d'entreprise ne sont pas en mesure de se prononcer quant à l'impact de l'IF-IC sur les comptes annuels 2018. Il devient urgent d'adopter et de publier les modalités de financement et de révision de l'IFIC pour ne pas prolonger l'incertitude de ce financement à la clôture des comptes de l'année 2019.
- Le CFEH se réfère aux 5 avis de 2018 dont il convient de respecter au moins l'esprit dans la proposition de financement définitive. Les hôpitaux souhaitent que le financement se rapproche autant que possible du surcoût réel, au niveau macro mais aussi au niveau des hôpitaux individuels.
- Une forfaitarisation est synonyme de simplification et d'accélération des processus, mais elle fait toujours des heureux et des malheureux. Il faut d'abord clarifier l'ampleur des écarts entre les hôpitaux. Un financement IF-IC trop serré accroît le sous-financement existant.
- Quelle que soit l'alternative développée, les hôpitaux demandent des simulations et préfèrent continuer à travailler avec des avances en B9 avec révision, plutôt que de franchir trop tôt le pas vers la phase de routine avec une forfaitarisation sans possibilité de révision ou d'actualisation.  
Il faut un laps de temps suffisant entre le passage de la phase de démarrage à la phase de routine pour élaborer, à partir de données validées, un mécanisme de financement incluant des garanties sur le plan de la couverture des coûts. Ce qui implique un rapportage précis au niveau de l'IF-IC et une collecte détaillée par individu au niveau du SPF.
- Quelle que soit l'alternative appliquée en phase de démarrage, il faut également chiffrer avec précision lors de celle-ci le surcoût réel pour les hôpitaux qui sera couvert par les budgets disponibles au niveau macro.
- A la lumière des données d'ancienneté provenant des enquêtes Finhosta, le CFEH constate des anomalies dans la collecte des données d'ancienneté. Il est indispensable de réaliser des contrôles de paramètres d'ancienneté avant de les utiliser pour le financement IFIC.
- Même s'il était aujourd'hui possible de calculer le coût pour l'État du financement de l'IF-IC, ceci n'offrirait aucune garantie d'une estimation future du coût (ni pour les hôpitaux, ni pour l'État) puisque le nombre de collaborateurs, le niveau de qualification et l'attribution des fonctions évolueront.

- Le CFEH plaide pour des règles de financement identiques de l'IF-IC pour les hôpitaux privés et les hôpitaux publics, tout en respectant les particularités de chaque secteur.

## 2. Analyse des avantages et désavantages du financement forfaitaire par ETP pour chaque fonction IF-IC pour tout le personnel qui a droit à une fonction/barème IF-IC

### Avantages :

- **Simplification administrative :**
  - Pas de calcul du surcoût de l'IF-IC pour chaque collaborateur individuellement ;
  - Possibilité d'évoluer vers une collecte ou un enregistrement (bi-)annuel simplifié des données du personnel pour les hôpitaux ;
  - Possibilité d'évoluer vers un calcul du financement (bi-)annuel pour le SPF Santé publique ;
  - Contrôle beaucoup moins lourd pour SPF (p.ex. pas de contrôle des barèmes de base pour chaque collaborateur).
- **Financement uniforme :** Financement identique, via le BMF, du système IF-IC entre hôpitaux traitant d'un même case-mix avec le même nombre de collaborateurs appartenant aux mêmes catégories de fonctions IFIC.  
Si des hôpitaux veulent payer davantage leur personnel que l'IF-IC, c'est de leur propre responsabilité financière.
- **Plus de prévisibilité budgétaire**
- **Homogénéité des règles de financement BMF :** Le financement proposé suivrait ainsi la logique qui prévaut pour les autres financements prévus dans le BMF en matière de personnel : financement forfaitaire, indépendamment des écarts au niveau des coûts réels/barèmes salariaux effectivement appliqués entre les hôpitaux. Il n'existe aucun financement basé sur les (sur)coûts réels du personnel.
- **Découragement toute optimisation induite de financement :** Surclasser le barème IF-IC d'un collaborateur n'a pas d'impact sur son financement BMF. Le financement forfaitaire donne une meilleure garantie que chaque employeur applique IF-IC de la même façon (ou de sa propre responsabilité financière).
- **Pas de migration d'un financement** basé sur le surcoût réel par individu par hôpital vers un financement forfaitaire.

### Désavantages :

- **Pas de données détaillées à propos de l'IF-IC pour l'année 2018** à la disposition du SPF Santé publique permettant de valider le montant du forfait pour chaque fonction IF-IC.
- **Risque de sous-financement du forfait** défini pour chaque fonction IF-IC :
  - Risque que le surcoût global de l'IFIC ne soit pas financé via le BMF.
  - Risque que le surcoût de chaque hôpital ne soit pas financé via le BMF.
- **L'ancienneté moyenne par forfait introduit un sous-financement :** Les nouvelles courbes salariales pour l'IF-IC partent généralement d'un salaire plus élevé en début de carrière avec un aplatissement vers la fin. Or, en pratique, il y a un très grand nombre de personnes comptant peu d'ancienneté et nettement moins qui en ont beaucoup, avec quasiment personne totalisant 46 ans. Mais du fait de la prise en compte de la moyenne de toutes les années, la 46ème année pèse aussi lourd que la 1ère année d'ancienneté. Puisque le surcoût de l'IF-IC au cours des premières années de carrière est presque toujours supérieur à la moyenne et que très peu de travailleurs figurent dans les années

d'ancienneté les plus élevées des échelles théoriques, il en résulte globalement un sous-financement important. Par ailleurs, ce problème vient s'ajouter au problème au niveau micro lié à un forfait qui ne prend pas en compte l'ancienneté propre de chaque ETP au niveau de l'hôpital individuel.

- Les hôpitaux ont été informés/sensibilisés de l'arrivée probable d'un financement basé sur le surcoût de l'IF-IC. Un changement de paradigme peut introduire, à court terme, une **incertitude pour les hôpitaux**. Le financement préconisé dans les 5 avis du CFEH garantit en phase de lancement la couverture du surcoût réel pour chaque hôpital individuel. Ensuite, en phase de routine, les données réelles collectées par individu permettent d'étudier de façon fiable et sécurisée, la possibilité d'un financement plus forfaitaire.
- **Pas d'adéquation avec l'accord social avec un impact potentiel sur la phase 2 de la mise en œuvre de l'IFIC.**

### 3. Avis du CFEH sur un financement forfaitaire

En réponse à la demande d'avis, les membres du CFEH veulent confirmer les 5 avis concrets étayés et rendus par le CFEH en 2018.

Cependant, à la lumière d'une analyse pragmatique du mécanisme de financement IF-IC, des membres du CFEH marquent néanmoins leur accord pour un financement forfaitaire par ETP pour chaque fonction IF-IC moyennant le respect des conditions et corrections suivantes :

- Correction du forfait par fonction pour tenir compte d'une ancienneté plus basse (plus réaliste) (cf. question technique n°1) ;
- Correction du forfait pour intégrer l'allocation de foyer ou de résidence dans le calcul de l'écart mensuel de certaines fonctions (cf. question technique n°7) ;
- Collecte détaillée des données IF-IC par le SPF Santé publique pour les années 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022 ;
- Réévaluation du forfait par fonction sur la base des données collectées sur les années 2018 à 2022 ;
- Dédoublage du « barème actuel » pour le personnel infirmier et soignant en fonction du diplôme (breveté ou bachelier) pour une série de fonctions de l'IF-IC, conformément à l'avis CFEH 474 et son annexe. La classification IF-IC ne prévoyant pas de distinction du diplôme (cf. question technique n°2) ; le CFEH complète cette liste de certains codes oubliés dans l'annexe précitée et demande un traitement équivalent pour les codes de technologues ;
- L'utilisation de la part des hôpitaux du « buffer one shot de 15m€ » pour compenser, si nécessaire, les hôpitaux avec un sous-financement prouvé (cf. question technique n°10) ;
- Pour chaque nouvelle fonction IF-IC, prévoir une évaluation et actualisation du montant forfaitaire après deux années et rendre le financement du forfait révisable pour une période au moins de 5 années (cf. question technique n°10) ;
- Des questions techniques ont également été posées qu'il convient d'examiner plus en détail : notamment les fonctions manquantes et les fonctions canevas (cf. questions techniques n°4 et n°5) ;
- Tant que l'exercice d'évaluation et d'actualisation des forfaits n'est pas abouti, le financement du système IF-IC doit rester révisable (cf. question technique n°10) ;
- Demande de dissocier la révision du financement IF-IC des autres éléments révisables du Budget des moyens financiers (cf. question technique n°10) ;
- Suggestion/possibilité d'effectuer les révisions des financements 2018 à 2022 après la collecte détaillée et l'exercice de réévaluation des forfaits.

- Respect de certaines conditions avant de lancer la 2ème phase de l'implémentation d'IF-IC (cf. question technique n°10)

D'autres membres insistent sur la nécessité de passer d'abord par une évaluation des coûts et un financement tel que prévu dans les 5 avis précédents du CFEH avant de passer à un système forfaitaire. Ce positionnement est défendu pour les raisons suivantes :

- Demande de réévaluation du budget après la 1<sup>ère</sup> phase d'implémentation de l'IFIC avant forfaitarisation ;
- Obligation de respecter les CCT IF-IC signées en Commission paritaire en décembre 2017 ;
- Volonté de ne pas mettre les hôpitaux en porte à faux entre un financement fixé sur base d'un modèle théorique et forfaitaire et des coûts à évaluer par ces CCT ;
- Respect au sens strict de l'engagement de l'accord social, à savoir un financement basé sur le surcoût réel de chaque collaborateur dans chaque hôpital. Les marges dans les hôpitaux sont actuellement extrêmement faibles, voire inexistantes, la couverture du surcoût par hôpital doit être aussi complète que possible ;
- Attendre les données du rapportage de l'IF-IC et de la collecte individuelle du SPF Santé publique pour l'année 2018 ;
- Éviter le sous-financement.
- Fixer le pourcentage de la 2ème phase sur base d'une évaluation réelle des coûts de la 1ère phase

#### **4. Questions techniques dans le cadre d'un financement forfaitaire**

Si la Ministre de la Santé publique décide d'avancer dans un financement forfaitaire par ETP, le CFEH s'est penché sur une série d'améliorations techniques.

##### **1. Correction de l'ancienneté du personnel pour éviter un risque de sous-financement**

Plusieurs pistes ont été évoquées :

- Supprimer les dernières années d'ancienneté (utiliser cette option pour les années 2018 à 2022 permettra d'accélérer le calendrier de révision) ;
- Créer plusieurs catégories d'ancienneté par fonction et calculer un forfait par ETP par catégorie d'ancienneté (éventuellement tenant compte de la pondération de chaque année d'ancienneté). Cette solution requiert d'enregistrer les ETP par catégorie d'ancienneté.

##### **2. Fixation du barème « actuel » pour le personnel infirmier et soignant : dédoublement du « barème actuel » en fonction du diplôme pour une série de fonctions de l'IF-IC**

Le « barème actuel » est assimilé au barème sectoriel prévu dans la CCT sectorielle pour chaque fonction IF-IC dans le groupe du personnel infirmier et soignant.

Comme repris dans l'avis 474-4 du CFEH, il convient de remarquer que certaines fonctions IF-IC regroupent des travailleurs qui bénéficient avant l'implémentation de l'IF-IC de différents barèmes CCT basés sur le diplôme. Tel est par exemple le cas des infirmiers dans un service des urgences, qui bénéficieront d'une catégorie IF-IC 15 alors qu'ils sont (avant l'implémentation de l'IF-IC) actifs comme infirmiers tant brevetés que bacheliers. Dans ce cas, même si IF-IC ne prévoit pas de différences dans la classification de la fonction,

le CFEH propose de collecter le diplôme pour ces fonctions afin d'introduire une distinction dans le financement des forfaits pour les fonctions IF-IC suivantes

Conformément à l'annexe de l'avis CFEH 474 : dédoublement des forfaits pour les fonctions suivantes :

Code IF-IC	gradué ou brev	Titre If-ic	barème sectoriel	barème cible
6050	Gr	Infirmier Premier Responsable	1.55-1.61-1.77	15
6050	Br	Infirmier Premier Responsable	1.43-1.55	15
6073	Gr	Infirmier Chargé Accueil et Encadrement du Personnel Infirmier Nouveau, Rentrant et Personnel Infirmier Nouveau, Rentrant et Stagiaire	1.55-1.61-1.77	14
6073	Br	Infirmier Chargé Accueil et Encadrement du Personnel Infirmier Nouveau, Rentrant et Personnel Infirmier Nouveau, Rentrant et Stagiaire	1.43-1.55	14B
6161	Gr	Infirmier Référence Discipline	1.55-1.61-1.77	16
6161	Br	Infirmier Référence Discipline	1.43-1.55	16
6163	Gr	Infirmier Chargé d'Études	1.55-1.61-1.77	15
6163	Br	Infirmier Chargé d'Études	1.43-1.55	15
6164	Gr	Infirmier en Urgences	1.55-1.61-1.77	15
6164	Br	Infirmier en Urgences	1.43-1.55	15
6165	Gr	Infirmier en Soins Intensifs	1.55-1.61-1.77	15
6165	Br	Infirmier en Soins Intensifs	1.43-1.55	15
6166	Gr	Infirmier de Référence dans une unité/un service	1.55-1.61-1.77	15
6166	Br	Infirmier de Référence dans une unité/un service	1.43-1.55	15
6167	Gr	Infirmier SMUR	1.55-1.61-1.77	15
6167	Br	Infirmier SMUR	1.43-1.55	15
6168	Gr	Infirmier au Bloc Opératoire	1.55-1.61-1.77	15
6168	Br	Infirmier au Bloc Opératoire	1.43-1.55	15
6169	Gr	Infirmier en Soins Néonataux Intensifs	1.55-1.61-1.77	15
6169	Br	Infirmier en Soins Néonataux Intensifs	1.43-1.55	15
6170	Gr	Infirmier en Hôpital	1.55-1.61-1.77	14
6170	Br	Infirmier en Hôpital	1.43-1.55	14B
6175	Gr	Infirmier Expert en Auto-gestion du Diabète	1.55-1.61-1.77	14
6175	Br	Infirmier Expert en Auto-gestion du Diabète	1.43-1.55	14B
6177	Gr	Infirmier en Consultation	1.55-1.61-1.77	14
6177	Br	Infirmier en Consultation	1.43-1.55	14B
6180	Gr	Infirmier en Salle de Plâtres	1.55-1.61-1.77	14
6180	Br	Infirmier en Salle de Plâtres	1.43-1.55	14B
6181	Gr	Infirmier Oncologie Hôpital de Jour	1.55-1.61-1.77	14
6181	Br	Infirmier Oncologie Hôpital de Jour	1.43-1.55	14B
6182	Gr	Infirmier dans un Service Oncologique	1.55-1.61-1.77	14
6182	Br	Infirmier dans un Service Oncologique	1.43-1.55	14B
6183	Gr	Infirmier en Hémodialyse	1.55-1.61-1.77	14
6183	Br	Infirmier en Hémodialyse	1.43-1.55	14B
6184	Gr	Infirmier en Soins Palliatifs	1.55-1.61-1.77	14
6184	Br	Infirmier en Soins Palliatifs	1.43-1.55	14B
6185	Gr	Infirmier en Gériatrie	1.55-1.61-1.77	14
6185	Br	Infirmier en Gériatrie	1.43-1.55	14B
6186	Gr	Infirmier Pédiatrie	1.55-1.61-1.77	14

6186	Br	Infirmier Pédiatrie	1.43-1.55	14B
6270	Gr	Infirmier dans une Unité/un Centre Psychiatrique	1.55-1.61-1.77	14
6270	Br	Infirmier dans une Unité/un Centre Psychiatrique	1.43-1.55	14B
6370	Gr	Infirmier Soins Résidentiels Personnes Âgées	1.55-1.61-1.77	14
6370	Br	Infirmier Soins Résidentiels Personnes Âgées	1.43-1.55	14B
6461	Gr	Infirmier Psychiatrique à Domicile	1.55-1.61-1.77	14
6461	Br	Infirmier Psychiatrique à Domicile	1.43-1.55	14B
6470	Gr	Infirmier Soins à Domicile	1.55-1.61-1.77	14
6470	Br	Infirmier Soins à Domicile	1.43-1.55	14B
6770	Gr	Infirmier Centre de Transfusion Sanguine	1.55-1.61-1.77	14
6770	Br	Infirmier Centre de Transfusion Sanguine	1.43-1.55	14B

Le CFEH demande en outre le dédoublement des forfaits pour les fonctions suivantes oubliées dans l'annexe à l'avis 474 :

Code IF-IC	gradué ou brev	Titre If-ic	barème sectoriel	barème cible
6174	Gr	Coordinateur Transplantation	1.55-1.61-1.77	15
6174	Br	Coordinateur Transplantation	1.43-1.55	15
6273	Gr	Éducateur / Accompagnateur dans une Unité/un Centre Psychiatrique	1.55-1.61-1.77	14
6273	Br	Éducateur / Accompagnateur dans une Unité/un Centre Psychiatrique	1.43-1.55	14B
6460	Gr	Infirmier Référence Discipline Soins Infirmiers à Domicile	1.55-1.61-1.77	15
6460	Br	Infirmier Référence Discipline Soins Infirmiers à Domicile	1.43-1.55	15
6462	Gr	Infirmier Expert en Auto-gestion du Diabète Soins à Domicile	1.55-1.61-1.77	14
6462	Br	Infirmier Expert en Auto-gestion du Diabète Soins à Domicile	1.43-1.55	14B
6670	Gr	Infirmier Maison Médicale	1.55-1.61-1.77	14
6670	Br	Infirmier Maison Médicale	1.43-1.55	14B
6750	Gr	Infirmier Chef d'Équipe Centre de Transfusion Sanguine	1.55-1.61-1.77	14
6750	Br	Infirmier Chef d'Équipe Centre de Transfusion Sanguine	1.43-1.55	14B

Le CFEH demande en outre le dédoublement des forfaits pour les fonctions suivantes qui n'appartiennent pas au groupe 6 « personnel infirmier et soignant » mais relèvent de la même problématique du diplôme :

3270	Gr	Technologue Laboratoire Médical	1.55-1.61-1.77	14
3270	Br	Technologue Laboratoire Médical	1.43-1.55	14
3471	Gr	Technologue Imagerie Médicale	1.55-1.61-1.77	14
3471	Br	Technologue Imagerie Médicale	1.43-1.55	14

### 3. Fixation du barème « actuel » pour le reste du personnel

Pour le **reste du personnel (= personnel non infirmier ou soignant)**, le "barème actuel" peut être envisagé/calculé de deux façons pour chaque fonction IF-IC dans ce groupe :

- a) sur la base du *barème de référence* pour chaque fonction IF-IC prévue par l'annexe 4 de la CCT du 11 décembre 2017.
- b) en tant que *moyenne pondérée* des *barèmes effectivement appliqués* dans le secteur. Si un hôpital applique des "barèmes internes", ceux-ci doivent être convertis en un barème sectoriel le plus proche.

Le CFEH souligne les avantages des deux options :

- Avantage du barème de référence : Ces barèmes de référence étant d'ores et déjà fixés, on peut, si l'on adopte cette méthodologie, calculer dès aujourd'hui les montants financés par ETP dans chaque fonction IF-IC). Cette solution permet au secteur de raccourcir la période d'incertitude de financement.
- Avantage du système « barèmes effectivement appliqués » : Ce calcul s'effectue sur la base des données disponibles les plus récentes sur les barèmes actuels, qui sont appliqués pour chaque fonction IF-IC dans les hôpitaux. Le rapport sur les salaires 2018 contiendra des données complètes et fiables permettant de calculer un « barème actuel » plus juste/proche de la réalité. Les données du rapport sur les salaires 2018 ne seront disponibles qu'en fin d'année 2019. Préférentiellement les données détaillées à utiliser pour le financement doivent être celles récoltées par le SPF.

Les membres favorables à une forfaitarisation immédiate préconisent une solution pragmatique, à savoir :

- Utiliser les barèmes de référence pour définir le « barème actuel du reste du personnel » des années 2018, 2019 et 2020 (cette option permet d'accélérer le calendrier de révision).
- Utiliser les « barèmes effectivement appliqués » pour recalculer le « barème actuel du reste du personnel » des années 2021 et suivantes (cf. question 10).

Les membres suggèrent de réaliser des simulations sur la collecte des données de l'année 2018 avant d'implémenter la solution pragmatique.

La solution pragmatique pour les années 2018 à 2020 doit s'accompagner d'un système cliquet. Le système cliquet prévoit qu'en cas de sous-financement prouvé de certains forfaits, le gestionnaire de l'hôpital peut introduire une demande révision du forfait.

D'autres membres estiment que des simulations doivent être réalisées sur la collecte détaillée de l'année 2018. Sur cette base le choix du « barème actuel » sera préconisé.

### 4. Fonctions manquantes

Prioritairement, le CFEH insiste pour que la description des fonctions manquantes portant sur un nombre significatif de travailleurs soit finalisée au plus vite par l'asbl IF-IC.

Le financement forfaitaire par fonctions manquantes de l'IF-IC pourra être calculé dès que celles-ci auront été classifiées.

Le CFEH s'oppose au calcul du forfait basé sur la moyenne pondérée des barèmes des fonctions manquantes appartenant à un des 6 groupes de fonctions IF-IC (infirmier-soignant, médico-technique et pharmacie, paramédical, psycho-social, hôtelier-logistique-technique et administration ...). D'autres pistes sont possibles pour calculer le financement forfaitaire : les 18 niveaux des barèmes cibles en IF-IC ou la combinaison des 18 niveaux de barèmes avec 6 groupes de fonctions (soit maximum  $18 \times 6 = 108$  forfaits de fonctions manquantes).

## 5. Fonctions canevas :

Les fonctions "canevas" ont été développées par les hôpitaux universitaires flamands, parce qu'ils constataient trop de fonctions « manquantes ». Ces fonctions comprennent plus d'experts, plus de niveaux hiérarchiques par fonction, ... que prévus dans l'éventail des fonctions IF-IC. Pour résoudre ce « fossé », ils ont créé des fonctions génériques, qui ont été résumées dans un « canevas », pour éviter toute confusion avec l'éventail des fonctions IF-IC. L'utilisation du canevas est prévue dans le PV de la CP 330 du 11 décembre 2017. Chaque fonction « canevas » bénéficie d'un numéro de l'IF-IC. Ces dernières réduisent le problème des fonctions manquantes et peuvent aussi être utilisées dans les hôpitaux non-universitaires. Le CFEH prend acte de l'existence des fonctions canevas et marque son accord quant à leur utilisation pour le financement sur la base du système des fonctions manquantes.

Dans un souci de cohérence, le CFEH attire l'attention de la Ministre sur le risque de divergences d'application dans l'attribution des fonctions IF-IC qui existe actuellement et par conséquent d'un risque de biais<sup>1</sup> dans le financement.

## 6. Taux à appliquer pour les charges patronales ONSS :

Le **financement annuel** par hôpital est calculé à partir d'un écart au niveau du barème mensuel (IF-IC vs le barème actuel) pour chaque collaborateur individuel, et ce en deux phases :

- 1) Fixation annuelle de l'écart au niveau du **montant mensuel brut** entre le barème IF-IC et le "barème actuel" de chaque fonction IF-IC
- 2) Conversion de cet écart au niveau du montant mensuel en un écart au niveau du **coût annuel** par ETP pour chaque fonction IF-IC. Cette conversion se matérialise notamment par la multiplication de l'écart au niveau du montant mensuel par 13,284 (12 salaires + double pécule de vacances + prime de fin d'année et d'attractivité) et par le taux des charges patronales ONSS (soit 1,3467 selon la demande d'avis de la Ministre de la Santé publique).

Le CFEH suggère de retenir le taux moyen des charges patronales ONSS recalculé après l'application du tax shift de l'année de départ de l'IF-IC 2018.

Les calculs de conversion du montant mensuel vers un coût annuel ne seront pas actualisés chaque année. Le forfait (montant fixe unique par équivalent temps plein) pour chaque fonction IF-IC fera l'objet d'une indexation périodique, similaire à l'indexation des salaires et à l'indexation de la sous-partie B du BMF.

## 7. Allocation de résidence et allocation de foyer

Pour les fonctions et barèmes IF-IC entrant en considération pour cela (conditions en matière d'ancienneté / rémunération brute), l'allocation de foyer ou de résidence doit toujours être accordée (à 100 %, et non 25 %

---

<sup>1</sup> Financement distinct pour deux fonctions identiques

comme mentionné dans la demande d'avis de la Ministre) dans le calcul du forfait. Il faut absolument corriger cela. La répartition 50% allocation de foyer et 50% allocation de résidence peut être maintenue.

## **8. Règles de financement pour les prochaines phases d'implémentation d'IF-IC :**

- Un tableau avec le montant forfaitaire pour chaque fonction IF-IC sera susceptible d'adaptation et systématiquement complété ou corrigé lorsque de nouvelles fonctions IF-IC sont ajoutées ou que des fonctions IF-IC sont réévaluées.
- Si la phase II porte uniquement sur une augmentation du financement du delta, le financement forfaitaire des fonctions IF-IC ne devra pas faire l'objet d'une révision.
- Si de nouvelles fonctions sont identifiées, ou des fonctions existantes sont reclassées (par exemple après les procédures de recours), ou des fonctions manquantes sont finalement classées, il faudra, pour chacune de ces fonctions, calculer un forfait par fonction IF-IC. De même lors de l'intégration du personnel bénéficiaires des primes TPP/QPP dans les barèmes IF-IC.
- Le CFEH préconise d'identifier le financement BMF pour ces nouvelles fonctions IF-IC via une ligne distincte du BMF.
- Comme pour la phase 1 de l'IF-IC, ces nouveaux forfaits seront évalués après 2-3 années d'application. Le gestionnaire de l'hôpital pourra introduire une demande de révision du forfait pour les trois premières années du forfait.

## **9. Calendrier et contenu de l'évaluation du financement forfaitaire par ETP pour chaque fonction IF-IC**

- Le CFEH exige une évaluation du financement forfaitaire pour chaque fonction IF-IC après deux ou trois années d'application (sur la base des données des années 2018, 2019 et 2020 collectées par le SPF Santé publique).
- Tant que l'exercice d'évaluation et d'actualisation des forfaits n'est pas abouti, le financement du système IF-IC doit rester révisable.
- Si des anomalies sont constatées (par exemple sous-financement systématique de certaines catégories de personnel ou types d'hôpitaux), le CFEH doit pouvoir émettre des recommandations pour l'ajustement des règles de calcul des forfaits.
- Données<sup>2</sup> requises pour l'évaluation et l'actualisation par le SPF Santé publique de chaque forfait (données relatives aux années 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022) :
  - Code de fonction IF-IC
  - Choix de la fonction IF-IC ? oui/non
  - Ancienneté pécuniaire au 31 décembre
  - Barème actuel (converti en l'échelle salariale sectorielle la plus proche)
  - ETP payé par période, par fonction IFIC
  - Diplôme (breveté/gradué) pour les fonctions listées ci-dessus (Cf. question technique n°2)
- Données<sup>3</sup> requises pour l'actualisation du financement BMF de chaque hôpital à partir de l'année 2023 (première année non révisable) :

---

<sup>2</sup> Collecte pour les hôpitaux privés

<sup>3</sup> Collecte pour les hôpitaux privés

- Code de fonction IF-IC
- ETP payé par période, par fonction et par catégorie d'ancienneté
- Diplôme (breveté/gradué) pour les fonctions listées ci-dessus (cf. question technique n°2)
- Le CFEH marque son accord pour une actualisation tous les deux ans des montants des forfaits de chaque fonction (à partir de 2025), ce qui permet une prévisibilité budgétaire pour les hôpitaux. Le CFEH conditionne cet accord à une simplification administrative, une collecte tous les deux ans des données requises pour le financement BMF de l'IF-IC, ce qui permet de décharger administrativement les hôpitaux et le SPF Santé publique.

#### **10. Modalités de révision du financement IF-IC**

- Le Conseil souhaite que soit adressée, simultanément à la notification du budget des moyens financiers<sup>4</sup>, une circulaire explicitant, pour les nouvelles mesures (dont l'IF-IC), leur caractère actualisable et/ou révisable, leurs modalités précises d'actualisation et/ou de révisions et l'origine des données utilisées. Entre autres avantages, l'estimation des rattrapages dans les comptes des hôpitaux s'en trouverait grandement fiabilisée, à la satisfaction des administrateurs et des réviseurs.
- Le Conseil souhaite également pouvoir disposer des fichiers électroniques servant aux différents calculs élaborés dans le cadre de la fixation du BMF ainsi que des fichiers utilisés par l'administration dans le cadre de la révision du BMF, ceci afin de permettre au secteur, d'une part, de maîtriser les modalités de calculs et d'autre part, d'alléger le travail de l'administration en ce qui concerne la révision. Il préconise également d'indiquer en regard de chaque ligne dans le résumé du BMF de l'hôpital, s'il s'agit d'un élément révisable et/ou indexable.
- Le CFEH suggère la création d'un groupe de travail pour définir les paramètres permettant au gestionnaire de faire usage du cliquet pour la révision du financement.
- Le Conseil demande à Madame la Ministre de dissocier la révision du financement IF-IC des autres éléments révisables du Budget des moyens financiers.
- Enfin, le Conseil suggère que la révision des financements 2018 à 2022 soit matérialisée après l'exercice de réévaluation des forfaits.
- Les hôpitaux qui peuvent prouver un sous-financement global à cause d'une ancienneté globale inférieure par fonction pour un grand nombre de leur collaborateurs (conditions à préciser), peuvent faire usage du cliquet de la révision du forfait. L'utilisation de la part des hôpitaux du « buffer one shot de 15m€ » permettra dans le cadre des révisions de compenser, si nécessaire, les hôpitaux avec un sous-financement prouvé pour les années 2018 à 2022.

---

<sup>4</sup> Si possible BMF de juillet 2019 pour autant que les règles de financement soient publiées au Moniteur belge

## 11. Calendrier des collectes des données et des révisions

BMF	Année	Financement Provisionnel	Modalités de Financement	Collecte des données
juil-18		Sur base des ETPs pour la prime unique de 2017	Révisable	
juil-19		Sur base des ETPs pour la prime unique de 2017	Révisable	
	Fin 2019			Collecte <u>détaillée</u> des données IFIC de l'année 2018
juil-20		Sur base des ETPs pour la prime unique de 2017	Révisable	
	2020			Collecte <u>détaillée</u> des données IFIC de l'année 2019
juil-21		Sur base des ETPs pour la prime unique de 2017	Révisable	
	2021			Collecte <u>détaillée</u> des données IFIC de l'année 2020
	Fin 2021		Révision des BMF de juil 2018, juil 2019 et juil 2020 (après évaluation et actualisation des forfaits)	
juil-22		Sur base des ETPs pour la prime unique de 2017	Révisable	
	2022			Collecte <u>détaillée</u> des données IFIC de l'année 2021
juil-23			Actualisation du financement sur la base des données ETP par fonction IF-IC de 2021	
			Révision des BMF de juil 2021 et 2022 (après évaluation et actualisation des forfaits)	
	Fin 2023			Collecte <u>détaillée</u> des données IFIC de l'année 2022
juil-24			Actualisation du financement sur la base des données ETP par fonction IF-IC de 2022	
	Fin 2024			Collecte <u>simplifiée</u> des données IFIC de l'année 2023
juil-25			Début de l'actualisation bi-annuelle du financement (données ETP par fonction IF-IC de 2023)	
juil-26			Financement BMF inchangés (sauf index)	
	Fin 2026			Collecte <u>simplifiée</u> des données IFIC de l'année 2025
juil-27			Actualisation du financement sur la base des données ETP par fonction IF-IC de 2025	
juil-28			Financement BMF inchangés (sauf index)	

## **12. Contrôle du financement par le SPF Santé publique**

Le SPF santé publique doit pouvoir contrôler que les données reflètent bien la réalité du terrain.

Il est en mesure de réaliser trois types de contrôles :

- Contrôle de cohérence sur le nombre de collaborateurs par fonction IF-IC.
- Contrôles d'échantillons, sur base des fiches de salaires de collaborateurs individuels, mais ceux-ci prennent beaucoup de temps et des ressources du SPF.
- Contrôles des paramètres d'ancienneté.

Le SPF Santé publique n'est pas compétent pour vérifier la fonction IF-IC attribuée à chaque collaborateur (travail effectué en interne par un comité d'accompagnement paritaire ou par la commission de recours externe).

Enfin, il faut veiller à ce que les contrôles aient une valeur ajoutée pour le SPF et les hôpitaux.

## **13. Conditions à respecter avant de lancer la 2ème phase de l'implémentation d'IFIC**

- Les règles de financement de la 1<sup>ère</sup> phase doivent être connues et publiées au Moniteur belge.
- Les règles de financement de la phase 2 devraient être idéalement définies avant son démarrage.
- Le CFEH demande de ne pas appliquer de rétroactivité pour le démarrage de la phase 2. L'application de la phase 2 est encore plus complexe que la phase 1.
- Idéalement, les fonctions manquantes doivent être décrites et classifiées par IF-IC afin qu'un financement forfaitaire soit attribué par fonction IF-IC (recommandation avant le lancement de la phase 2).

## **14. Détermination du financement provisionnel par hôpital dans le BMF de juillet 2019 et du BMF de janvier 2020**

- Comme pour le financement du BMF de juillet 2018, le CFEH propose d'établir le financement provisionnel du BMF de juillet 2019 et 2020 sur la base ETP ayant bénéficiés de la prime unique de 2017. S'agissant d'une avance provisionnelle, cette méthodologie a l'avantage de ne pas requérir de rapportage additionnel pour les hôpitaux ; ni de calculs additionnels pour le SPF Santé publique.
- Pour les années 2019 et 2020, le budget est accru annuellement de 13.532.755 euros, ce qui induit un financement accru par ETP.
- Les CFEH souhaite que les 13,5 m€ d'euros supplémentaires prévus en 2019 soient pérennisés au sein des mécanismes de financement IF-IC dans le BMF (en augmentant le montant du financement provisionnel, soit le montant de l'avance par ETP).

## **5. Synthèse**

En synthèse : le CFEH estime que les 5 avis rendus en 2018 s'inscrivent dans l'esprit global de l'implémentation de l'IF-IC dans ses 2 dimensions principales : le respect des engagements pris en

concertation sociale et le financement (aucun hôpital ne peut-être perdant financièrement dans la mise en place de l'IF-IC) et donc continue à les soutenir.

Cependant, si la Ministre souhaite mettre en place un système de financement forfaitaire, le CFEH estime que les conditions suivantes doivent être réunies :

1. Tout hôpital pouvant démontrer le sous-financement du surcoût lié à la mise en place de la mesure IF-IC doit pouvoir introduire une demande de révision de son financement.
2. Le système de financement forfaitaire ne peut être mis en place que sur la base de données fiables, actualisées et complètes.
3. Il faut affiner le calcul de chaque forfait en tenant mieux compte de l'ancienneté.
4. Il faut prévoir un système de révision (les 5 premières années) et de réévaluation périodique des forfaits (par ex. tous les 6 ans).

+++++