
Direction générale Soins de santé

CONSEIL FEDERAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf.: CFEH/D/ 474-2(*)

Avis relatif au financement de l'IFIC dans les hôpitaux (partie 2)

Au nom du Président,

M. Peter Degadt



Le Secrétaire,

M. Facon Pedro

(*) Cet avis a été approuvé lors de la réunion plénière du 26 avril 2018 et ratifié par le Bureau à cette même date

Introduction

Nous nous référons tout d'abord à la 1ère partie du présent avis, avec pour réf. CFEH/D/472-3 daté du 8 mars 2018, qui abordait les principes généraux et le financement provisionnel au 1er juillet 2018.

La présente 2e partie de l'avis concernant le financement de l'IFIC dans les hôpitaux est indissociable de la 1ère partie. Elle clarifie les modalités définitives de l'attribution du financement IFIC pour la 1ère phase de l'introduction de l'IF-IC, qui seront utilisées pour les révisions à partir de 2018 et pour les attributions provisionnelles et révisions à partir du 1er juillet 2019.

Dans l'avis, nous décrivons ces modalités d'attribution définitive, pour ensuite expliquer le financement concret concernant 208 et la suite du calendrier. Nous terminons par une réflexion concernant les prochaines phases ainsi qu'à propos d'un système de financement davantage forfaitaire une fois que l'IF-IC sera pleinement instauré.

Pour l'établissement des règles de financement définitives, une distinction est faite entre la « phase de lancement » (au cours de laquelle l'IFIC n'est pas encore appliqué à 100 %) et la « phase de routine » (qui pourra commencer dès que l'IFIC sera en vigueur à 100 % / aura atteint sa vitesse de croisière).

Comme on redoute que le surcoût réel de la mise en œuvre de l'IFIC ne soit pas aisément identifiable pour les hôpitaux (et ne soit dès lors pas entièrement couvert), il conviendrait, au cours de cette phase initiale, de travailler davantage avec un financement basé sur le surcoût réel pour chaque collaborateur individuel (ce qui est administrativement plus accablant, tant pour les hôpitaux que pour les collaborateurs du SPF).

Dès que la « phase de routine » sera atteinte (en d'autres termes, dès qu'un budget suffisant sera disponible pour appliquer les barèmes IFIC à 100 % pour le personnel qui relève du champ d'application), il est souhaitable d'opter pour un financement davantage forfaitaire, avec un financement IFIC supplémentaire pour chaque hôpital, ce qui permet de prévoir le barème IFIC pour tous les membres du personnel. Ce faisant, la surcharge administrative faisant suite à l'implémentation de l'IFIC pourra ainsi être réduite et, à plus long terme, on pourra éviter que les hôpitaux doivent continuer à se référer à des barèmes historiques (qui, au demeurant, ne seront plus octroyés aux nouveaux membres du personnel à dater de mai 2018).

Si les partenaires sociaux procèdent à l'introduction d'une 2e phase de l'IF-IC, alors le CFEH souhaite y être rapidement associé, afin de pouvoir rendre un avis concernant le financement avant que cette 2e phase soit lancée.

En effet, comme déjà mentionné dans la première partie de cet avis, il importe que lors de chaque nouvelle phase, la phase précédente soit évaluée. En fonction de cela, une partie du nouveau budget peut être utilisée pour couvrir d'éventuels déficits justifiés d'une/de phase(s) antérieure(s).

Les modalités d'attribution définitives

Champ d'application

Principe : le financement des hôpitaux doit couvrir tout le personnel qui a droit aux barèmes IFIC. Nous nous référons à la 1ère partie de l'avis afin de faire la clarté sur ce droit. Le CFEH estime, sur la base de la CCT, que le champ d'application pour le financement doit être précisé comme suit sur le plan comptable : tous les centres de frais autres que les centres de frais 910 MRS, 920 HOME, 930 école infirmière, 940 IHP et 950 MSP.

Il y a donc cumul de plusieurs conditions :

- CP 330 (secteur fédéral)
- Figurer sur le payroll de l'hôpital
- Imputation sur un centre de frais autre que 910 MRS, 920 HOME, 930 école infirmière, 940 IHP et 950 MSP
- Exclusion du personnel dirigeant tel que visé à l'art 4, 4° de la loi du 4 décembre 2007 relative aux élections sociales, et des médecins (cf. champ d'application de la CCT).

Pour les infirmiers qui bénéficient d'un titre ou d'une qualification (BBT/BBK), nous vous renvoyons à notre avis à ce sujet (avis n° 467-1).

Par ailleurs, la méthodologie pour l'introduction du financement IFIC dans le BMF est composée de 3 étapes :

- Étape 1 : détermination de la base de départ pour le financement
- Étape 2 : traduction du delta mensuel en financement annuel
- Étape 3 : détermination du budget pour un hôpital

Étape 1 : détermination de la base de départ pour le financement

Pour chaque fonction IFIC, un barème mensuel brut est déterminé et correspond autant que possible à la situation actuelle de chaque membre du personnel. Ce barème constitue la base sur laquelle le delta est calculé en ce qui concerne le barème cible.

- Pour les fonctions du département de soins et infirmier, le barème sectoriel est pris tel qu'il est déterminé pour chaque CCT. Par exemple, ce barème est de 1,35 pour un aide-soignant.
- Pour toutes les autres fonctions, un barème sectoriel individuellement attribué est pris (remarque pour ce que l'on appelle les « barèmes maison » : ceux-ci sont traduits dans le barème sectoriel qui y correspond le plus, cf. la méthode de travail dans la CCT2 rapport sur les salaires de l'IFIC).

1.1. Barèmes sectoriels

En guise d'illustration, un aperçu des barèmes CCT qui étaient utilisés pour chacune des fonctions IFIC dans le département de soins, et pour lesquelles des barèmes CCT existent, comprenant également l'indemnité de foyer et de résidence ainsi que le complément de fonction/l'allocation, est joint en annexe .

Il convient de remarquer que certaines fonctions IFIC regroupent des travailleurs qui partent actuellement de différents barèmes CCT. Tel est ainsi le cas des infirmiers dans un service des urgences, qui bénéficieront d'une catégorie IFIC 15 alors qu'ils sont actuellement actifs comme infirmiers tant HBO5 que bacheliers. Dans ce cas, deux deltas seront calculés pour chaque fonction IFIC.

Il faut donc prévoir des forfaits-écarts différents dans les situations suivantes au sein des différentes fonctions:

- a. Infirmier HBO5 qui occupe une fonction « classe 15 »
- b. Infirmier bachelier qui occupe une fonction « classe 15 »

- c. Infirmier HBO5 qui occupe une fonction « classe 14 »
- d. Infirmier bachelier qui occupe une fonction « classe 14 »

1.2 Barème individuel

Le barème individuel pour une fonction IFIC est déterminé pour toutes les fonctions qui, lors de l'instauration de l'IFIC, n'ont pas de barèmes sectoriels CCT (voir point 1.1),

sur base d'un relevé par hôpital issu du rapportage qu'il convient d'organiser pour objectiver / suivre le « surcoût » réel de la mesure (écart pour chaque individu, entre barème appliqué en phase 1 par l'hôpital et barème de départ renseigné par l'hôpital), Les résultats de ce rapportage seront communiqués au SPF pour liquidation dans le BMF. Ce rapportage serait semblable au rapportage effectué en 2016. On y demandait aux hôpitaux de renseigner un barème brut mensuel par individu qui est le barème actuel réel, le cas échéant traduit vers un barème sectoriel, qui peut alors être comparé au nouveau barème IFIC.

- Résultat de 1.1 et de 1.2 = 1 barème "actuel" qui fait office de référence pour chaque membre du personnel (barème CCT ou individuellement octroyé).

1.3 Choix basé sur la carrière restante

Si l'individu est « gagnant » sur sa carrière à entrer dans IF-IC, on lui calcule un financement, s'il ne l'est pas, il ne reçoit aucun financement.

Ce calcul doit être fait pour toutes les fonctions IFIC et sur la base des barèmes fixés en 1.1. (personnel infirmier et soignant) et 1.2 (autres fonctions).

Le rapport 2018 peut être mis au point sur celui-ci.

1.4. Détermination du financement

Sur la base du barème « actuel » et du choix théorique à l'étape 1, le delta est déterminé par rapport au barème cible IFIC. Ce delta est calculé pour chaque membre du personnel. 18,25 % de ce delta sera financé.

Un delta négatif sera neutralisé (ramené à 0 €).

Le financement ci-dessus permet d'entrer en contact avec l'octroi de l'IFIC au cours de la phase 1 et d'avoir une vision du surcoût global, au niveau sectoriel et au niveau de chaque hôpital.

Ce financement exige chaque année un nouveau rapport sur les salaires. Ce mécanisme pourra toutefois être corrigé au cours des prochaines années. Un système davantage forfaitaire pourra éventuellement encore être introduit au cours d'une phase ultérieure, après évaluation des données réellement rapportées. Nous renvoyons au dernier chapitre pour un premier avis à ce sujet.

Le financement dépend du rapport sur les salaires. Le SPF Santé publique doit ensuite déterminer les budgets annuels pour chaque hôpital, avec l'application des multiplicateurs préalablement fixés (voir étape 2).

Comme les infirmiers qui ont droit à une prime pour un titre (TPP) ou une qualification (QPP) ne peuvent pas opter pour le barème cible IF-IC dans la première phase, il ne sera pas attribué de financement « if-ic » pour ce personnel à ce stade.

Nous nous référons à notre avis à ce sujet (avis n° 467-1).

Étape 2 : traduction du delta mensuel en financement annuel

2.1 Éléments qui sont en relation avec la rémunération mensuelle brute

La traduction d'un financement mensuel en un financement annuel doit prendre en compte tous les éléments qui sont influencés par une augmentation du salaire mensuel brut :

Le CFEH propose de faire pour cela appel aux multiplicateurs suivants pour la traduction des deltas mensuels en montants annuels :

- x 13,284 afin de tenir compte de la traduction de mois en année et de la partie variable des primes octroyées à tous les collaborateurs.

- double pécule de vacances : 92 % de la rémunération mensuelle

- % partie de la prime de fin d'année : 2,5 % de la rémunération annuelle

- % partie de la prime d'attractivité : 0,53% de la rémunération annuelle

- X 1,3467 pour la cotisation patronale, il s'agit du multiplicateur utilisé de façon conséquente dans le financement B9. Cela pourrait éventuellement être encore adapté pour tenir compte de l'effet du tax shift.

Ces multiplicateurs sont appliqués à toutes les fonctions afin de déterminer le financement sur une base annuelle.

Par ailleurs, il y a quelques fonctions pour lesquelles des prestations irrégulières sont habituelles. Pour qu'il soit également tenu compte du surcoût de l'IFIC sur des prestations irrégulières dans le financement, nous proposons, selon la fonction IFIC et la part de prestations irrégulières qui s'y rapporte, d'appliquer également un multiplicateur. Vu le laps de temps limité, le CFEH élaborera, dans une 3e partie du présent avis, un tableau indiquant le % de prestations irrégulières (paiement % exprimé en % de la rémunération brute) pour chaque fonction IFIC. Celui-ci sera basé sur un % d'indemnité effective réelle pour prestations irrégulières provenant de Finhosta 2015, octroyé à chaque fonction sur la base d'une combinaison de catégorie de personnel (Finhosta), de la fonction/du grade (Finhosta) et du centre de frais (Finhosta), validé par des experts. Pour toutes les fonctions comportant une part limitée de prestations irrégulières dans la rémunération brute, un même multiplicateur sera fixé. Le CFEH propose d'ores et déjà d'inscrire le principe dans l'arrêté BMF et de clarifier par une circulaire le contenu de ce tableau.

Ce tableau peut être rectifié à une reprise lorsque la fonction IFIC sera disponible dans Finhosta (cf. ci-dessous).

Constatons enfin que les montants de la « prime de fin de carrière » doivent être augmentés en fonction des nouveaux barèmes. La prime pour le travailleur est en effet fonction du salaire.

Étant donné que la phase 1 de l'IFIC signifie, en moyenne, une augmentation de 1 % des salaires, le CFEH propose de prévoir un complément sur les forfaits (AD) pour la prime à la partie B9, à concurrence de 1 % de ces forfaits. Dans la 3e partie du présent avis, le CFEF procèdera à une estimation plus précise de ce pourcentage.

Étape 3 : détermination du budget pour un hôpital

Le budget d'un hôpital est calculé par l'addition du financement annuel par collaborateur.

Révision

Au cours de la phase de lancement, il est important que le financement puisse être revu. Le financement est recalculé sur la base des données de l'année concernée, le budget prévisionnel étant ainsi corrigé. Ex. Le montant provisionnel 2018 est revu en fonction du rapport sur les salaires 2018 (ETP effectif, attributions effectives de fonction...).

Il s'agit d'une mesure temporaire qui est nécessaire en raison de l'incidence incertaine de la mesure IF-IC et pour fournir aux hôpitaux les garanties nécessaires jusqu'à ce que le système atteigne sa vitesse de croisière, suite à quoi le caractère révisable pourra être abandonné. Cela ne pourra se faire que si le budget est calculé sur des données suffisamment actuelles (intégrées dans Finhosta) et que le rapport démontre que les données de l'année de référence sont suffisamment représentatives. Le CFEH propose de réaliser cette analyse aussi vite que possible.

Financement 2018

Conformément à la partie un de notre avis, le budget prévisionnel est ajouté au BML le 1/7/2017 sur la base du nombre d'ETP rapporté par les hôpitaux concernés pour le bonus de fin d'année unique 2017. Ces chiffres proviennent du Fonds Maribel PC 330.

Le 1er juillet 2019, ce budget prévisionnel 2018 sera corrigé pour le financement relatif à l'année 2018, sur la base des règles de financement et des données définitives du rapport sur les salaires 2018, traité par l'administration du SPF Santé publique et liquidé dans la partie C2. S'il n'est pas indispensable d'attribuer ce « tampon », il ne peut pas être perdu pour le secteur.

Lors de la révision du financement 2018, le budget prévisionnel 2017 sera actualisé sur la base des règles définitives de financement et des données du rapport sur les salaires 2018, et elle sera traitée par l'administration du SPF Santé publique.

Financement à partir de 2019

À partir du 1er juillet 2019, le budget prévisionnel sera actualisé en fonction des modalités de financement proposées sur la base des dernières données disponibles. Cela pourra être indiqué le 1er juillet 2019, sur la base du rapport de 2018 sur les salaires.

Une fois accomplie l'intégration dans Finhosta des nouvelles fonctions IF-CI, l'administration elle-même disposera de ces informations.

L'administration pourra adapter les instructions de Finhosta aussi rapidement que possible, dans le cadre du tableau 13 renouvelé, afin que celles-ci soient utilisables aussi rapidement que possible pour le calcul du budget prévisionnel, ainsi que de la révision.

Étapes suivantes et points d'attention.

Le CFEH continuera à suivre la mise en place et souhaite être associé aux prochaines étapes. La prochaine étape suivra au terme du rapport 2018 sur les salaires.

En effet, comme déjà mentionné dans la première partie de cet avis, il importe que lors de chaque nouvelle phase, la phase précédente soit évaluée. En fonction de cela, une partie du nouveau budget peut être utilisée pour couvrir d'éventuels déficits justifiés d'une/de phase(s) antérieure(s).

Le CFEH propose que les hôpitaux qui rencontreraient éventuellement des problèmes dans l'application du système de financement rapporteraient des derniers au CFEH afin qu'ils puissent être intégrés dans les futures discussions sur l'évolution du système de financement.

Une fois que l'IF-IC sera en phase de routine, nous devons évaluer vers un système de financement davantage forfaitaire, avec un financement IFIC supplémentaire pour chaque hôpital permettant de prévoir le barème IFIC pour tous les membres du personnel. Ce financement forfaitaire est alors déterminé pour chaque fonction IFIC/niveau d'ancienneté pour chaque collaborateur. Ce faisant, la surcharge administrative faisant suite à l'implémentation de l'IFIC pourra ainsi être réduite et, à plus long terme, on pourra éviter que les hôpitaux doivent continuer à se référer à des barèmes historiques (qui, au demeurant, ne seront plus octroyés aux nouveaux membres du personnel à dater de mai 2018).

Si le prochain rapport devait montrer, pour certaines autres fonctions, que dans la pratique, le "barème maison" est déjà traduit, dans la grande majorité des hôpitaux, dans le même secteur barémique correspondant, on pourrait envisager, après analyse au sein du CFEH, de travailler également avec ces barèmes sectoriels pour ces trois fonctions dans le cadre du financement futur. Le rapport 2016 sur les salaires montre, par exemple, que pour certaines fonctions paramédicales telles que l'ergothérapeute et le logopède, une homogénéité supérieure à 95 % existerait actuellement dans les barèmes appliqués.

Enfin, le CFEH souhaite encore faire part des points d'attentions suivants :

- les rapports 2018 doivent être rédigés de manière à permettre de calculer le financement et d'évaluer si le budget est suffisant.
- en cas de fusion d'un hôpital privé avec un hôpital public, le financement doit continuer à couvrir les obligations entamées (le financement doit suivre le champ d'application).

