SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FEDERAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Bruxelles, le 8 mars 2018

Réf. : CFEH/D/472-3(*)

Avis du CFEH concernant le financement de l'IFIC dans les hôpitaux (partie 1)

Au nom du président,
M. Peter Degadt

Le secrétaire,
M. Facon Pedro

(*) Cet avis a été traité lors de la réunion plénière du 08/03/2018 et ratifié par le bureau à cette même date.

Contexte

L'introduction dans le BMF des nouveaux barèmes IFIC n'est pas évidente. Il s'agit en effet de la rémunération de base du personnel. Des accords sociaux antérieurs prévoient un financement complémentaire, venant s'ajouter au salaire de base et ces éléments ont été repris avec un budget supplémentaire sur des lignes distinctes du BMF (p. ex. fin de carrière - sous-partie B9).

En outre, l'IFIC ne se limite pas au personnel rémunéré via le BMF. L'IFIC s'applique en effet à tout le personnel travaillant dans les secteurs fédéraux privés (cf. CP 330). Songeons par exemple au personnel du Maribel social et au personnel financé par le biais d'honoraires, de conventions, de l'hôpital de jour, de projets pilotes... Il s'agit en d'autres termes du personnel qui figure sur le payroll, indépendamment de la source de financement à l'exception du personnel qui exerce une activité défédéralisée. Ceci est conforme au financement d'accords sociaux antérieurs, où les hôpitaux perçoivent également le financement pour tout le personnel concerné via le BMF (sous-partie B9).

Toutefois, quelques questions concrètes subsistent quant au champ d'application exact. Nous reviendrons sur ce point ci-après.

Puisque l'autorité ne met pas immédiatement à disposition l'entièreté du budget nécessaire, l'introduction doit se faire par phases. Cela rend l'affaire beaucoup plus complexe. En outre, il nous faut garder à l'esprit que cette méthode de financement doit être durable et tenable en pratique au moment de son déploiement complet.

Le budget disponible pour l'introduction de la phase 1 de l'IFIC dans les secteurs fédéraux privés s'élève à 65 millions € en 2018, dont 58.272.412 € pour les hôpitaux.

Principes généraux du modèle salarial IFIC

- Rémunération sur la base des fonctions : l'IFIC doit assurer une politique salariale plus cohérente et plus moderne qui part de la lourdeur de la fonction en termes de responsabilité, de degré de difficulté, ... et qui y associe une rémunération appropriée ;
- Modèle salarial évolutif : le modèle salarial évoluera avec son temps, cette évolution portant aussi bien sur les fonctions que sur la rémunération ;
- Salaires de départ plus élevés avec une augmentation dégressive des barèmes ;
- Harmonisation de la durée des barèmes ;
- Intégration des primes et suppléments ;
- Attribution des fonctions préparée par l'employeur et évaluée au niveau paritaire ;
- ...

- *Introduction complète et totalité du budget à court terme*
  L'IFIC démarre en 2018 à 18,25% du delta par rapport au barème cible IFIC avec un budget de 58,272 millions € pour les hôpitaux privés. Il est important que le budget nécessaire complet soit réévalué sur la base de cette première phase d'implémentation et que le budget nécessaire pour l'ensemble de l'IFIC soit rapidement mis à disposition par le gouvernement. Le CFEH souligne la nécessité que la mise en œuvre par phases d'un nouveau système débouche sur une introduction totale dans un délai raisonnable. L'introduction intégrale doit être atteinte en un nombre minimal de phases. En effet, chaque phase supplémentaire introduit une complexité administrative supplémentaire, avec une multiplication du nombre de barèmes. En outre, aucun financement structurel n'est prévu pour l'instant pour cette complexité supplémentaire, ce qui serait cependant souhaitable.

- *Garanties de budget + buffer + budget TPP/QPP*
  L'IFIC doit pouvoir compter sur un financement complet au niveau du secteur (cf. CCT). Le calcul du delta (18,25%) a été effectué par l'IFIC, dans une logique paritaire, en tenant compte des travailleurs qui allaient basculer dans le système sur la base d'une série d'hypothèses « vraisemblables ». Toutefois, même s'il est actuellement possible de calculer le surcoût avec exactitude, ceci n'offre aucune garantie d'une estimation future du surcoût pour les hôpitaux, puisque le nombre de collaborateurs, le niveau de qualification et l'attribution des fonctions évolueront.

  - Dans un premier temps, il est possible d'utiliser le buffer de 15 millions € pour compenser une seule fois un déficit de la phase 1. Il est possible d'agir sur les tranches IFIC suivantes pour financer structurellement d'éventuels déficits si le financement structurel s'avère être sous-évalué. Le lancement d'une phase suivante doit alors être reporté.
  - On pourrait également tenir en réserve une partie du budget disponible en vue de compenser l'écart entre le surcoût estimé et le surcoût réel avéré, sinon, il faudra le financer dans le cadre d'une révision. En conséquence, il est crucial de garder cet argent dédicacé et disponible.

  Principe : lors de chaque nouvelle phase, la phase précédente doit être 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). Cette évaluation ne pourra pas avoir lieu avant début 2019, parce que celle-ci doit se baser sur le rapport portant sur 2018. Il faut donc prendre des dispositions pour que le buffer soit liquidé de façon provisionnelle en 2018, ou qu'il puisse rester disponible au-delà de 2018, de préférence à l'INAMI.

  Nous renvoyons également à notre avis n°467 sur les TPP/QPP lors de l'introduction de l'IF-IC pour ce qui concerne le nécessaire transfert progressif de ce budget.

- *Un financement correct et tenable*
  Le surcoût de l'IFIC pour les hôpitaux est financé de manière aussi correcte et honnête que possible en veillant à :

Considérations

- <u>En ce qui concerne le rapport sur les salaires 2016 : au niveau du secteur vs au niveau de l'hôpital</u>
  Le rapport sur les salaires est conforme à des rapports antérieurs IFIC sur les salaires et est très probablement représentatif *au niveau du secteur.* Les tendances en comparaison de rapports antérieurs sur les salaires ne semblent pas montrer de divergences. Au niveau du secteur, il s'agit par ailleurs des seules données pour la détermination du % du delta par rapport au barème cible IFIC et donc l'unique source de données pour des simulations à l'échelle du secteur.

  Pour l'estimation du financement et du surcoût *au niveau de l'hôpital*, le rapport sur les salaires est peut-être moins exploitable. En effet, le rapport n'a pas été complété par tous les hôpitaux ni pour tout le personnel. En plus, il n'est pas possible de prédire avec certitude la proportion de travailleurs qui feront ou non le choix de basculer vers l'IFIC, ce choix dépend beaucoup de considérations personnelles.

  ➔ Il y a trop d'éléments d'incertitude pour considérer les hypothèses actuelles comme de réelles prévisions crédibles au niveau de l'hôpital. L'attribution définitive des fonctions qui doit avoir lieu dans les mois à venir débouchera quasi certainement sur une répartition salariale différente. Néanmoins, le rapport sur les salaires 2016 est la seule base dont le CFEH peut aujourd'hui s'inspirer pour élaborer un premier système de financement.

- <u>En ce qui concerne la suite de l'introduction de l'IFIC : équilibre</u>
  Les phases suivantes de l'IFIC ne peuvent débuter que s'il a été démontré que les phases antérieures ont été financées de manière à couvrir les coûts pour le secteur. Le CFEH entend veiller à ce qu'un équilibre soit trouvé entre, d'une part, une garantie du financement du surcoût avant d'entamer une nouvelle phase et, d'autre part, un arrêt éventuel de plusieurs années, par exemple à la suite de demandes tardives ou imprécises de correction, qui entraînerait un retard excessif dans le déploiement d'une phase suivante de l'IFIC.

Avis relatif au financement de l'IFIC

- <u>En ce qui concerne le BMF au 1/7/2018 : urgence</u>
  Le financement qui arrive dans le BMF au 1/7/2018, avec application à dater du 1/1/2018, est considéré comme provisionnel, c'est-à-dire une avance sur le financement définitif 2018. Le financement provisionnel doit de préférence être simple. Il est toutefois indispensable de pouvoir revoir cette provision, ce qui nécessite un fondement juridique dans l'AR BMF du 25 avril 2002. Il y a donc une certaine urgence à connaître également les principes du financement définitif.

  Proposition de calendrier :

  ➔ Avant le 15/3/2018 : avis sur les *modalités de financement provisionnel* (voir ci-dessous) afin que le budget puisse être repris à temps dans le BMF du 1/7/2018.
  ➔ Avant le 30/4/2018 : avis sur le *système de financement définitif*, afin que le fondement juridique soit connu et publié avant le BMF du 1/7/2018. Ceci est indispensable pour pouvoir revoir la provision dans le BMF du 1/7/2018.

- Éviter le sous-financement : le financement dans le BMF doit être conforme au surcoût à charge de l'hôpital.
- Limiter le préfinancement : les budgets nécessaires sur la base des chiffres les plus récents doivent être immédiatement pourvus au niveau national dans le BMF (ne pas attendre une révision pour adapter les provisions).
- Certainement en phase initiale, le financement doit rester un élément révisable afin de corriger les provisions a posteriori.

Le mécanisme de financement doit aussi être tenable pour l'administration et ne peut entraîner une charge administrative supplémentaire pour l'hôpital.

- *Financement du surcoût annuel total*

  Le financement dans le BMF doit couvrir le surcoût sur base annuelle. Ceci implique que tous les éléments en rapport avec le salaire (à savoir un % sur le salaire), même s'ils ne sont pas nécessairement inclus dans le barème IFIC brut mensuel, doivent être financés.

  Sont toutefois inclus dans le barème brut mensuel : le complément de fonction, le TPP/QPP[1], l'allocation de foyer et de résidence, ...

  Ne sont pas inclus dans le barème mensuel brut, mais doivent également être financés : % part dans la prime de fin d'année, % part dans la prime d'attractivité, % prestations irrégulières, prime de fin de carrière, double pécule de vacances, ...

  Une grande inquiétude règne au sein du secteur quant au financement total ou non du surcoût. Les marges dans les hôpitaux sont actuellement extrêmement faibles, voire inexistantes, la couverture du surcoût par hôpital doit être aussi complète que possible.

- *Le financement doit suivre le champ d'application*

  Quelques questions subsistent quant au champ d'application exact de l'IFIC.

  - Quid par exemple du personnel occupé dans les services d'appui qui travaille à la fois pour un hôpital (compétence fédérale) et pour un WZC/une MRS (compétence défédéralisée) au sein d'une même ASBL ?
  - Quid du personnel mis à disposition ? P. ex. par un CPAS, par un autre hôpital, par ...
    -> S'il ne figure pas sur le payroll de la CP 330, il ne relève pas de l'IFIC ?
  - Upgrade de lits MSP et IHP légaux par le biais de conventions financées dans les conventions B4 du BMF ?
  - ...

  Il appartient à la commission paritaire de préciser cela.

  Principe : le financement des hôpitaux doit couvrir tout le personnel qui a droit aux barèmes IFIC.

  Afin de faire la clarté sur ce droit, le CFEH estime, sur la base de la CCT, que le champ d'application doit être précisé comme suit sur le plan comptable, pour le financement : tous les centres de frais autres que les centres de frais 910 MRS, 920 HOME, 930 école infirmière, 940 IHP et 950 MSP

[1] Voir avis n° 467.

(sous réserve d'une analyse approfondie des centres de frais concernés, auquel nous procéderons lors des discussions sur l'avis du CFEH qui vous parviendra avant le 30 avril prochain).

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 (sous réserve d'une analyse approfondie des centres de frais concernés, auquel nous procéderons lors des discussions sur l'avis du CFEH qui vous parviendra avant le 30 avril prochain).

- Maintien du calcul et du financement de sous-parties existantes du BMF
  En raison de l'introduction par phases de l'IFIC, le CFEH est d'avis qu'il vaut mieux financer le surcoût IFIC de la phase 1 dans la sous-partie B9 et ne pas (encore) l'intégrer dans les différentes sources de financement (BMF, forfaits, conventions, ...). Cela signifie, entre autres, que les systèmes de financement existants dans les différentes sous-parties du BMF sont maintenus.

- Harmonisation de la rémunération dans le secteur privé et le secteur public
  "L'accord social secteur public" de 2017 prévoit également l'introduction de l'IFIC dans les hôpitaux publics, ce qui permettra une harmonisation de la rémunération pour l'ensemble du secteur : un même modèle salarial IFIC dans les établissements privés et publics. Il est important de viser cette harmonisation.

Proposition de financement provisionnel

Le CFEH est d'avis que la répartition provisionnelle du budget disponible dans le BMF du 1/7/2018 doit correspondre au surcoût résultant de l'introduction de l'IFIC. Puisque le rapport sur les salaires 2016 est incomplet (non rempli par tous les hôpitaux ni pour tout le personnel), le CFEH propose de répartir le budget à titre provisionnel au prorata du nombre d'ETP par hôpital.

Pour ce qui est du nombre d'ETP, l'administration peut se baser sur les données du nombre d'ETP que le fonds Maribel utilisera dans le cadre du paiement du solde de la prime de fin d'année unique en 2017. Cette liste sera fournie par le fonds Maribel et peut être jointe en annexe à l'AR.

Comme déclaré ci-dessus, ce financement provisionnel fera l'objet d'une révision. Les modalités définitives de cette révision feront l'objet d'un deuxième avis du CFEH, que nous aimerions vous transmettre avant le 30 avril 2018.