

FOD VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

Brussel, 26 april 2018

---  
Directoraat-generaal Gezondheidszorg

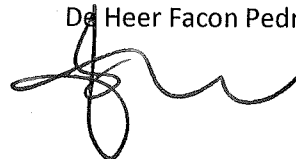
---  
FEDERALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN  
---

Ref. : FRZV/D/474-2 (\*)

## Advies m.b.t. de financiering van IF-IC in de ziekenhuizen (deel 2)

Namens de Voorzitter,  
De Heer P. Degadt

De Secretaris,  
De Heer Facon Pedro



(\*) Dit advies werd tijdens de plenaire vergadering van 26/04/2018 behandeld en door het bureau op diezelfde dag bekrachtigd.

## **Inleiding**

We verwijzen vooreerst naar het 1e deel van dit advies met ref. FRZV/D/472-3, daterend van 8 maart 2018, dat ging over de algemene principes en de provisionele financiering op 1 juli 2018.

Dit 2e deel van het advies over de financiering van IF-IC in de ziekenhuizen kan niet los gezien worden van het 1e deel. Het verduidelijkt de definitieve modaliteiten van toekenning van de IF-IC-financiering voor de 1e fase van de invoering van IF-IC, die gebruikt zullen worden voor de herzieningen vanaf 2018 en voor de provisionele toekenningen en herzieningen vanaf 1 juli 2019.

In het advies beschrijven we deze definitieve toekenningsmodaliteiten, om vervolgens de concrete financiering met betrekking tot 2018 en de verdere timing te verduidelijken. We sluiten af met een bedenking over de volgende fasen en over een meer forfaitair financieringssysteem nadat IF-IC in routinefase zal zijn.

Voor de vastlegging van de definitieve financieringsregels wordt een onderscheid gemaakt tussen de "startfase" en de "routinefase".

Omdat er een vrees bestaat dat de reële meerkost van de IF-IC-implementatie voor de ziekenhuizen niet makkelijk identificeerbaar is (en dus niet volledig zou gedekt worden), wordt er tijdens deze startfase méér gewerkt met een financiering die gebaseerd is op de reële meerkost per individuele medewerker (wat administratief extra belastend is, zowel voor de ziekenhuizen als voor de medewerkers van de FOD).

Zodra de "routinefase" wordt bereikt, is het wenselijk om te opteren voor een meer forfaitaire financiering, met een bijkomende IF-IC-financiering per ziekenhuis, die toelaat om voor alle personeelsleden het IF-IC-barema te voorzien. Zodoende kan de administratieve overlast t.g.v. de implementatie van IF-IC dan terug gereduceerd worden en kan op langere termijn ook vermeden worden dat de ziekenhuizen moeten blijven verwijzen naar historische barema's (die vanaf mei 2018 trouwens niet meer zullen toegekend worden aan nieuwe personeelsleden).

Indien de sociale partners overgaan tot de invoering van een 2e fase van IF-IC, dan wenst de FRZV hier tijdig bij betrokken te worden, zodat hij een advies over de financiering kan geven voordat deze 2e fase wordt gelanceerd.

Zoals reeds aangegeven in het eerste deel van dit advies, is het inderdaad belangrijk dat bij elke nieuwe fase de vorige fase geëvalueerd wordt. In functie daarvan kan een deel van het nieuwe budget gebruikt worden om eventuele verantwoorde tekorten van (een) vorige fase(s) te dekken.

## **De definitieve toekenningsmodaliteiten**

### **Toepassingsgebied**

Principe: de financiering van de ziekenhuizen moet al het personeel dekken dat recht heeft op de IF-IC-barema's. We verwijzen naar het 1ste deel van het advies om duidelijkheid te verschaffen over dit recht. De FRZV meent, op basis van de CAO, dat het toepassingsgebied

als volgt boekhoudkundig moet worden verduidelijkt, voor de financiering: alle kostenplaatsen behalve kostenplaatsen 910 RVT, 920 HOME, 930 verpleegschool, 940 IBW en 950 PVT.

Er is dus een cumul van voorwaarden:

- PC 330 (federale sector)
- op de payroll van het ziekenhuis
- geïmputeerd op een andere kostenplaats dan 910 RVT, 920 HOME, 930 verpleegschool, 940 IBW en 950 PVT
- uitsluiting van het leidinggevend personeel zoals bedoeld in art. 4, 4° van de wet van 4 december 2007 betreffende de sociale verkiezingen, en de artsen (cf toepassingsgebied van de cao)

Voor de verpleegkundigen die momenteel recht hebben op een premie voor een titel of kwalificatie (BBT/BBK), verwijzen we naar ons advies ter zake (advies nr 467-1).

Verder bestaat de methodologie voor introductie van IF-IC-financiering in het BFM uit 3 stappen:

- Stap 1: bepaling van de vertrekbasis voor de financiering
- Stap 2: vertalen van maandelijks delta naar jaarlijkse financiering
- Stap 3: bepaling van het budget voor een ziekenhuis

### **Stap 1: bepaling van de vertrekbasis voor de financiering**

Voor elke IF-IC-functie wordt een bruto maandelijks barema bepaald dat zo goed mogelijk aansluit bij de huidige situatie van elk personeelslid. Dit barema is de basis waarop de delta ten opzichte van het doelbarema wordt berekend.

- Voor de functies van het zorg- en verplegend departement wordt het sectorbarema genomen zoals bepaald per CAO. Bijvoorbeeld voor een zorgkundige is dit barema 1.35
- Voor alle andere functies wordt een individueel toegekend sectorbarema genomen (opm voor de zgn 'huisbarema's' worden deze vertaald naar het meest overeenkomende sectorbarema, cfr de werkwijze in cao2 loonrapportering van IF-IC).

#### **1.1 Sectorbarema's**

In bijlage is ter illustratie een overzicht toegevoegd van de cao-barema's die gebruikt werden voor de verplegende en verzorgende IF-IC-functies en waarvoor cao-barema's bestaan, waarin ook de haard&standplaatsvergoeding en functiecomplement/toeslag opgenomen zijn.

Merk op dat sommige IF-IC-functies werknemers groeperen die momenteel van verschillende cao-barema's vertrekken. Dit is bijvoorbeeld het geval voor verpleegkundigen in een spoedgevallendienst, die een IF-IC-categorie 15 zullen genieten terwijl er momenteel zowel HBO5 als bachelor verpleegkundigen werkzaam zijn. In dit geval zullen er twee delta's berekend worden voor deze IF-IC-functie.

We moeten van een verschillend maandelijks bruto vertrekken in de volgende situaties in de verschillende functies:

- a. HBO5 verpleegkundige die een functie « categorie 15 » bekleedt
- b. bachelor verpleegkundige die een functie « categorie 15 » bekleedt
- c. HBO5 verpleegkundige die een functie « categorie 14b » bekleedt
- d. bachelor verpleegkundige die een functie « categorie 14 » bekleedt

### **1.2 Individueel barema**

Het individueel barema voor een IF-IC-functie wordt bepaald voor alle functies die bij de invoering van IF-IC geen bij sectorale cao vastgelegd barema hebben (zie punt 1.1), op basis van een overzicht per ziekenhuis afkomstig uit de rapportering die zal moeten worden georganiseerd om de reële « meerkost » van de maatregel te objectiveren/volgen (verschil voor elk individu, tussen het barema toegepast in fase 1 door het ziekenhuis en het aanvangsbarema opgegeven door het ziekenhuis). De resultaten van deze rapportage zullen meegedeeld worden aan de FOD voor vereffening in het BFM. Die rapportering zou gelijkaardig zijn aan de rapportering die werd uitgevoerd in 2016. Daarin werd aan de ziekenhuizen gevraagd om een bruto maandelijks barema per individu op te geven dat het reële huidige barema is, vertaald naar een sectoraal barema, dat dan vergeleken kan worden met het nieuwe IF-IC-barema.

Resultaat van 1.1 en 1.2 = 1 “huidig” barema dat als referentie gebruikt wordt per personeelslid (CAO- of individueel toegekend barema).

### **1.3 Keuze gebaseerd op de resterende loopbaan**

Als het individu er voor zijn hele loopbaan « bij wint » om toe te treden tot IF-IC, wordt er voor hem een financiering berekend; als dat niet het geval is, ontvangt hij geen financiering. Deze berekening moet gebeuren voor alle IF-IC-functies en op basis van de barema's vastgelegd in 1.1 (verplegend en verzorgend) en 1.2 (andere functies).

De rapportering 2018 kan hierop worden afgesteld.

### **1.4 bepaling van de financiering**

Op basis van het “huidig” barema en de keuze in stap 1 wordt de delta ten opzichte van het IF-IC-doelbarema bepaald. De delta wordt berekend voor elk personeelslid. 18,25% van deze delta zal gefinancierd worden.

Een negatieve delta wordt geneutraliseerd (op 0€ gezet).

Bovenstaande financiering laat toe om voeling te krijgen met de toekenning van IF-IC in fase 1 en een zicht te krijgen op de volledige meerkost, op sectorniveau en op niveau van elk ziekenhuis.

Deze financiering vereist elk jaar een nieuwe loonrapportering. Dit mechanisme kan echter in de loop van komende jaren bijgesteld worden. Een meer 'forfaitair' systeem kan eventueel in een latere fase – na evaluatie van de reëel gerapporteerde gegevens – nog ingevoerd worden. We verwijzen naar het laatste hoofdstuk voor een eerste advies hieromtrent.

De financiering is afhankelijk van de loonrapportering. De FOD Volksgezondheid dient vervolgens de jaarlijkse budgetten per ziekenhuis te bepalen, met het toepassen van vooraf vastgelegde multiplicators (zie stap 2).

Aangezien de verpleegkundigen die recht hebben op een premie voor een titel (BBT) of een kwalificatie (BBK) niet kunnen kiezen voor het specifiek barema IF-IC in de eerste fase, zal er geen IF-IC financiering toegekend worden voor dit personeel in dit stadium. We verwijzen naar ons advies ter zake (advies nr 467-1).

## **Stap 2: vertalen van maandelijkse delta naar jaarlijkse financiering**

### **2.1 elementen die in verhouding staat tot het brutomaandloon**

De vertaling van een maandelijkse naar een jaarlijkse financiering moet rekening houden met alle elementen die beïnvloed worden door een stijging van het bruto maandelijks loon. De FRZV stelt voor om hiervoor beroep te doen op de volgende multiplicatoren voor de vertaling van maandelijkse delta's naar jaarlijkse bedragen:

- x 13,284 om rekening te houden met de vertaling van maand naar jaar en het variabel gedeelte van premies die aan alle medewerkers toegekend worden
  - o Dubbel vakantiegeld: 92% van maandloon
  - o Eindejaarspremie: 2,5% jaarloon
  - o Attractiviteitspremie: 0,53% van jaarloon
  
- X 1,3467 voor de patronale bijdrage, dit is de multiplicator die consistent gebruikt wordt in B9-financiering. Dit zou eventueel nog kunnen aangepast worden om rekening te houden met het effect van de taks shift

Deze multiplicatoren worden toegepast op alle functies om de financiering op jaarbasis te bepalen.

Verder zijn er enkele functies waarvoor onregelmatige prestaties gangbaar zijn. Om in de financiering met ook rekening te houden de meerkost van IF-IC op onregelmatige prestaties stellen we voor om, afhankelijk van de IF-IC-functie en het bijhorend aandeel van onregelmatige prestaties, ook een multiplicator toe te passen. Gezien de korte tijdspanne zal de FRZV in een 3e deel van dit advies een tabel uitwerken die het % onregelmatige prestaties (% betaling voor onregelmatige prestaties uitgedrukt als % van het brutoloon) weergeeft per IF-IC-functie. Deze zal gebaseerd zijn op een gemiddeld werkelijk % vergoeding voor onregelmatige prestaties afkomstig uit Finhosta 2015, toegekend aan elke functie op basis

van een combinatie van personeelscategorie (Finhosta) graadfunctie (finhosta) en kostenplaats (finhosta), gevalideerd door experts. Voor alle functies met een beperkt aandeel onregelmatige prestaties in het brutoloon zal een zelfde multiplier worden vastgesteld. De FRZV stelt voor om alvast het principe in te schrijven in het BFM-besluit en de inhoud van deze tabel per omzendbrief te verduidelijken.

Deze tabel kan eenmalig worden bijgewerkt wanneer de IF-IC-functie beschikbaar zal zijn in Finhosta (cf infra).

Merk tenslotte op dat de bedragen van de "premie eindeloopbaan" moeten verhoogd worden ifv de nieuwe barema's. De premie voor de werknemer staat namelijk in functie van het loon.

Aangezien IF-IC-fase 1 gemiddeld een stijging van 1% van de lonen betekent, stelt de FRZV voorlopig voor om een complement op de forfaits (AD) voor de premie te voorzien in onderdeel B9, ten belope van 1% van deze forfaits. In het 3e deel van dit advies zal de FRZV een precieze inschatting van dit percentage maken.

### **Stap 3: bepaling van het budget voor een ziekenhuis**

Het budget van een ziekenhuis wordt berekend door de jaarlijkse financiering per medewerker te sommeren

#### **Herziening**

In de opstartfase is het belangrijk dat de financiering kan herzien worden. De financiering wordt herberekend o.b.v. de gegevens van het betroffen jaar, het provisioneel budget wordt zo gecorrigeerd. Bv. het provisioneel budget 2018 wordt herzien in functie van de loonrapportering 2018 (werkelijke VTE, werkelijke functietoewijzingen, ...)

Dit is een tijdelijke maatregel die noodzakelijk is wegens de onzekere impact van de IF-IC-maatregel enom de nodige garanties te geven aan de ziekenhuizen, totdat het systeem op kruissnelheid is, waarna het herzienbaar karakter kan wegvallen. Dit kan slechts indien het budget wordt berekend op gegevens die voldoende actueel zijn (in Finhosta geïntegreerd) en de rapportering uitwijst dat de gegevens van het referentiejaar voldoende representatief zijn. De FRZV stelt voor deze analyse zo snel mogelijk te maken.

#### **Financiering 2018**

Het provisioneel budget wordt, conform deel één van ons advies in het BFM op 1/7/2018 toegevoegd o.b.v. het aantal VTE gerapporteerd door de betrokken ziekenhuizen voor de eenmalige eindejaarsbonus 2017. Deze cijfers zijn afkomstig van het Fonds Maribel PC 330.

Op 1 juli 2019 wordt dit provisioneel budget 2018 gecorrigeerd voor de financiering m.b.t. het jaar 2018 o.b.v. de definitieve financieringsregels en de gegevens van de loonrapportering 2018, verwerkt door de administratie van de FOD Volksgezondheid en in onderdeel C2

vereffend. Indien nodig zal de beschikbare "buffer" aangesproken worden om een eventueel tekort aan te vullen. Indien het niet nodig is om deze buffer aan te wenden, dan mag deze niet verloren gaan voor de sector.

Bij herziening van de financiering 2018 zal het provisioneel budget 2018 worden geactualiseerd o.b.v. de definitieve financieringsregels en de gegevens van de loonrapportering 2018, en verwerkt door de administratie van de FOD Volksgezondheid.

### **Financiering vanaf 2019**

Vanaf BFM 1 juli 2019 wordt het provisioneel budget jaarlijks geactualiseerd in functie van de voorgestelde financieringsmodaliteiten, o.b.v. de laatst beschikbare gegevens. Dit is op 1 juli 2019 o.b.v. de loonrapportering 2018 die in het voorjaar 2019 kan worden aangegeven.

Eens de nieuwe IF-IC-functies in Finhosta zijn geïntegreerd, zal de administratie automatisch over deze informatie beschikken.

De administratie kan de Finhosta-instructies zo snel mogelijk aanpassen, in het kader van de vernieuwde tabel 13, zodat deze zo snel mogelijk bruikbaar zijn voor de berekening van het provisioneel budget en de herziening.

### **Volgende fases en aandachtspunten**

De FRZV zal de verdere invoering blijven opvolgen en wenst betrokken te worden bij de volgende etappes. De eerstvolgende etappe volgt na de loonrapportering 2018.

Zoals reeds aangegeven in het eerste deel van dit advies, is het inderdaad belangrijk dat bij elke nieuwe fase de vorige fase geëvalueerd wordt. In functie daarvan kan een deel van het nieuwe budget gebruikt worden om eventuele verantwoorde tekorten van (een) vorige fase(s) te dekken.

De FRZV stelt voor dat de ziekenhuizen eventuele problemen door de toepassing van het financieringssysteem zouden rapporteren aan de FRZV om deze mee te kunnen nemen in toekomstige discussies over de evolutie van het financieringssysteem.

Eens IF-IC in routinefase is, dienen we te evolueren naar een meer forfaitair financieringssysteem, met een bijkomende IF-IC-financiering per ziekenhuis, die toelaat om voor alle personeelsleden het IF-IC-barema te voorzien. Deze forfaitaire financiering wordt dan vastgelegd per IF-IC-functie/anciënniteitsniveau voor elke medewerker. Zodoende kan de administratieve overlast t.g.v. de implementatie van IF-IC dan terug gereduceerd worden en kan op langere termijn ook vermeden worden dat de ziekenhuizen moeten blijven verwijzen naar historische barema's (die vanaf mei 2018 trouwens niet meer zullen toegekend worden aan nieuwe personeelsleden).

Indien uit de eerstvolgende rapportering voor sommige andere functies zou blijken dat in praktijk het 'huisbarema' in de overgrote meerderheid van de ziekenhuizen nu reeds vertaald wordt naar hetzelfde overeenkomende sectorbarema, kan na analyse binnen de FRZV in de

toekomstige financiering overwogen worden om ook voor dié functies te werken met die sectorbarema's. Uit de loonrapportering 2016 blijkt bijvoorbeeld dat voor een aantal paramedische functies, zoals ergotherapeut en logopedist er nu al een homogeniteit van boven de 95 % zou bestaan in de toegepaste barema's.

Tenslotte wenst de FRZV nog de volgende aandachtspunten mee te geven:

- de rapportering 2018 dient zo worden opgesteld dat ze toelaat om de financiering te berekenen en te evalueren of het budget voldoende is
- bij fusie tussen een privaat en een publiek ziekenhuis dient de financiering de aangegane verplichtingen te blijven dekken (financiering moet het toepassingsgebied volgen).