

Bruxelles, le 26 avril 2018

---  
Direction générale Soins de santé

---  
CONSEIL FÉDÉRAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS  
---

Réf.: CFEH/D/ 474-4 (\*)

## Avis relatif au financement de l'IF-IC 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'IF-IC dans les hôpitaux est indissociable de la 1ère partie. Elle clarifie les modalités définitives de l'attribution du financement IF-IC 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 2018 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 en phase de routine.

Pour l'établissement des règles de financement définitives, une distinction est faite entre la « phase de lancement » et la « phase de routine ».

Comme on redoute que le surcoût réel de la mise en œuvre de l'IF-IC ne soit pas aisément identifiable pour les hôpitaux (et ne soit dès lors pas entièrement couvert), il convient, 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, il est souhaitable d'opter pour un financement davantage forfaitaire, avec un financement IF-IC supplémentaire pour chaque hôpital, permettant de prévoir le barème IF-IC pour tous les membres du personnel. Ce faisant, la surcharge administrative faisant suite à l'implémentation de l'IF-IC 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 IF-IC. 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'article 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 ont droit actuellement à une prime pour un titre ou une qualification (TPP/QPP), nous renvoyons à notre avis à ce sujet (avis n° 467-1).

Par ailleurs, la méthodologie pour l'introduction du financement IF-IC 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 IF-IC, un barème mensuel brut est déterminé, qui 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 regard du barème cible.

- Pour les fonctions du département de soins et infirmier, le barème sectoriel est pris tel que fixé par CCT. Par exemple, ce barème est 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 vers le barème sectoriel qui y correspond le plus, cf. la méthode de travail dans la CCT2 rapportage salarial de l'IF-IC).

#### **1.1. Barèmes sectoriels**

En guise d'illustration, un aperçu des barèmes CCT qui étaient utilisés pour les fonctions infirmières et soignantes IF-IC, et pour lesquelles des barèmes CCT existent, est joint en annexe, dans lequel sont également repris<sup>1</sup> l'indemnité de foyer et de résidence ainsi que les complément / supplément de fonction.

Il convient de remarquer que certaines fonctions IF-IC regroupent des travailleurs qui partent actuellement de différents barèmes CCT. 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 actuellement actifs comme infirmiers tant brevetés que bacheliers. Dans ce cas, deux deltas seront calculés pour cette fonction IF-IC.

---

<sup>1</sup> Dans certains cas, l'attribution de ces bonifications est soumise à des conditions.

Nous devons partir d'un brut mensuel différent dans les situations suivantes au sein des différentes fonctions :

- a. Infirmier breveté qui occupe une fonction « catégorie 15 »
- b. Infirmier bachelier qui occupe une fonction « catégorie 15 »
- c. Infirmier breveté qui occupe une fonction « catégorie 14b »
- d. Infirmier bachelier qui occupe une fonction « catégorie 14 »

### **1.2 Barème individuel**

Le barème individuel pour une fonction IF-IC est déterminé pour toutes les fonctions qui, lors de l'instauration de l'IF-IC, n'ont pas de barème fixé par CCT sectorielle (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, traduit vers un barème sectoriel, qui peut alors être comparé au nouveau barème IF-IC.

→ 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 IF-IC et sur la base des barèmes fixés en 1.1. (personnel infirmier et soignant) et 1.2 (autres fonctions).

Le rapportage 2018 peut être ajusté sur ceci.

### **1.4. Détermination du financement**

Sur la base du barème « actuel » et du choix à l'étape 1, le delta est déterminé par rapport au barème cible IF-IC. 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'IF-IC 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 rapportage salarial. 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 rapportage salarial. Le SPF Santé publique doit ensuite déterminer les budgets annuels pour chaque hôpital, avec l'application de 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 spécifique 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
- prime de fin d'année : 2,5 % de la rémunération annuelle
- prime d'attractivité : 0,53% de la rémunération annuelle
  
- X 1,3467 pour la cotisation patronale, il s'agit du multiplicateur utilisé de façon cohérente dans le financement B9. Il 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'IF-IC sur les prestations irrégulières dans le financement, nous proposons, selon la fonction IF-IC 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 (% de paiement pour prestations irrégulières exprimé en % de la rémunération brute) pour chaque fonction IF-IC. Celui-ci sera basé sur un % moyen réel d'indemnité pour prestations irrégulières provenant de Finhosta 2015, octroyé à chaque fonction sur la base d'une combinaison de catégorie de personnel (Finhosta)<sup>2</sup>, 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 préciser par une circulaire le contenu de ce tableau.

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

---

<sup>2</sup> Salarié (1), administratif (2), soignant (3), paramédical (4), autre (5)

Constatons enfin que les montants de la « prime de fin de carrière »<sup>3</sup> 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'IF-IC signifie, en moyenne, une augmentation de 1 % des salaires, le CFEH propose provisoirement de prévoir un complément sur les forfaits (AD) pour la prime dans la partie B9, à concurrence de 1 % de ces forfaits. Dans la 3e partie du présent avis, le CFEH 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 provisionnel étant ainsi corrigé. Ex. Le budget provisionnel 2018 est revu en fonction du rapportage salarial 2018 (ETP effectifs, 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 rapportage 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 provisionnel est ajouté au BMF le 1/7/2018 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 CP 330.

Le 1er juillet 2019, ce budget provisionnel 2018 sera corrigé pour le financement relatif à l'année 2018, sur la base des règles de financement définitives et des données du rapportage salarial 2018, traité par l'administration du SPF Santé publique et liquidé dans la partie C2. En cas de nécessité, il sera fait appel au « buffer » disponible pour combler un éventuel déficit. S'il n'est pas indispensable d'attribuer ce « buffer », ce dernier ne peut pas être perdu pour le secteur.

Lors de la révision du financement 2018, le budget provisionnel 2018 sera actualisé sur la base des règles définitives de financement et des données du rapportage salarial 2018, et traité par l'administration du SPF Santé publique.

#### **Financement à partir de 2019**

À partir du BMF 1er juillet 2019, le budget provisionnel sera actualisé chaque année en fonction des modalités de financement proposées, sur la base des dernières données disponibles. Cela a lieu le 1er juillet 2019, sur la base du rapportage salarial 2018 qui peut être procuré au printemps 2019.

---

<sup>3</sup> L'impact de l'IF-IC sur la rémunération des "remplaçants de fin de carrière" est financé via le rapportage salarial, mais l'impact sur la prime non.

Une fois accomplie l'intégration dans Finhosta des nouvelles fonctions IF-IC, l'administration disposera automatiquement de cette information.

L'administration peut 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 provisionnel, ainsi que de la révision.

### **Étapes suivantes et points d'attention.**

Le CFEH continuera à suivre la mise en place ultérieure et souhaite être associé aux prochaines étapes. La prochaine étape suivra au terme du rapportage salarial 2018.

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 en fassent rapport au CFEH afin que ceux-ci 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 évoluer vers un système de financement davantage forfaitaire, avec un financement IF-IC supplémentaire pour chaque hôpital permettant de prévoir le barème IF-IC pour tous les membres du personnel. Ce financement forfaitaire est alors déterminé par fonction IF-IC/niveau d'ancienneté pour chaque collaborateur. Ce faisant, la surcharge administrative faisant suite à l'implémentation de l'IF-IC 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 rapportage devait montrer, pour certaines autres fonctions, que dans la pratique, le "barème maison" est déjà traduit, dans la grande majorité des hôpitaux, vers le même barème sectoriel correspondant, on pourrait envisager, après analyse au sein du CFEH, de travailler également avec ces barèmes sectoriels pour ces fonctions dans le cadre du financement futur. Le rapportage salarial 2016 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 :

- le rapportage 2018 doit être établi 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 engagements pris (le financement doit suivre le champ d'application).

Annexe

	<b>Titre If-ic</b>	<b>Titel If-ic</b>	<b>Residence</b>	<b>Sup</b>	<b>Comp</b>	<b>CCT</b>	<b>doelbarema- bareme cible</b>
<b>6050</b>	Infirmier Premier Responsable	Verpleegkundige Eerste Verantwoordelijke	1	0	0	1.55-1.61-1.77	15
<b>6050</b>	<i>Infirmier Premier Responsable</i>	<i>Verpleegkundige Eerste Verantwoordelijke</i>	1	0	0	1.43-1.55	15
<b>6073</b>	Infirmier Chargé Accueil et Encadrement du Personnel Infirmier Nouveau, Rentrant et Stagiaire	Begeleider Verpleegkundige Intreders, Herintreders en Stagiaires	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6073B</b>	Infirmier Chargé Accueil et Encadrement du Personnel Infirmier Nouveau, Rentrant et Stagiaire	Begeleider Verpleegkundige Intreders, Herintreders en Stagiaires	1	0	0	1.43-1.55	14B
<b>6111</b>	Infirmier en Chef - Coordinateur	Hoofdverpleegkundige - Coördinator	1	1	1	1.78S	18
<b>6120</b>	Infirmier en Chef en Hôpital	Hoofdverpleegkundige Ziekenhuis	1	1	1	1.78S	17
<b>6121</b>	Sage-Femme en Chef	Hoofdvroedkundige	1	1	1	1.78S	17
<b>6122</b>	Infirmier en Chef en Hôpital (petite unité)	Hoofdverpleegkundige Ziekenhuis (kleine afdeling)	1	1	1	1.78S	16
<b>6130</b>	Infirmier en Chef-Adjoint en Hôpital	Adjunct Hoofdverpleegkundige Ziekenhuis	1	0	0	1.61-1.77	16
<b>6131</b>	Sage-femme en Chef-Adjoint	Adjunct-Hoofdvroedkundige	1	0	0	1.61-1.77	16
<b>6161</b>	Infirmier Référence Discipline	Referentieverpleegkundige	1	0	0	1.55-1.61-1.77	16
<b>6161</b>	<i>Infirmier Référence Discipline</i>	<i>Referentieverpleegkundige</i>	1	0	0	1.43-1.55	16
<b>6162</b>	Infirmier-Hygiéniste	Verpleegkundige Ziekenhuishygiénist	1	0	0	1.80	17
<b>6163</b>	Infirmier Chargé d'Études	Studieverpleegkundige	1	0	0	1.55-1.61-1.77	15
<b>6163</b>	<i>Infirmier Chargé d'Études</i>	<i>Studieverpleegkundige</i>	1	0	0	1.43-1.55	15
<b>6164</b>	Infirmier en Urgences	Spoedverpleegkundige	1	0	0	1.55-1.61-1.77	15
<b>6164</b>	<i>Infirmier en Urgences</i>	<i>Spoedverpleegkundige</i>	1	0	0	1.43-1.55	15
<b>6165</b>	Infirmier en Soins Intensifs	Verpleegkundige Intensieve Zorgen	1	0	0	1.55-1.61-1.77	15
<b>6165</b>	<i>Infirmier en Soins Intensifs</i>	<i>Verpleegkundige Intensieve Zorgen</i>	1	0	0	1.43-1.55	15
<b>6166</b>	Infirmier de Référence dans une unité/un service	Referentieverpleegkundige binnen dienst/afdeling	1	0	0	1.55-1.61-1.77	15



<b>6166</b>	<i>Infirmier de Référence dans une unité/un service</i>	<i>Referentieverpleegkundige binnen dienst/afdeling</i>	1	0	0	1.43-1.55	15
<b>6167</b>	Infirmier SMUR	MUG Verpleegkundige	1	0	0	1.55-1.61-1.77	15
<b>6167</b>	<i>Infirmier SMUR</i>	<i>MUG Verpleegkundige</i>	1	0	0	1.43-1.55	15
<b>6168</b>	Infirmier au Bloc Opératoire	Verpleegkundige Operatiekwartier	1	0	0	1.55-1.61-1.77	15
<b>6168</b>	<i>Infirmier au Bloc Opératoire</i>	<i>Verpleegkundige Operatiekwartier</i>	1	0	0	1.43-1.55	15
<b>6169</b>	Infirmier en Soins Néonataux Intensifs	Verpleegkundige Intensieve Neonatale Zorgen	1	0	0	1.55-1.61-1.77	15
<b>6169</b>	<i>Infirmier en Soins Néonataux Intensifs</i>	<i>Verpleegkundige Intensieve Neonatale Zorgen</i>	1	0	0	1.43-1.55	15
<b>6170</b>	Infirmier en Hôpital	Verpleegkundige Ziekenhuis	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6170B</b>			1	0	0	1.43-1.55	14B
<b>6171</b>	Sage-Femme	Vroedkundige	1	0	0	1.55-1.61-1.77	15
<b>6172</b>	Aide-Soignant Hôpital	Zorgkundige Ziekenhuis	1	0	0	1.35	11
<b>6175</b>	Infirmier Expert en Auto-gestion du Diabète	Verpleegkundige Educator Diabetologie	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6175B</b>			1	0	0	1.43-1.55	14B
<b>6176</b>	Sage-Femme Post-Partum	Vroedkundige Postpartum	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6177</b>	Infirmier en Consultation	Verpleegkundige in de raadpleging	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6177B</b>			1	0	0	1.43-1.55	14B
<b>6178</b>	Puéricultrice	Kinderverzorgende	1	0	0	1.35	11
<b>6180</b>	Infirmier en Salle de Plâtres	Gipsverpleegkundige	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6180B</b>			1	0	0	1.43-1.55	14B
<b>6181</b>	Infirmier Oncologie Hôpital de Jour	Verpleegkundige Oncologisch Dagziekenhuis	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6181B</b>			1	0	0	1.43-1.55	14B
<b>6182</b>	Infirmier dans un Service Oncologique	Verpleegkundige in een Oncologische Afdeling	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6182B</b>			1	0	0	1.43-1.55	14B
<b>6183</b>	Infirmier en Hémodialyse	Verpleegkundige Hemodialyse	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6183B</b>			1	0	0	1.43-1.55	14B
<b>6184</b>	Infirmier en Soins Palliatifs	Verpleegkundige Palliatieve Zorg	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6184B</b>			1	0	0	1.43-1.55	14B
<b>6185</b>	Infirmier en Gériatrie	Verpleegkundige Geriatrie	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6185B</b>			1	0	0	1.43-1.55	14B
<b>6186</b>	Infirmier Pédiatrie	Verpleegkundige Pediatrie	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6186B</b>			1	0	0	1.43-1.55	14B

<b>6220</b>	Infirmier en Chef dans une Unité/un Centre Psychiatrique	Hoofdverpleegkundige in een Psychiatische Eenheid/Centrum	1	1	1	1.78S	17
<b>6230</b>	Infirmier en Chef-Adjoint dans une Unité/un Centre Psychiatrique	Adjunct-Hoofdverpleegkundige in een Psychiatische Eenheid/Centrum	1	0	0	1.61-1.77	16
<b>6270</b>	Infirmier dans une Unité/un Centre Psychiatrique	Verpleegkundige in een Psychiatische Eenheid/Centrum	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6270B</b>			1	0	0	1.43-1.55	14B
<b>6272</b>	Aide-Soignant dans une Unité/un Centre Psychiatrique	Zorgkundige in een Psychiatische Eenheid/Centrum	1	0	0	1.35	11
<b>6320</b>	Infirmier en Chef Soins Résidentiels Personnes Agées	Hoofdverpleegkundige Residentiële Ouderenzorg	1	1	1	1.78S	17
<b>6370</b>	Infirmier Soins Résidentiels Personnes Agées	Verpleegkundige Residentiële Ouderenzorg	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6370B</b>			1	0	0	1.43-1.55	14B
<b>6372</b>	Aide-Soignant Soins Résidentiels Personnes Agées	Zorgkundige Residentiële Ouderenzorg	1	0	0	1.35	11
<b>6420</b>	Infirmier en Chef Soins à Domicile	Hoofdverpleegkundige Thuisverpleging	1	1	1	1.78S	17
<b>6461</b>	Infirmier Psychiatrique à Domicile	Psychiatrisch Verpleegkundige in de Thuiscontext	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6461B</b>			1	0	0	1.43-1.55	14B
<b>6470</b>	Infirmier Soins à Domicile	Verpleegkundige Thuisverpleging	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6470B</b>			1	0	0	1.43-1.55	14B
<b>6472</b>	Aide-Soignant Soins à Domicile	Zorgkundige Thuisverpleging	1	0	0	1.35	11
<b>6770</b>	Infirmier Centre de Transfusion Sanguine	Verpleegkundige Bloedtransfusiecentrum	1	0	0	1.55-1.61-1.77	14
<b>6770B</b>	Infirmier Centre de Transfusion Sanguine	Verpleegkundige Bloedtransfusiecentrum	1	0	0	1.43-1.55	14B