

ÉLECTIONS 2024

LES PROGRAMMES DES PARTIS

AU CRIBLE DES REVENDICATIONS
DE LA FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES



SOUTENIR UNE SÉCURITÉ SOCIALE FÉDÉRALE FORTE ET UN SYSTÈME DE SOINS COHÉRENTS



Refédéraliser la santé ou, à défaut, mettre en œuvre un mécanisme assurant une plus grande cohérence des compétences.
Mettre en place **des plans stratégiques** de santé publique à l'échelle nationale.
Assurer **une norme de croissance** suffisante pour répondre aux besoins croissants (3,5%).
Garantir que tout budget dégagé par une réforme dans le secteur de la santé soit réinvesti dans la santé.
Doubler la part allouée à la promotion de la santé et prévention dans le PIB.
Réformer le **financement des hôpitaux**.



Revoir la gouvernance du système des soins de santé : diminuer l'empreinte des comités consultatifs, d'avis et de conseil qui gravitent autour de l'INAMI, et redonner à l'administration des moyens d'action dispersés entre de trop nombreux acteurs, dont les mutuelles.
Redéfinir les missions des mutuelles pour les recentrer sur leur rôle de remboursement des soins.
Se doter de **balises financières** pour assurer la soutenabilité financière du système de santé, en liant l'évolution des budgets de santé à l'évolution des besoins réels, sans que l'augmentation des budgets puisse être supérieure à la croissance du PIB.
Avoir une réflexion sur le **rassemblement des compétences**. **Refédéraliser la politique de prévention** (dépistages, alcool, tabac, obésité).
Réformer le **financement hospitalier**.



Organiser une **concertation** avec les acteurs de la santé en vue de simplifier la structure institutionnelle des soins de santé via **une refédéralisation** de cette matière.
Accorder un total de **3% des dépenses** totales consacrées aux soins de santé **pour la prévention** (lutte contre les assuétudes, dépistage des différents cancers, vaccination, prévention bucco-dentaire) à l'horizon 2030.



Un **seul ministre** de la Santé.
Renforcer le rôle des **mutualités et des syndicats**.
Garantir à la **prévention un budget de 5% du budget national** de la santé.



Garantir une norme de croissance de 3% du budget de l'INAMI.
Orienter le financement des soins de santé au sein du budget **en fonction d'objectifs stratégiques** ("quintuple aim").
Renforcer les moyens affectés à la **prévention et à la promotion de la santé**.
Renforcer la **gouvernance paritaire** (employeurs-travailleurs) de l'assurance-maladie.
Consolider le financement des mutualités.
Réformer le **financement des hôpitaux** pour garantir un financement suffisant de l'ensemble de leurs missions.



Elaborer un **plan national** qui fixe des grands objectifs communs de santé publique et de bien-être.
Garantir une **norme de croissance** du budget santé de **2,5%**.
Consacrer **3% du budget** des soins de santé à la **prévention et à la promotion de la santé**.
Réformer le financement des hôpitaux pour plus de transparence et d'équité; et passer d'un financement à l'acte à un financement prospectif au forfait.

AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ* DE MANIÈRE TRANSVERSALE : LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES



Mettre en oeuvre le principe « **Health in all policies** » en adoptant le critère d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) physique et mentale pour toute décision politique.



Une valorisation des capacités des malades de longue durée (accompagnement spécifique « **retour au travail** ») sur base des capacités.



Reconnaître le **burnout** en tant que maladie professionnelle.



Prévenir l'obésité et encourager **une alimentation saine**, notamment via une offre gratuite de repas sains et de fruits dans les écoles. Des aliments sains moins chers et une limitation de la publicité pour les produits néfastes à la santé.
Créer des **maisons de la prévention** dans tout le pays.



Mettre en oeuvre les principes **one health et health in one policy**. Adopter le critère d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) physique et mentale pour toute décision politique. Agir sur les **déterminants de la santé** en agissant sur les inégalités sociales (logement, alimentation, etc.). Intégrer les **enjeux environnementaux et climatiques** dans la santé publique. Prendre en considération les **questions de genre** dans toutes les politiques de santé. Assurer une meilleure protection de la **santé des travailleurs**.
Mieux **organiser la promotion et la prévention de la santé** auprès des jeunes (accord de coopération ONE, Wallonie, la FWB et Cocof).



Favoriser **l'interdisciplinarité des formations** de santé, en y intégrant plus fortement les problématiques de **santé sociale et de santé environnementale**.
Préparer le secteur des soins de santé aux conséquences du dérèglement climatique.

* Cette partie a été réalisée sur base des chapitres "santé" des différents programmes politiques. Elle n'intègre donc pas les propositions politiques concernant l'ensemble des déterminants sociaux (mobilité, logement, revenus, emploi, etc.).

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE AUX SOINS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE



Généraliser le mécanisme du **tiers payant** chez les médecins généralistes, spécialistes, dentistes, kinés, infirmiers.
Simplifier, améliorer et étendre le champ du **MAF** (malades chroniques, patients de moins de 19 ans, création d'un « MAF fratrie », suppression de l'indexation des plafonds).
Rembourser à 100% certains verres de lunettes/lentilles, prothèses dentaires et appareils auditifs.
Supprimer les différences de remboursement fonction du statut de **conventionnement** du professionnel de la santé ; incitations fortes pour plus de conventionnement.
Renforcer la **convention** « **soins psychologiques** » **de première ligne** et permettre de la rendre encore plus accessible ; mettre en place un pass santé mentale et 12 consultations gratuites pour les jeunes.



Pas de revendication concernant ce point dans le programme.



Créer un mécanisme d'**intervention majorée** plus simple, automatique et lié aux revenus.
Personnes précarisées souffrant de maladies chroniques : suppression du ticket modérateur au-delà de 300 euros par an.
Une **consultation globale de santé gratuite** chez le médecin à 25, 45 et 65 ans.
Plafonner les **suppléments d'honoraires** puis les supprimer à plus long terme.



Généraliser le **tiers payant** et supprimer le **ticket modérateur** dans l'ensemble des soins de première ligne.
Supprimer les **suppléments d'honoraires** pour les chambres individuelles.
Conventionnement pour tous les médecins.
Garantir un **meilleur remboursement** des prothèses auditives et des lunettes.
Rembourser intégralement les **consultations psychologiques** pour tous les âges, pour toutes les pathologies et pour toutes les séances jugées nécessaires par un psychologue.



Assurer la **gratuité** des soins chez les **médecins généralistes, psychologues de première ligne et les dentistes** : **supprimer le ticket modérateur** chez les généralistes et les dentistes ; réduire de 50% les montants du ticket modérateur pour les soins à domicile ; **généraliser le tiers-payant** chez tous les prestataires de soin.
Mieux rembourser certains soins (soins bucco-dentaires, lunettes, appareils auditifs, etc.)
Intervention majorée (BIM): assurer un octroi individualisé et automatique.
Maximum à facturer (MAF): individualiser pour toutes les personnes de + de 18 ans, limiter les effets des indexations des prestations des professionnels de santé.
Limiter les suppléments d'honoraires pour les hospitalisations, les consultations et examens hors hôpital chez tous les prestataires de soins ("bouclier tarifaire"). Créer un **statut de « patient protégé »** pour lequel les suppléments en ambulatoire seront limités voire interdits (bénéficiaires BIM notamment).
Simplifier et harmoniser la procédure d'ouverture du droit à l'**aide médicale urgente (AMU)**.
Renforcer via des primes le modèle de **conventionnement**.
Renforcer l'accessibilité des **soins en santé mentale** aux personnes en situation de vulnérabilité.



Généraliser le **tiers-payant** et assurer la gratuité des **soins psychologiques** de première ligne pour les moins de 25 ans.
Déployer des projets de **facilitateurs et facilitatrices de santé**.
Réformer l'aide médicale urgente (AMU), notamment en étendant la couverture aux soins de santé indispensables et en octroyant une carte médicale dès la première visite.
Renforcer et améliorer le Maximum à facturer (MAF) pour les personnes atteintes de maladies chroniques, dont les cancers.

RÉTABLIR ET RENFORCER LA CONCERTATION ET LA PARTICIPATION CITOYENNE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ



Elaborer des objectifs de santé interfédéraux **en concertation** avec les acteurs de la santé (patients, prestataires, institutions, mutualités...).



Exiger une **concertation avec les acteurs de la santé** en vue de simplifier la structure institutionnelle et vers une refédéralisation des soins de santé.



Pas de revendication concernant ce point dans le programme.



Assurer la **participation des représentants des patients et du personnel** dans le développement des districts de santé locaux.



Réaffirmer le **rôle du patient comme partenaire de soins** et améliorer la **littératie en santé**.



Soutenir la **recherche scientifique** en santé, en veillant à ce que les patient·es et les citoyen·nes en soient **acteurs et actrices**.

UN SYSTÈME DE SOINS ÉCHELONNÉ ET ORGANISÉ AUTOUR DES BESOINS DES PATIENT·E·S



Supprimer le **numerus clausus** et les **quotas Inami** pour assurer un médecin pour tous. **Renforcer le médecin généraliste dans son rôle** de proximité, d'orientation du patient vers les spécialistes et en termes de coordination de soins.



S'assurer que chaque citoyen dispose d'un médecin traitant référent. Généraliser et encourager une visite médicale annuelle à des fins préventives et curatives. Soutenir la **téléconsultation** dans ce cadre.



Pas de revendication concernant ce point dans le programme.



D'ici 2030, **un Belge sur quatre dans le modèle forfaitaire** des centres de santé de quartier.



Pas de revendication concernant ce point dans le programme.



Garantir une offre de santé à partir du rôle central des généralistes, d'une équipe interdisciplinaire, et d'un **échelonnement des soins**.

UNE PREMIÈRE LIGNE RÉORGANISÉE



Mettre en place de nouvelles mesures de **soutien à l'installation**, spécialement dans les zones rurales les plus touchées : mettre à disposition, à l'initiative des communes, une infrastructure gratuite où le médecin généraliste, spécialiste ou dentiste qui s'installe pourrait exercer à l'acte pendant 5 ans ; exonération de taxes communales pendant 5 ans ; financement par la région de 100% des frais de secrétariat pendant cinq ans, etc.
Organisation des **gardes** de médecine générale qui tiennent compte des réalités plurielles sur le terrain (densité pop etc.).



Evaluer les **besoins par quartier** au moyen d'un cadastre.
Inciter les médecins, via un bonus financier ou un incitant fiscal, à **effectuer leur stage ou leur assistantat dans les régions en pénurie**. Si nécessaire, obligation d'installation dans les zones déficitaires.
Sur base d'une étude territoriale, améliorer la coordination entre les niveaux institutionnels compétents en matière de **santé mentale**.



Mettre en œuvre une **gestion de crise unifiée et multidisciplinaire**, avec des rôles et des missions clairement définis entre les différents intervenants.
Lutter contre la pénurie de soignants : suppression à terme du numerus clausus, cadastre des médecins, intensification au niveau régional wallon des aides à l'installation de médecins généralistes dans les zones rurales.
Couvrir l'ensemble du territoire en **postes médicaux de garde (PMG)**.



Mettre en œuvre une organisation **territoriale** des soins (un district pour 100.000 habitants). Assurer un large éventail de **psychologues de première ligne** dans les centres d'aide sociale, les maisons médicales au forfait, les maisons de repos et de soins, et les écoles. Renforcer les centres de santé mentale.
D'ici à 2030, **15.000** infirmiers et infirmières supplémentaires.
Supprimer le système des **quotas**.



Consolider la première ligne d'aide et de soins en la structurant autour du patient.
Renforcer les capacités humaines de l'offre de première ligne.
Poursuivre la réforme de l'organisation de la première ligne selon une **approche territoriale**.
Supprimer les **quotas** de médecins généralistes.
Augmenter les moyens des **dispositifs Impulseo I, II et III**.
Renforcer le travail d'**accompagnement psychosocial**. Renforcer la prévention et les trajets de soins **en santé mentale**.
Mettre en place des « **parcours de soins de première ligne** » (prises en charge médicale et sociale des patients souffrant de maladies chroniques).
Augmenter l'offre de **soins de santé mentale**, leur accessibilité, leur coordination.



Mettre en œuvre une **planification territoriale** de l'offre de soins.
Soutenir l'installation et l'organisation de **personnel infirmier, de sages-femmes et de généralistes** dans les territoires qui en sont dépourvus.
Sortie de la logique du contingentement imposée par les **quotas INAMI**.
Soutenir une plus grande **collaboration interprofessionnelle** entre les soignant-es : organisation de stages pratiques dans les disciplines connexes et de passerelles permettant des réorientations.

REVALORISER LES MÉTIERS POUR UNE PREMIÈRE LIGNE ATTRACTIVE



Mettre en place un plan d'attractivité et de rétention de la profession **d'infirmier.ère.s et d'aide-soignant.e.s** : revalorisation financière, augmentation des normes d'encadrement, aménagements de fin de carrière, etc.

Révision de la nomenclature pour valoriser les actes intellectuels, le temps d'écoute et de communication, ainsi que le temps de coordination.

Prendre en considération les années de formation pour le **calcul de la pension des médecins**. Alléger la **charge administrative** des soignants.

Assurer un réel encadrement des futurs infirmiers et médecins durant leurs **stages**.

Pérenniser le projet pilote (2019-2023) de **prévention du burn-out de Fedris des soignants**.



Réviser la nomenclature : revoir la **reconnaissance des actes intellectuels**.

Mettre en œuvre un **plan d'actions pour développer l'attractivité** du secteur, fidéliser le personnel (infirmiers, aides-soignants, métiers paramédicaux, etc.) et réajuster l'organisation des soins. Mettre en place des campagnes de communication, des "ambassadeurs de soins" dans les écoles et un meilleur accompagnement des stagiaires.

Analyser la possibilité de modifier la CCT pour offrir au personnel infirmier la possibilité d'utiliser **les jours de dispense** de prestations avant 45 ans.

Reconnaissance de la **pénibilité** de certains métiers infirmiers.



Mettre en œuvre un plan global de **revalorisation de la profession infirmière** (cadastre, revalorisation salariale, système de réserve, prise en compte de la pénibilité, rémunération stage de dernière année, révision des normes d'encadrement, etc.).



Multiplier par quatre le **Fonds Blouses blanches** et investir dans **de meilleurs salaires et conditions de travail** (horaires fixes et formations suffisantes).

Dans les hôpitaux, **limiter le nombre de patients par infirmière à huit**.

Alléger le travail administratif.



Mettre en œuvre un plan pour **améliorer les conditions de travail du personnel** :

mettre à jour les normes d'encadrement, prévention des risques psychosociaux, réduire la prévalence des statuts précaires, étendre le droit à la formation, le droit à la déconnexion, poursuivre l'implémentation de la classification de fonctions sur le modèle IFIC, prévoir un rattrapage du fonds de pension du secteur non-marchand, augmenter l'indemnité pour prestations irrégulières et horaires contraignants, prévoir des dispenses de service supplémentaires, reconnaître et définir la pénibilité pour les métiers du soin et de l'aide à la personne, revaloriser les périodes de prestation à temps partiel dans le calcul de la pension, prévenir et lutter contre les violences à l'égard des prestataires médicaux et du soin, etc.



Renforcer la première ligne et revaloriser les professions concernées.

Améliorer la **qualité de vie au travail des soignant.es** et la qualité des soins, offrir une **rémunération équitable** aux professionnel.les de santé, et séparer la rémunération des médecins du financement des hôpitaux.

Mieux **encadrer les stages et rémunérer les étudiant.es stagiaires** des filières de la santé et du soin dès lors qu'elles et ils réalisent un travail assimilable à celui d'un travailleur ou d'une travailleuse.

SOUTENIR LA CRÉATION ET LE DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES DE GROUPE PLURIDISCIPLINAIRES DE PREMIÈRE LIGNE



Pas de revendication concernant ce point dans le programme.



Pas de revendication concernant ce point dans le programme.



Organiser un régime légal pour les **maisons médicales**.



Favoriser le développement de **centres de santé intégrés** (centres de soins de première ligne avec infirmiers, assistants, kinés, psychologues, etc.).
D'ici 2030, un Belge sur quatre inscrit dans le modèle forfaitaire des centres de santé de quartier.



Poursuivre le développement des **maisons médicales** et des **pratiques de groupe**.



Développer des **structures de première ligne interdisciplinaires** d'aide et de soins, telles que les maisons médicales. Soutenir ces initiatives particulièrement dans les **zones en pénurie** de généralistes.

DÉVELOPPER UNE POLITIQUE DU MÉDICAMENT EFFICIENTE



Élaborer un **nouveau pacte avec le secteur pharmaceutique** pour améliorer l'accessibilité des médicaments, lutter contre les pénuries, soutenir l'innovation et veiller à son accessibilité, ainsi que responsabiliser budgétairement ce secteur.

Élargir le champ de négociation des prix et de l'accessibilité à l'innovation à une plus large échelle que la Belgique.

Relocaliser au niveau européen la production de médicaments essentiels

Réformer les conventions « art. 81/111 » pour que celles-ci restent des exceptions vu leur caractère confidentiel et l'absence de contrôle démocratique.

Accorder une attention particulière aux **maladies rares et aux médicaments orphelins**.

Rendre **plus transparente** la régulation du prix des médicaments

Mettre en place un système visant à passer un **accord avec un pays tiers** en cas d'échec dans les négociations avec une firme.



Accélérer la mise à disposition des traitements innovants sur le marché belge en permettant leur utilisation dès leur approbation par l'Agence européenne du médicament.

Les **bénéfices des sociétés pharmaceutiques** dégagés en Belgique doivent être réinvestis dans notre pays.

Réviser le système des médicaments pour **résoudre les problèmes de pénurie et d'accès**.

Mettre en œuvre une **refonte du Centre de Référence des Médicaments (CRM)**.



Une politique du médicament **efficiente**. Pas de propositions spécifiques.



Mettre en œuvre des **licences contraignantes** pour casser les brevets des grandes sociétés pharmaceutiques lorsqu'elles demandent des prix trop élevés.

Utilisation du **modèle Kiwi**.

Pénuries de médicaments : des mesures plus sévères à l'encontre des entreprises pharmaceutiques qui arrêtent la production d'un médicament ou ne le fournissent pas en suffisance. Assurer de la **transparence** dans les demandes de remboursement des nouveaux médicaments. Pour fixer le prix, utiliser un calcul fixe et équitable basé sur leur coût. Supprimer les contrats secrets entre le gouvernement et l'industrie pharmaceutique.

Un **Fonds de recherche public européen** (l'Institut Salk) pour piloter la politique des médicaments.

Interdiction de la publicité pour les produits médicaux, tant vers les patients que les médecins.

Assurer de **meilleurs systèmes d'information pour les médecins** sur les nouvelles études pour contrer l'influence des firmes pharmaceutiques.



Mieux **réguler le secteur pharmaceutique** pour assurer l'accès aux

médicaments innovants et **démarchandiser** progressivement l'innovation : réformer le système des licences obligatoires des brevets à l'échelle européenne et à l'échelle nationale ; objectiver la manière de calculer les prix des médicaments et la rendre transparente ; inciter les firmes pharmaceutiques à mener des recherches cliniques en phase avec les besoins de santé ; rembourser intégralement une thérapie alternative proposée à un patient si son traitement thérapeutique vient à être en pénurie, etc.



Diminuer la **surconsommation et la sur-prescription** des médicaments.

Diminuer les prix des médicaments et lutter contre les pénuries (réserves stratégiques européennes de médicaments essentiels, de vaccins et de matériel médical) tout en actionnant les possibilités de la législation européenne sur les brevets en cas de pénurie ou de prix excessifs. Assurer une plus grande **transparence** afin d'appliquer une politique de prix juste (niveau fédéral et européen). Inciter à la **relocalisation de la production** de médicaments et matériels essentiels.

Limiter l'influence du lobby pharmaceutique à destination des professionnel·les de santé en renforçant les règles au niveau européen.

POUR UNE INFORMATISATION RAISONNÉE AU SERVICE DE L'HUMAIN



Un **dossier informatisé patient unique** sur tout le pays.
Favoriser les **applications** innovantes et les valider pour améliorer le suivi des patients chroniques et pour la prévention.
Favoriser la **télémedecine**, les lits d'hôpital virtuels, les dispositifs portables de télésurveillance de patients chroniques.
Favoriser le développement de l'**intelligence artificielle** pour aider au diagnostic et à la décision.
Former les acteurs de la santé aux outils numériques. Investir dans la **cybersécurité**.



Investir dans la **télémedecine**, les **applications mobiles** et l'**Intelligence Artificielle** (recherche et développement de technologies d'IA, encourager les startups et les universités à travailler sur des innovations). Assurer un budget spécifique pour des projets pilotes visant à implanter des **innovations technologiques** dans les hôpitaux.



Pas de revendication concernant ce point dans le programme.



Pas de revendication concernant ce point dans le programme.



Mettre en place un **tableau de bord des données de santé** (Wallonie).
Financer un masterplan « **cybersécurité** ».
Soutenir et améliorer l'**accès de tous les praticiens aux technologies** digitales de santé.
Développer l'accès aux outils de santé numériques permettant l'**autogestion du patient**.
Lutter **contre la fracture numérique** dans le domaine des soins de santé en rendant la santé digitale la plus accessible et la plus démarchandisée possible.
Un véritable **dossier du patient informatisé et interconnecté**.
Évaluer scientifiquement l'efficacité de dispositifs numériques d'assistance destinés aux seniors.
Garantir l'**accessibilité financière et la sécurité** d'utilisation des applications (domotique, robotique, dispositifs médicaux, etc.) facilitant la prise en charge au domicile.



Garantir l'**accès du citoyen et de la citoyenne à ses propres données de santé**, ainsi que leur bonne gestion lorsqu'elles sont partagées.
S'assurer que le "**dossier patient unique et informatisé**" soit **co-piloté par chaque patient-e**, qui pourra gérer son accès à différents acteurs et actrices de la santé.

Lexique

Accord de coopération : Un accord de coopération est une convention, donc un contrat, entre différentes autorités qui peuvent être fédérales, régionales ou communautaires. Cela permet de coordonner leur collaboration en définissant concrètement les compétences, tâches et responsabilités de chacun.

Accompagnement psychosocial : L'accompagnement psychosocial désigne un soutien professionnel apporté aux individus confrontés à des difficultés sociales, familiales ou psychologiques, visant à les aider à surmonter ces difficultés et à améliorer leur bien-être global.

Aide médicale urgente (AMU) : L'AMU est un droit, il s'agit d'une aide financière accordée par les CPAS aux personnes en situation de séjour irrégulier (sans papiers) et aux personnes n'ayant plus droit à l'assurance maladie et invalidité (personnes temporairement exclues ou ressortissantes européennes présentes depuis moins de 3 mois par exemple). Malgré son nom, cette aide couvre à la fois les soins curatifs et préventifs, englobant donc bien plus que les soins immédiatement nécessaires après un accident ou une maladie grave. Actuellement, la procédure de l'AMU est remise en cause par différents acteur-ices-s. En effet, les retards, les complications administratives, la mauvaise information des parties prenantes et les règles de contrôle intrusives font que seulement 20 % des personnes pouvant bénéficier de l'aide médicale urgente y ont effectivement recours.

Bouclier tarifaire : Le bouclier tarifaire est un dispositif visant à limiter les dépenses de santé d'un individu sur une année. Une fois que les dépenses médicales atteignent un certain seuil, le reste des soins est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Convention de soins psychologiques de première ligne : Cette convention permet à des psychologues de se "conventionner" et d'offrir à des patient-e-s en moyenne 8 séances de soutien ou de traitement à prix réduit (11 euros). Le reste du coût de la séance est pris en charge par l'assurance maladie-invalidité.

Conventionnement : Un médecin conventionné est un médecin qui est lié par les accords médico-mutualistes. Cela signifie qu'il accepte de facturer les actes qu'il pose au tarif négocié dans ces accords. La négociation du prix se fait entre des représentant-e-s des médecins et les mutuelles.

Echelonnement des soins : Cela signifie organiser les soins de santé étape par étape, en priorisant les besoins de santé primaires et donc la première ligne (médecins généralistes, infirmier-ère-s, kinés, psychologues) avant d'avoir recours à la deuxième ligne (hôpitaux, médecins spécialisés) si cela est nécessaire.

Facilitateurs en santé ou Community health workers : Ce sont des travailleur-euse-s sociaux-ales dont la mission est d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé et de soutenir les publics vulnérables qui ont tendance à reporter leurs soins de santé. Ces travailleur-euse-s ont été déployé-e-s en 2020 suite à la crise du Covid.

Gouvernance paritaire : Historiquement, dans le domaine de la sécurité sociale, la gouvernance – c'est-à-dire l'exercice du pouvoir de décision – a toujours été partagée par deux acteurs principaux : les représentants des travailleur-euse-s et ceux des employeur-euse-s. On parle alors de gouvernance paritaire. Cependant, malgré cette appellation, l'État participe également à ces décisions, ce qui pourrait être décrit comme une gouvernance tripartite. En ce qui concerne l'assurance maladie et l'invalidité, il y a généralement cinq acteurs impliqués : les représentants des travailleur-euse-s, des employeur-euse-s, de l'État, des mutualités, ainsi que des prestataires de soins et des institutions de santé. Au fil du temps, la participation croissante de l'État dans la gouvernance de la sécurité sociale fait naître des craintes de manque d'autonomie des partenaires sociaux. Lorsqu'on parle de renforcer la gouvernance paritaire, cela implique donc d'accroître le pouvoir de décision des partenaires sociaux (syndicats et employeurs) et de réduire l'influence de l'État.

Health in all policies : Ce principe signifie que dans toutes les lois votées et discutées, l'impact des normes sur la santé doit être pris en considération : concrètement cela signifie que si une loi interdisant de faire du vélo est proposée, son impact sur la santé des personnes devra être analysé et pris en compte avant le vote.

INAMI (Institut national d'assurance maladie et invalidité) : Créé en 1964, cette institution publique fédérale a 3 objectifs principaux :

- Elaborer les règles en matière de remboursement et de détermination des prix des actes médicaux et des médicaments.
- Déterminer les conditions de remboursement en cas de maladie et d'invalidité.
- Contrôler les mutualités et les professionnel-le-s de la santé.

Intervention majorée : L'intervention majorée est un mécanisme qui permet un meilleur remboursement des soins de santé. Les frais médicaux, les soins hospitaliers et les coûts liés aux médicaments seront donc moins importants pour les personnes bénéficiant de certaines allocations sociales (revenu d'intégration du CPAS, garantie de revenus aux personnes âgées, allocation de personne handicapée, budget des soins pour personnes âgées, mineurs étrangers non accompagnés, personnes de moins de 25 ans orphelines de pères et mères). Ils y ont automatiquement droit, tandis que d'autres doivent en faire la demande auprès de leur mutuelle si les revenus de leur ménage ne dépassent pas un certain plafond.

Littératie en santé : La littératie en santé désigne la capacité d'une personne à comprendre, à évaluer et à utiliser les informations relatives à la santé pour prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ou celle de sa famille.

Maximum à facturer (MAF) : Le maximum à facturer (MAF) est une aide financière accordée par les mutuelles. Il s'applique lorsque le montant des soins de santé que vous avez réellement payé dépasse un certain plafond. Cela signifie que tout montant dépassant ce plafond sera remboursé intégralement par la mutuelle. À l'hôpital et en pharmacie, il n'est pas nécessaire d'avancer les frais qui entrent dans le cadre du MAF, car ceux-ci sont directement déduits de la facture.

Modèle Kiwi : Le modèle Kiwi est un modèle d'appel d'offres public basé sur un modèle qui existe en Nouvelle-Zélande (d'où son nom, le kiwi étant l'oiseau emblématique du pays). Selon ce modèle, l'État lancerait un appel d'offres basé sur le prix pour un médicament à des entreprises pharmaceutiques fabriquant le même médicament. Le médicament le moins cher serait remboursé par l'État. En conséquence, les entreprises seraient en concurrence directe les unes avec les autres et auraient tout intérêt à diminuer leurs prix.

Norme de croissance : La norme de croissance représente un seuil fixé par le gouvernement pour limiter l'augmentation des dépenses. Lorsqu'on parle d'une norme de croissance de 2% dans le secteur des soins de santé, cela signifie que les dépenses de ce secteur ne doivent pas augmenter de plus de 2% par rapport à l'année précédente. Plus la norme de croissance est élevée, plus le budget alloué au secteur de la santé est important.

Numerus clausus : Le numerus clausus est le nombre de numéros INAMI disponibles chaque année en Belgique. Un numéro INAMI est nécessaire pour qu'un médecin soit agréé et puisse donc pratiquer la médecine en Belgique. Chaque année, le nombre de numéros INAMI par spécialité (généraliste, pédiatre, gynécologue, etc.) est fixé à la suite de négociations politiques au niveau fédéral. Ensuite, ces numéros sont redistribués entre les universités qui déterminent, au niveau communautaire, comment se déroule la répartition des numéros à travers des examens ou des concours. En région flamande, un examen d'entrée est organisé avant de pouvoir accéder à la première année de médecine et de dentisterie. En Fédération Wallonie-Bruxelles, depuis 2023, un concours d'entrée est mis en place pour permettre l'accès à la première année de médecine et de dentisterie.

Refédéralisation : La refédéralisation est le transfert de compétences du niveau des entités fédérées (régions et communautés) vers le niveau fédéral. Cela signifie concrètement que la compétence est retirée du portefeuille de compétences des entités fédérées pour être placée sous l'autorité du pouvoir fédéral. En conséquence, les négociations et les prises de décisions se déroulent au niveau fédéral, et les mesures adoptées s'appliquent à l'ensemble des Belges.

Tiers payant : Avec le système du tiers payant, le dispensateur de soins (par exemple, le kinésithérapeute) facture directement à la mutuelle la partie des soins prise en charge par l'assurance maladie-invalidité ; le-la patient-e ne paie que sa partie personnelle.

Ticket modérateur : Le ticket modérateur représente la part des frais médicaux restant à la charge du-de la patient-e après le remboursement de la mutuelle. C'est le montant que le-la patient-e doit payer lui-elle-même pour chaque consultation ou acte médical.

Note pour les lecteur·rices :

Les éléments présentés dans les pages qui précèdent, directement issus des programmes politiques des partis francophones, sont rédigés ou non en écriture inclusive selon les choix qui ont été faits par chacun des partis.