

**BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS**

23 maart 2026

WETSVOORSTEL

tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34,14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met het oog op een uitbreiding van de levensverwachting voor de toekenning van het palliatief forfait

(ingediend door mevrouw Els Van Hoof)

**CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE**

23 mars 2026

PROPOSITION DE LOI

modifiant, en vue d'étendre le critère de l'espérance de vie pour l'octroi du forfait palliatif, l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

(déposée par Mme Els Van Hoof)

SAMENVATTING

Dit wetsvoorstel beoogt de termijn voor de toekenning van het palliatief forfait uit te breiden van een maximale levensverwachting van drie maanden naar één jaar. Door het palliatief forfait vroeger in het ziekteproces beschikbaar te stellen, kunnen meer patiënten tijdig de nodige thuiszorg en ondersteuning ontvangen.

RÉSUMÉ

Cette proposition de loi vise à faire passer le critère de l'espérance de vie maximale pour l'octroi du forfait palliatif de trois mois à un an. Si le forfait palliatif est mis à la disposition du patient plus tôt dans l'évolution de sa maladie, davantage de patients pourront bénéficier des soins à domicile et de l'aide nécessaires au moment opportun.

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
PS	: Parti Socialiste
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Les Engagés	: Les Engagés
Vooruit	: Vooruit
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Anders.	: Anders.
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
ONAFH/INDÉP	: Onafhankelijk-Indépendant

Afkorting bij de nummering van de publicaties:		Abréviations dans la numérotation des publications:	
DOC 56 0000/000	Parlementair document van de 56 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 56 0000/000	Document de la 56 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi
QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA	Questions et Réponses écrites
CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral
CRABV	Beknopt Verslag	CRABV	Compte Rendu Analytique
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toezpraken (met de bijlagen)	CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN	Plenum	PLEN	Séance plénière
COM	Commissievergadering	COM	Réunion de commission
MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Wie voelt dat de laatste fase in zijn/haar leven nadert, heeft vaak één duidelijke wens: thuis kunnen blijven, in een vertrouwde omgeving en omringd door geliefden. In deze periode ontstaan vaak specifieke zorgnoden, die niet alleen fysiek, maar ook psychisch, sociaal, existentieel en spiritueel van aard kunnen zijn. De hulp en ondersteuning die hiervoor kan worden geboden, brengt echter ook persoonlijke kosten mee. Voor wie besluit om zo lang mogelijk thuis te blijven, kunnen deze persoonlijke uitgaven aanzienlijk zijn. Bepaalde medicatie wordt immers bij ziekenhuisopname beter terugbetaald. Daarnaast moet de patiënt thuis zelf instaan voor hulpmiddelen, zoals een speciale matras om drukwonden te voorkomen, terwijl dit in het ziekenhuis standaard wordt gebruikt.¹ In ziekenhuizen en woonzorgcentra is een groot deel van de zorgkosten tijdens de laatste levensfase inbegrepen in de financiering van de instelling.

Het palliatief forfait

Sinds 1999 voorziet de ziekteverzekering in een palliatief forfait om palliatieve patiënten die thuis willen blijven financieel te ondersteunen bij de vaak hoge kosten. Dit forfait, dat vanaf 1 januari 2026 850,51 euro² bedraagt en éénmaal kan worden hernieuwd, vormt een belangrijke tegemoetkoming voor uitgaven aan geneesmiddelen, verzorgingsmateriaal en hulpmiddelen die anders (gedeeltelijk) door de palliatieve thuispatiënt zelf gedragen moeten worden.

Het bedrag wordt rechtstreeks op de persoonlijke bankrekening van de patiënt gestort en kan vrij worden besteed volgens de noden van de patiënt. Het doel van dit forfaitaire bedrag bestaat erin het financiële nadeel van patiënten die thuis willen sterven te compenseren ten opzichte van degenen die palliatieve zorg in het ziekenhuis (of in woonzorgcentra) krijgen. Ook wordt hiermee beoogd te voorkomen dat deze patiënten in de terminale fase in het ziekenhuis moeten worden opgenomen omdat ze hun zorg niet meer financieel kunnen dragen als ze thuis blijven.³

¹ Ricour C, Adriaenssens J, Desomer A, Primus-De Jong C, Devos C, Pouppez C. Palliatieve zorg: hoe financiële ondersteuning aanpassen aan de noden van de patiënt? een verkennende studie – Synthèse. *Health Services Research* (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2023. KCE Reports 367As. D/2023/10.273/05. <https://doi.org/10.57598/R367AS>

² [tarief_forfaits_20260101.pdf](#).

³ KCE-rapport 367A.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Lorsque la fin de vie se profile à l'horizon, le souhait de la plupart d'entre nous est de pouvoir rester à la maison, dans notre environnement familial, entourés de nos proches. Les besoins de soins qui se manifestent alors sont très spécifiques, qu'ils soient de nature physique, psychologique, sociale, existentielle ou spirituelle. Mais l'accompagnement que demandent ces besoins implique des dépenses personnelles qui peuvent s'avérer importantes pour ceux qui choisissent de rester le plus longtemps possible chez eux. Ainsi par exemple, certains médicaments sont mieux remboursés à l'hôpital. À la maison, le patient doit en outre prendre à sa charge certains dispositifs, comme un matelas anti-escarres, alors que ce matériel est fourni de manière systématique à l'hôpital.¹ Dans les hôpitaux et les maisons de repos et de soins, une grande partie du coût des soins en phase terminale est incluse dans le financement de l'établissement.

Le forfait palliatif

Depuis 1999, l'assurance maladie prévoit un forfait pour soutenir financièrement les patients palliatifs qui souhaitent rester à domicile, face aux coûts souvent élevés. Ce forfait, qui s'élève à 850,51 euros² depuis le 1^{er} janvier 2026 et qui est renouvelable une fois, constitue une aide importante pour les dépenses liées aux médicaments, au matériel de soins et aux dispositifs qui devraient sinon être (partiellement) supportées par le patient à domicile lui-même.

Le montant est versé directement sur le compte bancaire personnel du patient qui peut le dépenser librement, en fonction de ses besoins. L'objectif de ce forfait est de compenser le désavantage financier des patients qui souhaitent mourir à la maison par rapport à ceux qui reçoivent des soins palliatifs à l'hôpital (ou en MR/MRS). Il vise également à éviter que ces patients doivent être hospitalisés en phase terminale parce qu'ils ne peuvent plus supporter financièrement leurs soins s'ils restent à leur domicile.³

¹ Ricour C, Adriaenssens J, Desomer A, Primus-De Jong C, Devos C, Pouppez C. Soins palliatifs: comment adapter les soutiens financiers aux besoins des patients? Une étude exploratoire – Synthèse. *Health Services Research* (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2023. KCE Reports 367As. D/2023/10.273/0. <https://doi.org/10.57598/R367AS>

² [tarif_forfaits_20260101.pdf](#).

³ Rapport 367B du KCE.

De toekenning van het palliatief forfait gebeurt op basis van specifieke voorwaarden, geattesteerd door de huisarts. Eén van deze voorwaarden is het levensverwachtingscriterium. Het huidige koninklijk besluit van 2 december 1999 bepaalt dat het palliatief forfait enkel wordt toegekend aan patiënten “bij wie de prognose van de aandoening(en) slecht is en het overlijden op relatief korte termijn verwacht wordt”, meer bepaald bij een levensverwachting van meer dan 24 uur en minder dan drie maand.

Deze benadering is vandaag niet langer afgestemd op de actuele medische praktijk, noch op de noden van patiënten en hun omgeving. Deze voorwaarde beperkt de toegang tot ondersteuning en hulp voor thuiszorgpatiënten en hun naasten. Uit het KCE-rapport 376 (2024) blijkt dat in 2020 56,8 % van de terminale kankerpatiënten palliatieve zorg (EOL-1) ontving, thuis of in het ziekenhuis. Toch stierf 18,6 % van de terminale kankerpatiënten binnen één week na het begin van de palliatieve zorg (EOL-2). Dit cijfer is een signaal naar zorgverleners, patiënten en hun omgeving om zich bewust te zijn van het belang van een tijdige opstart van palliatieve zorg.⁴ Voor artsen is het vaak bijzonder moeilijk om nauwkeurig in te schatten hoeveel tijd een patiënt nog te leven heeft. Deze prognose blijft een delicate en onzekere oefening, met als gevolg dat sommige mensen niet tijdig als palliatieve patiënt worden geïdentificeerd en daardoor te laat of zelfs helemaal geen financiële steun ontvangen.⁵

Palliatieve zorg wordt bijgevolg vaak te laat opgestart, vaak pas in de laatste levensdagen, waardoor veel patiënten en hun omgeving niet ten volle kunnen profiteren van het comfort, de begeleiding en de ondersteuning die palliatieve thuiszorg beoogt.⁶ Een langere termijn tot 1 jaar zou dit patroon kunnen keren.

De zorgnoden van een palliatieve patiënt

Volgens het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (hierna: RIZIV) strekt het palliatief forfait ertoe om de kosten voor geneesmiddelen, verzorgingsmateriaal en hulpmiddelen die palliatieve thuispatiënten zelf (gedeeltelijk) moeten bekostigen, te dekken. Echter,

⁴ Gerkens Sophie, Lefèvre Mélanie, Bouckaert Nicolas, Levy Muriel, Maertens de Noordhout Charline, Obyn Caroline, Devos Carl, Scohy Aline, Vlayen Annemie, Yaras Harun, Janssens Christophe, Meeus Pascal. Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2024. KCE Reports 376A. DOI: 10.57598/R376A.

⁵ Nieuw KCE-rapport over palliatieve zorg | Vlaams Artsensyndicaat vzw.

⁶ KCE-rapport 376C.

Le forfait palliatif est accordé sur la base de conditions spécifiques, attestées par le médecin généraliste. L'une de ces conditions est le critère de l'espérance de vie. L'actuel arrêté royal du 2 décembre 1999 dispose que le forfait palliatif n'est accordé qu'aux patients “pour qui le pronostic de(s) l'affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref”, c'est-à-dire dont l'espérance de vie se situe entre 24 heures et trois mois.

Cette approche n'est plus adaptée ni à la pratique médicale actuelle, ni aux besoins des patients et de leur entourage. Cette condition limite l'accès au soutien et à l'aide auxquels les patients bénéficiant de soins à domicile et leurs proches pourraient prétendre. Il ressort du rapport 376 (2024) du KCE qu'en 2020, 56,8 % des patients atteints d'un cancer en phase terminale ont bénéficié de soins palliatifs (EOL-1) à domicile ou à l'hôpital. Cependant, 18,6 % d'entre eux sont décédés dans la semaine suivant le début des soins palliatifs (EOL-2). Cette proportion doit alerter les prestataires de soins, les patients et leur entourage et les sensibiliser à l'importance d'entamer les soins palliatifs au moment opportun.⁴ Il est souvent très difficile pour les médecins d'estimer avec précision le temps qu'un patient a encore à vivre. Ce pronostic reste un exercice délicat et incertain, ce qui a pour conséquence que certaines personnes ne sont pas considérées à temps comme patients palliatifs et qu'elles bénéficient dès lors d'une aide financière trop tard, voire ne la reçoivent jamais.⁵

Les soins palliatifs sont donc souvent mis en place trop tard, parfois seulement dans les derniers jours de vie du patient, ce qui empêche de nombreux patients et leur entourage de profiter pleinement du confort, de l'accompagnement et du soutien apportés par les soins palliatifs à domicile.⁶ En allongeant le critère de l'espérance de vie à un an, on pourrait inverser cette tendance.

Les besoins en soins des patients palliatifs

Selon l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ci-après: INAMI), le forfait palliatif vise à couvrir les frais des médicaments, du matériel de soins et des dispositifs médicaux que les patients palliatifs à domicile doivent eux-mêmes financer (en partie). Les soins palliatifs ne

⁴ Gerkens Sophie, Lefèvre Mélanie, Bouckaert Nicolas, Levy Muriel, Maertens de Noordhout Charline, Obyn Caroline, Devos Carl, Scohy Aline, Vlayen Annemie, Yaras Harun, Janssens Christophe, Meeus Pascal. Performance du système de santé belge: rapport 2024. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2024. KCE Report 376B. DOI: 10.57598/R376B.

⁵ Nieuw KCE-rapport over palliatieve zorg | Vlaams Artsensyndicaat vzw.

⁶ Rapport 376C du KCE.

palliatieve zorg gaat verder dan het louter bieden van materiële zorgen. Het KCE-rapport 367A (2023) wijst op de verschillende noden die palliatieve patiënten en hun entourage mogelijk kunnen hebben, zoals:

- lichamelijke noden die voortkomen uit klachten zoals pijn, ademhalingsmoeilijkheden, slaapproblemen, ... waarvoor klinische zorg nodig is;

- psychische, morele, emotionele of spirituele noden, die het gevolg zijn van gevoelens zoals eenzaamheid, stress, verdriet, angst, het gevoel een last te zijn voor dierbaren, enzovoort. Deze noden vereisen psychologische, morele en/of spirituele ondersteuning;

- noden van de dagelijkse verzorging;

- socio-economische noden, waaronder financiële, juridische en/of praktische ondersteuning die vooral van belang zijn voor geïsoleerde patiënten zonder sociaal netwerk;

- relationele noden die voortkomen uit een afname van sociale contacten;

- coördinatenoden bij complexe situaties die veel planning vereisen en nood aan informatie die zich vaak vertaalt in de wens van patiënten en hun naasten om betrokken te worden in de besluitvorming.⁷

In de praktijk hebben patiënten die in de palliatieve fase van hun ziekte verkeren dus niet louter materiële noden, maar ook immateriële noden. Deze noden treden op in verschillende fases van het ziekteproces. Naarmate de ziekte vordert zullen de noden rond dagelijkse verzorging groter worden, terwijl aan het begin van het proces er misschien vooral relationele en emotionele behoeften optreden.

Binnen deze brede waaier zullen er bovendien noden optreden nog voor de levensverwachting is teruggelopen naar drie maanden. Zo wijst het KCE-rapport er in die context op dat vooral in de vroegere fase van het palliatief traject er aanpassingen thuis gefinancierd dienen te worden. Een eerste toekenning van het forfait kan onmiddellijk volgen op de identificatie van de patiënt als palliatief en kan zo een stimulans vormen om de zorg in de thuissituatie op te starten.⁸

se limitent toutefois pas à la simple dispense de soins matériels. Dans son rapport 367B (2023), le KCE souligne les différents besoins que peuvent avoir les patients palliatifs et leur entourage. Il peut s'agir:

- de besoins physiques découlant de plaintes telles que la douleur, les difficultés respiratoires, les problèmes de sommeil, etc. et nécessitant des soins cliniques;

- de besoins psychologiques, moraux, émotionnels ou spirituels résultant de sentiments tels que la solitude, le stress, la tristesse, l'angoisse, le sentiment d'être un fardeau pour les proches, etc. Ces besoins nécessitent un soutien psychologique, moral et/ou spirituel;

- de besoins de la vie quotidienne;

- de besoins socio-économiques, notamment un soutien financier, juridique et/ou pratique. Ce type de besoins revêt une importance capitale pour les patients isolés sans réseau social;

- de besoins relationnels découlant d'une diminution des contacts sociaux;

- de besoins de coordination dans des cas complexes nécessitant beaucoup de planification. Il peut également s'agir de besoins d'informations qui découlent souvent de la volonté du patient et de leurs proches d'être associés à la prise de décision.⁷

En pratique, les patients en phase palliative de leur maladie ont donc non seulement des besoins matériels, mais aussi des besoins immatériels. Ces besoins apparaissent à différentes phases de la maladie. À mesure que celle-ci progresse, les besoins de la vie quotidienne augmentent, tandis qu'en début de maladie, ce sont surtout des besoins relationnels et émotionnels qui se manifestent.

Parmi ce large éventail de besoins, certains se feront en outre ressentir avant même que l'espérance de vie ne soit ramenée à trois mois. Dans ce contexte, le KCE souligne dans son rapport que c'est surtout dans la phase précoce du parcours palliatif qu'il faut financer des adaptations du domicile. Un "forfait initial" pourrait faire directement suite à l'identification du patient palliatif et pourrait ainsi encourager la mise en place de soins à domicile.⁸

⁷ KCE- rapport 367A.

⁸ KCE-rapport 367A.

⁷ Rapport 367B du KCE.

⁸ Rapport 367B du KCE.

Richting een noden-gebaseerde benadering van het palliatief forfait

Vandaag bestaat er een incoherentie tussen de periode om in aanmerking te komen voor een palliatief forfait (momenteel bij een levensverwachting van minder dan drie maanden) en de in 2016 herziene wet palliatieve zorg van 2002.⁹ Door een wetsvoorstel van Els Van Hoof (cd&v) werd in 2016 het levensverwachtingscriterium uit de wettelijke definitie van palliatieve zorg verruimd. Sindsdien stelt deze wet een bepaalde levensverwachting niet langer als voorwaarde om een patiënt als palliatief te beschouwen. Dit maakt het mogelijk om veel vroeger met de patiënt en zijn naasten het zorgtraject te bespreken en de zorg af te stemmen op de noden van de patiënt en zijn familie. Om recht te hebben op het palliatief forfait, is het levensverwachtingscriterium echter wel nog in voege.

In uitvoering van deze wet gebeurt de identificatie van patiënten in een palliatieve situatie in België met behulp van het instrument PICT-1, opgenomen in een koninklijk besluit.¹⁰ Dit instrument deelt patiënten die als palliatief geïdentificeerd zijn in naar zorgnood en vertrekt steeds vanuit de vraag of men verrast zou zijn mocht de patiënt in de komende zes maanden tot 1 jaar overlijden. Ondanks de verruimde wettelijke definitie van palliatieve zorg sinds 2016 en de bredere tijdshorizon van 1 jaar die in het PICT-1-instrument wordt gehanteerd, blijven de meeste RIZIV-terugbetalingen vandaag beperkt tot palliatieve patiënten van wie de levensverwachting wordt geschat op maximaal drie maanden. In de praktijk worden de voordelen die palliatieve patiënten kunnen ontvangen (bijvoorbeeld palliatief forfait, toegang tot bepaalde palliatieve diensten, recht op palliatief verlof voor mantelzorgers, enzovoort) niet toegekend op basis van het PICT-1-instrument, maar volgens andere criteria, gedefinieerd door aparte regelgeving, omdat er in België geen eenduidig statuut bestaat voor palliatieve patiënten.

Deze situatie heeft ertoe geleid dat de Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg – hierbij gesteund door de federale overheid – het KCE heeft gevraagd een studie uit te voeren naar de instrumenten die het mogelijk maken om palliatieve patiënten in te delen volgens verschillende “ernstniveaus”. Hierbij moet er rekening worden

Vers une approche du forfait palliatif basée sur les besoins

Aujourd'hui, il existe une incohérence entre la période d'éligibilité pour les forfaits palliatifs (qui sont actuellement réservés aux patients dont l'espérance de vie est inférieure à trois mois) et la loi sur les soins palliatifs de 2002 révisée en 2016.⁹ À la suite d'une proposition de loi déposée par Mme Els Van Hoof (cd&v), le critère de l'espérance de vie inscrit dans la définition légale des soins palliatifs a été élargi. Depuis, la loi susvisée ne fixe plus de condition d'espérance de vie pour identifier un patient comme palliatif. Grâce à cette modification, il est désormais possible d'aborder la trajectoire de soins à un stade beaucoup plus précoce avec le patient et ses proches et d'adapter les soins aux besoins du patient et de sa famille. Pour bénéficier du forfait palliatif, le critère de l'espérance de vie reste toutefois de mise.

En application de cette loi, l'identification des patients palliatifs s'effectue, en Belgique, à l'aide de l'outil PICT-1, repris dans l'annexe d'un arrêté royal.¹⁰ Cette échelle classe les patients identifiés comme palliatifs selon leurs besoins en soins et pose systématiquement comme première question au médecin: “Seriez-vous surpris si votre patient venait à décéder dans les six à douze prochains mois?” Or, bien que la définition légale des soins palliatifs ait été élargie en 2016 et que l'outil PICT-1 applique désormais un horizon temporel plus large d'un an, la plupart des remboursements de l'INAMI restent actuellement limités aux patients palliatifs dont l'espérance de vie attendue est inférieure à trois mois. En pratique, les avantages dont peuvent bénéficier les patients palliatifs (comme le forfait palliatif, l'accès à certains services palliatifs, le droit au congé palliatif pour les aidants proches, etc.) ne leur sont pas accordés sur la base de l'outil PICT-1, mais sur la base d'autres critères définis par une réglementation distincte, dès lors qu'il n'existe pas, en Belgique, de statut uniforme pour les patients palliatifs.

Cette situation a amené la Cellule fédérale belge d'évaluation des soins palliatifs – soutenue dans cette démarche par l'autorité fédérale – à demander au KCE de mener une étude sur les outils permettant de classer les patients palliatifs selon différents “niveaux de gravité”. À cet égard, il convient de tenir compte de

⁹ Dauvrin Marie, Desomer Anja, Savoye Isabelle, Adriaenssens Jef, Ricour Céline. Het versterken en vervolledigen van het palliatieve zorgaanbod voor de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2025. KCE Reports 394A. DOI: 10.57598/R394AS.

¹⁰ Koninklijk besluit van 21 oktober 2018 tot vaststelling van de criteria om een palliatieve patiënt te definiëren (*Belgisch Staatsblad* van 21 oktober 2018).

⁹ Dauvrin Marie, Desomer Anja, Savoye Isabelle, Adriaenssens Jef, Ricour Céline. Renforcer et compléter l'offre palliative pour proposer les bons soins, au bon moment, au bon endroit. *Health Services Research* (HSR). Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2025. Rapports KCE 394B. Renforcer et compléter l'offre palliative pour proposer les bons soins, au bon moment, au bon endroit.

¹⁰ Arrêté royal du 21 octobre 2018 fixant les critères pour identifier un patient palliatif (*Moniteur belge* du 21 octobre 2018).

gehouden met hun noden, zodat het RIZIV een of meerdere palliatieve statuten kan creëren, met verschillende rechten verbonden aan elk niveau. Op die manier zou men van een toegang tot het palliatief forfait gebaseerd op levensverwachting evolueren naar een toegang gebaseerd op de zorgnoden van de patiënt. Dat is ook de aanpak die in vele van de ons omringende landen wordt gehanteerd. Echter, in het Verenigd Koninkrijk is er wel een mogelijkheid van versnelde toepassing van financiële ondersteuning geïntroduceerd wanneer de levensverwachting beperkt is tot 12 maanden. Dit wijst erop dat er reeds zorgnoden optreden vanaf de identificatie van de patiënt, maar dat men een zekere urgentie verbindt aan een geschatte levensverwachting van 12 maanden voor het ontvangen van financiële ondersteuning.

Hoewel het KCE verschillende pistes heeft onderzocht, waaronder ook de piste om het huidige forfaitaire systeem te behouden mits verruiming van de toegangsvoorwaarden, was er geen overeenstemming over de “ideale strategie” voor de toekenning van het palliatieve forfait. Dit voornamelijk omwille van het ontbreken van een gepast categorisatie-instrument voor het inschalen van de noden van de patiënt. Het is dan ook één van de aanbevelingen uit de studie om te investeren in de ontwikkeling van een wetenschappelijke onderbouwde, Belgisch meetinstrument.

Het ontbreken van de juiste meetinstrumenten ontslaat de overheid echter niet van de plicht om palliatieve patiënten te ondersteunen in hun zorgnoden. In afwachting van de ontwikkeling van een dergelijk instrument en/of een aangepaste strategie voor de toekenning van financiële steun, beogen wij de toegang tot het palliatief forfait beter af te stemmen op het moment waarop palliatieve patiënten worden geïdentificeerd en hun zorgnoden zich daadwerkelijk beginnen te manifesteren. Hoewel wij dus op termijn een volledige schrapping van het levensverwachtingscriterium vooropstellen, wil wij in afwachting van een meer fijnmazig en noden-gebaseerd systeem het levensverwachtingscriterium alvast uitbreiden van drie maanden naar één jaar, in lijn met het tijds kader dat wordt gehanteerd in het PICT-1-instrument voor de identificatie van palliatieve patiënten.

Deze maatregel sluit aan bij het federaal regeerakkoord 2025-2029 en de beleidsverklaring Volksgezondheid van 13 maart 2025, waarin expliciet wordt gesteld dat het palliatief statuut en het palliatief forfait moeten worden versterkt en meer moeten worden afgestemd op de realiteit van de patiënt. In de beleidsnota van 21 april 2025 (DOC 56 0856/009) werd daarnaast een actualisering van het palliatief thuiszorgforfait expliciet benoemd als een belangrijke stap in deze richting.

leurs besoins respectifs afin que l'INAMI puisse créer un ou plusieurs statuts palliatifs, donnant lieu à des droits différents en fonction de chaque niveau. Cette classification permettrait de passer d'un accès au forfait palliatif basé sur l'espérance de vie à un accès basé sur les besoins en soins du patient. Telle est également l'approche adoptée chez bon nombre de nos voisins. Toutefois, au Royaume-Uni, il est désormais possible d'accélérer la procédure d'octroi de l'aide financière lorsque l'espérance de vie est limitée à douze mois, ce qui montre que des besoins en soins apparaissent dès l'identification du patient, mais qu'un certain degré d'urgence est associé à une espérance de vie estimée à douze mois pour l'octroi d'une aide financière.

Bien que le KCE ait exploré plusieurs pistes, dont celle qui consiste à conserver le système forfaitaire actuel moyennant un élargissement des conditions d'accès, aucun consensus ne s'est dégagé sur la “stratégie idéale” pour l'octroi du forfait palliatif. L'obstacle principal est l'absence d'un outil de catégorisation adéquat permettant de classer les besoins du patient. L'une des recommandations formulées dans l'étude est dès lors d'investir dans le développement d'un outil de mesure belge étayé scientifiquement.

Pour autant, l'absence d'outil de mesure adéquat ne décharge pas les pouvoirs publics de leur obligation de soutenir les patients palliatifs dans leurs besoins en soins. En attendant que pareil outil soit développé et/ou qu'une stratégie adaptée soit élaborée pour octroyer l'aide financière, nous souhaitons que l'accès au forfait palliatif tienne davantage compte du moment où les patients palliatifs sont identifiés comme tels et où leurs besoins en soins commencent effectivement à se manifester. Bien que nous envisagions à terme de supprimer totalement le critère de l'espérance de vie, nous voulons d'ores et déjà étendre ce critère de trois mois à un an, en attendant la mise en place d'un système plus fin et basé sur les besoins, conformément aux critères temporels appliqués dans le cadre de l'outil PICT-1 utilisé pour identifier les patients palliatifs.

Cette mesure s'inscrit dans le prolongement de l'accord de gouvernement 2025-2029 et de l'exposé d'orientation politique Santé publique du 13 mars 2025, qui indiquent explicitement que le statut et le forfait palliatifs doivent être renforcés et davantage alignés sur la réalité du patient. Dans la note de politique générale du 24 avril 2025 (DOC 56 0856/009), l'actualisation du forfait soins palliatifs à domicile est aussi explicitement citée comme une étape importante pour atteindre ces objectifs.

Conclusie

Het verruimen van de termijn voor de toekenning van het palliatief forfait van een maximale levensverwachting van drie maanden naar één jaar komt tegemoet aan een betere afstemming op de actuele medische praktijk enerzijds, waarbij instrumenten zoals de PICT-1 zorgverleners helpen palliatieve patiënten tijdig te identificeren en op de noden van patiënten en hun omgeving anderzijds. Deze verruiming biedt bovendien een grotere flexibiliteit aan de patiënt, die het palliatief forfait kan aanvragen en benutten op het moment dat zijn zorgnoden zich effectief aandienen. Niets belet hem immers om het forfait op elk moment aan te vragen of te gebruiken wanneer de termijn van de ingeschatte levensverwachting van één jaar reeds is ingegaan.

TOELICHTING BIJ DE ARTIKELEN

Artikel 2

Dit artikel beoogt de definitie van de palliatieve thuispatiënt zoals voorzien in artikel 3 van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 aan te passen zodat iemand met een levensverwachting van maximaal één jaar beroep kan doen op het palliatief forfait.

Els Van Hoof (cd&v)

Conclusion

En faisant passer le critère de l'espérance de vie maximale pour l'octroi du forfait palliatif de trois mois à un an, nous entendons mieux répondre, d'une part, à la pratique médicale actuelle, où des outils comme le PICT-1 aident les prestataires de soins à identifier à temps les patients palliatifs et, d'autre part, aux besoins des patients et de leur entourage. Cet élargissement offrira en outre une plus grande flexibilité au patient, qui pourra demander le forfait palliatif et l'utiliser au moment où ses besoins en soins se manifesteront effectivement. Rien ne l'empêche, en effet, de demander le forfait à tout moment ni de l'utiliser lorsque le délai de l'espérance de vie attendue d'un an a déjà commencé à courir.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 2

Cet article vise à modifier la définition du patient palliatif à domicile, telle que prévue à l'article 3 de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, afin qu'une personne dont l'espérance de vie est de maximum un an puisse prétendre au forfait palliatif.

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

Art. 2

In artikel 3, 4°, van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 worden de woorden “drie maand” vervangen door de woorden “één jaar”.

9 februari 2026

Els Van Hoof (cd&v)

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

Art. 2

Dans l'article 3, 4°, de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les mots “de trois mois” sont remplacés par les mots “d'un an”.

9 février 2026