

Belgisch Kankerplan 2026-2036

9 oktober 2026



Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement
Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu



RIZIV-INAMI



sciensano



KCE



Agentschap voor de veiligheid van de producten die u eet of drinkt
Federal Scientific Institute of Food and Food Safety

Voorwoord

Kanker treft mensen. Veel mensen. Achter elke kankerdiagnose vind je een persoon, een gezin, de omgeving van iemand. Elke kankerbehandeling komt met vragen, bezorgdheden, maar ook hoop. Dit Kankerplan vertrekt vanuit die menselijke realiteit. Hoe kunnen we het beter doen, in elke fase? Hoe kunnen we voorkomen dat mensen kanker krijgen, vroeger opsporen, kwaliteitsvolle en betaalbare zorg garanderen en de betrokken personen en hun omgeving zo goed mogelijk begeleiden en ondersteunen, tijdens en na de behandeling?

België heeft een sterke reputatie in kankerzorg en beschikt over belangrijke troeven: geëngageerde zorgprofessionals, kwaliteitsvolle ziekenhuizen, een solidaire ziekteverzekering, erkende wetenschappelijke expertise en een zeer actief middenveld. Die vijf pijlers moeten samenwerken als de vijf vingers aan één hand. Ze moeten gemeenschappelijke doelstellingen nastreven. Dat is de ambitie van dit plan. Het is het resultaat van werk van velen, van een collectieve actie, bottom up. Dit plan vertrekt vanuit een gedeelde visie. We versterken wat vandaag al goed werkt en bieden antwoorden op noden die nog onvoldoende worden ingevuld.

Ik wil iedereen bedanken die aan dit plan heeft bijgedragen: patiënten en families, zorgverleners, onderzoekers, ziekenhuizen, ziekenfondsen, administraties, deelstaten, wetenschappelijke verenigingen en organisaties uit het werkveld. Hun expertise, ervaring en engagement maakten het mogelijk een plan uit te werken dat vertrekt van de dagelijkse realiteit van de zorg en de noden van de betrokken personen.

Dit plan met zijn strategische visie overstijgt een politieke legislatuur. Hervormen vraagt tijd, en ook resultaten boeken, vergt tijd. Dit plan stippelt een koers van tien jaar uit, van 2026 tot 2036. De uitvoering van dit plan zal een collectieve verantwoordelijkheid zijn. Ze zal coördinatie, continuïteit en regelmatige evaluatie vragen.

Het doel is duidelijk: streven naar kankerzorg die coherenter, toegankelijker en menselijker is. Om de gezondheid van onze bevolking beter te beschermen, de beste expertise en zorgkwaliteit te garanderen voor iedereen die ze nodig heeft, zorgprofessionals correct te ondersteunen, en patiënten toe te laten zoveel mogelijk hun autonomie, hun dagelijkse leven en hun plaats in de samenleving te behouden.

Frank Vandenbroucke

Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Inleiding

Kanker raakt jaarlijks tienduizenden mensen in België, zowel rechtstreeks als via hun omgeving. Door de vergrijzing van de bevolking maar ook de invloed van leefstijlgebonden risicofactoren, **zal de impact van kanker op patiënten, hun naasten en de samenleving de komende jaren verder toenemen**. De oncologische zorg heeft de voorbije decennia een sterke evolutie doorgemaakt. Dankzij vooruitgang in preventie, screening, diagnostiek, chirurgie, radiotherapie, systemische behandelingen en ondersteunende zorg verbeteren de overlevingskansen en levenskwaliteit van veel patiënten aanzienlijk. Innovaties zoals precisiegeneeskunde, artificiële intelligentie en datagedreven zorg creëren bovendien nieuwe mogelijkheden om kankerzorg verder te personaliseren en te optimaliseren.

In de aanpak van kanker worden we geconfronteerd met **belangrijke uitdagingen** die we ook elders in de gezondheidszorg zien. De toenemende complexiteit van de zorg, de snelle introductie van innovatieve maar vaak dure technologieën en behandelingen, de nood aan gespecialiseerde expertise en de groeiende druk op zorgverleners en gezondheidsbudgetten vragen om een toekomstgerichte en duurzame aanpak. We moeten jammer genoeg ook vaststellen dat er belangrijke ongelijkheden blijven bestaan op het vlak van preventie, deelname aan screening, toegang tot innovatieve zorg, gezondheidsvaardigheden en uitkomsten van zorg. Ook de noden van patiënten op het vlak van psychosociale ondersteuning, levenskwaliteit, re-integratie en langdurige opvolging verdienen blijvende aandacht.

Dit kankerplan wil een **coherent en toekomstgericht kader** bieden om deze uitdagingen aan te pakken. Het plan bouwt verder op bestaande initiatieven, expertise en samenwerkingsverbanden binnen de Belgische gezondheidszorg en sluit aan bij belangrijke Europese initiatieven zoals het Europe's Beating Cancer Plan en de Mission on Cancer. Daarbij volgen we het traject van de volledige zorgketen: van gezondheidspromotie en preventie over vroegtijdige opsporing, diagnostiek en behandeling, tot nazorg, palliatieve zorg, re-integratie en leven met en na kanker en dit met essentiële aandacht voor zorgorganisatie en datagedreven innovatie als overkoepelende domeinen. Het plan vertrekt vanuit de ambitie om kwaliteitsvolle, toegankelijke, doelmatige en patiëntgerichte kankerzorg verder te versterken voor alle burgers in België. Tegelijkertijd erkent het dat bepaalde patiëntengroepen, zorgcontexten of vormen van kanker specifieke uitdagingen met zich meebrengen die gerichte aandacht vereisen. Daarom zijn in dit plan zowel algemene maatregelen te vinden als gerichte initiatieven die inspelen op specifieke noden of lacunes.

Voor deze legislatuur schuiven we **vier strategische prioriteiten** naar voren. De **doelmatigheid** van kankerzorg wordt versterkt, met aandacht voor waardecreatie en een efficiënte inzet van middelen, innovatie en data. We zetten daarnaast in op een betere **organisatie van de zorg**, via betere zorgcoördinatie en met zorg nabij waar mogelijk en concentratie van expertise waar nodig. Een derde prioriteit is het **vermijden van kanker en kankergerelateerde ziektelast** door versterkte inzet op preventie, gezondheidspromotie en vroegtijdige opsporing. Tot slot staat ook **kwalitatief leven met en na kanker** centraal, met meer aandacht voor nazorg, re-integratie en levenskwaliteit van (ex-)patiënten. Deze vier doelstellingen sluiten nauw aan bij bredere hervormingen binnen de gezondheidszorg en vormen samen de basis van dit plan voor een toekomstgerichte en duurzame kankerzorg.

Tot slot vraagt de uitvoering van dit plan een nauwe samenwerking tussen overheden, zorgverleners, onderzoekers, patiëntenorganisaties, ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en andere maatschappelijke partners. Alleen via een **gezamenlijke en evidence-informed aanpak** kunnen we blijven streven naar betere preventie, betere zorg en betere levenskwaliteit voor iedereen die met kanker geconfronteerd wordt.

Samenvatting



Organisatie van kankerzorg

Actie 1: Actualisering van het zorgmodel voor (hemato-)oncologie

Actie 2: Centraal beschikbaar stellen van richtlijnen in kankerzorg

Actie 3: Analyse naar trajectbegeleiders voor kanker binnen de ziekenhuizen

Actie 4: Hervorming van het multidisciplinair oncologisch consult



Zeldzame en complexe kankers

Actie 5: Beleidskader en transparantie voor zeldzame en complexe kankerzorg

Actie 6: Versterken van betrouwbare informatie over zeldzame kankers voor patiënten en eerstelijnszorgverleners

Actie 7: Gepersonaliseerde diagnostiek en innovatieve behandelingen voor zeldzame en complexe kankers

Actie 8: Nationale Molecular Tumour Board voor complexe oncologische casussen



Kinderen en AYA's met kanker

Actie 9: Een toekomstgericht organisatiemodel voor pediatrische oncologische zorg

Actie 10: Een duurzaam en geharmoniseerd zorgmodel voor AYA's met kanker

Actie 11: Versterken van de toegang tot uitgebreide moleculaire diagnostiek voor kinderen en jonge AYA's met hoog-risico kanker

Actie 12: Duurzaam en evidence-based kader voor toegang tot protontherapie

Actie 13: Evaluatie van het register voor late effecten na kanker bij kinderen en AYA's



Preventie en gezondheidspromotie

Actie 14: Ondersteuning van kankerpreventie via monitoring van risicofactoren

Actie 15: Versterken van de preventie van HPV-gerelateerde kankers en bijdragen aan de WHO-strategie voor de eliminatie van baarmoederhalskanker

Actie 16: Versterken van de preventie van beroepsgebonden kankers

Actie 17: Versterken van de aanpak van huidkanker – regulering van zonnebanken



Vroege opsporing en screening

Actie 18: Evidentiegestuurde optimalisatie van bestaande kankerscreeningsprogramma's

Actie 19: Evaluatie van de meerwaarde en de haalbaarheid van risico-gebaseerde kankerscreening

Actie 20: Naar een doelgerichte en efficiënte aanpak van huidkanker



Diagnostiek en behandeling

Actie 21: Appropriate Care in de oncologie: aanbevelingen voor doelmatig gebruik van diagnostiek en behandeling

Actie 22: Stimuleren van onderzoek naar behandelingsoptimalisatie in de oncologie

Actie 23: Duurzame toegang tot biomerkertesting voor doelmatige precisie-oncologie

Actie 24: Bewustmaking en bescherming tegen niet-gereguleerde en onbewezen kankerbehandelingen

Actie 25: Naar een betere toegang tot klinische studies voor patiënten en een sterkere positie van België in klinisch kankeronderzoek

Actie 26: Innovatieve radio-isotopendiagnostiek en -therapieën

Actie 27: Naar een Belgisch kader voor de academische ontwikkeling van ATMP's

Actie 28: Opvolging van de impact van de programma's "Vroege en Snelle toegang" voor mensen met kanker



Gevolgen van kanker en levenskwaliteit

Actie 29: Verkenning van een multidisciplinair model voor survivorship en nazorg na kanker

Actie 30: Structurele integratie van het perspectief en de actieve rol van de persoon met kanker in het oncologische zorgtraject

Actie 31: Terugkeer naar een actief maatschappelijk en professioneel leven na kanker



Datagedreven innovatie

Actie 32: Implementatie van gestandaardiseerde en gestructureerde rapportering binnen het oncologisch zorgtraject

Actie 33: Ontwikkeling van een nationale CareSet "Oncologie" voor geïntegreerde en gestandaardiseerde oncologische zorg

Actie 34: Ontwikkeling van een Minimal Dataset Oncologie voor onderzoek, beleid en aansluiting op de European Health Data Space (EHDS)

Inhoud

Voorwoord	i
Inleiding	ii
Samenvatting	iii
Kankerbeleid in België	1
Een eerste Nationaal Kankerplan in 2008	1
2021: twee grote Europese initiatieven	1
Van de Belgische Kankerbarometer en een strategisch kader naar een nieuw Kankerplan	2
Kanker in België: de impact in cijfers	3
Nieuwe diagnoses	3
Overleving en prevalentie	4
Incidentie en overleving in België in vergelijking met de rest van Europa	5
Impact op de persoon	6
Impact op het gezondheidszorgsysteem	7
Impact op de maatschappij	8
Methodologie: Hoe zijn we tot dit Kankerplan gekomen?	9
Conceptueel kader	9
Tijdslijn	9
Bewijssynthese en vaststelling van prioriteiten voor kankerbestrijding	9
Raadpleging van belanghebbenden	10
Opstellen van acties per prioritair gebied	11
Strategische doelstellingen	12
Een ambitieus plan met veel acties, over een langere termijn	12
Focus tijdens de huidige legislatuur	13
Governance	17
Beleidskader	17
Strategische planning, bijsturing en middelen	18
Rollen en verantwoordelijkheden	22
Raadpleging van stakeholders	23
Actiedomeinen van het Kankerplan	25
Organisatie van kankerzorg	25
Multidisciplinaire en transmurale zorg, gericht op de patiënt	25
Uniforme Goede Klinische Praktijk	26
Actiedomein organisatie van kankerzorg: de acties	26

Zeldzame en complexe kankers	33
Kinderen en AYA's met kanker	44
Preventie en gezondheidspromotie	53
Vroege opsporing en screening.....	64
Diagnostiek en behandeling	71
Gevolgen van kanker en levenskwaliteit	86
Datagedreven innovatie	94
Monitoring, evaluatie en continue bijsturing van het Belgisch Kankerplan.....	101
Monitoring- en evaluatieaanpak: het ICCP-kader	101
Monitoring en evaluatie van de acties	101
Evaluatie van de strategische doelstellingen	103
Tussentijdse evaluatie en actualisering.....	104
Belgische Kankerinventaris: het monitoren en volgen van de inspanningen om kanker te bestrijden in België	104
Inventaris van EU-projecten met Belgische deelname	106
Slotbeschouwing	110
Een plan voor kanker – geïntegreerd in het breder beleid	110
Een ziektespecifiek plan – met een bredere meerwaarde voor chronische zorg en systeemversterking	111
Bijlagen.....	112

Kankerbeleid in België

Een eerste Nationaal Kankerplan in 2008

In 2008 werd in België het Nationaal Kankerplan gelanceerd, in opvolging van Europese aanbevelingen, om op nationaal niveau een specifiek kankerplan te voorzien om de strijd tegen kanker te verbeteren. In 2016 waren de meeste acties uit het oorspronkelijke plan structureel verankerd in ons gezondheidsbeleid. Sommige acties werden beëindigd binnen een vooraf gedefinieerde periode en enkele acties werden overgenomen door de deelstaten na de zesde staatshervorming van 2014.¹ Sindsdien werd gewerkt door middel van gerichte acties om specifieke tekortkomingen in de aanpak van kanker te verhelpen, zoals o.a. een gestructureerde aanpak van gepersonaliseerde geneeskunde met complexe moleculaire diagnostiek op basis van Next Generation Sequencing (NGS)² en een gekoppelde terugbetaling van moleculair biologische testen en gepersonaliseerde geneesmiddelen,³ de concentratie van complexe chirurgie voor pancreas- en slokdarmkanker,⁴ een pilootproject voor de terugbetaling van genexpressieprofiel (GEP) bij vroegstadium borstkanker⁵ en het invriezen en bewaren van voortplantingsmateriaal vóór de start van een kankerbehandeling (oncofreezing).⁶

2021: twee grote Europese initiatieven

In 2021 lanceerde de Europese Commissie twee grote initiatieven rond kanker voor de periode 2021-2027:

- Het “Europe’s Beating cancer plan” (EBCP, het Europees kankerbestrijdingsplan), dat acties op beleidsniveau voorziet in alle domeinen van kanker, zowel in preventie, vroege detectie, screening, diagnose & behandeling, organisatie van zorg, survivorship,... met als doel ongelijkheden in de kankerzorg binnen de Europese Unie te verminderen.⁷
- De ‘Mission on Cancer’ (Kankermisssie), een onderzoeksprogramma in het kader van Horizon Europe research and innovation programme.⁸ Het doel van dit programma is door middel van onderzoek en innovatie meer dan 3 miljoen vroegtijdige sterfgevallen in de periode 2021 - 2030 te voorkomen door de kankerpreventie- en -bestrijdingsprogramma's te versnellen en de toegankelijkheid tot deze programma's te bevorderen.⁹

Beide initiatieven, die complementair zijn en in nauwe onderlinge samenwerking uitgerold worden, kunnen bijdragen aan de verbetering van kankerzorg in België. Om optimaal gebruik te maken van de opportuniteiten binnen deze initiatieven is er in het Kankercentrum van Sciensano de EBCP Mirror Group geïnstalleerd, die tussen de verschillende belanghebbenden een efficiënte kennis- en informatie-uitwisseling faciliteert rond noden en opportuniteiten met

¹ Sciensano, Evaluatie van maatregelen genomen in de strijd tegen kanker 2016, <https://www.sciensano.be/nl/projecten/kankerplan>

² <https://www.compermed.be/en>

³ <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/laboratoria/terugbetaling-van-gepersonaliseerde-geneesmiddelen-en-companion-diagnostics#:~:text=Voor%20de%20gepersonaliseerde%20geneesmiddelen%20hebben,van%20een%20moleculair%20biologische%20test>

⁴ <https://www.riziv.fgov.be/nl/nieuws/kanker-en-complexe-slokdarm-en-pancreaschirurgie-gedaalde-postoperatieve-mortaliteit-na-de-bundeling-van-expertise>

⁵ https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_237As_moleculaire_profielings testen_synthese_0.pdf

⁶ <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/ziekenhuizen/verzorging-in-ziekenhuizen/freezing-behoud-van-de-vruchtbaarheid>

⁷ Concrete acties zijn voorzien in vijf actiedomeinen: preventie, vroege detectie, diagnose en behandeling, en levenskwaliteit van kankerpatiënten en survivorship. Een totaalbedrag van 4 miljard euro (onder meer vanuit het EU4Health Programme) is voorzien voor de periode 2021 – 2027 om de lidstaten te ondersteunen om hun gezondheidssysteem beter uit te rusten voor de aanpak van kanker. Het EU4Health Programme wordt geïmplementeerd via jaarlijkse werkprogramma's. De lidstaten worden betrokken via het EU4Health Programme Committee, waar de jaarlijkse werkprogramma's voorgelegd worden aan de lidstaten vooraleer ze door de Europese Commissie aangenomen worden. Inhoudelijk advies aan de Europese Commissie over het Europe's Beating Cancer Plan wordt opgenomen in de subgroup on cancer van de Steering Group on Health Promotion, Disease Prevention and Management of Non Communicable Diseases, die samengesteld is uit vertegenwoordigers van de lidstaten en de Europese Commissie. MEDEDELING VAN DE COMMISSIE AAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD Het Europees kankerbestrijdingsplan COM/2021/44 final} <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/HTML/?uri=CELEX:52021DC0044>

⁸ https://research-and-innovation.ec.europa.eu/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe/eu-missions-horizon-europe/eu-mission-cancer_en?prefLang=nl

⁹ Een bedrag van 378 miljoen euro werd voorzien voor de periode 2021 – 2023 vanuit het Horizon Europe budget. In 2024 heeft de Europese Commissie ongeveer 119 miljoen euro toegewezen voor de financiering van zes specifieke oproepen in het kader van deze Kankermisssie.¹² In de ‘Mission on Cancer’ wordt ingezet op specifieke acties in vier domeinen: (1) inzicht verwerven in ontstaan van kanker en risicogroepen, (2) preventie, met inbegrip van screening en vroegtijdige opsporing, (3) diagnose en behandeling, en (4) levenskwaliteit. https://hadea.ec.europa.eu/news/2024-horizon-europe-call-support-eu-cancer-mission-2024-04-18_en

betrekking tot de initiatieven van de Europese Commissie. België neemt actief deel aan verschillende beleidsondersteunende projecten, meer daarover is te vinden in het hoofdstuk “Monitoring en evaluatie”. We blijven deze initiatieven van dichtbij opvolgen om hun bevindingen optimaal te integreren in ons kankerbeleid.

Van de Belgische Kankerbarometer en een strategisch kader naar een nieuw Kankerplan

In 2022 werd de Belgische Kankerbarometer gepubliceerd, een initiatief van Stichting tegen Kanker, gecoördineerd door Sciensano. Deze bood een overzicht van de kankersituatie en hiaten in België, gebaseerd op wetenschappelijke gegevens en de input van experts, zorgprofessionals en meer dan 600 patiënten, en formuleerde een aantal aanbevelingen voor het kankerbeleid.¹⁰ Mede op basis daarvan werden een aantal beleidsmaatregelen ontwikkeld in een strategisch kader met als speerpunten excellentie in de kwaliteit van de zorg, toegankelijkheid en tevens kennisontwikkeling en -deling, met een specifieke aandacht voor kinderen en jongeren met kanker.¹¹ Voorbeelden van deze gerichte acties zijn de optimalisaties rond de erkende borstklinieken,¹² de zorg voor adolescenten en jongvolwassenen (AYA's) met kanker,¹³ de overschakeling naar de HPV-test voor baarmoederhalskankerscreening,¹⁴ de terugbetaling van off-label behandelingen voor kinderen met kanker,¹⁵ het onderzoek naar een roadmap voor academisch ontwikkelde celtherapie,¹⁶ de terugbetaling van hoofdhuid- en hand/voetkoeling¹⁷ en een uitbreiding van de terugbetaling voor hoofdbedekking bij haaruitval door chemotherapie,¹⁸ en de ontwikkeling van een handboek voor oncologische ondersteunende zorg.¹⁹ Daarnaast werden een aantal acties opgestart rond de optimalisatie van zorg voor hoofd- en halstumoren, de aanpassing van de erkenningsnormen van het zorgprogramma voor pediatrische hemato-oncologie, een herziening van het zorgmodel hemato-oncologie en klinische richtlijnen.²⁰ Met dit strategisch kader werd een cyclisch proces opgezet om op lange termijn acties te kunnen ontwikkelen gebaseerd op een behoeftanalyse, ondersteund door betrouwbare gegevens en een prioriteringsproces.

Vanuit verschillende hoeken (Parlement, NGO's,...) werd de noodzaak benadrukt om een nieuw Kankerplan voor België op te stellen gezien de evoluties op verschillende terreinen. In het Regeerakkoord van deze legislatuur heeft de huidige regering zich hiertoe geëngageerd.²¹ De voorbereiding van een nieuw Kankerplan werd meteen aangevat na de opstart van de regering. In dit document kunt u lezen hoe we tot dit Kankerplan gekomen zijn, wat de strategische doelstellingen zijn, hoe de effectieve en consistente uitvoering van het plan en de coherentie met andere beleidsinitiatieven gegarandeerd wordt, welke de acties in de verschillende domeinen zijn, en hoe de vooruitgang zal gedocumenteerd en opgevolgd worden.

¹⁰ Stichting tegen Kanker, & Sciensano. (2021). Belgische Kankerbarometer 2021. https://cancer.be/wp-content/uploads/2024/01/stk_kankerbarometer_2021.pdf

¹¹ Vandenbroucke, F. (2022, 28 oktober). Algemene Beleidsnota Volksgezondheid 2023 (DOC 55 2934/012). Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers. <https://www.dekamer.be/doc/FLWB/pdf/55/2934/55K2934012.pdf>

¹² <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/samenwerking-een-kans-voor-kwaliteit-innovatie/borstkanker>

¹³ <https://vandenbroucke.decroo-i.archive.belgium.be/nl/nieuwe-overeenkomst-biedt-zorg-op-maat-aan-adolescenten-en-jongvolwassenen-met-kanker-aya-s.html>

¹⁴ <https://www.riziv.fgov.be/nl/nieuws/introductie-van-de-hpv-test-als-primaire-screeningstest-voor-de-opsporing-van-baarmoederhalskanker-in-belgie>

¹⁵ <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geneesmiddelen/geneesmiddel-terugbetalen/toegankelijke-geneesmiddelen-voor-kinderen-met-kanker>

¹⁶ <https://kce.fgov.be/nl/academische-ontwikkeling-van-geneesmiddelen-voor-geavanceerde-therapie-atmps-in-belgie-juridische-en>

¹⁷ <https://vandenbroucke.decroo-i.archive.belgium.be/nl/structurele-financiering-voor-behandelingen-die-bijwerkingen-chemo-verminderen.html>

¹⁸ <https://vandenbroucke.decroo-i.archive.belgium.be/fr/node/8764.html>

¹⁹ <https://beoncosup.sciensano.be/nl/user/homepage?destination=nl>

²⁰ Vandenbroucke, F. (2022, 28 oktober). Algemene Beleidsnota Volksgezondheid 2023 (DOC 55 2934/012). Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers. <https://www.dekamer.be/doc/FLWB/pdf/55/2934/55K2934012.pdf>

²¹ Regering-De Wever. (2025). Federale Regeringsverklaring en Regeerakkoord 2025-2029. https://www.belgium.be/sites/default/files/resources/publication/files/Regeerakkoord-Bart_De_Wever_nl.pdf

Kanker in België: de impact in cijfers²²

Kanker is samen met cardiovasculaire aandoeningen de belangrijkste doodsoorzaak in België²³ en heeft een aanzienlijke impact op de levenskwaliteit van de patiënt en diens omgeving. Het aandeel kankeroverlevers in onze maatschappij neemt gestaag toe, waardoor de levenslange kankerprevalentie – het totaal aantal mensen in onze bevolking dat op een bepaald moment leeft met de diagnose kanker, inclusief degenen die nog een kankerbehandeling ondergaan en degenen die de behandeling hebben voltooid en in de fase van nazorg/genezing zijn – blijft stijgen. Het effectief aanpakken van risicofactoren die verband houden met kanker wordt urgenter, naast het investeren in de levenskwaliteit van kankerpatiënten en -overlevers.

Nieuwe diagnoses

Het Belgisch Kankerregister heeft in 2023 **77.344 nieuwe kankerdiagnoses** geregistreerd in België (exclusief niet-melanoom huidkanker).²⁴ De incidentie wordt verwacht te stijgen naar ongeveer 93.330 in het jaar 2035, een toename met 21% vanaf 2023, die overeenkomt met een jaarlijkse toename met ongeveer 1.300 extra diagnoses. Concreet betekent dit dat er in 2035 elke dag 44 diagnoses meer zullen zijn dan in 2023.²⁵ Deze stijging wordt grotendeels toegeschreven aan bevolkingsgroei en vergrijzing. Het aantal nieuwe geregistreerde kankers vertoont een duidelijke associatie met de leeftijd, met de hoogste incidentie in de leeftijdsgroep 75-84 jaar.²⁶

Wanneer men hiermee rekening houdt en corrigeert voor leeftijd, blijkt het individuele risico op kanker slechts beperkt te veranderen in de tijd. Sinds 2004 toont het risico op kanker bij mannen een licht dalende trend met $-0,1\%$ per jaar, terwijl het bij vrouwen het jaarlijks met gemiddeld $0,6\%$ is toegenomen. Achter deze algemene trends gaan echter grote verschillen per kankertype schuil. Zo stijgt het risico op onder meer huid-, lever- en pancreaskanker bij beide geslachten, terwijl het risico op maag-, dikkedarm- en eierstokkanker daalt. Opvallend is het verschil in longkanker en hoofd-halskanker – kankers gelinkt aan rookgedrag: het risico daalt bij mannen, maar neemt toe bij vrouwen.

De meest voorkomende kankers bij mannen en vrouwen zijn respectievelijk prostaatkanker en borstkanker. Longkanker is de tweede meest voorkomende vorm van kanker bij mannen en sinds 2018 ook bij vrouwen. Het aantal diagnoses van colorectale kanker, de derde meest voorkomende kanker, is gedaald tussen 2006 en 2021 bij zowel mannen als vrouwen. Vanaf 2022 wordt er echter opnieuw een lichte toename gezien bij zowel mannen als vrouwen. Bij zowel mannen als vrouwen neemt de incidentie van melanoom toe, waarbij melanoom bij vrouwen op de 4e plaats staat van de meest gediagnosticeerde kankers sinds 2010, vóór baarmoederhalskanker.

²² Sciensano. Niet-Overdraagbare aandoeningen: Kanker, Health Status Report, 28 Feb 2025, Brussel, België, <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/kanker>

²³ Sciensano. Mortality and Causes of Death: Causes of death, Health Status Report, 15 Apr 2024, Brussels, Belgium, <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/mortality-and-causes-of-death/general-mortality-by-cause>

²⁴ niet-melanoom huidkanker wordt niet meegeteld in de cijfers van het Belgisch Kankerregister. In 2022 werden er 10.159 gevallen van niet-melanoom huidkanker opgetekend in België (Gorasso, V., Croes, S., De Pauw, R., Silversmit, G., Vankelegom, M., & Devleesschauwer, B. (2025). BeBOD estimates of incidence, prevalence, and years lived with disability for 57 cancer types, 2004-2022 (v2025-02-14) [Data set]. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14871079>)

²⁵ Cancer Incidence Projections in Belgium, 2024 to 2035, Belgian Cancer Registry, Brussels, 2026. Raadpleegbaar via: <https://kankerregister.org/nl/publicaties/cancer-incidence-projections-belgium-2024-2035>

²⁶ Gebaseerd op gegevens van het Belgisch Kankerregister, opgevraagd op 06/05/2026 via de tekenmodule beschikbaar op https://belgian-cancer-registry.shinyapps.io/data_app/

Overleving en prevalentie

De prevalentie van kanker geeft een andere dimensie van de maatschappelijke last van kanker weer in vergelijking met de incidentie van kanker. De prevalentie van kanker wordt immers berekend door zowel de incidentie als overleving van kanker te combineren. De overleving voor kankerpatiënten in België blijft verbeteren. Voor de meest voorkomende kankers, borst- en prostaatkanker, bedraagt de 5-jaars netto-overleving (waarbij andere doodsoorzaken dan deze gerelateerd aan de kankerdiagnose worden uitgesloten) respectievelijk 93% en 99%. Bij longkanker, de op één na meest voorkomende kanker bij mannen en vrouwen is de prognose veel minder gunstig maar worden jaar na jaar steeds betere resultaten bereikt. Zo nam de 5-jaars netto overleving toe met 12 procentpunten bij mannen (nu 27%) en 15 bij vrouwen (nu 35%) en wanneer we diagnoses uit de periode 2004-2008 vergelijken met deze in 2019-2023. Dikkedarmkanker is zowel bij mannen als vrouwen het op twee na meest voorkomende kankertype. Hier nam de 5-jaarsoverleving toe van 63% naar 70% de voorbije 20 jaar.

Eind 2022 was de 10-jaarsprevalentie – personen die tussen 2013 en 2022 een diagnose van kanker (inclusief niet-melanoom huidkanker)²⁷ hadden gekregen en die tot dusver hebben overleefd – 474.411, overeenstemmend met 4,0% van de totale Belgische bevolking. Dit aantal omvatte 240.333 mannen en 234.078 vrouwen. Prostaatkanker was het meest prevalentie kankertype bij mannen (48.456 gevallen of 1,4% van de totale mannelijke bevolking in België). Bij vrouwen was borstkanker het meest voorkomende kankertype (89.039 gevallen, of 1,5% van de totale vrouwelijke bevolking in België). Nog eens 11.929 Belgen leefden eind 2022 met een voorgeschiedenis van darmkanker gediagnosticeerd tijdens de afgelopen 10 jaar.

²⁷ Prevalentiecijfers zijn inclusief niet-melanoma huidkanker; zelfs wanneer een huidkanker zoals een basaalcelcarcinoom traag groeit en zelden uitzaait, vraagt het alsnog veel medische zorg. Dit drukt een grote stempel op de totale zorgconsumptie en volksgezondheid. Incidentiecijfers zijn exclusief niet-huid melanoma huidkanker omdat het grote aantal milde diagnoses in niet-melanoma huidkankers de cijfers ander sterk zou vertekenen bij het analyseren van de doodsoorzaken of het vergelijken van de "grote" incidenties (gevaarlijke tumoren)

Incidentie en overleving in België in vergelijking met de rest van Europa²⁸

De geschatte incidentie van kanker in België is hoger dan het EU-gemiddelde²⁹, zowel onder mannen als onder vrouwen. Het feit dat de incidentie van kanker hoger is bij mannen dan bij vrouwen is in overeenstemming met de trends in de EU. Bij Belgische mannen bedroeg de naar leeftijd gestandaardiseerde incidentie in 2022 724 per 100 000 inwoners — het op elf na hoogste cijfer in de EU+2-landen. Bij Belgische vrouwen bedroeg de naar leeftijd gestandaardiseerde incidentie 544 per 100 000, wat circa 11 % hoger is dan het EU-gemiddelde van 488 per 100 000. Met het oog op de toekomst schat het Europees informatiesysteem voor kanker (ECIS) dat het aantal gevallen van kanker tussen 2022 en 2040 met 21 % zal toenemen. Het verschil in kankerincidentie tussen landen (en regio's) in Europa kan te wijten zijn aan genetische aanleg, maar wordt ook geassocieerd met verschillende niveaus van blootstelling aan risicofactoren, zowel gedragsmatig (roken, alcoholgebruik, voeding, weinig lichaamsbeweging) als omgevingsgerelateerd (UV-blootstelling, luchtvervuiling, radon, chemicaliën, fysische agentia, industriële processen).³⁰ Daarnaast speelt variatie in de uitrol van georganiseerde bevolkingsonderzoeken ook een rol. De kankersterfte, het jaarlijks aantal sterftegevallen in een bepaalde populatie toe te schrijven aan kanker, is in België de afgelopen tien jaar aanzienlijk afgenomen en ligt nu onder het EU-gemiddelde. De algehele verbetering in België was groter dan de gemiddelde verbeteringen in de EU en in landen met een vergelijkbare economie.³¹ Zo daalde de kankersterfte tussen 2011 en 2021 bij mannen in België met 21 %, waar dat in landen met een vergelijkbare economie 17 % was en in de hele EU 16 %. Bij vrouwen daalde de sterfte in België met 15 %, tegenover 10 % in landen met een vergelijkbare economie en 9 % in de hele EU.

Vermijdbare sterfte omvat zowel sterfgevallen die kunnen worden voorkomen door doeltreffende maatregelen op het gebied van volksgezondheid en preventie, als sterfgevallen die kunnen worden voorkomen door tijdige en doeltreffende behandelingen. De vermijdbare sterfte door long-, borst- en colorectale kanker is de afgelopen tien jaar aanzienlijk gedaald in België, en België presteert hier beter dan het EU-gemiddelde. Onder personen met een lager opleidingsniveau — met name mannen — zijn de kankersterftecijfers hoger.

²⁸ OECD/European Commission (2025), EU-landenprofiel voor kanker: België 2025, EU-landprofielen over kanker, OECD

Publishing, Parijs, <https://doi.org/10.1787/5c4dfa17-nl> <https://cancer-inequalities.irc.ec.europa.eu/country-cancer-profiles-2025>

²⁹ In de landenprofielen voor kanker zijn de 27 lidstaten van de Europese Unie plus IJsland en Noorwegen opgenomen (i.e. EU+2-landen)

³⁰ OECD (2024), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>

³¹ Landen met een vergelijkbare economie werden vastgesteld op basis van een driedeling naar bbp per hoofd van de bevolking in 2022 in termen van koopkrachtstandaard. Landen met een economie vergelijkbaar met die van BE zijn AT, DE, DK, IE, IS, LU, NL, NO en SE.

Impact op de persoon³²

De impact van kanker op het dagelijkse leven, de sociale rollen en de beroepsactiviteit van de getroffen personen is zwaar. De psychologische belasting van een kankerdiagnose, in combinatie met de fysieke symptomen van de ziekte en mogelijke bijwerkingen van de behandeling, kan leiden tot verhoogde stress, angstgevoelens en depressie. Naar schatting is kanker jaarlijks verantwoordelijk voor 85.000 extra gevallen van depressie binnen de EU, met ongeveer 13 gevallen per 100.000 mensen per jaar in België hetgeen iets onder het EU-gemiddelde van 17 per 100.000 ligt.

Een kankerdiagnose heeft in het algemeen ook een aanzienlijke negatieve invloed op iemands beroepsleven, en kan aanleiding geven tot deeltijds werken, werkloosheid en vervroegde pensionering. Ook de mogelijkheden voor professionele bijscholing en training worden negatief beïnvloed. Mensen met kanker zijn vaak genoodzaakt afwezig te zijn van hun werk voor behandeling, herstel en medische afspraken. Daarnaast kunnen vermoeidheid, cognitieve klachten en andere bijwerkingen het vermogen om op hun gebruikelijke niveau te presteren beïnvloeden. De psychologische belasting van een kankerdiagnose kan iemands vermogen om met werkgerelateerde stress en interpersoonlijke relaties op de werkvloer om te gaan beïnvloeden. Al deze factoren kunnen inwerken op de werkprestaties, de aanwezigheid op het werk, het verwerven van vaardigheden, de loopbaanontwikkeling en het inkomen van een persoon, en zo de financiële gevolgen van kankergerelateerde eigen bijdragen mogelijk nog vergroten.

De patiënt draagt persoonlijke kosten, die voornamelijk bestaan uit remgelden en eventuele supplementen, hoewel er extra mechanismen bestaan om de bruto eigen bijdrage van de patiënten te verminderen (maximumfactuur, forfaits, ...) en hospitalisatieverzekeringen de meeste niet-terugbetaalde ziekenhuiskosten dekken.^{33,34} De hospitalisatieverzekering zoals die momenteel wordt aangeboden door de privéverzekeraars en de ziekenfondsen is daarnaast niet voor iedereen betaalbaar.³⁵

³² OECD (2024), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>

³³ Pacolet J, De Coninck A, Hedebouw G, Cabus S & Spruytte N (2011). HIVA-K.U.Leuven. De medische en niet-medische kosten van kankerpatiënten.

³⁴ Kom op tegen Kanker (2015). Analyse Kankerfonds: zorgkosten en inkomen van de aanvragers. Beschikbaar via: https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2018-10/onderzoeksrapport_-_de_medische_en_niet-medische_kosten_in_het_kankerfonds.pdf

³⁵ Kom op Tegen Kanker. 2020. Privéverzekeringen en kanker. Campagne Kankerlijn. Beschikbaar via: https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2020-08/Rapport_verzekeringen_2020_KomoptegenKanker.pdf

Impact op het gezondheidszorgsysteem³⁶

Kanker legt een aanzienlijke en toenemende druk op de gezondheidszorgsystemen. De vergrijzing en de toenemende ziektelast van kanker leiden tot hogere behandelingskosten. Daarnaast leidt kanker ook tot bijkomende zorguitgaven, aangezien psychische aandoeningen zoals depressie vaker voorkomen bij mensen met chronische ziekten, en ontwikkelen kanker- en ex-kankerpatiënten vaak bijkomende gezondheidsproblemen die eveneens behandeling vereisen. Volgens de OESO zullen de totale gezondheidszorguitgaven in België tussen 2023 en 2050 naar schatting 9% hoger uitvallen ten gevolge van de kankerlast. Deze projecties wijzen op een grotere uitgavendruk dan het EU-gemiddelde (4,7%). Dit vertaalt zich in een gemiddelde meeruitgave van 342 euro (koopkrachtpariteit³⁷) per inwoner per jaar, wat aanzienlijk hoger ligt dan het EU-27-gemiddelde van 170 euro. Verwacht wordt dat, onder invloed van de vergrijzing en toenemende incidentie van kanker, de *gezondheidsuitgaven per capita* in België tussen 2023 en 2050 met gemiddeld 53% zullen stijgen (tegenover 59% in de EU).

In het geneesmiddelenbudget van het RIZIV zijn de kankergeneesmiddelen een klasse met een hoge budgettaire impact.³⁸ De stijgende kosten worden gedreven door het groeiende aandeel van de patiënten met kanker die farmacologisch wordt behandeld, de uitbreiding van indicaties en de introductie van nieuwe generaties moleculen die over het algemeen duurder zijn. Anderzijds toonden prijsdalingen en de toegenomen aanwezigheid van biosimilars een gunstig effect op de bruto-uitgaven relatief ten opzichte van de volumestijging.³⁹ Naast de geneesmiddelenkosten omvatten de terugbetaalde uitgaven diverse medische en niet-medische kosten voor (dag)hospitalisatie, onderzoeken, raadplegingen, niet-medicamenteuze behandelingen zoals radiotherapie en chirurgie, prothesen, implantaten, verzorging, revalidatie, sondevoeding, verplaatsingskosten, ...

Daarnaast staat de organisatie van kankerzorg onder toenemende druk wat betreft zorgpersoneel, ziekenhuiscapaciteit en infrastructuur. De toenemende complexiteit van oncologische zorg, de vergrijzing van zowel de bevolking als het zorgpersoneel en de groeiende zorgvraag versterken de bestaande tekorten aan gespecialiseerde zorgverleners. Internationale analyses wijzen erop dat personeelstekorten en capaciteitsproblemen kunnen leiden tot langere wachttijden voor diagnose, behandeling en opvolging, met een negatieve impact op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.⁴⁰ Tegelijk maken nieuwe beleidsinitiatieven het mogelijk om chemotherapie⁴¹ of palliatieve zorg bij de patiënt thuis te verlenen.⁴²

³⁶ OECD (2024), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>

³⁷ De OESO gebruikt koopkrachtpariteit om een eerlijkere en nauwkeurigere vergelijking te maken tussen economieën en levensstandaarden van verschillende landen. In de koopkrachtpariteit (KKP) worden de valuta zodanig omgerekend dat de koopkracht van de verschillende valuta gelijk is, doordat verschillen in prijsniveaus tussen de landen worden geëlimineerd.

³⁸ volgens de cijfers uit het MORSE rapport - gegevens van 2024: L01F: 16,3% of 1.298,46 mio - gestegen met 8,6%; L01E: 6,5% of 517,35 mio - licht gedaald met -1%; L01X: 2,3% of 185,49 mio. Het MORSE rapport vermeldt geen uitgaven voor de klassieke chemotherapeutica (L01A, L01B, L01C, L01D) en de endocriene therapie (L02A en L02B). Uit: National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI). Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses –M.O.R.S.E., 2024 data. Pharmaceutical Policy Department, Brussels, January 2026. DOI: 10.5281/zenodo.18154911.

³⁹ Veel van de nieuwe moleculen worden terugbetaald via een overeenkomst waarbij er compensaties zijn om de kosten te verlagen. Hoewel overeenkomsten de netto-last gedeeltelijk helpen beheersen, vormen hun toenemende gewicht en de concentratie van uitgaven op enkele sterk innovatieve klassen een grote uitdaging voor de financiële houdbaarheid en de budgettaire druk die zij meebrengen.

National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI). Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses –M.O.R.S.E., 2024 data. Pharmaceutical Policy Department, Brussels, January 2026. DOI: 10.5281/zenodo.18154911. https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/MORSE_rapport_2024_NL.pdf

⁴⁰ OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profiles Synthesis Report 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/20ef03e1-en>

⁴¹ RIZIV: Thuishospitalisatie voor oncologie en antimicrobiële behandeling. Raadpleegbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/thuishospitalisatie-voor-oncologie-en-antimicrobiele-behandeling>

⁴² RIZIV: Palliatief forfait. Raadpleegbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/palliatieve-zorg/palliatief-forfait>

Impact op de maatschappij⁴³

De impact van kanker reikt verder dan gezondheid en zorgkosten. Kanker beïnvloedt alle aspecten van iemands leven, met gevolgen voor de economie en de maatschappij. Kanker vermindert de productiviteit en de arbeidsparticipatie van mensen met de ziekte, wat resulteert in een verlies dat gelijk staat aan 1,1 miljoen voltijdse werknemers in de EU. De OESO verwacht dat kanker in België tussen 2023 en 2050 zal leiden tot een verlies van 143 VTE's⁴⁴ per 100 000 personen als gevolg van de noodzaak om minder te gaan werken, wat lager is dan het EU-gemiddelde van 178 per 100 000. Ook wordt een verlies van 77 VTE's per 100 000 personen verwacht als gevolg van absentisme en presenteïsme.⁴⁵

⁴³ OECD (2024), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>

⁴⁴ voltijdse equivalenten

⁴⁵ Presenteïsme heeft betrekking op productiviteitsverlies dat optreedt wanneer werknemers niet volledig functioneren op de werkplek vanwege een ziekte, letsel of een andere aandoening.

Methodologie: Hoe zijn we tot dit Kankerplan gekomen?

Conceptueel kader

Het plan bestrijkt het volledige ziekteverloop, in overeenstemming met belangrijke EU-initiatieven zoals het Europe's Beating Cancer Plan (EBCP) en de Mission on Cancer. Het conceptuele kader vertrekt daarbij vanuit een brede en transversale benadering van kankerzorg, maar erkent tegelijk dat bepaalde patiëntengroepen, zorgcontexten of vormen van kanker specifieke uitdagingen of noden met zich kunnen meebrengen. Waar dergelijke noden duidelijk naar voren komen, voorziet het plan gerichte acties of bijkomende aandachtspunten binnen de bredere beleidsaanpak. Er is ook rekening gehouden met doelstellingen en activiteiten uit andere gezondheidsplannen die op nationaal niveau worden ontwikkeld (zie hoofdstuk "Conclusies - Samenhang met andere plannen en initiatieven). De Quintuple Aim vormt de basis van de methodologie:

- de kwaliteit van de zorg op niveau van het individu verbeteren
- de gezondheid van de hele bevolking verbeteren
- meer waarde bereiken met dezelfde middelen door er efficiënter mee om te gaan
- het welzijn van de zorgprofessionals verbeteren
- inclusiviteit en rechtvaardigheid – toegankelijkheid in brede zin nastreven

Tijdslijn

Om de ontwikkeling van het plan te ondersteunen, werd een stuurgroep opgericht bestaande uit medewerkers van de FOD Volksgezondheid, het RIZIV, Sciensano en de Beleidscel van de minister. Deze stuurgroep heeft de volgende activiteiten en tijdschema overzien in de aanloop naar de lancering van het plan:

- Evaluatie van de stand van zaken van acties in de voorbije kankerstrategie (Q1 2025)
- Evaluatie van andere nationale kankerplannen en ICCP-sjabloon voor de ontwikkeling van een nationaal kankerplan (Q1-Q2 2025)
- Belgische kankerinventarisatie en identificatie van behoeften en mogelijke doelstellingen (Q2-Q3 2025)
- Workshops met belanghebbenden over behoeften (Q3 2025)
- Ontwerp van het plan (Q4 2025 - Q1 2026)
- Finalisatie en validatie van het plan door het Strategisch Comité (Q2 2026)
- Validatie van het plan door de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken (Q3 2026)
- Presentatie aan de regeringspartners en het Verzekeringscomité (Q3 2026)
- Lancering van het plan (Q3 2026)

Bewijssynthese en vaststelling van prioriteiten voor kankerbestrijding

De stuurgroep heeft het Kankerplan ontwikkeld volgens een evidence-informed aanpak. We hebben een gestructureerd proces opgezet om advies en feedback te verzamelen over hiaten en behoeften op het gebied van kankerbestrijding in België. Dit werk is gebaseerd op kwalitatieve en op consensus gerichte onderzoeksmethoden, evenals op wetenschappelijke en grijze literatuur, om relevante interventies en mogelijke oplossingen in kaart te brengen. In een eerste stap zorgde Sciensano voor een overzicht van de belangrijkste uitdagingen op het vlak van kankerpreventie, -zorg en -controle in België. Deze analyse was gebaseerd op een review van wetenschappelijke literatuur, KCE-rapporten⁴⁶ en belangrijke Belgische databronnen, zoals de Belgische Kankerbarometer⁴⁷ (2021) en de

⁴⁶ Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE rapporteert [Internet]. Brussel: KCE. Zoeken: "kanker". Beschikbaar op: https://www.kce.fgov.be/en/search?search_api_fulltext=cancer&sort_by=search_api_relevance&sort_order=DESC

⁴⁷ Stichting tegen Kanker. Belgische Kankerbarometer; 2021. Beschikbaar op: https://cancer.be/wp-content/uploads/2024/01/stk_kankerbarometer_2021.pdf

Methodologie

Belgische Kankerinventaris⁴⁸ (2023). Deze rapporten steunen op gegevens uit nationale databronnen, zoals het Belgisch Kankerregister,⁴⁹ Gezond België⁵⁰ en het Intermutualistisch Agentschap (IMA-AIM).⁵¹ Internationale evidentie en consensusverklaringen van experts werd ook gebruikt, dit omvatte evaluaties door onder meer de OESO, die landenprofielen over kanker opstelt om de ziektelast, uitkomsten en prestaties van gezondheidssystemen te vergelijken^{52,53} en de Europese Commissie over de uitvoering van het Europe's Beating Cancer Plan in België.⁵⁴

Een gestructureerd thematisch kader, in lijn met internationale goede praktijken voor kankerplanning, werd gebruikt om een volledige dekking van alle kerngebieden van kankercontrole te waarborgen (de domeinen van het International Cancer Control Partnership).⁵⁵ De bevindingen werden getrianguleerd met beleidsaanbevelingen van de EBCP Mirror Group,^{56,57} een nationaal stakeholderplatform dat de uitvoering van de Europese kankerstrategie ondersteunt. Dit proces maakte het mogelijk om belangrijke lacunes en beleidsnoden te identificeren.

Op basis hiervan stelde Sciensano samenvattingen per thematisch domein op en voerde het een eerste rangschikking uit van uitdagingen, doelstellingen en mogelijke acties, op basis van hun verwachte impact, haalbaarheid en urgentie. Deze resultaten werden voorgelegd aan de stuurgroep en vervolgens gebruikt als referentiedocument voor stakeholderconsultaties (zie Bijlage), waarbij een brede waaier aan actoren werd betrokken en zowel interdisciplinaire expertise als patiëntenperspectieven werden geïntegreerd. De deelnemende organisaties aan de workshops staan opgelijst in de samenvattende rapporten (zie Bijlage).

Raadpleging van belanghebbenden

Om de relevantie van het plan te waarborgen, werd gestructureerde feedback ingewonnen bij belangrijke actoren in het veld. Na een online infosessie in juni 2025 werd de inschrijving voor de “Cancer Plan Stakeholder Workshops/ Workshops Belanghebbenden Kankerplan” opengesteld voor organisaties (universitaire ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen, nationale en regionale gezondheidsinstanties, NGO's en patiëntenverenigingen). De ontvangen inschrijvingen werden gescreend om een evenwichtige vertegenwoordiging van disciplines, geslachten en taalgemeenschappen te garanderen. Voorafgaand aan de workshops werd een referentiedocument met de synthese van geïdentificeerde uitdagingen bezorgd aan de deelnemers - zie Bijlage).⁵⁸

Tussen september en december 2025 vonden zeven thematische workshops plaats, waarbij telkens 20 tot 40 organisaties vertegenwoordigd waren:

- Preventie en gezondheidsbevordering
- Screening en vroegtijdige opsporing
- Diagnose en behandeling
- Kwaliteit van leven en overleven
- Data-innovatie

⁴⁸ Schittecatte G & Delnord M. The Belgian Inventory of Cancer Care and Control Policies: A state-of-play for 2023 [Internet]. Brussel: Sciensano; 2023. Beschikbaar op: https://www.sciensano.be/sites/default/files/inventory_april23_final.pdf

⁴⁹ <https://kankerregister.org/nl>

⁵⁰ <https://www.gezondbelgie.be/nl/>

⁵¹ <https://ima-aim.be/?lang=nl>

⁵² Organisation for Economic Co-operation and Development. Tackling the impact of cancer on health, the economy and society. Paris: OECD; 2023. Beschikbaar op: https://www.oecd.org/en/publications/tackling-the-impact-of-cancer-on-health-the-economy-and-society_85e7c3ba-en.html

⁵³ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD); EU Country Cancer Profile: Belgium 2025 [Internet]. Paris; 2025. Beschikbaar op: https://www.oecd.org/en/publications/eu-country-cancer-profile-belgium-2025_744aaaba-en.html

⁵⁴ Beke M, Orhan Pees R, Chowanec A, Vulhop N, Yeung TY, Vu H, Lenz C. Europe's Beating Cancer Plan: implementation findings. European Parliamentary Research Service (EPRS); 2025. Available from: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/765809/EPRS_STU\(2025\)765809_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/765809/EPRS_STU(2025)765809_EN.pdf)

⁵⁵ International Cancer Control Partnership. Monitoring and evaluating national cancer control plans [Internet]. Geneva: ICCP; [cited 2026 Apr 27]. Available from: <https://www.iccp-portal.org/guide/monitoring-and-evaluating-nccp>

⁵⁶ De Mirror Group is een groot nationaal platform van belanghebbenden dat de uitvoering van de EU-strategie tegen kanker ondersteunt. <https://www.beatingcancer.be/>

⁵⁷ Archives of Public Health. Coming together to fight cancer: a series of policy briefs taking stock of the implementation of Europe's Beating Cancer Plan (EBCP) in Belgium. 2024; 82 (issue 1). Beschikbaar op: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-82-supplement-1>

⁵⁸ De syntheses van het bewijsmateriaal werden in het Engels overgemaakt. De workshops gebeurden in het Engels, Frans en Nederlands. De verslagen van de workshops werden in het Engels opgesteld en ter validatie voorgelegd aan de aanwezige stakeholders, alvorens ze in het Frans en Nederlands werden vertaald voor publicatie.

Methodologie

- Kinderen, adolescenten en jongvolwassenen (AYA) met kanker
- Zeldzame kankers

In totaal participeerden 86 organisaties in alle workshops.⁵⁹ De workshops werden geleid door professionele moderatoren, met ondersteuning van leden van de stuurgroep. Er werden specifieke technieken voor prioritering en ideevorming gebruikt om (I) de uitdagingen die het plan zou moeten aanpakken te valideren en te prioriteren, (II) oplossingen te identificeren en (III) implementatietrajecten te definiëren.

De meeste geïdentificeerde uitdagingen en behoeften op het gebied van kankerbestrijding werden gevalideerd; er werd slechts een beperkt aantal bijkomende uitdagingen voorgesteld (zie samenvattende rapporten in Bijlage). Sommige organisaties die niet aan de workshops konden deelnemen, hebben rechtstreeks contact opgenomen met de stuurgroep om hun opmerkingen te delen.

Opstellen van acties per prioritair gebied

Voortbouwend op de resultaten van het literatuuronderzoek en de workshops heeft de stuurgroep acties voor het Kankerplan uitgewerkt. Daarbij werden acht actiedomeinen vastgelegd, namelijk de zeven domeinen van de workshops en het domein “Organisatie van kankerzorg”. De impact en de haalbaarheid van de voorstellen werden geëvalueerd door de stuurgroep tussen november 2025 en februari 2026, inclusief een toetsing op de IKW Preventie.⁶⁰ De (leidend) ambtenaren en betrokken diensten van de federale gezondheidsinstellingen en bevoegde autoriteiten (FOD Volksgezondheid, RIZIV, FAGG, Sciensano, KCE) werden nadien geraadpleegd om de strategische afstemming te waarborgen. Met dit proces werd eveneens nagegaan of er voldoende rekening werd gehouden met bestaande initiatieven en praktische haalbaarheid. Er is bijzondere aandacht besteed aan de samenhang tussen de acties onderling en per prioritair domein. Uiteindelijk werden 34 acties geselecteerd, gecategoriseerd in 8 domeinen en voorgelegd ter goedkeuring aan de minister, na advies van een Strategisch Comité bestaande uit de leidende ambtenaren van de FOD Volksgezondheid, het RIZIV, Sciensano, KCE en de Beleidsceel van de minister.

Ter ondersteuning van de besluitvorming over de selectie en prioritering van de voorgestelde acties werd een evidentiematrix⁶¹ met beoordelingskader ontwikkeld. Hierbij werden gericht literatuuronderzoek en een snelle identificatie van relevante evidentie uitgevoerd om een gestructureerde maar niet-exhaustieve bewijslast op te bouwen voor vooraf vastgelegde vragen over de volgende categorieën: de ziektelast, gezondheidseffecten, kosteneffectiviteit, impact op gelijkheid (equity), haalbaarheid en beleidsrelevantie. Voorafgaand werd de doelpopulatie of –groep expliciet gedefinieerd. De gezondheidsimpact werd beoordeeld op basis van het hoogst beschikbare niveau van evidentie over klinische effectiviteit en, waar relevant, diagnostische of screeningsvaliditeit. Kosteneffectiviteit werd geëvalueerd op basis van beschikbare gezondheidseconomische evidentie. De impact op gelijkheid werd beoordeeld met behulp van het PROGRESS-Plus-kader en de GRADE Equity Extension, inclusief rapportering van equity-variabelen, subgroepanalyses en eventuele differentiële effecten. Haalbaarheid werd beoordeeld met behulp van het RE-AIM-kader en op basis van evidentie over implementatie in België of vergelijkbare settings, terwijl beleidsrelevantie werd beoordeeld op basis van de mate van aansluiting bij nationale en EU-beleidskaders en de sterkte van de onderbouwing en onderschrijving. De sterkte van de evidentie werd geclassificeerd als hoog, matig of laag met behulp van relevante beoordelingskaders (GRADE, QUADAS-2, CHEERS/Drummond, PROGRESS-Plus). Er werden evidence matrices opgesteld voor de initiële lijst van voorgestelde acties binnen het Kankerplan, voorafgaand aan goedkeuring door de minister en leidende ambtenaren. Validatie van de matrices gebeurde op basis van een tweede lezing door een expert in het domein van de actie. Deze matrices zullen verder worden verfijnd en geüpdatet voor die acties die uiteindelijk in het plan opgenomen zijn en als wetenschappelijke basis kunnen dienen bij de uitvoering ervan.

⁵⁹ De deelnemende organisaties aan de workshops staan opgelijst in de samenvattende rapporten (zie bijlage)

⁶⁰ De Interkabinettenwerkgroep (IKW) Preventie is een beleidsvoorbereidend orgaan binnen de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid. De samenstelling is interfederaal en bestaat uit de volgende partijen:

Federale overheid: Vertegenwoordigers van de minister belast met Volksgezondheid en Sociale Zaken en diens administraties (FOD VVVL, RIZIV).

Deelstaten: Afvaardigingen van de bevoegde ministers uit de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en het Waalse Gewest en hun administraties (COCOM, COCOF, Departement Zorg, AVIQ, ONE, Ministerium Deutschsprachigen Gemeinschaft).

Afhankelijk van de agenda sluiten kennisinstellingen zoals Sciensano, Stichting Kankerregister of experts van de Hoge Gezondheidsraad aan.

⁶¹ Een gestructureerd instrument dat beschikbare evidentie systematisch samenvat en vergelijkt op basis van vooraf gedefinieerde criteria ter ondersteuning van transparante besluitvorming.

Strategische doelstellingen

Een ambitieus plan met veel acties, over een langere termijn

In dit plan zijn 34 acties opgenomen in 8 actiedomeinen (zie hoofdstuk “Actiedomeinen”). Het gaat om ambitieuze acties, die op langere termijn hun impact moeten tonen door het aantal vermijdbare kankers te verminderen, de last van kanker te verlichten, de overleving te verbeteren, de levenskwaliteit van mensen die met en na kanker leven te verhogen, maar ook door de organisatie van onze kankerzorg meer coherent, toegankelijker en efficiënter te maken.

Met het nieuwe Kankerplan zetten we in op toekomstgerichte kankerzorg. We vertalen de Quintuple Aim naar het kankerdomrein:

- **Betere patiëntenervaring:** inrichting van de zorg rond de behoeften van de patiënt, via een naadloos traject van diagnose tot nazorg, met nabije zorg waar mogelijk en expertise waar nodig, en met aandacht voor levenskwaliteit, niet enkel overleving
- **Betere bevolkingsgezondheid:** preventie en screening om de incidentie te verlagen, vroegere opsporing om de overlevingskansen te verhogen
- **Efficiëntere zorg:** inzetten op de juiste behandeling voor de juiste patiënt en op de juiste plaats, met een duurzame, door data gedragen financiering voor innovatie
- **Beter welzijn van de zorgprofessionals:** de organisatie van kankerzorg optimaliseren en ondersteunen, multidisciplinaire samenwerking bevorderen en administratieve lasten beperken zodat de professionals zich kunnen richten op patiëntenzorg
- **Inclusiviteit en rechtvaardigheid:** elke patiënt krijgt toegang tot kwalitatieve kankerzorg, ongeacht woonplaats of sociaaleconomische status, met aandacht voor het bereiken van kwetsbare groepen en ook onderbedeelde doelgroepen zoals kinderen, adolescenten en jongvolwassenen met kanker en mensen met een zeldzame vorm van kanker

We voorzien concrete actiepunten in de verschillende domeinen die het ziekteverloop bestrijken: preventie en gezondheidsbevordering; screening en vroege opsporing; diagnose en behandeling; beperken van de gevolgen van kanker en het verbeteren van de levenskwaliteit van mensen die met of na kanker leven. We besteden specifiek aandacht aan kinderen, adolescenten en jongvolwassenen met kanker, doelgroepen met specifieke noden. In dit plan nemen we ook gerichte acties op voor de aanpak van zeldzame kankers, waarbij rekening gehouden is met de acties in het Plan Zeldzame Ziekten 2026-2030. Ten slotte omvat dit plan ook gerichte acties binnen het domein van datagedreven innovatie, die als essentiële hefboom bijdragen aan een structurele kwaliteitsverbetering van het kankerbeleid.

8 ACTIEDOMEINEN



Organisatie van kankerzorg



Zeldzame en complexe kankers



Kinderen en AYA's met kanker



Preventie en gezondheidspromotie



Vroege opsporing en screening



Diagnostiek en behandeling



Gevolgen van kanker en levenskwaliteit



Datagedreven innovatie

Focus tijdens de huidige legislatuur

De huidige legislatuur zal niet voldoende tijd, middelen en ruimte hebben om al deze acties te kunnen uitwerken en implementeren. Daarom is gekozen om de periode van de huidige legislatuur (2026-2030) te focussen op acties die de volgende doelstellingen onderschrijven: doelmatigheid, optimale organisatie van kankerzorg, vermijden van kanker en kankergerelateerde ziektelast en kwalitatief leven met en na kanker.

Doelmatigheid

Een eerste belangrijke focus ligt op doelmatigheid, een focus die aansluit bij meerdere acties van het huidige beleid om – gekoppeld aan solidariteit en responsabilisering – het zorgsysteem toekomstbestendig te maken.⁶² Volgens de OESO zullen de totale uitgaven voor gezondheidszorg in België tussen 2023 en 2050 naar schatting 9 % hoger liggen als gevolg van de lasten van kanker.⁶³ Naast de verwachte toename als gevolg van de vergrijzing, waarin kanker een belangrijk aandeel heeft omdat het risico toeneemt met de leeftijd, zal de verbeterde overleving de zorgkosten eveneens verhogen (overlevers kunnen kosten genereren bij kankerherhaal, bij laattijdige complicaties van ingrijpende behandelingen of bij andere aandoeningen). Daarbovenop is het te verwachten dat nieuwe/verbeterde behandelingen extra uitgaven met zich zullen meebrengen. In het geneesmiddelenbudget van het RIZIV zijn de kankergeneesmiddelen een klasse met een hoge budgettaire impact.⁶⁴ Volgens een KCE-studie uit 2021, op vraag van

⁶² Een van de acties is de oprichting van de directie Appropriate Care binnen het RIZIV op 1 oktober 2025. Door het systematisch gebruik van data, feedback aan zorgverleners en evidence-based richtlijnen wil men ongewenste praktijkvariatie verminderen. <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kwaliteitszorg/doelmatigheid-in-de-gezondheidszorg>

⁶³ OECD (2024), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>

⁶⁴ volgens de cijfers uit het MORSE rapport - gegevens van 2024: L01F: 16,3% of 1.298,46 mio - gestegen met 8,6%; L01E: 6,5% of 517,35 mio - licht gedaald met -1%; L01X: 2,3% of 185,49 mio. Het MORSE rapport vermeldt geen uitgaven voor de klassieke chemotherapeutica (L01A, L01B, L01C, L01D) en de endocriene therapie (L02A en L02B). Uit: National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI). Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses –M.O.R.S.E., 2024 data. Pharmaceutical Policy Department, Brussels, January 2026. DOI: 10.5281/zenodo.18154911.

Strategische doelstellingen

het RIZIV, wordt een belangrijk deel van de innovatieve geneesmiddelen tegen kanker terugbetaald zonder een positieve evolutie in de overlevingskansen tussen 2004-2017.⁶⁵

Een eerste manier om doelmatigheid te verhogen, is het **efficiënt gebruik van de huidige middelen**: inzetten van de juiste middelen voor de juiste patiënt, op het juiste moment, op de juiste plaats, in de juiste dosis. Zo garanderen we de beste zorg en voorkomen we onnodige procedures of verspilling van middelen en kunnen we meer waarde creëren voor dezelfde kost.

Een tweede manier om doelmatigheid te bekomen, is meer toekomstgericht via de **inzet van innovatie voor meer efficiëntie**. Hierbij is aandacht voor een vraag-gedreven benadering belangrijk: innovaties worden effectiever wanneer ze vertrekken vanuit de noden van de patiënt en de maatschappij.⁶⁶ Anderzijds is het evenzeer belangrijk dat er bij de toegang tot innovatie een balans bestaat tussen snelle toegang en duurzaamheid.⁶⁷

Ten slotte is de **toegang tot data** uit de praktijk cruciaal om de doelmatigheid te verhogen en gerichte verbetering te bekomen. Deze data stellen ons in staat om de middelen niet enkel in te zetten op basis van aannames, maar doelgericht bij te sturen op basis van evidentie uit de praktijk ("real world evidence"). Dergelijke evidentie uit de praktijk moet er ook voor zorgen dat de risico's van nieuwe investeringen beperkt worden. Ook transparantie en ontsluiting van kwaliteitsvolle data kunnen bijdragen aan kwaliteitsverbetering en laten patiënten toe geïnformeerde keuzes te maken.

Optimale organisatie van kankerzorg

Een goede organisatie van de zorg leidt tot betere resultaten. Evoluties in diagnostiek en behandelingsmogelijkheden, de toenemende digitalisering, kortere ziekenhuisopnames en thuishospitalisatie, andere verwachtingspatronen van de patiënt, maken dat de organisatie van kankerzorg mee moet evolueren. We stellen een overgang vast naar een meer transmurale en geïntegreerde oncologische zorg, waarbij de rol van de eerstelijnszorg belangrijker wordt.

Concentratie van expertise is belangrijk om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren: diagnoses tijdig stellen, complicaties voorkomen en de overlevingskansen verhogen. Bovendien zorgt concentratie van expertise tot meer efficiënte zorg. Zoals in het rapport van het Kenniscentrum van 2014 over zeldzame en complexe kankers gesteld wordt, kunnen patiënten met een zeldzame/complexe kanker in België in elk ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor oncologische basiszorg of voor oncologie behandeld worden.⁶⁸ Er is intussen een internationale consensus dat het niet meer haalbaar, efficiënt of ethisch is dat elk ziekenhuis of zorgverstrekker zorgen blijft verstrekken voor elke zeldzame/complexe vorm van kanker. Ook voor frequent voorkomende kankers gelden er minimale kwaliteitsvereisten. Kwaliteitsvolle oncologische zorg veronderstelt onder meer een multidisciplinaire aanpak, behandeling volgens evidence-based richtlijnen, toegang tot hoogwaardige diagnostiek en ondersteunende zorg, voldoende expertise en ervaring van het behandelend team, een gecoördineerd zorgtraject en systematische kwaliteitsopvolging.

In navolging van het KCE-rapport werden de eerste expertise bundelingsoefeningen van de Belgische kankerzorg realiteit, met de overeenkomsten voor complexe chirurgie van slokdarm en pancreas als belangrijke mijlpaal in 2019. De evaluatie van de eerste vijf jaar van deze **overeenkomsten** bevestigen de meerwaarde van de bundeling van expertise: de sterfte in de 90 dagen na een operatie daalde bij pancreaschirurgie van 7,3 procent naar 5,5 procent⁶⁹ en

⁶⁵ Neyt Mattias, Devos Carl, Thiry Nancy, Silversmit Geert, De Gendt Cindy, Van Damme Nancy, Castanares-Zapatero Diego, Fairon Nicolas, Hulstaert Frank, Verleye Leen. Hebben innovatieve geneesmiddelen tegen kanker altijd een echte meerwaarde? Health Technology Assessment (HTA). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2021. KCE Reports 343A.

⁶⁶ <https://www.health-needs.eu/index.php/en/about-en>

⁶⁷ <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geneesmiddelen/hervorming-terugbetalingsprocedures-geneesmiddelen>

⁶⁸ Stordeur S, Vrijens F, Henau K, Schillemans V, De Gendt C, Leroy R. Organisation of care for adults with a rare or complex cancer. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2014. KCE Reports 219. D/2014/10.2

⁶⁹ Pancreaschirurgie: terugbetaling in gespecialiseerde centra. RIZIV. Raadpleegbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/ziekenhuizen/verzorging-in-ziekenhuizen/pancreaschirurgie-terugbetaling-in-gespecialiseerde-centra>

Strategische doelstellingen

bij slokdarmchirurgie van 9,6 procent naar 6,6 procent.⁷⁰ Ook de onafhankelijke expertencommissie voor de hervorming van het ziekenhuislandschap die in 2025 werd aangesteld door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid benadrukt dat zorg voor hoogcomplexiteit aandoeningen en zeldzame aandoeningen expliciet geconcentreerd moet worden in centra met voldoende expertise, volume, infrastructuur en multidisciplinaire teams, ondersteund door duidelijke criteria en systematische doorverwijzing.⁷¹ Uit marktonderzoek eind 2024 blijkt dat concentratie van zorg gedragen wordt door patiënten en hun naasten: 90 procent van de patiënten is bereid zich te verplaatsen voor de best mogelijke gespecialiseerde zorg.⁷² Zelfs bij herhaalde behandelingen blijft 70 procent bereid verder te reizen. Bijkomend verbeterpunt is dat het momenteel voor veel patiënten niet mogelijk is om te weten waar ze terecht kunnen voor de meest geschikte zorg. De doelstelling is dus ook de patiënt de weg wijzen naar gespecialiseerde zorginstellingen die expertise en betere resultaten hebben aangetoond. In de organisatie van de kankerzorg is het belangrijk om een evenwicht te bewerkstelligen tussen concentratie/centralisatie en decentralisatie. Voor veel onderdelen van het zorgtraject blijft nabijheid immers belangrijk, bijvoorbeeld voor bepaalde diagnostische onderzoeken, chemotherapie, opvolging, revalidatie of ondersteunende zorg.

De groeiende zorgvraag en de toenemende complexiteit van de zorg leggen een toenemende druk op zorgpersoneel, ziekenhuiscapaciteit en infrastructuur. Nieuwe technieken, daghospitalisatie en thuishospitalisatie vereisen een verdere aanpassing van infrastructuur, zorgprocessen en competenties. De hervormingen binnen de gezondheidszorg en het ziekenhuislandschap benadrukken terecht het belang van **multidisciplinaire samenwerking, taakverschuiving, netwerkvorming, digitale ondersteuning en een meer strategische planning van capaciteit en expertise**. Binnen de kankerzorg zal het essentieel zijn om deze evoluties tijdig te anticiperen en zorgmodellen verder te ontwikkelen die zowel kwaliteit, toegankelijkheid als duurzaamheid kunnen garanderen.

Vermijden van kanker en kankergerelateerde ziektelast

Het wordt steeds duidelijker dat de meest effectieve aanpak om de last van kanker te verminderen ligt bij het vermijden van kanker door de **optimale inzet van preventie en vroegtijdige opsporing**. Hoewel vooruitgang in de kankerbehandeling ongetwijfeld de resultaten voor patiënten heeft verbeterd, legt de financiële last die gepaard gaat met de behandeling van de ziekte een aanzienlijke druk op de gezondheidszorgsystemen wereldwijd. Door onze focus te verleggen naar preventieve maatregelen en vroegtijdige opsporing, kunnen we niet alleen de stijgende kosten beteugelen, maar ook de fysieke, emotionele en financiële last voor individuen en de samenleving aanzienlijk verlichten.

Door de risicofactoren voor kanker aan te pakken, zouden veel nieuwe gevallen van kanker kunnen worden voorkomen. Ongeveer 40% van alle kankergevallen kan worden voorkomen door een gezondere levensstijl aan te nemen en bescherming te bieden tegen schadelijke blootstellingen. Volgens het modelleringswerk voor strategische planning van de volksgezondheid (Strategic Public Health Planning — SPHeP) van de OESO zou het behalen van de tabaksdoelstellingen in de periode 2023-2050 43.694 nieuwe kankergevallen in België kunnen voorkomen. Het behalen van de alcoholdoelstellingen in dezelfde periode zou 34.579 nieuwe gevallen van kanker kunnen voorkomen. Voorts zouden 11.161 gevallen kunnen worden voorkomen door de doelstellingen op het gebied van verontreiniging te halen, en nog eens 7.029 gevallen door het bereiken van de doelstellingen met betrekking tot obesitas. Belangrijk hierbij is de vaststelling dat risicofactoren voor kanker consequent vaker voorkomen bij mensen met lagere sociaaleconomische kenmerken, zoals een lager inkomen en opleidingsniveau.⁷³ Binnen de Belgische bevolking zijn mannen en laagopgeleiden vaker dagelijkse rokers. Op het gebied van overgewicht en obesitas bestaan er aanzienlijke

⁷⁰ Slokdarmchirurgie: terugbetaling in een gespecialiseerd centrum. RIZIV. Raadpleegbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/ziekenhuizen/verzorging-in-ziekenhuizen/slokdarmchirurgie-terugbetaling-in-een-gespecialiseerd-centrum>

⁷¹ Aanbevelingen door de expertgroep voor de hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap. Veranderen om te behouden (2026-2036). In opdracht van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (17/12/2025). Raadpleegbaar via: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/media/files/2025-12/nl_imczh_advies.pdf

⁷² Kom op tegen Kanker deelt resultaten van grootschalig onderzoek bij 1250 kankerpatiënten en hun naasten over ziekenhuiskeuze (22/10/2024). Raadpleegbaar via: <https://pers.komoptegenkanker.be/kom-op-tegen-kanker-deelt-resultaten-van-grootschalig-onderzoek-bij-1250-kankerpatienten-en-hun-naasten-over-ziekenhuiskeuze>

⁷³ OECD (2024), Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/14fdc89a-en>

Strategische doelstellingen

gewestelijke en sociaaleconomische verschillen, met percentages die bij vrouwen met een lager opleidingsniveau 50 % hoger liggen dan bij vrouwen met een hoger opleidingsniveau.

De OESO schat dat een kwart van alle voortijdige sterfgevallen door kanker voorkomen zou kunnen worden als alle landen de programma's voor kankerscreening, vroege diagnose en tijdige, effectieve en betaalbare behandeling zouden verbeteren om de beste overlevingskansen binnen de OESO en de EU te bereiken. Screening is cruciaal in de strijd tegen bepaalde vormen van kanker, maar er blijven aanzienlijke verschillen bestaan in de screeningspercentages, zowel tussen als binnen landen. Om de deelname te verhogen, zouden landen de bewustwording moeten vergroten en zowel de uitnodigingsprocedures als de praktische organisatie van screeningsprogramma's moeten optimaliseren. Ook hier heeft een lager opleidings- of inkomensniveau een negatieve invloed op de deelname aan screeningsprogramma's.⁷⁴

Kwalitatief leven met en na kanker

Tussen 2010 en 2020 steeg de levenslange kankerprevalentie in België met 17%.⁷⁵ Eind 2022 had 4,0% van de totale Belgische bevolking die tussen 2013 en 2022 een kankerdiagnose (inclusief niet-melanoom huidkanker) gekregen had, kanker overleefd. Naarmate het aantal mensen dat kanker overleeft toeneemt door een stijgende incidentie en betere behandelingen, moeten we **ons gezondheidszorgsysteem en onze maatschappij aanpassen aan de behoeften van deze mensen die met en na kanker leven.**

Traditioneel wordt de nazorg verleend door oncologiespecialisten, met de nadruk op het opsporen van terugkeer van de kanker. De behoeften van mensen die met en na kanker leven zijn echter veel breder. Zorg is nodig om de medische en psychosociale gevolgen van kanker en de behandeling ervan aan te pakken, zoals bijvoorbeeld vermoeidheid, seksuele veranderingen, angstgevoelens en depressie. Daarnaast moeten mensen na een kankerbehandeling opnieuw meedraaien in het professionele en sociale leven. Dit is belangrijk voor langdurig zieken in het algemeen, en bij (ex-)kankerpatiënten specifiek om de draad weer op te pakken en een maatschappelijk perspectief en structuur te bieden.

⁷⁴ OECD (2024), Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/14fdc89a-en>

⁷⁵ OECD/European Commission (2025), EU-landenprofiel voor kanker: België 2025, EU-landprofielen over kanker, OECD Publishing, Parijs, <https://doi.org/10.1787/5c4dfa17-nl> <https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/country-cancer-profiles-2025>

Governance

Beleidskader

Een federaal plan...

Het Kankerplan wordt in de eerste plaats opgevat als een federaal plan, ingegeven door pragmatische overwegingen zoals snelheid van uitvoering en verankering in het federaal beleid. Dit betekent dat het plan zich strikt beperkt tot de federale bevoegdheden, ook al bestrijkt het inhoudelijk wel het volledige zorgcontinuüm - van gezondheidsbevordering en preventie tot diagnose, behandeling en nazorg. Materies die onder de bevoegdheid van de deelstaten vallen (zoals grote delen van preventie en sensibilisering) worden niet rechtstreeks opgenomen in het plan.

...met betrokkenheid van de deelstaten

Tegelijk is de betrokkenheid van de deelstaten essentieel, en wordt er sterk ingezet op dialoog, informatie-uitwisseling en afstemming gedurende het hele proces. Die betrokkenheid heeft bij de totstandkoming van het plan vorm gekregen via verschillende kanalen: bilaterale contacten met de deelstaten, deelname van deelstaatvertegenwoordigers aan de stakeholderworkshops, en interfederaal overleg. Deze kanalen werden gebruikt – en zullen verder bij de uitrol van het plan gebruikt worden – om ideeën, lopende initiatieven en beleidsopties te delen, met als doel wederzijds inzicht te vergroten en waar mogelijk beleidscoherentie te bevorderen.

De samenwerking wordt niet juridisch of institutioneel verankerd binnen het plan zelf, maar krijgt eerder vorm als een pragmatische en iteratieve samenwerking op basis van overleg en goodwill. Daarbij wordt expliciet ruimte gelaten om in een latere fase te evolueren naar meer interfederale samenwerking rond bepaalde thema's, indien daar draagvlak voor bestaat.

Een beleidsmatig momentum

Dit Kankerplan creëert een beleidsmatig momentum om samenwerking te versterken. Hoewel het plan zelf binnen de federale grenzen blijft, kunnen signalen of noden die betrekking hebben op andere beleidsniveaus worden meegenomen naar bredere beleidsdiscussies, bijvoorbeeld binnen de federale regering of in interfederale overlegorganen. Het Kankerplan wordt aangestuurd door de federale overheid, met respect voor de specifieke bevoegdheden van elk overheidsniveau. Het berust op een duidelijke afbakening van de respectieve verantwoordelijkheden, waarbij de nadruk ligt op overleg, coördinatie en het versterken van synergieën met de deelstaten, met als doel de interfederale samenwerking verder te consolideren.

Strategische planning, bijsturing en middelen

De 34 acties die opgenomen zijn in dit plan vinden hun basis in een ruime voorbereiding en vaststelling van prioriteiten en een brede opinie van stakeholders. Op die manier vormen zij de fundamenteën van het beleid binnen het kankerdomen voor een periode die verder reikt dan enkel de korte termijn, en zetten we een koers voor de komende tien jaar. In tien jaar tijd kunnen er **belangrijke evoluties of veranderingen zijn in wetenschap, technologie, gezondheidszorgorganisatie of maatschappelijke context**. Dit wordt meegenomen in de verdere ontwikkeling van de verschillende acties zodat deze rekening houden met nieuwe wetenschappelijke evidentie, technologische innovaties, epidemiologische evoluties, veranderingen in de zorgcontext, budgettaire en regelgevende ontwikkelingen, en de noden van patiënten en zorgverleners. Ook demografische ontwikkelingen, zoals de vergrijzing van de bevolking en de daarmee samenhangende evolutie van de kankerlast en zorgbehoeften, zullen bij de verdere uitvoering en ontwikkeling worden meegenomen. Het plan zal intermediaire evaluaties krijgen en **waar nodig bijgestuurd** worden. Een dergelijke adaptieve aanpak moet toelaten om het plan relevant, haalbaar en toekomstgericht te houden gedurende de volledige looptijd.

Het Kankerplan legt de strategische ambities en acties vast voor de komende tien jaar, maar legt niet vooraf vast welke middelen gedurende deze volledige periode zullen nodig zijn. Bij de ontwikkeling van de acties werd een eerste inschatting gemaakt van de benodigde budgettaire middelen. Deze inschatting is indicatief en kan in de loop van de uitvoering worden aangepast op basis van voortschrijdend inzicht, gewijzigde noden, de voortgang en resultaten van de acties en de beschikbare budgettaire ruimte.

Er worden daarom bij de start van het Kankerplan geen budgetten voor de volledige looptijd van het plan vastgelegd. Het vooraf vastleggen van een tienjarig budget zou onvoldoende aansluiten bij het langetermijn- en adaptieve karakter van het Kankerplan en kan ertoe leiden dat middelen worden gereserveerd voor noden die in de loop van de uitvoering wijzigen. Een jaarlijkse actualisering maakt het mogelijk om beschikbare middelen doelgericht toe te wijzen aan de prioriteiten en noden die op dat moment het meest relevant zijn.

Jaarlijks wordt, in het kader van de voorbereiding van het volgende werkjaar, een geüpdatete inschatting gemaakt van de benodigde middelen en worden de prioriteiten voor het volgende jaar bepaald. Het Strategisch Comité (zie verder) beoordeelt deze prioriteiten en de bijbehorende budgettaire behoeften, met aandacht voor de samenhang tussen de acties, een optimale inzet van beschikbare middelen en de verwachte maatschappelijke en gezondheidswinst. De uiteindelijke budgettaire beslissingen worden genomen binnen de daarvoor bevoegde besluitvormingsprocedures.

Tabel: Inschatting van de budgettaire behoeften bij de 34 acties

nr	Actie	Inschatting budgettaire behoeften
1	Actualisering van het zorgmodel voor (hemato-)oncologie	Er wordt gestreefd om via budgetverschuivingen budgetneutraal te werken.
2	Centraal beschikbaar stellen van richtlijnen in kankerzorg	Deze actie wordt uitgevoerd binnen het bestaande budget van KCE Practice.
3	Analyse naar trajectbegeleiders voor kanker binnen de ziekenhuizen	Het is de bedoeling om deze oefening maximaal te realiseren binnen het bestaande budget. Er wordt in eerste instantie uitgegaan van een optimalisatie en eventuele heroriëntering van bestaande middelen, zonder bijkomende structurele financiering te voorzien.
4	Hervorming van het multidisciplinair oncologisch consult	Deze actie wordt uitgevoerd binnen de beschikbare middelen.
5	Beleidskader en transparantie voor zeldzame en complexe kankerzorg	De budgettaire behoefte voor de systematische rapportering van publieke resultaten door de Stichting Kankerregister wordt, voor de volledige uitrol over alle beoogde indicaties, voorlopig geraamd op ongeveer 1,5 miljoen euro. Deze middelen zouden gefaseerd nodig zijn naarmate bijkomende indicaties in de rapportering worden opgenomen. Voor 2028 wordt de budgettaire behoefte geraamd op 70.000 euro.

nr	Actie	Inschatting budgettaire behoeften
6	Versterken van betrouwbare informatie over zeldzame kankers voor patiënten en eerstelijnszorgverleners	We maken zoveel mogelijk gebruik van beschikbare instrumenten, platformen en informatiekkanalen. Er zullen mogelijks extra middelen nodig zijn, dewelke pas verderop in het proces zullen kunnen ingeschat worden. De eventuele bijkomende budgettaire behoeften zullen in een later stadium van de actie worden geraamd.
7	Gepersonaliseerde diagnostiek en innovatieve behandelingen voor zeldzame en complexe kankers	Voor het ondersteunen en verder ontwikkelen van bestaande Belgische initiatieven dingt Sciensano samen met universitaire partners tijdens deze legislatuur mee naar beurzen. Het opzetten van een duurzaam kader voor geselecteerde diagnostiek en off-label behandelingen gebeurt in een later stadium en binnen de beschikbare middelen binnen het RIZIV.
8	Nationale Molecular Tumour Board voor complexe oncologische casussen	Voor het secretariaat en de coördinatiefunctie voor de organisatie van de nMTB, die door het Kankercentrum wordt opgenomen, wordt voor 2027 een budgettaire behoefte van 55.000 euro geraamd. Momenteel wordt deze functie reeds opgenomen door het Kankercentrum via externe financiering. Het honorarium voor de experts die deelnemen aan de nMTB wordt uitgewerkt in lijn met de principes van de hervorming van de nomenclatuur opgesteld worden. Een eerste ruwe inschatting geeft een benodigd budget tussen de 176.000 en de 250.000 euro voor 800 à 1.000 patiënten per jaar (er wordt gestreefd naar start vanaf 1/1/2029). Het dataplatform inclusief software bouwt verder op infrastructuur die in de projecten gebruikt is. Kostprijs van het jaarlijks onderhoud wordt ingeschat op 5.000 euro/jaar.
9	Een toekomstgericht organisatiemodel voor pediatrische oncologische zorg	Deze actie wordt uitgevoerd met de bestaande middelen binnen de FOD Volksgezondheid, het RIZIV en het Kankercentrum.
10	Een duurzaam en geharmoniseerd zorgmodel voor AYA's met kanker	Volgens het voorstel voor de nieuwe overeenkomst ontvangen alle aanvaarde kenniscentra een jaarlijkse forfaitaire vergoeding van 150.000 EUR. Alle aanvaarde implementatiecentra ontvangen een jaarlijkse forfaitaire vergoeding van 20.000 EUR. Er wordt een jaarlijkse financiering van 55.000 EUR voorzien voor de projectopvolging, die door het Kankercentrum zal opgenomen worden. Het voorstel werd goedgekeurd door het Verzekeringscomité en doorloopt verder de besluitvormingsprocedure.
11	Versterken van de toegang tot uitgebreide moleculaire diagnostiek voor kinderen en jonge AYA's met hoog-risico kanker	Een eerste inschatting van het benodigde budget is gemaakt. Tijdens deze legislatuur zullen voorbereidingswerken van de actie meer zekerheid over de gebruikte parameters kunnen inbrengen. Preliminair inschatting van het benodigde budget voor de implementatie (volgende legislatuur): Benodigd budget voor de testen: 180 tot 220 patiënten x 6.000 euro/test = 1.080.000 euro tot 1.320.000 euro per jaar via het Duitse platform INFORM. Als we deze testen in België zullen uitvoeren, en de expertise in België houden, kan dit volgens de Belgische experts goedkoper Benodigd budget voor de coördinatie van het nationaal overlegorgaan voor kinderen en AYA's met kanker: 55.000 euro Honorarium voor de deelnemende experts: 156.000 euro tot 208.000 euro (te bekijken volgens de principes van de hervorming van de nomenclatuur)
12	Duurzaam en evidence-based kader voor toegang tot protontherapie	Op basis van een eerste berekening wordt een extra behoefte van 2,8 miljoen euro ingeschat. Dit bedrag zal afgestemd worden op de resultaten van de lopende KCE-studie over protontherapie voor nieuwe indicaties voor volwassenen. Voor de aanpassing van de leeftijdsgrens bij pediatrische kankers zal er een inschatting gedaan worden op basis van wetenschappelijke richtlijnen en internationale praktijkervaring, getoetst aan informatie van het BSF (opmerking: niet alle patiënten vinden een weg via het BSF).
13	Evaluatie van het register voor late effecten na kanker bij kinderen en AYA's	Er wordt 35.000 euro ingeschat voor het bijhouden van het register door de Stichting Kankerregister vanaf volgende legislatuur. Er wordt geen financiering voorzien voor de registratie of datamanagers in de pediatrische hematologie/oncologie-instellingen.

nr	Actie	Inschatting budgettaire behoeften
14	Ondersteuning van kankerpreventie via monitoring van risicofactoren	Deze actie wordt uitgevoerd met de huidige middelen binnen Sciensano. Het huidige budget van Sciensano voor gezondheidsinformatie dekt reeds bepaalde berekeningen met betrekking tot de ziektelast door risicofactoren (tabak, alcohol, luchtvervuiling, overgewicht/obesitas en voeding), evenals de geplande werkzaamheden voor het formuleren van aanbevelingen over toekomstige maatregelen in het kader van interfederale plannen.
15	Versterken van de preventie van HPV-gerelateerde kankers en bijdragen aan de WHO-strategie voor de eliminatie van baarmoederhalskanker	Deze actie wordt uitgevoerd met de huidige middelen binnen de FOD Volksgezondheid, het RIZIV en het Kankercentrum.
16	Versterken van de preventie van beroepsgebonden kankers	Deze actie wordt uitgevoerd met de huidige middelen binnen FEDRIS en de FOD Werkgelegenheid.
17	Versterken van de aanpak van huidkanker – regulering van zonnebanken	Deze actie wordt uitgevoerd met de huidige middelen binnen de bevoegde overheden.
18	Evidentiegestuurde optimalisatie van bestaande kankerscreeningsprogramma's	De KCE-studies zullen uitgevoerd worden binnen de bestaande middelen van het KCE. De budgettaire behoeften van de optimalisatie(s) zullen afhangen van de uitkomsten van de KCE-studies en zullen volgend op de publicatie van deze studies kunnen ingeschat worden.
19	Evaluatie van de meerwaarde en de haalbaarheid van risico-gebaseerde kankerscreening	Deze actie wordt initieel uitgevoerd met de huidige middelen binnen KCE en Sciensano (geplande studie). Er zal mogelijk in een later stadium ondersteuning nodig zijn voor de uitrol van risico-gebaseerde kankerscreening.
20	Versterken van de aanpak van huidkanker – de-escaleren onnodige zorg	Het is de bedoeling om deze oefening te realiseren binnen het reeds bestaande budget.
21	Appropriate Care in de oncologie: aanbevelingen voor doelmatig gebruik van diagnostiek en behandeling	Er wordt 35.000 euro ingeschat voor de evaluatie van kwaliteitsindicatoren i.v.m. doelmatigheid en de berekening van ziekenhuisspecifieke kwaliteitsindicatoren door de Stichting Kankerregister. Deze actie moet op termijn middelen vrijmaken.
22	Stimuleren van onderzoek naar behandelingsoptimalisatie in de oncologie	Er is voorzien dat de farmaceutische industrie jaarlijks maximaal 10 miljoen euro investeert in het fonds. De ondersteuning van BeCRA wordt uitgevoerd met de huidige middelen binnen het Kankercentrum.
23	Duurzame toegang tot biomerkttesting voor doelmatige precisie-oncologie	Er wordt gestreefd om via budgetverschuivingen zoveel mogelijk budgetneutraal te werken. Het budget voor biomerkttesting dat gedreven wordt door de geneesmiddelen onder hoofdstuk VIII bedraagt naar schatting 3 miljoen euro per jaar. Dit is echter afhankelijk van het volume van geneesmiddelen met companion diagnostics die op de markt komen.
24	Bewustmaking en bescherming tegen niet-gereguleerde en onbewezen kankerbehandelingen	Deze actie wordt uitgevoerd met de huidige middelen binnen het FAGG en het Kankercentrum.
25	Naar een betere toegang tot klinische studies voor patiënten en een sterkere positie van België in klinisch kankeronderzoek	Deze actie wordt uitgevoerd met de bestaande middelen binnen de FOD Volksgezondheid en het FAGG.
26	Innovatieve radio-isotopendiagnostiek en -therapieën	De budgettaire behoeften zullen afhangen van de uitkomst van de geplande KCE-studie en zullen volgend op de publicatie van deze studies kunnen ingeschat worden.
27	Naar een Belgisch kader voor de academische ontwikkeling van ATMP's	De budgettaire behoeften zullen afhangen van de aanbevelingen van de werkgroep. Voor de ondersteuning van de werkgroep zelf is geen specifiek budget nodig.
28	Opvolging van de impact van de programma's "Vroege en Snelle toegang" voor mensen met kanker	Deze actie wordt uitgevoerd met de voorziene middelen binnen het RIZIV.

nr	Actie	Inschatting budgettaire behoeften
29	Verkenning van een multidisciplinair model voor survivorship en nazorg na kanker	Eventuele bijkomende budgettaire behoeften worden in een later stadium van de actie geraamd en hangen samen met actie 1.
30	Structurele integratie van het perspectief en de actieve rol van de persoon met kanker in het oncologische zorgtraject	Deze actie wordt uitgevoerd met de bestaande middelen binnen Sciensano.
31	Terugkeer naar een actief maatschappelijk en professioneel leven na kanker	Deze actie wordt uitgevoerd met de voorziene middelen binnen de verschillende initiatieven.
32	Implementatie van gestandaardiseerde en gestructureerde rapportering binnen het oncologisch zorgtraject	Voor 2027 en 2028 wordt er 70.000 euro geraamd voor de ontwikkeling van rapporteringssjablonen en technische vertaling naar FIHR-vragenlijsten door de Stichting Kankerregister en 80.000 euro voor wetenschappelijke ondersteuning.
33	Ontwikkeling van een nationale CareSet "Oncologie" voor geïntegreerde en gestandaardiseerde oncologische zorg	Er wordt gestreefd om deze actie uit te voeren binnen de bestaande middelen, de haalbaarheid hiervan zal verder worden bekeken bij de aanvang van de actie (begin van de volgende legislatuur).
34	Ontwikkeling van een Minimal Dataset Oncologie voor onderzoek, beleid en aansluiting op de European Health Data Space (EHDS)	Bij de Stichting Kankerregister wordt deze actie uitgevoerd met het budget dat binnen actie 32 voorzien is. Bij het Kankercentrum wordt er op de actie gewerkt binnen de bestaande middelen.

Rollen en verantwoordelijkheden

Strategisch comité

Leidend ambtenaren van FOD Volksgezondheid, RIZIV, Sciensano, KCE, FAGG en Directeur van de Beleidscel Volksgezondheid

Bepaalt de strategische koers van het Kankerplan en waakt over de samenhang met andere federale en interfederale gezondheidsplannen en beleidsinitiatieven. Het strategisch comité neemt beslissingen over de prioriteiten, de grote beleidslijnen en eventuele strategische bijstellingen, beoordeelt jaarlijks de prioriteiten en de bijbehorende budgettaire behoeften en waakt over een optimale inzet van de beschikbare middelen. Het ziet toe op de duurzame verankering van het plan.

Stuurgroep

Coördinatoren Kankerplan van FOD Volksgezondheid, RIZIV, Sciensano en Beleidscel Volksgezondheid

Staat in voor de inhoudelijke aansturing van het Kankerplan. De stuurgroep volgt de voortgang van de acties op, bespreekt strategische risico's en knelpunten en bereidt, waar nodig, strategische beslissingen voor het Strategisch Comité voor. Daarnaast bewaakt zij de samenhang tussen de acties, identificeert zij opportuniteiten voor samenhang en synergie en ziet zij toe op een doelmatige inzet van beschikbare middelen, zodat de coherentie van het plan versterkt wordt en een zo groot mogelijke impact bereikt wordt.

Uitvoerende groep

Medewerkers van de federale gezondheidsinstellingen

Zorgt voor de uitvoering van de acties van het Kankerplan. Voor elke actie wordt een lead aangesteld (of eventueel meerdere co-leads) die verantwoordelijk is voor de opvolging, de planning en de voortgang van de actie. De lead coördineert de samenwerking met de betrokken interne en externe stakeholders, rapporteert periodiek aan de stuurgroep en brengt eventuele risico's of knelpunten tijdig onder de aandacht.

De overkoepelende coördinatie van de uitvoering van het Kankerplan wordt opgenomen door het Kankercentrum van Sciensano, dat optreedt als coördinator van het Kankerplan. Het Kankercentrum ondersteunt de uitvoering van het plan door de samenwerking tussen de actieleads en de betrokken partijen te faciliteren, de globale planning en voortgang op te volgen en de rapportering aan de stuurgroep te coördineren. De coördinator van het Kankerplan vervult een coördinerende en ondersteunende rol en bereidt de besluitvorming voor, maar neemt geen inhoudelijke of strategische beslissingen.

Raadpleging van stakeholders

De uitvoering van het Kankerplan vereist de steun en actieve mobilisatie van een breed scala aan belanghebbenden: zorgprofessionals, patiënten, mantelzorgers, onderzoekers en organisaties die actief zijn op het gebied van oncologie, inclusief zeldzame kankersoorten. Dit zijn dezelfde rollen die aan bod kwamen tijdens workshops die in 2025 werden georganiseerd.

In deze context is het essentieel om een strategie voor stakeholderbeheer te implementeren die het volgende mogelijk maakt:

- gestructureerde en continue betrokkenheid van de betrokken stakeholders;
- transparantie over de voortgang van het Kankerplan;
- het verzamelen van meningen en expertise uit het werkveld, zonder dat er een besluitvormingsbevoegdheid ontstaat die parallel loopt aan de stuurgroep.

We streven naar een overleg met belanghebbenden op basis van twee complementaire mechanismen: één voor informatie en één voor consultatie. De samenhang tussen deze twee mechanismen berust op een aantal gedeelde, overkoepelende principes, waaronder duidelijke rollen, transparante processen, geen beslissingsbevoegdheid voor externe belanghebbenden en de inbreng van expertise en praktijkervaring. Samen stellen deze mechanismen ons in staat om brede en gestructureerde communicatie gericht op alle belanghebbenden te combineren met meer gerichte en regelmatige consultatie met een beperkt aantal vertegenwoordigers.

Informatie en brede belangenbehartiging via de Mirror Group van het Europe's Beating Cancer Plan

De Belgische Mirror Group van het Europe's Beating Cancer Plan (EBCP), gecoördineerd door Sciensano en bestaande uit enkele honderden deelnemers, is een bijzonder geschikt instrument om brede en regelmatige communicatie over het Kankerplan te waarborgen.

Het doel is om belanghebbenden gestructureerde informatie te verschaffen over de voortgang van het Kankerplan, de belangrijkste richtingen en de cruciale fasen van de implementatie.

Daartoe wordt voorgesteld om regelmatig bijeenkomsten van de Mirror Group te organiseren, bijvoorbeeld eenmaal per jaar of op belangrijke momenten tijdens de uitrol van het plan. Tijdens deze bijeenkomsten zullen een beknopte presentatie over de voortgang van het plan, reeds gestarte of afgeronde acties en toekomstige prioriteiten gegeven worden. Daarnaast wordt bekeken om de mogelijkheid in te bouwen om vrijblijvende schriftelijke feedback te verzamelen via een vragenlijst of een gestructureerd kanaal, zonder de verplichting om individuele bijdragen te verwerken.

Dit mechanisme is in eerste instantie bedoeld om te informeren en bewustwording te creëren. Het is geen formeel adviesorgaan en ook geen ruimte voor gezamenlijke besluitvorming.

Gerichte en regelmatige raadpleging via een klankbordgroep

Naast deze algemene informatieverstrekking wordt een beperkte klankbordgroep ingesteld, die regelmatig en op verzoek van de stuurgroep geraadpleegd zal worden. Het doel van deze groep is een gestructureerd forum te bieden waar de stuurgroep gericht feedback kan inwinnen, met name wanneer strategische keuzes of implementatievraagstukken binnen het Kankerplan baat hebben bij de expertise en praktijkervaring van de betrokken stakeholders.

De klankbordgroep zal bestaan uit vertegenwoordigers van de belangrijkste federale gezondheidsactoren, federale wetenschappelijke instellingen, zorgverleners, patiëntenorganisaties en andere relevante stakeholders. De samenstelling weerspiegelt de verschillende perspectieven die nodig zijn voor een succesvolle uitvoering van het Kankerplan, rekening houdend met de strategische doelstellingen en de actiedomeinen. De leden vervullen een adviserende rol, zonder beslissingsbevoegdheid.

Governance

De klankbordgroep omvat vertegenwoordigers van:

- het kabinet van de federale minister bevoegd voor Sociale Zaken en Volksgezondheid
- de federale gezondheidsadministraties: de FOD Volksgezondheid (DGGS), het RIZIV (DGV – Medische directie), het FAGG
- de federale wetenschappelijke instellingen: Sciensano (Kankercentrum)
- de verzekeringsinstellingen, via het Nationaal Intermutualistisch College
- adviesorganen binnen het RIZIV: het Verzekeringscomité en het Observatorium voor Chronische Ziekten
- Patiëntenorganisaties en verenigingen: Stichting tegen Kanker, Kom op tegen Kanker, KickCancer en het Patient Expert Center
- Wetenschappelijke en beroepsverenigingen: de Belgian Board of Oncology, de Belgian Society of Medical Oncology (BSMO), de Belgian Hematological Society (BHS), de Belgian Society of Paediatric Haematology and Oncology (BSPHO) en de Belgian Society for Radiotherapy & Oncology (BeSTRO), de Vereniging Verpleegkundigen Radiotherapie en Oncologie (VVRO), Domus Medica en de Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)

De leden nemen deel vanuit de organisatie die zij vertegenwoordigen. Zij worden verwacht deze organisatie voorafgaandelijk te consulteren en de relevante standpunten, expertise en aandachtspunten in de klankbordgroep binnen te brengen.

Wat de werking betreft, komt deze groep een viertal keer per jaar bijeen. De agenda wordt vastgesteld door de stuurgroep van het Kankerplan, en kan bestaan uit voortgangsrapporten, gerichte strategische vragen of implementatiekwesties die externe input vereisen. De geuite meningen en adviezen van de klankbordgroep zullen niet-bindend zijn en worden op een transparante manier gedocumenteerd. Deze klankbordgroep ondersteunt de stuurgroep bij haar werkzaamheden, maar neemt geen beslissingen over de uitvoering van het Kankerplan.

Actiespecifieke stakeholderbetrokkenheid

De overkoepelende overlegstructuren van het Kankerplan doen geen afbreuk aan de noodzaak om bij de uitvoering van de individuele acties de relevante stakeholders actief te betrekken. Afhankelijk van de inhoud en het karakter van de actie kan worden gekozen voor verschillende vormen van betrokkenheid, gaande van gerichte raadpleging en participatie tot co-creatie. De keuze van de meest geschikte aanpak gebeurt per actie en is afgestemd op de doelstellingen, de betrokken actoren en de fase van de uitvoering.

Actiedomeinen van het Kankerplan



Organisatie van kankerzorg

De organisatie van kankerzorg in België heeft de voorbije decennia een **belangrijke evolutie** doorgemaakt, met verbeteringen op het vlak van kwaliteit, toegankelijkheid en multidisciplinaire samenwerking. De invoering van oncologische zorgprogramma's,⁷⁶ de reglementaire verankering van het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC)⁷⁷ en de implementatie van de acties van het Kankerplan uit 2008⁷⁸ hebben bijgedragen tot een betere structurering van de zorg en een ruimere toegang tot innovatieve diagnostiek en behandelingen. Tegelijkertijd tonen kwaliteitsindicatoren en internationale vergelijkingen aan dat België op nationale schaal in vele domeinen goed presteert.⁷⁹

Multidisciplinaire en transmurale zorg, gericht op de patiënt

Niettemin staat de organisatie van de kankerzorg al enige tijd onder toenemende druk door een combinatie van structurele en epidemiologische evoluties. De stijgende incidentie van kanker, de vergrijzing van de bevolking en de groeiende groep van mensen die kanker hebben gehad en langdurige zorgnoden ondervinden, maken dat de vraag naar oncologische zorg blijft toenemen. Parallel hiermee zorgen snelle ontwikkelingen in diagnostiek en behandeling, zoals precisiegeneeskunde en nieuwe therapeutische opties, voor een toenemende complexiteit van zorgtrajecten. Ook ondersteunende en palliatieve zorg moeten tijdig en kwalitatief geïntegreerd worden in de **multidisciplinaire aanpak**. Tegelijkertijd is er een beweging naar meer transmurale zorg. Dit legt bloot dat de huidige organisatie van de kankerzorg, die vaak als gefragmenteerd en versnipperd wordt ervaren, niet altijd voldoende afgestemd is op deze evoluties. Daarbij blijft het belangrijk dat de zorg **gericht is op de patiënt**. De ondersteuning van patiënten doorheen hun zorgtraject, onder meer via trajectbegeleiding, is vandaag heterogeen georganiseerd en onvoldoende in kaart gebracht. Een belangrijke uitdaging blijft de nood aan een beter **gecoördineerd en geïntegreerd** zorglandschap, met duidelijke rollen en verantwoordelijkheden voor de verschillende zorgactoren en zorgniveaus.

Een specifiek voorbeeld waar de organisatie van kankerzorg vergevorderd is, is borstkanker. Uit het KCE-onderzoek naar **borstkankerzorg**⁸⁰, gepubliceerd in 2023, bleek dat de kwaliteit en expertise in de borstkankerbehandeling in België goed zijn en dat we boven het Europees gemiddelde scoren. Het onderzoek bracht echter ook aan het licht dat vrouwen die in niet-erkende borstklinieken worden behandeld, een 30% hoger risico lopen om aan borstkanker te overlijden dan vrouwen die in erkende borstklinieken worden behandeld. Naar aanleiding van dit onderzoek werd een actieplan ontwikkeld met diverse maatregelen die de aanbevelingen van het KCE opvolgen. De vergoeding voor bepaalde stadia van borstkankerbehandeling buiten erkende borstklinieken werd stopgezet. Sinds 1 augustus 2024 komen alleen ziekenhuizen met een erkende borstkliniek in aanmerking voor financiering van chirurgische ingrepen voor de behandeling van borstkanker. Vanaf 1 januari 2027 zullen alle chirurgische ingrepen (borstsparende chirurgie, mastectomie, lymfeklierchirurgie, reconstructieve chirurgie) uitsluitend worden terugbetaald indien uitgevoerd in een coördinerende borstkliniek. Dit soort hervormingen kost tijd, maar ze zijn in gang gezet en ze worden nauwlettend opgevolgd.

⁷⁶ 21 MAART 2003. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend

⁷⁷ Multidisciplinaire oncologisch consult (MOC). RIZIV. Raadpleegbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/palliatieve-zorg/multidisciplinair-oncologisch-consult>

⁷⁸ Evaluatie van maatregelen genomen in de strijd tegen kanker (2016). Voor een duurzaam kankerbeleid. Sciensano Kankercentrum. Raadpleegbaar via: https://www.sciensano.be/sites/default/files/doc29b_kankerplan_evaluatie_van_maatregelen_2016_sciensano_nl.pdf

⁷⁹ OECD/European Commission (2025), EU-landenprofiel voor kanker: België 2025, EU-landprofielen over kanker, OECD

Publishing, Parijs, <https://doi.org/10.1787/5c4dfa17-nl> <https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/country-cancer-profiles-2025>

⁸⁰ Leroy R, De Gendt C, Bourgeois J, Verbeeck J, Savoye I, Silversmit G, et al. Borstkankerzorg in centra met en zonder erkenning voor borstkanker – Is er een verschil?. Health Services Research (HSR). Brussels. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2023. KCE Reports 365A. DOI : 10.57598/R365AS.



Uniforme Goede Klinische Praktijk

Daarnaast is er nood aan verdere **standaardisering en ondersteuning van klinische besluitvorming**. Praktijkrichtlijnen zijn beschikbaar via diverse nationale en internationale organisaties, maar het ontbreken van een centraal en toegankelijk overzicht bemoeilijkt een uniforme implementatie in de klinische praktijk. Ook de organisatie van het **multidisciplinair oncologisch consult**, nochtans een hoeksteen van kwaliteitsvolle kankerzorg, kent vandaag een grote variabiliteit tussen ziekenhuizen en staat onder druk door de toenemende complexiteit en het stijgend aantal dossiers.

Belangrijk is ook de **ontsluiting van kwaliteitsinformatie**. Patiënten hebben recht om te weten waar ze de best mogelijke behandeling krijgen, en de overheid zou veel meer informatie kunnen delen. Het recent opgerichte Interfederaal Platform voor Kwaliteit van de Zorg kan, samen met het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) en het Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS) in Brussel/Wallonië, hiervoor een hefboom vormen. Daar waar vandaag enkel informatie te vinden is over kwaliteit van zorg betreffende borst-, long- en rectumkanker in Vlaanderen, kan een uitbreiding zowel nationaal als naar meerdere frequente kankertypes zoals colonkanker, prostaatkanker, huidkanker en leukemie een veelvoud aan patiënten toelaten een geïnformeerde keuze te maken en bovendien zorginstellingen ondersteunen in continue kwaliteitsverbetering.

Actiedomein organisatie van kankerzorg: de acties

Tegen deze achtergrond willen de vier voorgestelde acties een antwoord bieden op de geïdentificeerde noden. Ze zijn gericht op het versterken van de samenhang, kwaliteit en toekomstbestendigheid van onze kankerzorg, door in te zetten op een geïntegreerd zorgmodel, evidence-based praktijkvoering, verbeterde zorgcoördinatie en efficiëntere multidisciplinaire besluitvorming.

[Actie 1:](#) Actualisering van het zorgmodel voor (hemato-)oncologie

[Actie 2:](#) Centraal beschikbaar stellen van richtlijnen in kankerzorg

[Actie 3:](#) Analyse naar trajectbegeleiders voor kanker binnen de ziekenhuizen

[Actie 4:](#) Hervorming van het multidisciplinair oncologisch consult



Actie 1: Actualisering van het zorgmodel voor (hemato-)oncologie

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Optimale organisatie van kankerzorg

De organisatie en financiering van de oncologische zorg in België kent een decennialange geschiedenis, waarbij er doorheen de jaren diverse lagen en structuren werden toegevoegd waardoor het systeem ervaren wordt als **complex, versnipperd en financieel gestuurd**. Met de herziening van de financiering van de ziekenhuizen en de daaruit voortvloeiende Wet op de ziekenhuizen van 2002 werd voorzien in de basis voor de oncologische zorgprogramma's die in 2003 werden ingevoerd. Deze zorgprogramma's zijn ziekenhuisgeïntegreerd en betrekken de eerste lijn niet of slechts beperkt.

Evoluties in diagnostiek en behandelingsmogelijkheden, de toenemende digitalisering, kortere ziekenhuisopnames en de uitbreiding van thuishospitalisatie, maar ook de vergrijzende populatie met groei van het aandeel oudere patiënten met kanker, maken dat de **huidige modellen niet langer volledig aansluiten bij de noden van patiënten en zorgverleners**. Daarnaast veranderen ook de verwachtingen van patiënten met en/of na een kankerdiagnose, terwijl de rol van de eerstelijnszorg en transmurale samenwerking steeds belangrijker wordt. De vooral verticale ontwikkeling binnen de oncologische zorg in de voorbije decennia maakt meer en meer plaats voor horizontale verbreding en transmurale zorg waarbij de eerste lijn steeds meer betrokken wordt.

Dit vraagt om een grondige herziening van de huidige modellen zodat de regelgeving afgestemd wordt op deze evoluties en alzo evolueert naar een meer multidisciplinaire, brede en geïntegreerde aanpak van de behandeling en opvolging van de oncologische patiënt, waarbij alle zorgaspecten meegenomen worden. In elke fase van het zorgtraject – van alarmering en diagnosemededeling tot behandelingskeuze en –planning, behandeling zelf, nazorg en palliatieve zorg – bestaan er **aandachtspunten op het vlak van coördinatie, communicatie, ondersteuning en continuïteit van zorg**. Kwalitatieve zorg omvat immers meer dan kwaliteitsvolle medische (be)handelingen alleen. Ook trajectcoördinatie, psychosociale en administratieve ondersteuning, begeleiding naar een meer gezonde levensstijl (inclusief voedingsadviezen, prehabilitatie en revalidatie), vroegtijdige integratie van palliatieve zorg en goede transmurale communicatie zijn essentieel. Daarnaast moet voldoende aandacht gaan naar belangrijke overgangsfasen tussen leeftijdsspecifieke zorgtrajecten, waaronder kinderoncologie, AYA-zorg, volwassenzorg en geriatrische oncologie.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

Met deze actie willen we het zorgmodel voor (hemato-)oncologie actualiseren zodat de kwaliteit, samenhang en continuïteit van zorg versterkt doorheen het volledige oncologische traject. Bij de actualisering van het zorgmodel wordt rekening gehouden met de toenemende groep oudere mensen met kanker en met de specifieke noden van mensen met multimorbiditeit of een verhoogde kwetsbaarheid wat betreft hun zorg. Het model moet een **gestructureerd en toekomstgericht** kader bieden waarin iedere patiënt met een kankerdiagnose **zorg op maat** kan krijgen, ondersteund door **gestandaardiseerde processen** en duidelijke **trajectcoördinatie**.

Het model moet tegelijk een vlotte **overgang** verzekeren **tussen zorg binnen en buiten het ziekenhuis**. Daarbij gaat de aandacht zowel naar de netwerkvorming en samenwerking tussen ziekenhuizen rondom de zorg van patiënten, alsook naar transmurale en organisatie-overstijgende zorgpaden en dus organisatie en samenwerking met de eerste lijn. Het organisatie- en financieringsmodel moet afgestemd worden op deze geïntegreerde en transmurale benadering. Op die manier moet deze actie bijdragen aan een meer samenhangende, efficiënte, toegankelijke en patiëntgerichte oncologische zorg in België.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

Om deze doelstelling te bereiken, zullen volgende stappen worden ondernomen:

- Een uitgebreide **evaluatie van de noden** van patiënten, naasten, mantelzorgers en zorgverleners doorheen de verschillende fasen van het oncologisch zorgtraject. Dit gebeurt via interactieve workshops en multidisciplinaire werkgroepen.



Actiedomein: Organisatie van kankerzorg

- Een analyse van de bestaande regelgeving, zowel op vlak van organisatie als van financiering, van de oncologische zorg, met **identificatie van hiaten en knelpunten** in de verschillende fasen van het zorgmodel. Deze analyse wordt gestuurd door de geïdentificeerde noden uit de vorige stap.
- Het **actualiseren van de regelgeving** (zowel organisatie- als financieringsmodel) om de vastgestelde hiaten aan te pakken.

Deze actie vormt een belangrijk ijkpunt in het plan en is gelinkt met andere werkzaamheden binnen het gezondheidsbeleid en verschillende andere acties van het plan:

- Werkzaamheden rond vroegtijdige zorgplanning, palliatief forfait en toekomstig palliatief zorgtraject
- Huidige interfederale werkzaamheden rond geïntegreerde zorg
- Actie 3 (trajectbegeleiders binnen ziekenhuizen), actie 4 (hervorming MOC), actie 6 (informatie voor patiënten), actie 29 (multidisciplinaire survivorship aanpak), actie 30 (inbreng patiëntenperspectief), actie 31 (terug naar een actief leven), actie 33 (CareSet "Oncologie")

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

RIZIV

Timing

Gestart december 2025, loopt vermoedelijk na deze legislatuur nog door

Actie 2: Centraal beschikbaar stellen van richtlijnen in kankerzorg

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Doelmatigheid (huidige middelen)

Praktijkrichtlijnen zijn essentieel om zorgverstrekkers toe te laten klinische beslissingen te baseren op de meest actuele wetenschappelijke evidentie. Ze dragen bij tot een uniforme en kwaliteitsvolle aanpak tussen zorgverstrekkers, instellingen en regio's. Vandaag worden praktijkrichtlijnen voor kankerzorg ontwikkeld en gepubliceerd door verschillende nationale en internationale wetenschappelijke instituten en beroepsorganisaties (zoals KCE, BeBo, BSMO, BHS, BHSP, ESMO, NCCN...). Hierdoor zijn richtlijnen vaak versnipperd beschikbaar, moeilijk overzichtelijk terug te vinden en niet altijd aangepast aan de Belgische context.

Dit bemoeilijkt een uniforme implementatie van evidence-based aanbevelingen in de praktijk en kan leiden tot variatie in zorgverlening. Bovendien ontbreekt vandaag een centraal overzicht van erkende en actuele richtlijnen voor kankerzorg in België, inclusief richtlijnen voor ondersteunende zorg, nazorg en specifieke doelgroepen of situaties.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

Met deze actie willen we zorgen voor een centraal overzicht en een centrale terbeschikkingstelling van erkende, kwaliteitsvolle en up-to-date praktijkrichtlijnen voor kankerzorg in België. Door deze richtlijnen centraal, geïntegreerd en eenvoudig raadpleegbaar aan te bieden via het [KCE Practice platform](#), willen we **uniform en evidence-based handelen bevorderen en de implementatie van nieuwe aanbevelingen faciliteren**.

De actie richt zich niet alleen op klinische diagnostische en therapeutische richtlijnen, maar ook op multidisciplinaire richtlijnen voor ondersteunende zorg, nazorg, en kankerzorg in specifieke situaties of doelgroepen. Daarbij wordt maximaal gebruik gemaakt van bestaande kwaliteitsvolle nationale en internationale richtlijnen, die waar nodig aangepast worden naar de Belgische context. Bij de uitrol van deze actie zal onderzocht worden hoe het proces dat opgestart is binnen het Kankercentrum van Sciensano kan worden geïntegreerd in de Evidence Based Practice



Actiedomein: Organisatie van kankerzorg

activiteiten van het KCE (KCE Practice) zodat er een alignering is wat betreft strategische inzichten, stakeholder betrokkenheid, evidence productie en implementatie.

Het beoogde resultaat is een duurzaam systeem van centraal beschikbare en continu geactualiseerde richtlijnen, dat bijdraagt aan **professionele standaardisatie, kwaliteitsverbetering en een meer consistente kankerzorg in België**.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

Om deze doelstellingen te realiseren, worden volgende stappen voorzien:

- Uitvoeren van een benchmark van bestaande nationale en internationale richtlijnen voor kankerzorg om kwaliteitsvolle en voor België relevante richtlijnen te identificeren.
- Kwaliteitsbeoordeling
- Prioriteren van de richtlijnen die opgenomen zullen worden op het centraal platform, evenals van richtlijnen die bijkomende vertaling of aanpassing naar de Belgische context nodig hebben. Dit gebeurt in samenwerking met het werkveld.
- Contextualiseren van geselecteerde richtlijnen op basis van een gevalideerde methodologie of algoritme, rekening houdend met de Belgische zorgcontext en regelgeving.
- Organiseren van wetenschappelijke en methodologische validatie van de richtlijnen.
- Centraal ter beschikking stellen van de gevalideerde richtlijnen via het KCE Practice portaal.
- Voorzien van continue actualisatie van de richtlijnen volgens het principe van “living guidelines”, zodat nieuwe wetenschappelijke evidentie snel geïntegreerd kan worden.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

KCE

Timing

Platform en ontwikkeling van een gezamenlijke prioriteringsprocedure: 2027. De overige stappen zijn continu.

Actie 3: Analyse naar trajectbegeleiders voor kanker binnen de ziekenhuizen

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Optimale organisatie van kankerzorg

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

Binnen de oncologische zorg voorziet de ziekenhuisfinanciering middelen voor bijkomend personeel binnen de oncologische zorgprogramma's, zoals verpleegkundigen, sociaal assistenten, psychologen en datamanagers. In verschillende ziekenhuizen wordt deze financiering vandaag gebruikt om functies zoals oncocoaches, trajectbegeleiders, of gelijkaardige rollen te organiseren. Deze zorgverleners fungeren als aanspreekpunt voor patiënten en hun naasten en bieden ondersteuning gedurende het volledige zorgtraject, van diagnose en behandeling tot nazorg en palliatieve begeleiding.

Vandaag bestaat er echter geen volledig zicht op hoe deze rol concreet wordt ingevuld, hoe de zorgcoördinatie georganiseerd is in Belgische ziekenhuizen, welke opdrachten effectief worden opgenomen en in welke mate patiënten toegang hebben tot dergelijke ondersteuning. Er lijken bovendien belangrijke verschillen te bestaan tussen ziekenhuizen in de organisatie van oncologische zorgcoördinatie. Het is momenteel onvoldoende duidelijk in welke mate deze verschillen samenhangen met verschillen in kwaliteit van zorg, patiëntentevredenheid, continuïteit van zorg, toegankelijkheid, multidisciplinaire samenwerking of psychosociale ondersteuning.



Actiedomein: Organisatie van kankerzorg

Deze variatie kan leiden tot ongelijkheid in ondersteuning en begeleiding voor mensen met een kankerdiagnose. Daarom is er nood aan een beter inzicht in de huidige organisatie van oncologische zorgcoördinatie en aan een evaluatie van welke elementen essentieel zijn voor kwaliteitsvolle en patiëntgerichte zorg.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

Met deze actie willen we een systematisch overzicht verkrijgen van de huidige organisatie van oncologische zorgcoördinatie in Belgische ziekenhuizen. Daarbij willen we nagaan welke vormen van trajectbegeleiding vandaag bestaan, hoe deze georganiseerd zijn en welke taken en verantwoordelijkheden worden opgenomen.

Daarnaast willen we onderzoeken in welke mate verschillen in de organisatie van zorgcoördinatie samenhangen met de kwaliteit en ervaring van zorg. Op basis van deze analyse willen we aanbevelingen formuleren voor een meer geharmoniseerde taakomschrijving en rolafbakening van de trajectbegeleider.

Het doel is niet noodzakelijk om één uniform model op te leggen aan alle ziekenhuizen, maar wel om na te gaan welke minimale kwaliteitscriteria, basisopdrachten en randvoorwaarden essentieel zijn voor goede oncologische trajectbegeleiding. Daarbij moet voldoende rekening worden gehouden met verschillen tussen ziekenhuizen inzake grootte, patiëntenpopulatie, beschikbare middelen en bestaande zorgmodellen.

Deze actie moet bijdragen tot meer duidelijkheid over de rol van trajectbegeleiding binnen de oncologische zorg en tot een meer consistente, toegankelijke en patiëntgerichte ondersteuning van mensen met een kankerdiagnose en hun naasten.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

Om deze doelstellingen te realiseren, worden volgende stappen voorzien:

- Uitvoeren van een systematische analyse van de huidige organisatie van oncologische zorgcoördinatie in Belgische ziekenhuizen, inclusief functies zoals oncocoaches, trajectbegeleiders, verpleegkundig specialisten en andere vormen van coördinatie en ondersteuning. Een aanvraag voor een studie door het KCE is hiervoor ingediend.
- In kaart brengen van de concrete invulling van deze functies, waaronder taken, verantwoordelijkheden, positionering binnen het zorgteam, toegankelijkheid voor patiënten en samenwerking met andere zorgverleners. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan doorverwijzing naar extramurale diensten voor maatschappelijke en professionele re-integratie tijdens en na de behandeling, evenals aan de toenemende complexiteit van zorg, onder meer bij oudere mensen met multimorbiditeit en andere bijkomende zorgnoden.
- Onderzoeken in welke mate verschillen in organisatie van zorgcoördinatie samenhangen met verschillen in kwaliteit van zorg, patiëntentevredenheid, continuïteit van zorg, psychosociale ondersteuning, multidisciplinaire samenwerking en toegankelijkheid van zorg.
- Identificeren van goede praktijken, essentiële elementen en mogelijke knelpunten binnen bestaande modellen van oncologische zorgcoördinatie.
- Formuleren van aanbevelingen voor een meer geharmoniseerde organisatie van oncologische zorgcoördinatie, met aandacht voor minimale kwaliteitscriteria, basisopdrachten, competenties en randvoorwaarden. Hierbij zal rekening gehouden worden met de haalbaarheid en praktische implementeerbaarheid, o.a. wat betreft de diversiteit tussen ziekenhuizen en zorgmodellen
- Vertalen van de geformuleerde aanbevelingen, waar aangewezen en na overleg met de betrokken stakeholders, naar concrete implementatiemaatregelen met aandacht voor gefaseerde invoering, haalbaarheid en evaluatie.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

FOD Volksgezondheid



Timing

Deze legislatuur, loopt verder in volgende legislatuur

Actie 4: Hervorming van het multidisciplinair oncologisch consult

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Optimale organisatie van kankerzorg

Het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) vormt een cruciaal onderdeel van kwalitatieve kankerzorg. Op het MOC worden kankerdiagnoses en behandelplannen besproken door zorgverleners van verschillende disciplines, met als doel de meest kwalitatieve zorg voor de patiënt te garanderen.

De organisatie van het MOC staat vandaag echter onder toenemende druk. De vergrijzing en de stijgende kankerincidentie leiden tot een almaar groter aantal nieuwe diagnoses die op een MOC besproken worden. Tegelijkertijd zorgen evolutie en innovatie in kankerdiagnostiek en kankerbehandeling ervoor dat meer specifieke expertise op het MOC noodzakelijk kan zijn, in het bijzonder voor complexe en/of zeldzame kankerdiagnoses. Ook voor goedaardige of borderline tumoren die multidisciplinaire oncologische behandeling vragen is het MOC cruciaal voor een kwalitatieve zorg. Dergelijke gezamenlijke besluitvorming vraagt een bredere betrokkenheid van disciplines bij zowel de voorbereiding als de organisatie van het MOC.

Er bestaat vandaag een grote heterogeniteit tussen Belgische ziekenhuizen in de praktische organisatie, werking en efficiëntie van het MOC. Overigens is het MOC nauw verbonden met de ziekenhuisfinanciering van oncologische zorgprogramma's, waarbij het MOC-volume vandaag een belangrijke parameter vormt voor de activiteitsgraad. Dit systeem stemt niet noodzakelijk overeen met de werkelijke zorgcomplexiteit of activiteitsgraad en kan aanleiding geven tot inefficiënt gebruik van middelen. Daarom is er nood aan een grondige herziening van zowel de organisatie als de financiering van het MOC.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

Met deze actie willen we de organisatie, de efficiëntie en de financiering van het MOC herbekijken om tot een meer efficiënt, kwaliteitsvol en doelmatig model voor multidisciplinaire oncologische besluitvorming te komen.

We herwerken de organisatie van het MOC, waarbij rekening wordt gehouden met de graad van complexiteit van kankerzorg, de nood aan specifieke expertise en het belang van patiëntgerichte en multidisciplinaire samenwerking. Eveneens wordt daarbij nagegaan in welke mate alternatieve organisatie modellen, inclusief samenwerking op supraregionaal niveau, kunnen bijdragen aan een betere inzet van expertise en middelen.

Daarnaast willen we evolueren naar een financieringssysteem dat beter aansluit bij de reële activiteitsgraad en de reële zorgnoden binnen oncologische zorgprogramma's, en dat minder afhankelijk is van het aantal geregistreerde MOC's.

Het uiteindelijke doel is een efficiënter, kwalitatief sterker en meer uniform georganiseerd systeem van multidisciplinaire oncologische besluitvorming, met een meer doelmatige inzet van middelen en expertise.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

Om deze doelstellingen te realiseren, worden volgende stappen voorzien:

- Uitvoeren van een analyse van de huidige organisatie van het MOC in Belgische ziekenhuizen, met identificatie van sterke punten, knelpunten en verschillen in werking en efficiëntie.
- Evalueren van de huidige samenstelling, werking en multidisciplinaire betrokkenheid binnen het MOC, met bijzondere aandacht voor complexe en zeldzame kankerdiagnoses en patiëntgerichte besluitvorming.
- Verkennen van bruikbare elementen uit alternatieve organisatie modellen voor het MOC, inclusief mogelijkheden voor (supra-)regionale samenwerking en concentratie van expertise waar relevant.



Actiedomein: Organisatie van kankerzorg

- Uitvoeren van een analyse van de huidige financiering van het MOC en de link met de financiering van oncologische zorgprogramma's.
- Ontwikkelen van een objectief meetinstrument voor de activiteitsgraad binnen oncologische zorgprogramma's, als alternatief voor het huidige systeem gebaseerd op het MOC-volume.
- Onderzoeken hoe de link tussen het aantal MOC's en ziekenhuisfinanciering kan worden aangepast of weggewerkt om te komen tot een meer doelmatige en kwaliteitsgerichte financiering van oncologische zorg.

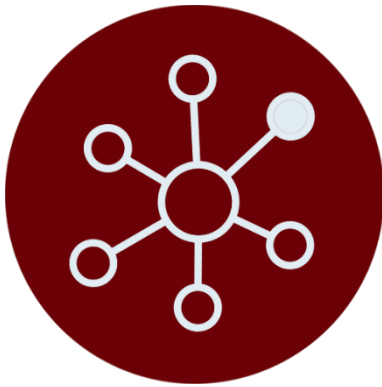
Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie *in samenwerking met andere instanties*

RIZIV

Timing

Start september 2026 – einde Q3 2027

Zeldzame en complexe kankers



Zeldzame⁸¹ en complexe kankers vormen een aanzienlijke en complexe uitdaging binnen de oncologische zorg.⁸² Ondanks hun lage individuele frequentie vertegenwoordigen zeldzame kankers samen ongeveer 20% van alle kankerdiagnoses. Het gaat onder meer om hematologische maligniteiten, sarcomen, tumoren van het centrale zenuwstelsel (CZS) en kankers bij kinderen en adolescenten.⁸³ De snelle evolutie van de precisiegeneeskunde zorgt er bovendien voor dat ook frequente kankers steeds vaker worden onderverdeeld in kleine, moleculair gedefinieerde subgroepen, waardoor de problematiek van zeldzame kankers verder toeneemt en structureel deel uitmaakt van de toekomst van de oncologie. Daardoor vervaagt de grens tussen klassiek zeldzame kankers en complexe oncologische zorg, wat het belang onderstreept van een

geïntegreerde benadering van zeldzame én complexe kankers.

Noot: Kanker bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen is van nature zeldzaam en is het onderwerp van een specifiek actiedomein waar gefocust wordt op de problematiek die verband houdt met de specifieke leeftijdsgroep. In het actiedomein dat hier behandeld wordt, wordt gefocust op problematiek die voortkomt uit de zeldzaamheid en de complexiteit.

Zeldzame kankers delen veel van de moeilijkheden die we zien bij zeldzame ziekten: beperkte klinische expertise, gefragmenteerde zorgtrajecten en uitdagingen bij het genereren van robuust klinisch bewijs vanwege de kleine patiëntenpopulaties. Ze verschillen echter in belangrijke organisatorische aspecten. In tegenstelling tot zeldzame ziekten – die vaak genetisch, chronisch en zeer specifiek zijn – behoren zeldzame kankers tot het bredere oncologische landschap. De zorg voor zeldzame kankers kan en moet worden geïntegreerd in de bestaande kankerzorgstructuren, waarbij ze profiteren van gevestigde kankerregisters en -infrastructuren, die ze toegankelijker maken voor gecoördineerde zorg en onderzoek via kankerspecifieke netwerken. Om deze redenen vallen zeldzame kankersoorten onder het Belgisch Kankerplan, en niet onder het Plan voor Zeldzame Ziekten. Desalniettemin werken de Belgische federale overheden parallel aan beide plannen: het Kankerplan en het [Plan voor Zeldzame Ziekten 2026-2030](#). Dit laatste plan richt zich op het verbeteren van de zorg en de levenskwaliteit van mensen met zeldzame ziekten door middel van acties op zes gebieden, waaronder expertisorganisatie, geïntegreerde zorg, datagebruik, toegang tot behandeling, beroepsopleiding en publieke bewustmaking.

De zorg voor zeldzame en complexe kankers organiseren - een evenwicht tussen expertise en nabijheid

Patiënten met zeldzame of complexe kankers moeten vaak worden doorverwezen naar expertisecentra om optimale zorg te ontvangen. Internationale ervaring en aanbevelingen van het KCE bevestigen dat gespecialiseerde multidisciplinaire team, voldoende behandelingsvolumes en nauwe samenwerking tussen centra essentieel zijn om kwalitatieve zorg te garanderen voor zeldzame en complexe kankers.^{84,85,86,87} België heeft de voorbije jaren stappen gezet in de concentratie van expertise voor bepaalde complexe oncologische zorg. De centralisatie van complexe

⁸¹ gedefinieerd als kwaadaardige tumoren met een incidentie van minder dan 6 gevallen per 100.000 mensen per jaar: [Definition of Rare Cancers | ESMO](#)

⁸² [Rare Cancer Agenda 2030 | ESMO](#)

⁸³ Gatta G, van der Zwan JM, Casali PG, et al. Rare cancers are not so rare: the rare cancer burden in Europe. *Eur J Cancer*. 2011;47(17):2493-2511.

⁸⁴ Stordeur S, Vrijens F, Leroy R. Reference centres for adults with rare and complex cancers - Policy recommendations to improve the organisation of care in Belgium. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2016;64(1):1-6.

⁸⁵ Stordeur, S. & Vrijens, France & Henau, Kris & Schillemans, Viki & Gendt, Cindy & Leroy, Roos. (2014). Organisation of care for adults with a rare or complex cancer..

⁸⁶ Gatta G, Botta L, Comber H, et al. The European study on centralisation of childhood cancer treatment. *Eur J Cancer*. 2019;115:120-127.

⁸⁷ Hillner BE, Smith TJ, Desch CE. Hospital and physician volume or specialization and outcomes in cancer treatment: importance in quality of cancer care. *J Clin Oncol*. 2000;18(11):2327-2340.



Actiedomein: Zeldzame en complexe kankers

chirurgie voor slokdarm⁸⁸- en pancreaskanker⁸⁹ toont aan dat bundeling van expertise kan leiden tot betere patiëntenuitkomsten.

Tegelijk brengt concentratie van expertise ook belangrijke uitdagingen met zich mee en blijft de afstemming tussen gespecialiseerde centra en algemene ziekenhuizen een aandachtspunt.⁹⁰ Zonder heldere verwijstrajecten en structurele samenwerking bestaat het risico op ongelijkheden in toegang tot zorg, inefficiënt gebruik van middelen en variaties in kwaliteit.^{91,92} Het is essentieel dat zorg, waar mogelijk, dicht bij de patiënt georganiseerd wordt, zonder echter afbreuk te doen aan de nood aan gespecialiseerde expertise. Patiënten en hun naasten worden vaak geconfronteerd met bijkomende logistieke, financiële en psychosociale belasting wanneer zorg zich enkel in een beperkt aantal centra bevindt. Daarom is er nood aan een goed gecoördineerd netwerkmodel, waarin gespecialiseerde referentiecentra samenwerken met regionale ziekenhuizen en eerstelijnszorgverleners, zodat expertise geconcentreerd kan worden waar nodig, terwijl zorg dicht bij de patiënt georganiseerd blijft waar mogelijk. Een betere zichtbaarheid van beschikbare expertise en duidelijke informatie over verwijsmogelijkheden, zowel voor zorgverleners als voor patiënten, zijn daarbij essentieel, inclusief toegang tot expertise buiten België wanneer die nationaal niet beschikbaar is.

Tijdige én correcte diagnose en toegang tot expertise en behandelingen

Patiënten met een zeldzame of complex te behandelen kanker worden vaak geconfronteerd met specifieke knelpunten in hun zorgtraject. Door de beperkte ervaring met bepaalde aandoeningen, de vaak aspecifieke symptomen en variaties in de toepassing van richtlijnen verloopt de diagnose niet zelden laattijdig, onnauwkeurig of via meerdere doorverwijzingen. Een tijdige diagnose moet daarbij steeds gepaard gaan met de toegang tot de juiste expertise en diagnostische technologieën om ook de correctheid van de diagnose te garanderen.

Ook is de toegang tot gespecialiseerde expertise, effectieve behandelingen en klinische studies vaak beperkt. De kleine aantallen patiënten maken het bovendien moeilijk om voldoende klinische ervaring en wetenschappelijke evidentie op te bouwen, wat gevolgen heeft voor zowel de ontwikkeling van diagnostische tools, behandelingen als de organisatie van de zorg. Om het kritische aantal deelnemers te bereiken dat nodig is voor zinvol onderzoek, is internationale samenwerking essentieel.⁹³

Daarnaast blijven er belangrijke noden bestaan op het vlak van gezondheidsvaardigheden, toegang tot innovatieve therapieën en het gebruik van moleculaire diagnostiek. De informatie over zeldzame kankers is vaak versnipperd en moeilijk toegankelijk, zowel voor patiënten en hun naasten als voor zorgverleners. Patiënten en families hebben bovendien nood aan duidelijke begeleiding doorheen het volledige zorgtraject, aangepast aan de complexiteit en onzekerheid die vaak gepaard gaan met deze aandoeningen. Nieuwe diagnostische technologieën, zoals uitgebreide moleculaire profilering, multi-omics en next-generation sequencing, creëren bijkomende mogelijkheden voor gepersonaliseerde behandelingen, maar vereisen ook gespecialiseerde interpretatie en een uniforme toegang binnen het zorgsysteem.

In veel gevallen is off-label gebruik van bestaande geneesmiddelen de enige beschikbare therapeutische optie voor patiënten met zeldzame vormen van kanker. Reeds meer dan 10 jaar geleden ging het KCE na welke maatregelen ons land kan nemen om een verantwoord off-label gebruik beter te omkaderen, met de bescherming van de gezondheid

⁸⁸ Slokdarmchirurgie: terugbetaling in een gespecialiseerd centrum. RIZIV. Raadpleegbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/ziekenhuizen/verzorging-in-ziekenhuizen/slokdarmchirurgie-terugbetaling-in-een-gespecialiseerd-centrum>

⁸⁹ Pancreaschirurgie: terugbetaling in gespecialiseerde centra. RIZIV. Raadpleegbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/ziekenhuizen/verzorging-in-ziekenhuizen/pancreaschirurgie-terugbetaling-in-gespecialiseerde-centra>

⁹⁰ Tremblay D, Touati N, Roberge D, et al. Understanding cancer networks better to implement them more effectively: a mixed methods multi-case study. *Implement Sci.* 2016;11:39.

⁹¹ Frezza AM, Trama A, Blay JY, Casali PG. Networking in rare cancers: What was done, what's next. *Eur J Surg Oncol.* 2019;45(1):16-18.

⁹² Ray-Coquard I, Pujade Lauraine E, Le Cesne A, et al. Improving treatment results with reference centres for rare cancers: where do we stand?. *Eur J Cancer.* 2017;77:90-98.

⁹³ Casali PG, Bruzzi P, Bogaerts J, Blay JY; Rare Cancers Europe (RCE) Consensus Panel. Rare Cancers Europe (RCE) methodological recommendations for clinical studies in rare cancers: a European consensus position paper. *Ann Oncol.* 2015;26(2):300-306.



Actiedomein: Zeldzame en complexe kankers

van de Belgische patiënt en een efficiënt gezondheidszorgsysteem als belangrijkste doel.⁹⁴ De toegang tot off-label behandelingen voor patiënten met zeldzame kankers blijft vaak complex en ongelijk, zelfs met een vangnet zoals het [Bijzonder Solidariteitsfonds](#). Een adequaat kader voor toegang tot off-label behandelingen, in combinatie met voldoende bewijsvergaring, zou een rationele en noodzakelijke oplossing kunnen bieden bij gebrek aan een geautoriseerd alternatief.

Volledige, kwalitatieve en bruikbare gegevensregistratie

Een grote uitdaging op het gebied van zeldzame kankers is het gebrek aan uitgebreide, kwalitatieve en interoperabele klinisch gegevens om onderzoek, kwaliteitsmonitoring en beleidsontwikkeling optimaal te ondersteunen. Internationale samenwerking en gegevensuitwisseling, met inachtneming van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) van de EU, zijn cruciaal om voldoende kennis op te bouwen over deze aandoeningen en om de ontwikkeling van nieuwe behandelingen mogelijk te maken.

Voorals zeldzame kankersoorten spelen de Europese Referentienetwerken (ERN's) een cruciale rol bij het consolideren van bestaande en het ontwikkelen van nieuwe registers, met actieve bijdrage door patiëntenvertegenwoordigers. Aangezien de ERN's registers voor zeldzame ziekten ondersteunen en geen kankerspecifieke registers, is het de moeite waard om te onderzoeken hoe het [Centraal Register voor Zeldzame Ziekten](#) (CRRD) het [Belgisch Kankerregister](#) (BCR) zou kunnen aanvullen.

Actiedomein zeldzame en complexe kankers: de acties

Op de belangrijkste knelpunten willen we een antwoord bieden door in te zetten op een meer consistente organisatie van expertise, een betere en snellere doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg, versterking van gezondheidsvaardigheden, verbeterde toegang tot innovatieve diagnostiek en behandelingen, en een meer gecoördineerde interpretatie van complexe moleculaire gegevens. Samen moeten deze acties bijdragen tot een zorgmodel waarin expertise, innovatie, toegankelijkheid en patiëntgerichtheid op een evenwichtige manier worden gecombineerd.

[Actie 5:](#) Beleidskader en transparantie voor zeldzame en complexe kankerzorg

[Actie 6:](#) Versterken van betrouwbare informatie over zeldzame kankers voor patiënten en eerstelijnszorgverleners

[Actie 7:](#) Gepersonaliseerde diagnostiek en innovatieve behandelingen voor zeldzame en complexe kankers

[Actie 8:](#) Nationale Molecular Tumour Board voor complexe oncologische casussen

⁹⁴ Vannieuwenhuysen C, Slegers P, Neyt M, Hulstaert F, Stordeur S, Cleemput I, Vinck I. Towards a better managed off-label use of drugs. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 252. D/2015/10.273/



Actie 5: Beleidskader en transparantie voor zeldzame en complexe kankerzorg

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Optimale organisatie van kankerzorg

Geïnduceerd door het Kankerplan 2008 werden reeds in meerdere rapporten van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) modellen uitgewerkt voor de organisatie van zorg voor zeldzame en/of complex te behandelen kankers in België. De KCE-studie 219, "Organisatie van de zorg voor volwassenen met een zeldzame of complexe kanker" (2014), vormt hierbij een belangrijk referentiekader. In navolging van deze studie werden de eerste expertisebundelingen in de Belgische kankerzorg gerealiseerd, met de overeenkomsten voor complexe chirurgie van slokdarmkanker en van pancreaskanker als belangrijke mijlpaal in 2019. De evaluatie van de eerste looptijd van vijf jaar van deze overeenkomsten bevestigt de meerwaarde van de bundeling van deze expertise. Hoofd- en halskanker vormt sinds 2022 het onderwerp van een volgende centralisatie- overeenkomst, die in 2027 in voege zal treden.

Ondanks beschikbare evidentie en aanbevelingen verlopen trajecten naar concentratie van gespecialiseerde zorg moeizaam. Bovendien krijgen motieven naast de volume-uitkomstrelatie nog weinig plaats. Daardoor blijft de kankerzorg in België voor veel zeldzame en complexe diagnoses en/of behandelingen sterk verspreid georganiseerd, met blijvende verschillen in expertise, ervaring en zorgkwaliteit.

Kwaliteit van zorg is een breed begrip en kan zowel algemeen als per patiënt verschillend worden ingevuld. In grote lijnen moet kwaliteitsverbetering zich vertalen in betere overleving, hogere levenskwaliteit, verbeterde zorgprocessen, meer patiëntveiligheid en een doelmatige inzet van middelen. Concentratie van kankerzorg moet daarom aantoonbare meerwaarde bieden, en laat ook ruimte voor decentralisatie en nabijheid waar dit mogelijk is en het maatschappelijk draagvlak versterkt. Tegelijk blijkt uit de stem van de patiënt dat de meerderheid bereid is zich te verplaatsen naar referentiecentra voor een gespecialiseerd zorgaanbod.

Er zijn vijf beleidsmatige motieven om zorgonderdelen te concentreren. Allereerst de expertise- dan wel ervaringsafhankelijkheid van de kwalitatieve uitvoering van een behandeling, ten tweede de zeldzaamheid of heterogeniteit van de kankerdiagnose, een derde motief is de nood aan multidisciplinaire expertise bij het opstellen van het behandelplan, een vierde de technologische of infrastructurele complexiteit van sommige behandelingen, en een laatste motief voor concentratie is het garanderen van de toegang tot innovatie.

Daarnaast is meer transparantie nodig over de kwaliteit, uitkomsten en beschikbare expertise binnen de gespecialiseerde kankerzorg. Een systematische registratie en publieke rapportering van kwaliteits- en outcomegegevens van referentiecentra kan patiënten ondersteunen bij geïnformeerde zorgkeuzes en tegelijk kwaliteitsverbetering bij zorginstellingen stimuleren. Door daarnaast duidelijk zichtbaar te maken welke centra expertise hebben voor specifieke zeldzame kankers, kunnen zorgverleners en patiënten sneller en gericht de weg vinden naar gespecialiseerde zorg.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

Met deze actie willen we komen tot een consistente, kwaliteitsvolle en doelmatige organisatie van zorg voor zeldzame en complexe kankers in België. Dit houdt een basisakkoord in over welke onderdelen van kankerzorg best gecentraliseerd worden en welke zorg dicht bij de patiënt georganiseerd kan blijven. Het uitgangspunt is niet om alle kankerzorg te centraliseren. De focus ligt evenmin op 'tumortypes' als doel op zich, maar op concentratie van zorgonderdelen wanneer dit noodzakelijk is voor een kwaliteitsvolle organisatie van kankerzorg.

De actie heeft als doel om:

- Vast te leggen welke onderdelen van kankerzorg best geconcentreerd worden en wat de mogelijke bouwstenen zijn om de zorg te concentreren;
- Een concrete gefaseerde beleidskalender op te stellen met een transparante selectie
- Beschikbare expertise voor zeldzame en complexe kankers per centrum zichtbaar te maken voor de zorgverlener en de maatschappij



Actiedomein: Zeldzame en complexe kankers

- Transparantie te creëren over de kwaliteit en uitkomsten van gespecialiseerde kankerzorg via systematische outcome-registratie en publieke rapportering. Het Interfederaal Platform voor Kwaliteit van de Zorg kan daar voor een hefboom zorgen.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

Welke stappen ondernemen we om de doelstelling te bereiken:

1. Eerste beleidskalender & referentiekader organisatie kankerzorg

Eerste beleidskalender gebaseerd op:

- Analyse van de vijf motieven voor concentratie van kankerzorg, toegepast op de Belgische setting, resulterend in een ranking volgens 'nood' aan concentratie van specifieke zorgonderdelen
- Analyse van de te verwachten impact van concentratie van een zorgonderdeel, toegepast op de Belgische setting, resulterend in een ranking volgens potentiële kwaliteitswinst
- Analyse van de strategische opportuniteit en de haalbaarheid van concrete dossiers, resulterend in een selectie van eerste dossiers om uit te werken

Resultierend in:

- Snel operationaliseerbare dossiers met complexe chirurgie-component:
- Gynaecologische oncologische chirurgie (ovarium/ tuba/ peritoneum/ endometrium/ vulva/ vagina) + HIPEC
- Sarcoma (bot/ weke delen/ GIST)
- Thoracale oncologische chirurgie (longkanker chirurgie met uitbreiding naar thymus en mesothelioma chirurgie)
- Bovenste gastro-intestinale chirurgie (slokdarm chirurgie uitbreiding naar maag chirurgie)
- Hepato-pancreatico-biliaire chirurgie (pancreas chirurgie uitbreiding naar lever/ galgang/ galblaas)
- Prioritaire dossiers met zeldzame/ heterogene/ situationeel complexe kankertypes:
 - Kanker tijdens zwangerschap
 - Neuro-endocriene tumoren
 - Gliomen en zeldzame hersentumoren
- Prioritaire transversale complexe hoogtechnologische kankerzorg:
 - Complexe radiotherapie (gynaecologische brachytherapie, genitale radiotherapie, total-body radiotherapie, hoofdhalsh radiotherapie)
 - Radioligand therapie
 - CAR-T en andere ATMP

De verschillende bouwstenen om een specifiek zorgonderdeel te concentreren worden aan de hand van de concrete dossiers op een gefaseerde wijze in de beleidskalender uitgewerkt en vastgelegd in een referentiekader met bijhorende regelgeving voor concentratie van kankerzorgonderdelen met een basisakkoord goedgekeurd door het Verzekeringscomité over welke kankerzorg gecentraliseerd dan wel gedecentraliseerd georganiseerd wordt:

- Expertdiagnostiek als bouwsteen
- Gecentraliseerd multidisciplinair oncologisch consult als bouwsteen
- Referentiecentrum voor complexe behandeling als bouwsteen
- Hoogtechnologische infrastructuur als bouwsteen
- Gedeelde zorg als bouwsteen

2. Transparantie expertise & resultaten

- Beschikbaar maken van duidelijke informatie voor zorgverleners en patiënten over de expertise per centrum voor zeldzame en complexe kankerzorg;
- Ontwikkelen en implementeren van een gestandaardiseerd systeem voor het gestructureerd registreren, valideren en publiek rapporteren van outcome-indicatoren (zoals mortaliteit, overleving, complicaties, heropnames) van referentiecentra:



Actiedomein: Zeldzame en complexe kankers

- In samenwerking met de referentiecentra, het Belgisch Kankerregister (voor gestructureerde dataverzameling en validatie), patiëntvertegenwoordigers, het RIZIV en het Interfederaal Platform voor Kwaliteit van de Zorg.
- Te starten met publieke rapportering per centrum binnen de bestaande overeenkomsten voor complexe chirurgie van pancreas- en slokdarmkanker, en de overeenkomst voor hoofd- en halskanker

3. Toegankelijkheid van de zorg

- Reiskosten van patiënten voor radiotherapie-, chemotherapie- en immunotherapiesessies worden vergoed door het RIZIV. Het RIZIV werkt momenteel aan de automatisering van deze vergoedingen en overweegt een evaluatie van deze maatregel.
- Innovaties die – waar mogelijk – de noodzaak beperken dat patiënten zich moeten verplaatsen, zoals zorg bij de patiënt thuis, blijven ondersteund worden.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie

in samenwerking met andere instanties

RIZIV

Timing

Start 2026, loopt na deze legislatuur verder door, met als eerstvolgende dossiers:

- Organisatie van complexe chirurgie inzake slokdarm- en pancreastumoren – streefdatum 31/12/2026
- Organisatie van zorg inzake
 - ovariumtumoren – streefdatum 30/06/2027
 - gynaecologische kankers (vulva/endometrium/vagina) in een tweede fase
- Organisatie van zorg inzake longkanker – streefdatum 30/06/2028
- Organisatie van zorg inzake sarcoma

Actie 6: Versterken van betrouwbare informatie over zeldzame kankers voor patiënten en eerstelijnszorgverleners

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

Patiënten met een zeldzame kanker en hun naasten worden vaak geconfronteerd met complexe, versnipperde of moeilijk toegankelijke informatie. Gezondheidsvaardigheden – het vermogen om gezondheidsinformatie te vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen om geïnformeerde beslissingen te nemen – zijn nochtans essentieel om patiënten actief te kunnen betrekken bij hun zorgtraject. Digitale gezondheidsvaardigheden worden daarbij steeds belangrijker, aangezien informatie, zorgnavigatie en ondersteuning steeds vaker via digitale kanalen verlopen.

Bij zeldzame kankers is dit extra uitdagend. Informatie is vaak beperkt beschikbaar, sterk gespecialiseerd of verspreid over verschillende bronnen. Hierdoor ervaren patiënten en mantelzorgers moeilijkheden bij het begrijpen van de aandoening, de behandelingsmogelijkheden, de organisatie van zorg en de toegang tot gespecialiseerde expertise. Ook praktische, psychosociale en levensstijlaspecten krijgen niet altijd voldoende aandacht.

Er is daarom nood aan duidelijke, betrouwbare en patiëntgerichte informatie over zeldzame kankers, ontwikkeld in samenwerking met patiëntenorganisaties, medische experts en zorgverleners. Daarbij is het belangrijk dat patiënten, mantelzorgers en eerstelijnszorgverleners niet alleen toegang hebben tot informatie over de aandoening zelf, maar ook tot informatie over beschikbare expertise, zorgstructuren en ondersteuningsmogelijkheden.



Actiedomein: Zeldzame en complexe kankers

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

Met deze actie willen we de gezondheidsvaardigheden van patiënten met een zeldzame kanker versterken door kwalitatieve, begrijpelijke en toegankelijke informatie beschikbaar te maken.

De actie heeft als doel om:

- Betrouwbare en patiëntvriendelijke informatie over zeldzame kankers te ontwikkelen, bundelen en verspreiden;
- Patiënten en mantelzorgers beter te ondersteunen bij het begrijpen van hun aandoening en zorgtraject;
- Patiënten, mantelzorgers en zorgverleners beter wegwijs te maken naar gespecialiseerde expertise en ondersteunende zorg;
- Patiënten en patiëntenvertegenwoordigers actief te betrekken bij de ontwikkeling en evaluatie van de informatie.

De informatie moet niet enkel medische aspecten behandelen, maar ook aandacht besteden aan praktische en psychosociale aspecten, zoals omgaan met een diagnose, leefstijlondersteuning, omgaan met een behandeling en bijwerkingen, levenskwaliteit, psychosociale begeleiding, lotgenotencontact en toegang tot patiëntenorganisaties.

Het uiteindelijke doel is om patiënten meer regie en ondersteuning te geven binnen hun zorgtraject en zo bij te dragen aan meer patiëntgerichte en toegankelijke zorg voor zeldzame kankers.

Deze actie vormt een complementair onderdeel van de acties rond de organisatie van zorg voor zeldzame en complexe kankers en de ondersteuning van snelle herkenning en doorverwijzing. Toegankelijke en patiëntgerichte informatie is essentieel om de patiënten en hun naasten actief te ondersteunen bij de toegang tot gespecialiseerde expertise en zorgtrajecten.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

Voor deze actie werken we samen met relevante patiëntenorganisatie(s) en verenigingen.

We ondernemen volgende stappen om de doelstelling te bereiken:

- Vergelijken van goede praktijken rond patiëntengeletterdheid en gezondheidsvaardigheden in het buitenland en consulteren van relevante Europese projecten en netwerken zoals EURACAN.
- Verzamelen en ontwikkelen van informatie in samenwerking met patiënten, mantelzorgers, patiëntenvertegenwoordigers, medische experts en zorgverleners.
- Ontwikkelen van duidelijke, actuele en patiëntvriendelijke informatiematerialen, met aandacht voor zowel medische als praktische en psychosociale aspecten van leven met kanker.
- Koppelen van de informatie aan bestaande platformen en afstemming met de acties rond zorgorganisatie en doorverwijzing bij zeldzame kankers (actie 6), zodat patiënten en zorgverleners niet alleen toegang hebben tot informatie over de aandoening, maar ook tot duidelijke wegwijzers naar gespecialiseerde zorg en ondersteuning.
- Voorzien van een systeem voor regelmatige actualisatie van de informatie.
- Beschikbaar maken van de informatie zijn voor patiënten, mantelzorgers, huisartsen en eerstelijnszorgverleners via bestaande platformen en geschikte communicatiekanalen.

Bij de ontwikkeling en verspreiding van informatie wordt rekening gehouden met digitale gezondheidsvaardigheden, toegankelijkheid van digitale informatiekanalen voor verschillende doelgroepen en factoren die kunnen leiden tot ongelijke toegang tot informatie, zoals socio-economische kwetsbaarheid, taalbarrières en laaggeletterdheid.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

FOD Volksgezondheid



Timing

Start deze legislatuur, loopt verder volgende legislatuur.

Actie 7: Gepersonaliseerde diagnostiek en innovatieve behandelingen voor zeldzame en complexe kankers

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Doelmatigheid (inzet van innovatie)

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

Patiënten met een zeldzame kanker hebben vaak moeilijker toegang tot innovatieve en gepersonaliseerde behandelingen dan patiënten met meer frequente kankers. Door het beperkte aantal patiënten is het vaak moeilijk om voldoende evidentie te verzamelen voor klassieke registratietrajecten en terugbetalingsprocedures. Hierdoor worden relevante behandelingen niet altijd opgenomen in de officieel vergunde indicaties van geneesmiddelen of in de reguliere terugbetalingsmechanismen.

Tegelijkertijd heeft de opkomst van gepersonaliseerde geneeskunde geleid tot nieuwe mogelijkheden om behandelingen af te stemmen op het moleculaire profiel van een tumor. Bij patiënten met gevorderde of therapieresistente zeldzame kankers kunnen moleculaire analyses varianten identificeren waarvoor een gerichte behandeling beschikbaar is, maar soms enkel buiten de officieel vergunde indicatie (off-label) of via programma's voor vroege toegang, zijnde programma's voor gebruik in schrijnende gevallen ("Compassionate Use Program" of "CUP"), medische noodprogramma's ("MNP") bij het FAGG en de vernieuwde programma's voor vroege of snelle toegang bij het RIZIV ([Early and Equitable Fast Access \(EEFA\) procedure](#)). Ook bij bepaalde complexe kankers kunnen gespecialiseerde diagnostiek en toegang tot innovatieve behandelingen een belangrijke meerwaarde hebben. De toegang tot de noodzakelijke moleculaire diagnostiek en tot dergelijke behandelingen is vandaag niet altijd uniform georganiseerd. De toenemende toepassing ervan creëert bovendien een groeiende nood aan gespecialiseerde expertise voor interpretatie van testresultaten en de selectie van geschikte behandelingen.

Door de beperkte aantallen patiënten is internationale samenwerking essentieel om voldoende klinische ervaring en wetenschappelijke evidentie op te bouwen. Dit geldt zowel voor de ontwikkeling van diagnostische strategieën als voor de evaluatie van innovatieve behandelingen. Daarnaast zijn bepaalde expertise, diagnostische testen, behandelingen of klinische studies enkel beschikbaar in andere Europese landen. De bestaande procedures voor grensoverschrijdende zorg zijn niet altijd afgestemd op de specifieke noden van patiënten met zeldzame kankers.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen de toegang van patiënten met een zeldzame of complexe kanker tot de meest geschikte diagnostiek, expertise en relevante behandelingen verder verbeteren, rekening houdend met de beschikbare wetenschappelijke evidentie en de bestaande wettelijke en budgettaire kaders.

Concreet streven we naar:

- Een betere toegang tot moleculaire diagnostiek wanneer dit klinisch relevant en doelmatig is;
- Een gestructureerde beoordeling van complexe behandelopties via de nationale Molecular Tumor Board (actie 10) en de Commissie Gepersonaliseerde Geneeskunde;
- De verdere ontwikkeling onderzoeken van een duurzaam kader voor toegang tot geselecteerde off-label behandelingen wanneer geen geautoriseerd therapeutisch alternatief beschikbaar is en wanneer voldoende wetenschappelijke evidentie of plausibiliteit aanwezig is, gekoppeld aan verdere bewijsvergaring, in lijn met de aanbevelingen van het KCE. Daarbij bouwen we voort op bestaande Belgische en internationale initiatieven die wetenschappelijke evidentie genereren (waaronder real world evidence), met als doel op langere termijn te evalueren onder welke voorwaarden een structurele verankering binnen het terugbetalingssysteem mogelijk en wenselijk is. Bewijsvergaring gebeurt maximaal via bestaande databronnen en bestaande registratiesystemen, waar mogelijk worden gegevens



Actiedomein: Zeldzame en complexe kankers

automatisch hergebruikt, zodat registratielast voor zorgverleners en ziekenhuizen zo veel mogelijk wordt vermeden.

- Een betere toegang tot relevante behandelingen en klinische studies in andere Europese landen wanneer deze niet beschikbaar zijn in België, waarbij we synergie nastreven met actie 24: een betere toegang tot betrouwbare opties vermindert de nood om op zoek te gaan naar alternatieven buiten ons zorgsysteem.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

Om deze doelstellingen te realiseren, worden de volgende stappen voorzien:

Verankeren van de rol van de nationale Molecular Tumor Board (zie actie 8) bij de interpretatie van moleculaire resultaten en de ondersteuning van behandelbeslissingen.

- Ondersteunen en verder ontwikkelen van bestaande Belgische initiatieven die klinische studies, gegevensverzameling en bewijsopbouw (incl. real world evidence) rond geselecteerde off-label behandelingen stimuleren, zodat de werkzaamheid, veiligheid en doelmatigheid beter kunnen worden onderbouwd.
- Op basis van de opgedane ervaring en beschikbare evidentie onderzoeken of en onder welke voorwaarden een duurzaam kader voor geselecteerde off-label behandelingen kan worden ontwikkeld, met aandacht voor wetenschappelijke onderbouwing, gepast gebruik, budgettaire duurzaamheid en een correcte inzet van de beschikbare middelen binnen het RIZIV.
- Opzetten van een systematische registratie en opvolging van resultaten van dergelijke behandelingen om kennisopbouw en toekomstige besluitvorming te ondersteunen; registratie wordt geïntegreerd in bestaande workflows en databanken met maximaal hergebruik van reeds beschikbare gegevens.
- Uitwerken van een inventaris van moleculair gerichte behandelingen en de beschikbare evidentie, beheerd door de Commissie Gepersonaliseerde Geneeskunde.
- Analyseren van de procedure voor de toekenning van de “S2 Standard of Care”-formulieren voor patiënten die deelnemen aan klinische studies, in het bijzonder academische pediatrie studies, in andere Europese lidstaten, en beoordelen of een aanpassing van de momenteel gehanteerde beoordelingscriteria noodzakelijk en wenselijk is.
- Afstemmen van de actie op relevante Europese initiatieven, waaronder de Joint Action Personalised Cancer Medicine (JAPCM), om maximaal gebruik te maken van bestaande expertise, methodologieën en samenwerkingsverbanden.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

Kankercentrum (Sciensano)

Timing

Start deze legislatuur (ondersteunen van initiatieven om evidentie te genereren); het onderzoeken of en onder welke voorwaarden een duurzaam kader binnen het RIZIV mogelijk en wenselijk is, volgt volgende legislatuur.

Actie 8: Nationale Molecular Tumour Board voor complexe oncologische casussen

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Doelmatigheid (huidige middelen)

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

De snelle ontwikkeling van biomergegestuurde behandelingen en geavanceerde moleculaire diagnostiek, zoals next-generation sequencing (NGS) en andere precisietesten, creëert nieuwe mogelijkheden voor gepersonaliseerde kankerszorg. Wanneer deze onderzoeken complexe moleculaire gegevens opleveren, vereist de interpretatie echter



Actiedomein: Zeldzame en complexe kankers

hooggespecialiseerde expertise die niet in elk ziekenhuis of labo beschikbaar is. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten met complexe, zeldzame of moeilijk te behandelen tumoren die buiten de standaardzorg vallen.

Er bestaat een risico op verschillen in interpretatie en behandeling tussen instellingen en een besluitvorming die afhankelijk is van de expertise van individuele zorgverleners of centra. Er is daarom nood aan een gestructureerd overleg dat complexe moleculaire data afkomstig van geavanceerde moleculaire diagnostiek vertaalt naar concrete en onderbouwde behandelingsadviezen.

Deze actie sluit nauw aan bij de vorige actie rond gepersonaliseerde diagnostiek en innovatieve behandelingen voor zeldzame kankers. De resultaten van uitgebreide moleculaire profilering moeten immers op een consistente en kwaliteitsvolle manier worden geïnterpreteerd om patiënten toegang te geven tot de meest geschikte behandeling.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We richten een gestructureerd nationaal overleg op tussen gespecialiseerde multidisciplinaire expertpanels, een nationaal Molecular Tumour Board (nMTB), dat complexe moleculaire data van kankerpatiënten analyseert en gepersonaliseerde behandelingsadviezen formuleert. Het nMTB moet de kloof overbruggen tussen geavanceerde diagnostiek en de klinische toepassing ervan, en dit met name voor patiënten met complexe, zeldzame, of moeilijke tumoren die buiten de standaardzorg vallen. Door expertise op nationale schaal samen te brengen, willen we komen tot meer uniforme besluitvorming, gebaseerd op kennisdeling en multidisciplinair overleg. Dit vermindert de afhankelijkheid van individuele zorgverleners of instellingen en draagt bij tot de verdere opbouw van expertise in precisie-oncologie.

Het uiteindelijke doel is de implementatie van biomerkergestuurde behandelingen in de klinische praktijk te ondersteunen en patiënten, in het bijzonder patiënten met complexe of (extreem) zeldzame kankers, toegang te geven tot kwalitatieve en consistente expertadviezen.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- Het bestaande initiatief rond het nMTB, opgebouwd binnen de Belgische projecten PRECISION, BALLET en GeNeo, consolideren en structureel verankeren, inclusief een reglementaire basis.
- Het nMTB aligneren met internationale aanbevelingen en voorzien van een stabiele organisatorische en financiële basis.
- Het overleg zal minstens bestaan uit medisch oncologen in de belangrijkste indicaties (longkanker, borstkanker, gastro-intestinaal stelsel, weke delen) of hematologen, pathologen, klinisch biologen, moleculair biologen, en kan aanvullende specialisten betrekken om specifieke gevallen te bespreken. Ook zijn er studietoecoördinator(en) aanwezig om de casussen op te volgen en als schakel te fungeren tussen de patiënten en de behandelend oncologen.
- Een secretariaat en coördinatiefunctie uitbouwen voor de organisatie van het nMTB, de voorbereiding van dossiers, de opvolging van casussen en de communicatie van aanbevelingen.
- Een standaardprocedure (SOP) ontwikkelen voor de selectie en triage van casussen die in het nMTB besproken worden, rekening houdende met de aanbevelingen en algoritmes van de Commissie Gepersonaliseerd Geneeskunde (ComPerMed).
- Een beveiligd platform voorzien voor de uitwisseling van moleculaire, pathologische en relevante klinische gegevens.
- Het nMTB op regelmatige basis complexe casussen laten bespreken ter ondersteuning van het Multidisciplinaire Oncologisch Consult (MOC), met focus op diagnostische, prognostische en predictieve vraagstukken die buiten de huidige standaarden vallen.
- De aanbevelingen van het nMTB en klinische opvolging systematisch registreren en opvolgen om expertiseopbouw en kennisdeling verder te versterken.

Deze actie ondersteunt rechtstreeks de acties rond gepersonaliseerde diagnostiek, uitgebreide genoomprofilering en innovatieve behandelingen voor patiënten met zeldzame en complexe kankers (acties 7 en 23) en is gelinkt met de actie rond uitgebreide moleculaire testing voor kinderen en jonge AYA's (actie 11).



Actiedomein: Zeldzame en complexe kankers

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie
in samenwerking met andere instanties

Kankercentrum (Sciensano)

Timing

Opzet van het nMTB: 2028

Kinderen en AYA's met kanker



Kinderen, adolescenten en jongvolwassenen (AYA's) met kanker vormen een specifieke patiëntengroep met eigen medische, psychosociale en ontwikkelingsgerichte noden. Hoewel kanker op jonge leeftijd relatief zeldzaam is, worden in België jaarlijks tussen een 300-tal kinderen (0-14 jaar) en een 1.600-tal adolescenten en jongvolwassenen (15-34 jaar) geconfronteerd met een kankerdiagnose.⁹⁵ Dankzij belangrijke vooruitgang in de oncologische zorg zijn de overlevingskansen de voorbije decennia sterk verbeterd en behoort België internationaal tot de landen met goede uitkomsten voor deze leeftijdsgroepen. Kinderen en adolescenten met kanker hebben tegenwoordig een relatief goede prognose.⁹⁶ Tegelijk brengt deze positieve evolutie nieuwe uitdagingen met zich mee op het vlak van organisatie van zorg, toegang tot diagnostiek en behandeling en langdurige opvolging.

Het waarborgen van hoogwaardige, leeftijdsadequate en continue zorg voor kinderen en AYA's met kanker

Kanker op jonge leeftijd heeft een impact die verder reikt dan de medische behandeling alleen en verschilt naargelang de ontwikkelingsfase van het kind, de adolescent of de jongvolwassene. Bij deze groep beïnvloedt de ziekte ook cruciale levensdomeinen zoals identiteit, psychosociale ontwikkeling, school- en studieloopbaan, werk, relaties, seksualiteit en vruchtbaarheid. De noden van deze patiënten verschillen daarom fundamenteel van die van oudere volwassenen met kanker en vereisen een leeftijdsspecifieke, multidisciplinaire en holistische aanpak. Internationale aanbevelingen benadrukken dan ook het belang van gespecialiseerde zorgmodellen die rekening houden met deze specifieke levensfase.⁹⁷ Aandachtspunten zijn onder meer de beperkte beschikbaarheid van gespecialiseerde thuiszorgondersteuning voor kinderen en AYA's met kanker en de nood aan meer transparantie over kwaliteit van zorg via leeftijdsspecifieke kwaliteitsindicatoren.

We hebben in België de voorbije jaren belangrijke stappen gezet in de organisatie van de zorg voor kinderen en AYA's met kanker. Specifieke vorming voor zorgverleners die in contact komen met kinderen of met AYA's worden aangeboden door het Cédric Hèle Instituut en het Centre de psycho-oncologie. Voor pediatrische oncologie bestaat er reeds een sterk samenwerkingsmodel tussen gespecialiseerde centra, ondersteund door de Belgian Society of Paediatric Haematology Oncology (BSPHO), met gezamenlijke klinische studies en nationale multidisciplinaire overlegstructuren. Er werd recent een initiatief genomen om de zorg voor kinderkanker sterker te concentreren, maar een verdere beperking van het aantal centra is tot op heden niet gerealiseerd. Ondanks de relatief goede prognose, blijft de noodzaak voor gespecialiseerde pediatrische palliatieve zorg hoog voor de groep bij wie de ziekte levensbeperkend of levensbedreigend is.⁹⁸ Ook voor AYA's werd in 2023 een nationaal zorgmodel ontwikkeld om beter tegemoet te komen aan hun specifieke noden, met aandacht voor leeftijdsgerichte begeleiding, psychosociale ondersteuning en fertiliteit. Deze overeenkomst werd echter in 2025 nietig verklaard door de Raad van State, omdat de inhoud ervan de bevoegdheid van het Verzekeringscomité op basis van artikel 56, §1 van de GVV-wet overschreed. De overgang tussen pediatrische, AYA- en volwassen oncologische zorg verloopt vandaag vaak onvoldoende gestructureerd. Hierdoor dreigen breuken in de continuïteit van zorg, psychosociale begeleiding en langdurige opvolging, zeker bij patiënten met complexe of langdurige zorgnoden.

⁹⁵ Cijfers van Stichting Belgisch Kankerregister, opgevraagd op 08/05/2026 via de tekenmodule beschikbaar op <https://kankerregister.org/nl/tekenmodule>

⁹⁶ OECD/European Commission (2025), EU-landenprofiel voor kanker: België 2025, EU-landprofielen over kanker, OECD Publishing, Parijs, <https://doi.org/10.1787/5c4dfa17-nl> <https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/country-cancer-profiles-2025>

⁹⁷ Vassal G, Fitzgerald E, Schrappe M, et al. Challenges for children and adolescents with cancer in Europe: the SIOP-Europe agenda. *Pediatr Blood Cancer*. 2014;61(9):1551-1557. doi:10.1002/pbc.25044

⁹⁸ Palliatieve zorg voor kinderen in België. Een situatieschets om prioriteiten te bepalen. Koning Boudewijnstichting. 2025. Beschikbaar via: <https://kbs-frb.be/nl/pediatriesch-palliatieve-zorg-een-situatieschets>



Toegang tot nieuwe diagnostiek en behandelingen

Sinds 1 januari 2024 is er een belangrijke wijziging in de terugbetaling van medicatie voor kinderen met kanker: een vijftigtal behandelingen die in de praktijk gebruikt worden als standaardzorg voor kinderkanker, maar die officieel niet goedgekeurd zijn voor gebruik bij kinderen (off-label), worden sindsdien vergoed via een overeenkomst.⁹⁹ Voor zowel kinderen als AYA's blijft de toegang tot klinische studies en innovatieve behandelingen echter beperkt, onder meer door de zeldzaamheid van bepaalde tumoren en leeftijdsgrenzen binnen klinische studies. Daarnaast blijft klinisch onderzoek dat specifiek inspeelt op de noden van AYA-patiënten nog onvoldoende ontwikkeld.

De integratie van innovatieve diagnostiek en precisiegeneeskunde bij kinderen en AYA's is eveneens een belangrijke uitdaging. Nieuwe moleculaire analysetechnieken en moleculaire profilering bieden belangrijke opportuniteiten voor meer gepersonaliseerde behandelingen. Verschillende initiatieven tonen het potentieel hiervan, maar de implementatie blijft vandaag nog versnipperd en afhankelijk van tijdelijke onderzoeksprojecten of externe financiering.

Aandacht voor langetermijneffecten

Kanker en kankerbehandeling op jonge leeftijd hebben langetermijneffecten zoals cardiovasculaire aandoeningen, fertiliteitsproblemen, endocriene stoornissen, psychosociale problemen of secundaire kankers. Dit vraagt om een meer gestructureerde survivorship-aanpak met multidisciplinaire opvolging, aangepaste nazorgprogramma's en betere registratie van late effecten.

Actiedomein kinderen en AYA's met kanker: de acties

De vijf voorgestelde acties willen een structureel antwoord bieden op de belangrijkste noden binnen de oncologische zorg en ondersteuning voor kinderen en AYA's. Ze zetten in op een verdere harmonisering en versterking van de gespecialiseerde zorgorganisatie met een leeftijdsspecifieke benadering van zorg en nazorg, betere toegang tot diagnostiek en behandelingen, meer continue zorgtrajecten tussen pediatrie en volwassen oncologie en een meer systematische opvolging van langetermijneffecten. Samen moeten deze acties bijdragen tot een toekomstgerichte gezondheidszorg waarin elk kind, elke adolescent en elke jongvolwassene met kanker toegang krijgt tot kwaliteitsvolle, geïntegreerde en leeftijdsgerichte zorg.

[Actie 9:](#) Een toekomstgericht organisatiemodel voor pediatrie oncologische zorg

[Actie 10:](#) Een duurzaam en geharmoniseerd zorgmodel voor AYA's met kanker

[Actie 11:](#) Versterken van de toegang tot uitgebreide moleculaire diagnostiek voor kinderen en jonge AYA's met hoog-risico kanker

[Actie 12:](#) Duurzaam en evidence-based kader voor toegang tot protontherapie

[Actie 13:](#) Evaluatie van het register voor late effecten na kanker bij kinderen en AYA's

⁹⁹ Toegankelijke geneesmiddelen voor kinderen met kanker. RIZIV. Beschikbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geneesmiddelen/geneesmiddel-terugbetalen/toegankelijke-geneesmiddelen-voor-kinderen-met-kanker>



Actie 9: Een toekomstgericht organisatiemodel voor pediatrische oncologische zorg

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Optimale organisatie van kankerzorg

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

In België worden jaarlijks ongeveer 370 kinderen (0-16 jaar) met kanker gediagnosticeerd. Kinderkanker is een zeldzame en vaak complexe aandoening die een hooggespecialiseerde, multidisciplinaire aanpak vereist. Momenteel wordt deze zorg georganiseerd in zeven centra verspreid over het land.

Door de beperkte aantallen patiënten is het belangrijk om expertise zoveel mogelijk te bundelen. Internationale evidentie toont aan dat concentratie van zorg voor zeldzame en complexe aandoeningen kan bijdragen tot betere kwaliteit van zorg, meer expertise, sterke multidisciplinaire samenwerking en betere patiëntuitkomsten. Hoewel in het verleden reeds initiatieven werden genomen om de pediatrische oncologische zorg sterker te concentreren, is een verdere concentratie van de zorg tot op heden niet gerealiseerd.

Daarnaast is een vlotte toegang tot klinische studies van bijzonder belang voor kinderen met kanker. Door de zeldzaamheid van veel pediatrische tumoren worden klinische studies vaak georganiseerd in een beperkt aantal gespecialiseerde centra, vaak op Europees niveau. Een tijdige doorverwijzing naar dergelijke studies kan essentieel zijn om toegang te krijgen tot innovatieve behandelingen wanneer standaardbehandelingsopties ontbreken.

Ook het Europe's Beating Cancer Plan benadrukt het belang van snelle toegang tot gespecialiseerde diagnostiek, behandeling en zorg via gespecialiseerde integrale kankercentra en Europese referentienetwerken. Dit vraagt om een verdere versterking van de samenwerking tussen Belgische centra en een duidelijke organisatie van expertise, zorgtrajecten en toegang tot onderzoek.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen de organisatie van de pediatrische oncologische zorg verder versterken door expertise meer te concentreren en de samenwerking tussen gespecialiseerde centra structureel uit te bouwen.

Het doel is te komen tot een duurzaam organisatiemodel dat hoogwaardige en toegankelijke zorg voor kinderen met kanker garandeert, met voldoende expertise, multidisciplinaire samenwerking en kwaliteitsbewaking. Daarbij willen we ook de toegang tot nationale en internationale klinische studies verbeteren en de betrokkenheid van Belgische centra bij Europese referentienetwerken en internationale onderzoeksplatformen versterken.

Uiteindelijk moet deze actie ervoor zorgen dat elk kind met kanker, ongeacht de woonplaats, toegang heeft tot gespecialiseerde zorg, innovatieve behandelingen en de meest relevante expertise.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- Analyse van de uitspraak van de Raad van State over het Koninklijk Besluit van 29 mei 2024 tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 2 april 2014 betreffende de organisatie van de pediatrische oncologische zorg¹⁰⁰ (wordt nog verwacht).
- Indien het K.B. juridisch standhoudt, verdere concentratie van de pediatrische oncologische zorg realiseren volgens de vooropgestelde hervorming.
- Indien het K.B. wordt vernietigd, de juridische en inhoudelijke knelpunten identificeren en een aangepast regelgevend kader uitwerken.
- De wetenschappelijke onderbouwing actualiseren van de minimale activiteitsdrempels en het benodigde aantal patiënten per centrum, rekening houdend met de zeldzaamheid en complexiteit en met overleving, levenskwaliteit, kosteneffectiviteit, haalbaarheid, specifieke noden van kinderen en hun gezinnen en kwetsbare bevolkingsgroepen.

¹⁰⁰ 2024-05-29 - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan het gespecialiseerd zorgprogramma voor pediatrische hemato-oncologie en het satellietzorgprogramma voor pediatrische hemato-oncologie moeten voldoen om te worden erkend - B.S. 2024-06-21, p. 77812 © FOD Justitie, 21/06/2024, www.ejustice.just.fgov.be/cgi/welcome.pl



Actiedomein: Kinderen en AYA's met kanker

- Een aangepast organisatiemodel en regelgevend kader ontwikkelen met aandacht voor kwaliteitscriteria, multidisciplinaire samenwerking, continuïteit van zorg, administratieve vereenvoudiging, gedeelde expertise en netwerkvorming tussen centra.
- De toegang tot nationale en internationale klinische studies versterken door duidelijke procedures voor tijdige doorverwijzing en samenwerking met gespecialiseerde Europese centra.
- De deelname van Belgische centra aan internationale onderzoeksplatformen rond kinderkanker verder stimuleren, via coördinatie van projecten die samenwerking tussen de centra bevorderen.
- Gemeenschappelijke kwaliteitscriteria en indicatoren ontwikkelen voor pediatrische oncologische zorg, inclusief opvolging van uitkomsten, nazorg en toegang tot innovatieve behandelingen.
- De overeenkomst voor toegankelijke geneesmiddelen voor kinderen met kanker evalueren en, op basis van deze evaluatie, nadenken over modaliteiten voor een meer duurzaam vergoedingsmechanisme.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

FOD Volksgezondheid

Timing

Deze legislatuur, afhankelijk van de uitspraak van de Raad van Staat over het KB van 29/05/2024.

Contextuele analyse betreffende de continuïteit van het hele zorgtraject, de toegang tot nationale en internationale klinische studies, en de deelname van Belgische centra aan nationale en internationale onderzoeksprojecten: 2027-2028.

Ontwikkeling van kwaliteitscriteria en indicatoren: 2029.

Evaluatie van de overeenkomst voor toegankelijke geneesmiddelen voor kinderen met kanker: 2027.

Actie 10: Een duurzaam en geharmoniseerd zorgmodel voor AYA's met kanker

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Optimale organisatie van kankerzorg

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

Adolescenten en jongvolwassenen met kanker (Adolescents and Young Adults – AYA's, 16 tot 35 jaar) vormen een specifieke patiëntengroep met medische, psychosociale en maatschappelijke noden die verschillen van die van kinderen en oudere volwassenen. Thema's zoals o.a. fertiliteit, onderwijs, werk, relaties, genetische counseling, deelname aan klinische studies en langdurige opvolging vragen een leeftijdsspecifieke aanpak.

Om deze reden werd in 2023 een nationale AYA-overeenkomst ontwikkeld, met als doel een kwaliteitsvol en geharmoniseerd beleid voor AYA-oncologie uit te bouwen in België. Deze overeenkomst, waarvan de organisatie en de voorwaarden vastgelegd waren via het Verzekeringscomité van het RIZIV, werd echter in juni 2025 vernietigd door de Raad van State omdat de juridische basis ontoereikend was. Om de opgebouwde kennis en samenwerking niet verloren te laten gaan, is er nood aan een juridisch robuust AYA-zorgbeleid, zodat de verdere ontwikkeling van leeftijdsspecifieke oncologische zorg kan worden voortgezet en alle AYA-patiënten in België toegang krijgen tot kwaliteitsvolle en aangepaste zorg, ongeacht het ziekenhuis waar zij behandeld worden.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen het AYA-zorgmodel juridisch herstellen en verder uitbouwen via een nieuwe RIZIV-overeenkomst, met dit keer een regelgevend kader op basis van een Koninklijk Besluit.



Actiedomein: Kinderen en AYA's met kanker

Het doel is een nationaal geharmoniseerd AYA-oncologiebeleid te realiseren dat inzet op expertiseopbouw, kennisdeling, implementatieondersteuning, monitoring en kwaliteitsverbetering. Daarbij wordt expliciet niet gestreefd naar concentratie van zorg in een beperkt aantal ziekenhuizen of naar de organisatie van terugbetaling van zorgprestaties.

Het beoogde resultaat is het beschikbaar worden van leeftijdsspecifieke oncologische zorg in het volledige Belgische zorglandschap met gebruik van dezelfde tools. Dit moet leiden tot een meer uniforme aanpak van AYA-zorg, ondersteund door richtlijnen, een nationaal zorgpad, kwaliteitsindicatoren en structurele kennisdeling, met aandacht voor de transitie zowel van kinder- naar AYA-fase als van AYA-naar volwassen fase.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- Een nieuw juridisch kader uitwerken via een Koninklijk Besluit en overeenkomst, rekening houdend met de opmerkingen van de Raad van State.
- Een open en transparante oproep organiseren voor ziekenhuizen die willen deelnemen aan het AYA-netwerk.
- Overeenkomsten afsluiten met twee complementaire types centra:
- **AYA-kenniscentra**, die instaan voor expertiseopbouw, ontwikkeling van richtlijnen, kennisdeling, inventariseren van klinische studies in binnen- en buitenland en ondersteuning van andere ziekenhuizen;
- **AYA-implementatiecentra**, die de ontwikkelde richtlijnen en instrumenten implementeren in de dagelijkse praktijk.
- Een nationale AYA-kennisgroep verder uitbouwen voor de ontwikkeling, actualisatie en opvolging van het beleid.
- Een nationaal AYA-zorgpad en richtlijnen ontwikkelen en blijvend actualiseren.
- Bijzondere aandacht besteden aan enkele prioritaire thema's:
- Vroegtijdige diagnose
- Toegang tot fertiliteitspreservatie
- Genetische counseling
- Deelname aan klinische studies
- Samenwerking tussen pediatrie en volwassen hematologie- en oncologiediensten.
- Psychosociale ondersteuning
- Uniforme registratie, kwaliteitsindicatoren en monitoring ontwikkelen om de implementatie en kwaliteit van de zorg op te volgen.
- Structurele betrokkenheid verzekeren van AYA-patiënten, ervaringsdeskundigen en patiëntenorganisaties bij de verdere ontwikkeling en evaluatie van het beleid.
- De implementatie van AYA-zorg in het volledige zorglandschap ondersteunen via kennisdeling, sensibilisering en outreach naar oncologische diensten.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie *in samenwerking met andere instanties*

RIZIV

Timing

Deze legislatuur, de volledige implementatie en voortdurende optimalisatie van AYA-zorg zal nadien verderlopen.



Actie 11: Versterken van de toegang tot uitgebreide moleculaire diagnostiek voor kinderen en jonge AYA's met hoog-risico kanker

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Doelmatigheid (inzet van innovatie)

Kanker bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen is zeldzaam en vaak biologisch uniek en verschillend van kanker op volwassen leeftijd. Hierdoor volstaan standaard diagnostische technieken niet altijd om de optimale behandeling te bepalen.

De snelle ontwikkelingen binnen de precisiegeneeskunde maken het mogelijk om via uitgebreide analyses genetische en moleculaire kenmerken van tumoren in kaart te brengen. Deze informatie kan bijdragen tot een meer nauwkeurige diagnose, een betere risicostratificatie en de identificatie van gerichte behandelingsmogelijkheden. In sommige gevallen kunnen dergelijke analyses ook erfelijke aanlegfactoren aan het licht brengen die relevant zijn voor de patiënt zelf en voor familieleden.

De technologie is echter complex, vereist gespecialiseerde expertise voor interpretatie en brengt aanzienlijke kosten met zich mee. Daarom is een gecontroleerde en wetenschappelijk onderbouwde implementatie noodzakelijk.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen kinderen en de jongste AYA's met kanker toegang geven tot uitgebreide moleculaire testing wanneer dit volgens de wetenschappelijke evidentie en internationale richtlijnen klinisch relevant is. We starten met patiënten met hoog-risico kanker, die het meeste baat kunnen hebben bij deze benadering.

Het doel is om precisiegeneeskunde verder te integreren in de pediatrie en AYA-oncologie, zodat patiënten sneller toegang krijgen tot meer gepersonaliseerde diagnostiek en behandelingsopties. Tegelijk willen we een kwaliteitsvol, gecontroleerd en duurzaam kader creëren voor de uitvoering, interpretatie en opvolging van deze analyses.

Het beoogde resultaat is een nationaal georganiseerd systeem waarin de jongste patiënten met hoog-risico kanker op een uniforme manier toegang krijgen tot uitgebreide moleculaire diagnostiek, ondersteund door gespecialiseerde expertise, kwaliteitsgaranties en systematische monitoring.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- Onderzoeken hoe de toegang tot uitgebreide moleculaire testing voor kinderen en de jongste AYA's in België kan worden georganiseerd via een overeenkomst, gekoppeld aan monitoring en evaluatie van de klinische meerwaarde en kosteneffectiviteit, en onderzoeken welke organisatievorm hiervoor het best geschikt is.
- Starten met kinderen, adolescenten en jongvolwassenen van 0 tot 25 jaar met hoog-risico kanker, waaronder refractaire ziekte, herval of andere indicaties met een beperkte kans op genezing
- De doelgroep en indicaties verder verfijnen op basis van wetenschappelijke evidentie en expertise uit de klinische praktijk.
- Een nationaal multidisciplinair overlegorgaan voor kinderen en AYA's met kanker consolideren en structureel verankeren, zodat indicaties op een uniforme manier beoordeeld worden en overconsumptie wordt vermeden. Vandaag bestaat er een dergelijk informeel overlegorgaan dat gecoördineerd wordt door de BSPHO. We consolideren dit nationaal overlegorgaan waarbij we multidisciplinaire deelname verzekeren, zorgen voor integratie met Europese expertisenetwerken en een stabiele financiering voorzien.
- Toegang voorzien tot uitgebreide moleculaire analyses, waaronder whole genome sequencing (WGS) en whole transcriptome sequencing (WTS), en waar relevant aanvullende technieken zoals methylation profiling (voor bepaalde tumoren zoals die van het centraal zenuwstelsel – dit hangt af van de voortgang van dat dossier voor alle leeftijden via de NGS-overeenkomst).
- De analyses laten uitvoeren in labo's die beschikken over de vereiste expertise, kwaliteitscertificering en externe kwaliteitsevaluatie.



- Zorgen voor integratie met bestaande nationale initiatieven en Europese expertisenetwerken, zodat kennisdeling, kwaliteitsbewaking en verdere ontwikkeling van precisiegeneeskunde worden ondersteund.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

RIZIV

Timing

Volgende legislatuur

Actie 12: Duurzaam en evidence-based kader voor toegang tot protontherapie

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Doelmatigheid (huidige middelen)

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

Protontherapie is een innovatieve vorm van radiotherapie waarbij gebruik wordt gemaakt van protonen in plaats van fotonen. Dankzij de fysische eigenschappen van protonen kan de stralingsdosis zeer nauwkeurig op het doelvolumen worden gericht, terwijl omliggende gezonde weefsels maximaal worden gespaard. Dit kan het risico op acute en laattijdige bijwerkingen verminderen, wat vooral belangrijk is bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen, maar ook bij bepaalde volwassen indicaties.

Sinds 2020 wordt protontherapie in België aangeboden in één gespecialiseerd centrum, PARTICLE. De terugbetaling is vandaag beperkt tot een limitatieve lijst van indicaties en een vast budget. Hierdoor is het momenteel moeilijk om nieuwe indicaties toe te voegen, zelfs wanneer er overtuigende wetenschappelijke evidentie bestaat van een klinisch relevante meerwaarde ten opzichte van conventionele fotonbestraling. Verschillende aanvragen tot uitbreiding van de indicatielijst werden de voorbije jaren om budgettaire redenen geweigerd.

Daarnaast bestaat er voor pediatrische indicaties op de lijst een leeftijdsgrens van 20 jaar, terwijl voor sommige jongvolwassenen – die net die leeftijdsgrens gepasseerd zijn – met vergelijkbare tumoren en langetermijnrisico's protontherapie eveneens aangewezen kan zijn volgens internationale richtlijnen.

Ten slotte geeft het werkveld aan dat het huidige forfait voor protontherapie de werkelijke kosten van de behandeling onvoldoende dekt en geen onderscheid maakt tussen eenvoudige en meer complexe behandelingen.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen komen tot een nieuw duurzaam en evidence-based kader voor de terugbetaling van protontherapie in België. Daarbij moet het mogelijk worden om nieuwe indicaties met een bewezen klinische meerwaarde op een transparante en gestructureerde manier op te nemen in de terugbetaling.

Daarnaast willen we de toegang tot protontherapie verbeteren voor de AYA's die vandaag net uit de boot vallen, door de huidige leeftijdsgrenzen voor bepaalde pediatrische indicaties te herbekijken. Dit moet bijdragen tot een meer gelijke toegang tot zorg en een vermindering van administratieve procedures.

Tegelijk willen we ervoor zorgen dat de financiering beter aansluit bij de reële kosten van de behandeling en rekening houden met verschillen in complexiteit tussen behandelingen. Zo kan de capaciteit en duurzaamheid van het protontherapieaanbod in België worden verzekerd.



Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- Een transparant proces uitwerken voor de beoordeling van nieuwe indicaties voor protontherapie op basis van wetenschappelijke evidentie, internationale richtlijnen en klinische meerwaarde ten opzichte van conventionele radiotherapie.
- Een overzicht opstellen van indicaties waarvoor overtuigende wetenschappelijke evidentie bestaat dat protontherapie een klinisch relevante meerwaarde biedt. Hiervoor zal beroep worden gedaan op de resultaten van de KCE-studie 2024-08 (HSR) die momenteel over dit onderwerp loopt (scope: volwassen indicaties).
- Voor de indicaties die vandaag reeds terugbetaald worden voor pediatrische kankers bij patiënten < 20 jaar, onderzoeken hoe de bestaande leeftijdsgrens kan worden aangepast op basis van wetenschappelijke richtlijnen en internationale praktijkervaring;
- De potentiële impact van nieuwe indicaties inschatten, onder meer van een analyse van het verwachte aantal patiënten op nationaal niveau (door Stichting Kankerregister).
- Evalueren of de beschikbare capaciteit van het Belgische centrum PARTICLE voldoende is om de eventuele uitbreiding van het aantal indicaties op te vangen.
- De nodige budgettaire ruimte en flexibiliteit creëren om nieuwe indicaties terug te betalen wanneer er voldoende wetenschappelijke evidentie van klinische meerwaarde is.
- Het huidige forfait evalueren, en de mogelijkheid bekijken om beter rekening te houden met de werkelijke kosten en de complexiteit van de behandeling.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

RIZIV

Timing

Deze legislatuur

Actie 13: Evaluatie van het register voor late effecten na kanker bij kinderen en AYA's

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Kwalitatief leven met en na kanker

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

Dankzij snellere diagnoses en steeds effectievere behandelingen nemen de overlevingskansen van kinderen en AYA's met kanker nemen toe. Veel kinderen en AYA's die kanker hebben overleefd krijgen op korte of lange termijn te maken met gezondheidsproblemen die verband houden met hun kankerbehandeling, zoals cardiovasculaire aandoeningen, vruchtbaarheidsproblemen, obesitas, secundaire kankers, en andere gevolgen die een belangrijke impact kunnen hebben op hun levenskwaliteit.

Om deze late effecten beter te begrijpen, werd in ons land een registratieproject opgezet dat acute en late bijwerkingen van kankerbehandelingen bij kinderen en adolescenten (0-19 jaar bij diagnose) in kaart brengt. Dit project, een samenwerking tussen de pediatrische hemato-oncologische centra, de Belgian Society of Paediatric Haematology Oncology (BSPHO) en de Stichting Kankerregister, verzamelt gegevens van patiënten die tussen 2004 en 2023 een kankerdiagnose kregen. De verzamelde informatie kan bijdragen tot een beter inzicht in de langetermijngevolgen en ongekende bijwerkingen van kankerbehandelingen, het ontwikkelen van richtlijnen voor preventie en opvolging, het inschatten van de ziektelast en toekomstige zorgnoden en het identificeren van ongelijkheden in toegang tot kwalitatieve nazorg. Momenteel wordt de registratie van gegevens door pediatrische hemato-oncologische centra, de datacleaning en de validatie door de Stichting Kankerregister en het opstellen van rapporten gefinancierd door liefdadigheidsinstellingen.



Actiedomein: Kinderen en AYA's met kanker

Nu de eerste analyses van deze gegevens zijn gestart, is het belangrijk om de meerwaarde van dit registratieproject te evalueren en na te gaan hoe de registratie op een duurzame manier kan worden verdergezet. Daarbij moet bijzondere aandacht worden besteed aan de principes van het nieuwe Belgische registerbeleid voor gezondheidszorggegevens, waaronder proportionaliteit, hergebruik van bestaande gegevensbronnen, interoperabiliteit, datakwaliteit en beleidsrelevantie.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen evalueren in welke mate het huidige registratieproject bijdraagt aan een betere preventie, opvolging en behandeling van late effecten van kanker bij kinderen en jongeren. Op basis daarvan willen we bepalen of en hoe deze registratie structureel kan worden verankerd binnen het Belgische gegevenslandschap.

Het uiteindelijke doel is te komen tot een duurzaam, kwaliteitsvol en beleidsrelevant registratiesysteem dat betrouwbare gegevens oplevert over de langetermijntuitkomsten van kinderen en AYA's die kanker hebben overleefd. Daarbij onderzoeken we ook of een uitbreiding wenselijk is, bijvoorbeeld naar jongvolwassenen ouder dan 19 jaar bij diagnose.

Een dergelijke dataverzameling moet bijdragen aan kwaliteitsverbetering van de zorg, ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek, monitoring van de ziektelast en een betere onderbouwing van toekomstig beleid rond survivorship en nazorg.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- Evalueren van het bestaande registratieproject en de meerwaarde ervan voor de preventie, detectie en behandeling van late effecten van kankerbehandelingen.
- Onderzoeken in welke mate de verzamelde gegevens kunnen bijdragen aan het monitoren van de ziektelast door late bijwerkingen in de bevolking, het identificeren van zorgnoden en het opsporen van ongelijkheden in toegang tot kwalitatieve nazorg.
- Nagaan hoe de dataverzameling verankerd kan worden binnen het Belgische registerbeleid voor gezondheidszorggegevens, met aandacht voor efficiënt gegevensgebruik, afstemming met bestaande databronnen, datakwaliteit en duurzaamheid.
- Evalueren hoe de dataverzameling kan worden geoptimaliseerd, onder meer wat betreft datasetvariabelen, registratiemethodologie, rapporteringsfrequentie, tijdshorizon en gegevenskwaliteit.
- Onderzoeken of een uitbreiding van de registratie wenselijk en haalbaar is, bijvoorbeeld naar jongvolwassenen ouder dan 19 jaar bij diagnose.
- Vergelijken met gelijkaardige registers in andere landen en nagaan waar verdere harmonisatie van variabelen, indicatoren en registratiemethoden mogelijk is.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie *in samenwerking met andere instanties*

Stichting Kankerregister

Timing

Deze legislatuur, loopt verder in volgende legislatuur

Preventie en gezondheidspromotie



Preventie en gezondheidspromotie vormen een essentiële pijler in kankerbeleid, wat wordt weerspiegeld in de strategische doelstelling van dit plan rond het vermijden van kanker. Zoals eerder beschreven, kunnen gerichte acties op het vlak van leefstijl, vaccinatie en omgevingsfactoren een aanzienlijke impact hebben op het aantal nieuwe kankergevallen en op gezondheidsongelijkheden binnen de bevolking. Naar schatting is 30 tot 50% van alle kankergevallen vermijdbaar; recente mondiale analyses becijferen dit aandeel op ongeveer 37%, oftewel bijna 4 op de 10 kankerdiagnoses.¹⁰¹

De Europese Code tegen Kanker (ECAC) somt 14 maatregelen op die individuen, indien zij daartoe in staat en gemotiveerd zijn, kunnen nemen om hun individueel risico op kanker te verminderen.¹⁰² Binnen dit bredere kader blijft er

nood aan bijkomende inspanningen om bestaande preventie-initiatieven te versterken, de uitvoering ervan beter te monitoren en hardnekkige verschillen in blootstelling aan risicofactoren en toegang tot preventie aan te pakken. Daarbij moet rekening gehouden worden met de bevoegdheidsverdeling, waarbij preventie en sensibilisering grotendeels onder de verantwoordelijkheid van de deelstaten vallen. De federale acties richten zich daarom specifiek op de domeinen waarvoor federale hefboomen bestaan en sluiten aan bij bestaande interfederale strategieën. In het toekomstige federale plan voor cardiovasculaire aandoeningen zullen preventie en gezondheidspromotie een prominente plaats innemen, en de acties in dit Kankerplan hebben de bedoeling om de lijnen die daar zullen uitgezet worden, te volgen. Daarnaast vragen deze uitdagingen om een sterkere intersectorale aanpak, waarbij gezondheid systematisch meegenomen wordt in andere beleidsdomeinen zoals fiscaliteit, leefomgeving, onderwijs en arbeidsbeleid ("health in all policies").

Leefstijlgerelateerde risicofactoren (vermijdbare risicofactoren)

Er zijn de voorbije jaren belangrijke initiatieven genomen om de belangrijkste leefstijlgerelateerde risicofactoren voor kanker en andere aandoeningen aan te pakken. Het interfederaal Tabaksplan¹⁰³ en het interfederaal Alcoholplan¹⁰⁴ bevatten maatregelen rond prijsbeleid, reclamebeperkingen, rookverboden en sensibilisering. Daarnaast bestaan er verschillende regionale initiatieven rond gezonde voeding, fysieke activiteit en obesitaspreventie. Toch tonen recente gegevens aan dat de gezondheidsdoelstellingen nog onvoldoende binnen bereik liggen.¹⁰⁵ Bijna de helft van de Belgische bevolking heeft overgewicht, slechts een minderheid haalt de aanbevelingen voor fysieke activiteit en alcoholmisbruik bij adolescenten blijft hoger dan het Europees gemiddelde. Ook het gebruik van nicotineproducten, waaronder e-sigaretten, blijft een aandachtspunt, vooral bij jongeren. Daarnaast spelen commerciële determinanten, zoals de beschikbaarheid en marketing van tabak, alcohol en ongezonde voeding, een belangrijke rol in het bestendigen van ongezonde leefgewoonten.^{106,107} Verder is de incidentie van huidkanker aanzienlijk gestegen – met 300% tussen 2004 en 2019 – deels door bevolkingsgroei en vergrijzing, maar ook door blootstelling aan kunstmatige UV-straling via zonnebanken.¹⁰⁸ Een versterking van acties gericht op het beperken van blootstelling aan carcinogene risicofactoren blijft dus noodzakelijk. Daarbij blijft het versterken van gezondheidsvaardigheden en het ontwikkelen van aangepaste communicatie- en sensibiliseringsstrategieën voor diverse doelgroepen, waaronder jongeren en

¹⁰¹ Fink H, Langselius O, Vignat J, et al. Global and regional cancer burden attributable to modifiable risk factors to inform prevention. Nat Med. 2026;32(4):1306-1315.

¹⁰² The European Code Against Cancer, 5th edition (ECAC5), geraadpleegd op 20 april 2026. Beschikbaar op: <https://cancer-code-europe.iarc.who.int/>

¹⁰³ Interfederale strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie. Algemene Cel Drugsbeleid. 14 december 2022. Beschikbaar via: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2022_12_14_interfederale_strategie_tabak_en_bijlage_final_nl.pdf

¹⁰⁴ Interfederale strategie inzake schadelijk gebruik van alcohol 2023-2028. Algemene Cel Drugsbeleid. 29.3.2023. Beschikbaar via: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/20230329_imcvg_tvd_cimsp_rtd_1_alcoholplan_-_annexe_2.pdf

¹⁰⁵ For a Healthy Belgium, 2023. Tobacco control policies are needed to change smoking trends, geraadpleegd op 1 september 2025. Beschikbaar op: <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/factsheets/tobacco-control-policies-are-needed-to-change-smoking-trends>

¹⁰⁶ Gutierrez-Ortiz C, Guariguata L, Dénos C, Peñalvo JL, Vandevijvere S. Impact of ultra-processed foods consumption on the burden of obesity and type 2 diabetes in Belgium: a comparative risk assessment. BMC Public Health. 2025;25(1):1097. Published 2025 Mar 22.

¹⁰⁷ Smets V, Vandevijvere S. Changes in retail food environments around schools over 12 years and associations with overweight and obesity among children and adolescents in Flanders, Belgium. BMC Public Health. 2022;22(1):1570. Published 2022 Aug 18.

¹⁰⁸ Toename van huidkanker: welke types? Stichting tegen kanker, 23.05.2023. Raadpleegbaar via: <https://kanker.be/resource/huidkanker-types/>



zorgverleners, een belangrijke uitdaging. Stakeholders benadrukten dat kankerpreventie niet uitsluitend mag vertrekken vanuit individuele verantwoordelijkheid, maar ook rekening moet houden met bredere maatschappelijke, commerciële en omgevingsfactoren die gezondheidsgedrag beïnvloeden.

Infectiegerelateerde risicofactoren

Ook voor infectiegerelateerde kankers zijn bijkomende inspanningen nodig, zowel op het vlak van HPV-gerelateerde aandoeningen als van andere infectiegerelateerde kankers (denk aan leverkanker gelinkt aan hepatitisinfecties). Het humaan papillomavirus (HPV) is verantwoordelijk voor meer dan 95% van de gevallen van baarmoederhalskanker, evenals andere kankersoorten zoals hoofd- en halskanker bij zowel vrouwen als mannen. Er zijn de voorbije jaren belangrijke stappen gezet via genderneutrale vaccinatieprogramma's en de invoering van HPV-testing als primaire screeningsmethode voor baarmoederhalskanker in 2025. Toch blijven de vaccinatiegraden en deelname aan screening sterk verschillen tussen de gewesten en sociaaleconomische groepen.¹⁰⁹ Terwijl Vlaanderen de Europese doelstellingen voor vaccinatie benadert, blijven de vaccinatiegraden in Brussel en Wallonië duidelijk lager.¹¹⁰ Verdere sensibilisering, een betere toegankelijkheid van vaccinatie en screening, innovatieve screeningsmethoden en een kwaliteitsvolle opvolging van gegevens zijn noodzakelijk om de Europese en internationale doelstellingen inzake de eliminatie van HPV-gerelateerde kankers te behalen. Een nauwe samenwerking tussen de federale overheid en de deelstaten blijft hierbij essentieel.

Kankerverwekkende stoffen in het milieu en op de werkplek

Naast leefstijl- en infectiegerelateerde risicofactoren blijft ook blootstelling aan carcinogene stoffen in de leef- en werkomgeving een belangrijk aandachtspunt. Er zijn de voorbije jaren inspanningen geleverd rond luchtkwaliteit¹¹¹, asbestbeleid¹¹² en radonpreventie¹¹³, en België presteert op bepaalde indicatoren beter dan het Europees gemiddelde.¹¹⁴ Naast algemene milieublootstellingen blijven beroepsmatige blootstellingen aan carcinogene stoffen bijzonder relevant. De impact van deze blootstellingen op kankerincidentie en ziektelast is nog niet voor alle vormen van beroepsgebonden kanker in kaart gebracht. Daarbij werd ook gewezen op nieuwe of groeiende risico's, zoals UV-blootstelling bij buitenberoepen en blootstelling aan gevaarlijke stoffen in zorgcontexten. Het blijft daarom belangrijk om blootstelling aan carcinogene agentia op het werk zoveel mogelijk te voorkomen en, waar primaire preventie niet volstaat, beroepsgebonden kankers zo vroeg mogelijk te detecteren. Door bestaande initiatieven verder uit te bouwen en de beschikbare richtlijnen en kennis actueel te houden, kunnen gerichtere preventieve maatregelen worden genomen en kan de vroegdetectie van beroepsgebonden kankers worden verbeterd.

¹⁰⁹ Essa-Hadad J, Gorelik Y, Vervoort J, Jansen D, Edelstein M. Understanding the health system barriers and enablers to childhood MMR and HPV vaccination among disadvantaged, minority or underserved populations in middle- and high-income countries: a systematic review. Eur J Public Health. 2024;34(2):368-374.

¹¹⁰ De huidige doelstellingen van de WHO en het EBCP zijn een vaccinatiegraad van 90% voor meisjes (volledig gevaccineerd vóór hun 15e verjaardag) en een aanzienlijke verhoging voor jongens tegen 2030. HPV-vaccinatiegraad in Vlaanderen (www.laatjevaccineren.be): meisjes/jonge vrouwen: 84% vaccinatiegraad voor twee of drie doses in 2020; Jongens/jonge mannen: 77% voor twee doses in 2020; HPV-vaccinatiegraad in Wallonië/Brussel (www.ccref.org): Meisjes/jonge vrouwen: 55% in 2020; Jongens/jonge mannen: 50% in 2022-2023

¹¹¹ Nationale Actieplan Milieu-Gezondheid (NEHAP3) https://www.leefmilieugezondheid.be/sites/default/files/public/NEHAP3_NL.pdf

¹¹² FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Erkenning: Asbest: bedrijven erkend voor afbraak- of verwijderingswerken. Geraadpleegd op 1 september 2025. Beschikbaar op: <https://werk.belgie.be/nl/erkenningen/erkenning-asbest-bedrijven-erkend-voor-afbraak-verwijderingswerken>

¹¹³ SPW. L'Environnement en Wallonie. 2024, geraadpleegd op 1 september 2025. Action radon : Mesurez-le dans votre habitation ! Beschikbaar op: <https://environnement.wallonie.be/home/a-la-une/actualites/actualites/action-radon-mesurez-le-dans-votre-habitation.html>

¹¹⁴ OECD/European Commission (2025), EU-landenprofiel voor kanker: België 2025, EU-landprofielen over kanker, OECD Publishing, Parijs, <https://doi.org/10.1787/5c4dfa17-nl> <https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/country-cancer-profiles-2025>



Actiedomein preventie en gezondheidspromotie: de acties

De lopende en nieuwe acties binnen dit domein willen binnen de federale bevoegdheden bijdragen aan een sterkere en meer geïntegreerde aanpak van kankerpreventie en gezondheidspromotie. Daarbij ligt de focus op het terugdringen van vermijdbare risicofactoren, het versterken van gezondheidsvaardigheden en het creëren van een omgeving die gezonde keuzes ondersteunt. Een betere en meer frequente gegevensverzameling blijft daarbij essentieel om risicogroepen beter te identificeren, gezondheidsongelijkheden op te volgen en preventiemaatregelen gericht bij te sturen. De acties zetten onder meer in op wetenschappelijk onderbouwde preventiestrategieën en een betere benutting van data en monitoring om de impact van preventiemaatregelen op bevolkingsniveau op te volgen. Op die manier willen de acties bijdragen aan een daling van het aantal vermijdbare kankers en aan een betere gezondheid en levenskwaliteit van de bevolking.

[Actie 14:](#) Ondersteuning van kankerpreventie via monitoring van risicofactoren

[Actie 15:](#) Versterken van de preventie van HPV-gerelateerde kankers en bijdragen aan de WHO-strategie voor de eliminatie van baarmoederhalskanker

[Actie 16:](#) Versterken van de preventie van beroepsgebonden kankers

[Actie 17:](#) Versterken van de aanpak van huidkanker – regulering van zonnebanken

Lopende acties

Op het vlak van kankerpreventie binnen een bredere preventieaanpak van niet-overdraagbare aandoeningen (NCD's) worden op de verschillende overheidsniveaus tal van maatregelen uitgevoerd. De federale overheid heeft binnen haar bevoegdheidsdomeinen al heel wat acties ondernomen, terwijl ook de deelstaten verschillende activiteiten op het vlak van preventie en gezondheidsbevordering ontwikkelen binnen hun respectieve bevoegdheidsgebieden. Hieronder worden de belangrijkste bestaande initiatieven samengebracht die bijdragen aan kankerpreventie binnen een bredere preventieaanpak van niet-overdraagbare aandoeningen (NCD's). De nadruk ligt daarbij niet enkel op individuele leefstijlkeuzes, maar ook op de structurele, commerciële en omgevingsfactoren die gezondheid beïnvloeden. Vanuit een One Health-benadering wordt gezondheid bovendien benaderd als het resultaat van de wisselwerking tussen mens, leefomgeving, arbeidsomgeving, milieu en bredere maatschappelijke determinanten. Deze lopende federale acties vormen een relevante beleidscontext voor het Kankerplan en helpen om de nieuwe acties binnen een bredere preventie- en gezondheidsbevorderende aanpak te situeren.

Tabaksgebruik

Tabaksgebruik blijft één van de belangrijkste vermijdbare oorzaken van kankersterfte. De Interfederale strategie voor een rookvrije generatie¹¹⁵ wil tegen 2040 het aantal dagelijkse gebruikers van tabaksproducten (dit omvat ook soortgelijke producten, zoals e-sigaretten) terugdringen tot 5% bij de bevolking van 15 jaar en ouder. Tegelijk moet de initiatie van het gebruik gereduceerd worden tot quasi 0%. Maatregelen die bijdragen aan verminderd gebruik zullen op termijn ook resulteren in een lagere incidentie en sterfte van kanker.

De in deze strategie voorziene maatregelen op federaal niveau die hiertoe kunnen bijdragen zijn: verhoging van de accijnzen, een uitbreiding van het rookverbod, producten minder aantrekkelijk maken, een uitstalverbod en een reductie van het aantal verkooppunten. De huidige regering besloot bovendien bijkomende maatregelen te treffen zoals de invoering van een rookverbod op horeca terrassen en de beperking van het aantal toegelaten smaakjes in e-sigaretten teneinde deze producten minder aantrekkelijk te maken.

¹¹⁵ Interfederale strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie. Algemene Cel Drugsbeleid. 14 december 2022. Beschikbaar via: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2022_12_14_interfederale_strategie_tabak_en_bijlage_final_nl.pdf



Actiedomein: Preventie en gezondheidspromotie

De Wereldgezondheidsorganisatie beschouwt prijsverhogingen via accijnzen als de meest doeltreffende en kostenefficiënte maatregel om tabaksgebruik te verminderen. Het rookverbod is sinds 31 december 2024 uitgebreid naar een aantal plaatsen in openlucht waar met name kinderen en jongeren komen (dierenparken, sportterreinen, speeltuinen, ...). Dit draagt niet alleen bij aan vermindering van secundaire blootstelling aan rook, maar ook aan het denormaliseren van roken. Denormalisering wordt ook teweeggebracht door het uitstalverbod (sinds 01 april 2025) en het verbod op tijdelijke verkooppunten zoals festivals.

Alcohol

Alcoholgebruik draagt bij aan een aanzienlijk aandeel van ziekte en sterfte in Europa en België. Alcohol vormt een belangrijke risicofactor voor niet-overdraagbare aandoeningen (NCD's), waaronder minste zeven soorten kanker, en is door het International Agency for Research on Cancer erkend als kankerverwekkend.

De missie van de Interfederaal strategie inzake schadelijk gebruik van alcohol is, via een combinatie van preventie, regelgeving en zorg, het verminderen van het schadelijk gebruik van alcohol in België en de directe of indirecte gevolgen ervan.¹¹⁶ De acties in de strategie zijn gericht op de verlaging van alcoholconsumptie en risicogedrag, de vermindering van alcoholgerelateerde ziekten (incl. kanker en andere NCD's), de verbetering van kennis, attitudes en gedragingen rond alcohol en een betere vroegdetectie en behandeling van risicogebruik. Hierbij staan de deelstaten in voor de implementatie van het luik preventie in de verschillende settings. Op federaal vlak zetten we voornamelijk in op de uitwerking van efficiënte regelgeving en controle inzake alcoholreclame, op de beperking van het aanbod van alcohol, op het reguleren en controleren van de alcoholverkoop alsook op de verbetering van de dataverzameling en -analyse. Het regeerakkoord bepaalt bovendien dat burgers binnenkort correct zullen worden geïnformeerd door de huidige gezondheidsboodschap 'alcoholmisbruik schaadt de gezondheid' te vervangen door 'alcohol schaadt de gezondheid'.

De interfederaal strategie loopt van 2023 tot 2028 waarbij de uitvoering via het actieplan voorzien is tussen 2023 en 2025. Na 2025 kunnen de nog niet-uitgevoerde acties na 2025 geïmplementeerd worden. Het aanpakken van de marketing van alcohol en de beschikbaarheid van alcohol zijn immers twee van de Best Buys die de WHO voorstelt voor de preventie van Non Communicable Diseases.¹¹⁷

Gezonde voeding

De FOD Volksgezondheid ondersteunt en voert verschillende acties uit om voedingsgerelateerde risicofactoren voor kanker te verminderen.¹¹⁸ Het gaat onder meer om:

- de uitrol van de Nutri-Score in België sinds 2019 om consumenten te helpen voedingskeuzes te maken die gunstiger zijn voor de gezondheid;
- de ondersteuning van een beleid ter bescherming, bevordering en ondersteuning van borstvoeding, erkend om de voordelen ervan bij de preventie van bepaalde kankers bij de moeder;
- de promotie van de voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad, die onder meer de consumptie van fruit, groenten en volkoren granen aanmoedigen, evenals de beperking van rood vlees en bewerkte vleeswaren.

Deze acties hebben tot doel de blootstelling van de bevolking aan beïnvloedbare risicofactoren voor kanker te verminderen, met name een voedingspatroon dat ongunstig is voor de gezondheid en het overgewicht of de obesitas die daaruit kunnen voortvloeien. Zo dragen ze bij aan de preventie van verschillende kankers en van andere niet-overdraagbare aandoeningen.

Het doel is om gezonder gedrag aan te nemen, de kwaliteit van de voeding te verbeteren en beschermende factoren te versterken. Op termijn moeten deze maatregelen bijdragen tot een daling van de incidentie van bepaalde kankers, met name colorectale kankers (door een vermindering van de consumptie van rood vlees en bewerkte vleeswaren en een toename van de vezelinname via fruit, groenten en volkoren granen) en, in het geval van borstvoeding, borstkanker.

¹¹⁶ <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/interfederaal-strategie-inzake-schadelijk-gebruik-van-alcohol-2023-2028>

¹¹⁷ <https://www.who.int/publications/b/65890>

¹¹⁸ <https://www.health.belgium.be/nl/themas/voeding/voeding-gezondheid>



Gewasbeschermingsmiddelen

Op het niveau van het federaal reductieplan voor gewasbeschermingsmiddelen (FRPG)¹¹⁹ zijn de acties gericht op het versterken van de kennis over de chronische effecten van blootstelling aan gewasbeschermingsmiddelen, via continue wetenschappelijke opvolging en de analyse van prospectieve studies zoals AGRICAN. Ze omvatten de ontwikkeling van wetenschappelijke samenwerkingen met Belgische en internationale partners, evenals de verbetering van de inschatting van chronische blootstelling en de registratie van ongewenste gezondheidseffecten, waaronder kanker. Concreet wordt in dit kader op 23 oktober 2026 een nationaal wetenschappelijk symposium georganiseerd om onderzoekers en instellingen samen te brengen rond de chronische effecten van gewasbeschermingsmiddelen. Dit evenement vormt een eerste stap naar de uitbouw van gestructureerde samenwerkingen op nationaal kennisniveau, om kennishiaten te identificeren en toekomstige onderzoeks- en surveillanceactiviteiten beter te oriënteren.

Deze acties zijn bedoeld om een antwoord te bieden op de aanhoudende onzekerheden over de langetermijneffecten van blootstelling aan gewasbeschermingsmiddelen op de menselijke gezondheid, met name wat kanker betreft. Het gebrek aan geïntegreerde gegevens en gestructureerde samenwerking beperkt momenteel de mogelijkheid om robuuste verbanden te leggen tussen blootstelling en gezondheidseffecten. De organisatie van het symposium past binnen deze logica, door wetenschappelijke actoren met elkaar in contact te brengen en interdisciplinaire uitwisseling te stimuleren.

Het uiteindelijke doel is de capaciteit te verbeteren om chronische risico's in verband met gewasbeschermingsmiddelen te beoordelen en te beheren, onder meer door de beschikbare wetenschappelijke basis te versterken. Het symposium heeft expliciet tot doel wetenschappelijke samenwerkingen op gang te brengen en kennisverspreiding te bevorderen, met het vooruitzicht de resultaten in een publicatie te valoriseren. Op termijn moeten deze acties leiden tot een betere inschatting van chronische blootstelling, een versterkte opvolging van ongewenste effecten en beter onderbouwde besluitvorming op het vlak van kankerpreventie. Zo dragen ze bij aan een versterking van evidence-informed volksgezondheidsbeleid.

De activiteiten rond wetenschappelijke opvolging zijn continu en sluiten aan bij eerdere programma's. Het wetenschappelijk symposium is gepland op 23 oktober 2026 in Brussel¹²⁰ en vormt op korte termijn een belangrijke stap om de nationale samenwerking te structureren. Daarnaast is de opstart van specifieke projecten en samenwerkingen voorzien in de periode 2025-2027. Een geactualiseerde publicatie van de wetenschappelijke surveillance wordt verwacht in 2026.

Luchtkwaliteit

In België brengen we, zoals in de meeste geïndustrialiseerde landen, meer dan 90% van onze tijd door in gesloten ruimten. De aanwezige bronnen van verontreiniging stellen het publiek bloot aan een mengsel van chemische stoffen, deeltjes en microbiologische agentia met aangetoonde gezondheidseffecten. Het doel is daarom deze vermijdbare blootstellingen te verminderen om overdraagbare en niet-overdraagbare ziekten, waaronder bepaalde kankers, te voorkomen. De wet van 6 november 2022¹²¹ verankert de verbetering van de binnenluchtkwaliteit in een progressieve, systemische en structurele aanpak.

Het beoogde resultaat is de blootstelling van het publiek aan verontreinigende stoffen in de binnenlucht duurzaam te verminderen, binnen een logica van geleidelijke verbetering die gebaseerd is op wetenschappelijke kennis.

Daartoe werkt de FOD Volksgezondheid nauw samen met Sciensano om gegevens over chemische verontreinigende stoffen, microbiële agentia en hun gezondheidseffecten te consolideren. De lopende acties moeten bijdragen tot het beperken van de gezondheidsrisico's die met deze blootstellingen verband houden, geïnspireerd op de referentieniveaus uit de nieuwe WHO-richtlijnen (2021).¹²²

De wet van 6 november 2022 voorziet in een aanpak met vier pijlers: monitoring van de binnenluchtkwaliteit, risicoanalyse en actieplan, en op termijn certificering en informatieverstrekking aan het publiek. De

¹¹⁹ [Nieuw federaal reductieprogramma | FOD Volksgezondheid](#)

¹²⁰ [Chronische gezondheidseffecten van gewasbeschermingsmiddelen | FOD Volksgezondheid](#)

¹²¹ [Wet van 6 november 2022 | FOD Volksgezondheid](#)

¹²² WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. 22 September 2021. Guideline. Beschikbaar via: WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide



Actiedomein: Preventie en gezondheidspromotie

beheersmaatregelen geven voorrang aan de optimalisatie van ventilatie en, wanneer dat niet volstaat, aan aanvullende oplossingen zoals luchtzuivering. Uitvoeringsbesluiten en praktische gidsen verduidelijken de concrete toepassingsmodaliteiten voor de betrokken sectoren, rekening houdend met de realiteit op het terrein. Deelname aan Europese en internationale fora, met name de Europese cluster IDEAL (Indoor Air Quality and Health) en het Geneva Health Forum, voedt deze werkzaamheden via uitwisseling van expertise en identificatie van relevante praktijken op Europese schaal.

Op korte termijn zullen de werkzaamheden 2026-2027 de wetenschappelijke en operationele basis consolideren: jaarlijkse blootstellingsstudies naar atmosferische verontreinigende stoffen en microbiële agentia, analyse van hun gezondheidseffecten en prenormatieve voorbereiding van de certificering, met name in ziekenhuizen.

Op middellange termijn zullen de volgende regelgevende stappen erin bestaan de modaliteiten van de certificering te verduidelijken en de sensibilisering van het publiek te organiseren.

Op langere termijn moet de volledige identificatie van alle betrokken plaatsen uiterlijk eind 2037 afgerond zijn. Gezien de omvang van de werklust en de diversiteit van de betrokken sectoren is een brede en onmiddellijke uitvoering niet realistisch: de uitrol zal daarom geleidelijk gebeuren, met prioriteit voor plaatsen met de belangrijkste en/of meest kritieke gezondheidsuitdagingen.

Chemische stoffen

De planetaire grenzen voor chemische vervuiling zijn ruimschoots overschreden en blootstelling aan chemische producten heeft ook directe gevolgen voor de menselijke gezondheid. Opeenvolgende crisissen, zoals asbest, PCB's, zware metalen en PFAS, volgen elkaar op. Mensen worden in het dagelijks leven blootgesteld aan chemische producten, soms bewust bij het gebruik van verf of detergent, of tijdens de uitoefening van hun beroep, maar ook minder zichtbaar via voorwerpen in hun omgeving, zoals een zetel, kleding, een tafel, een auto of een tandenborstel.

Het beoogde resultaat is de gezondheids- en milieurisico's verbonden aan chemische stoffen zo veel mogelijk te verminderen. In dat kader werkt de FOD Volksgezondheid samen op internationaal, Europees en nationaal niveau, zodat onze impact binnen dit beleid zo groot mogelijk is.

België neemt actief deel aan internationale werkzaamheden van de WHO en UNEP, zoals het GFC (Global Framework for Chemicals), en aan onderhandelingen over verschillende verdragen en conventies over chemische stoffen, waaronder Stockholm, Minamata, Rotterdam, Plastic en het International Scientific Panel on Chemicals and Waste Pollution (ISPCWP). De FOD Volksgezondheid speelt ook een actieve rol binnen ECHA, het Europees Agentschap voor chemische stoffen, onder meer rond gevaren- en risicobeoordeling, risicobeheer, beperkingen en vergunningen voor stoffen, en binnen het Europees Milieuagentschap (EEA) rond opkomende risico's. De FOD Volksgezondheid neemt deel aan Europese wetenschappelijke en wetgevende projecten rond stoffen, zoals hormoonverstoorders, bioaccumulerende stoffen en PARC, en ondersteunen projecten die nieuwe methoden ontwikkelen en valideren om deze stoffen te identificeren met het oog op toekomstige evaluaties.

Op nationaal niveau vult de FOD Volksgezondheid deze processen aan met gerichte acties en nationale plannen, zoals het Nationaal Actieplan Hormoonverstoorders.¹²³ Daarnaast faciliteert de FOD Volksgezondheid onder meer de werking van de groep "One Substance, One Assessment" (OSOA).¹²⁴

Het wetenschappelijke en Europese werk gebeurt continu, gezien het grote aantal stoffen op de Europese markt. De focus ligt onder meer op de identificatie van gevaren onder de CLP-verordening, met een volume van ongeveer drie tot vier stoffen per jaar.

In het kader van het National Action Plan on Endocrine Disruptors (NAPED1) ontwikkelt de FOD Volksgezondheid de federale acties van het plan. Een voorbeeld is de communicatiecampagne voor adolescenten, die volgt op de twee eerdere campagnes rond zwangere vrouwen in 2024 en jonge kinderen in 2026.¹²⁵ Een tweede project onderzoekt mogelijke verbanden tussen blootstelling aan hormoonverstoorders en verschillende gezondheidsproblemen in België. De resultaten worden verwacht in het eerste kwartaal van 2028.

¹²³ NEHAP3 | FOD Volksgezondheid

¹²⁴ New rules streamlining chemical assessments enter into force - Environment

¹²⁵ Bescherm je gezin tegen hormoonverstoorders | FOD Volksgezondheid



Actiedomein: Preventie en gezondheidspromotie

De FOD Volksgezondheid ook gestart met de evaluatie van NAPED1 en de consultaties voor de ontwikkeling van NAPED2 (2027-2031) zijn lopende. Op middellange tot lange termijn willen we ook een nationale wetenschappelijke en technische groep oprichten die informatie laat circuleren, bronnen identificeert en, waar nodig, risico's aanpakt op basis van de kruising van bestaande Belgische gegevens over gezondheid en milieu, aangevuld met Europese gegevens, onder meer via het OSOA-project.

Actie 14: Ondersteuning van kankerpreventie via monitoring van risicofactoren

STRATEGISCHE DOELSTELLING

Vermijden van kanker en kankergerelateerde ziektelast

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

Volgens de WHO kunnen 4 op 10 kankergevallen worden voorkomen door de blootstelling aan bekende risicofactoren te verminderen.^{126,127} Tabaksgebruik, alcoholconsumptie, ongezonde voeding, overgewicht, onvoldoende lichaamsbeweging, blootstelling aan schadelijke UV-straling, luchtvervuiling en bepaalde chemische stoffen behoren tot de belangrijkste vermijdbare oorzaken van kanker.

De aanpak van deze risicofactoren overstijgt het gezondheidsbeleid alleen en vereist een brede benadering volgens het principe van Health in All Policies, waarbij beleidsbeslissingen in verschillende sectoren bijdragen aan een gezondere leefomgeving en een betere volksgezondheid.

België heeft de voorbije jaren belangrijke stappen gezet met initiatieven zoals het Nutri-Score-systeem, het interfederaal plan voor een rookvrije generatie en het interfederaal alcoholplan. Om een duurzame impact te realiseren op de incidentie van kanker is het noodzakelijk deze initiatieven verder te versterken, de blootstelling aan schadelijke producten en omgevingsfactoren verder terug te dringen en de evolutie van de belangrijkste risicofactoren beter op te volgen.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen de blootstelling van de bevolking aan de belangrijkste vermijdbare risicofactoren voor kanker verder verminderen door bestaande preventie-initiatieven te ondersteunen en te versterken.

Het doel is bij te dragen aan een verdere daling van tabaksgebruik, alcoholgebruik, ongezonde voedingspatronen, blootstelling aan UV-straling, luchtvervuiling en schadelijke chemische stoffen. Daarnaast willen we de beschikbaarheid van kwaliteitsvolle gegevens over deze risicofactoren verbeteren, zodat beleidsmaatregelen beter kunnen worden opgevolgd, geëvalueerd en bijgestuurd.

Deze actie moet bijdragen aan een gezondere leefomgeving, een sterkere preventiecultuur en op termijn een daling van de kankerincidentie in België.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- Ondersteunen van de uitvoering en opvolging van bestaande initiatieven die bijdragen aan kankerpreventie, waaronder de interfederale strategie voor een rookvrije generatie, het interfederale alcoholplan, initiatieven rond gezonde voeding (zoals Nutri-Score) en maatregelen ter beperking van blootstelling aan UV-straling, luchtvervuiling en schadelijke chemische stoffen.
- In kaart brengen van de beschikbare gegevensbronnen over belangrijke beïnvloedbare risicofactoren voor kanker (zoals tabaksgebruik, alcoholgebruik, overgewicht, voeding, fysieke activiteit, luchtverontreiniging en UV-blootstelling), in samenwerking met partners op federaal en deelstaat niveau.

¹²⁶ WHO news: Four in 10 cancer cases could be prevented globally. 3 February 2026. Raadpleegbaar via: <https://www.who.int/news/item/03-02-2026-four-in-ten-cancer-cases-could-be-prevented-globally>

¹²⁷ Global and regional cancer burdens attributable to modifiable risk factors to inform prevention. Nature Medicine 32, 1306-1315 (2026). Beschikbaar via: <https://www.nature.com/articles/s41591-026-04219-7>



Actiedomein: Preventie en gezondheidspromotie

- Ontwikkelen van een geïntegreerd monitoringskader voor kankergerelateerde risicofactoren, afgestemd op de interfederale gezondheidsdoelstellingen en bestaande indicatorensets.
- Gebruikmaken van burden-of-disease-methodologieën om de impact van belangrijke risicofactoren op kanker in België systematisch te kwantificeren en op te volgen, onder meer via indicatoren zoals incidentie, sterfte, verloren gezonde levensjaren (DALY's) en maatschappelijke kosten.
- Ontwikkelen van een toegankelijk kennis- en monitoringsplatform waarin gegevens over kankerlast en kankergerelateerde risicofactoren worden samengebracht, zodat beleidsmakers, onderzoekers en het brede publiek de evoluties kunnen opvolgen.
- Regelmatig rapporteren over trends in blootstelling aan risicofactoren en hun bijdrage aan de kankerlast in België, ter ondersteuning van evidence-informed preventiebeleid.

Deze analysecapaciteit kan worden ingezet ter ondersteuning van beleidsprioritering, door de verwachte gezondheidswinst, ziektelastreductie en maatschappelijke impact van verschillende preventiemaatregelen in kaart te brengen.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

Sciensano

Timing

Deze legislatuur zetten we een robuuste monitoring op van de kankergerelateerde ziektelast gelinkt aan enkele van de meest belangrijke risicofactoren – tabak, alcohol, overgewicht/obesitas, en luchtvervuiling, met een jaarlijkse rapportering over de voornaamste trends.

Actie 15: Versterken van de preventie van HPV-gerelateerde kankers en bijdragen aan de WHO-strategie voor de eliminatie van baarmoederhalskanker

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING

Vermijden van kanker en
kankergerelateerde ziektelast

Humaan papillomavirus (HPV) is verantwoordelijk voor vrijwel alle gevallen van baarmoederhalskanker en speelt daarnaast een belangrijke rol bij andere kankers, waaronder kanker van de vulva, vagina, anus, penis en bepaalde hoofd-halskankers. Een aanzienlijk deel van deze kankers kan worden voorkomen door tijdige vaccinatie tegen HPV, door effectieve screening en door een tijdige behandeling van screeningspositieve vrouwen in een pre-cancereus stadium van baarmoederhalskanker.

België heeft de voorbije jaren belangrijke stappen gezet. HPV-vaccinatie wordt georganiseerd door de deelstaten via de schoolvaccinatieprogramma's en via een federaal systeem van inhaalvaccinatie, dat sinds 1 juni 2026 uitgebreid is naar de leeftijdsgroep van 19 tot 30 jaar, en tot 45 jaar voor hoogrisicogroepen zoals hiv-patiënten, patiënten na stamceltransplantatie en patiënten voor een orgaantransplantatie. Daarnaast werd sinds 1 januari 2025 de HPV-test ingevoerd als primaire screeningstest voor baarmoederhalskanker bij personen van 30 tot 64 jaar.

Ondanks deze vooruitgang bestaan er nog belangrijke uitdagingen op het vlak van vaccinatiegraad, deelname aan screening en het bereiken van kwetsbare of ondergescreende bevolkingsgroepen. Daarnaast is er nood aan een betere opvolging van de impact van vaccinatie en screening, onder meer via kwaliteitsvolle en gekoppelde gegevensregistratie. Het aanpakken van deze uitdagingen vereist coördinatie tussen het federale niveau en de deelstaten.

Deze actie sluit aan bij twee complementaire ambities. Enerzijds willen we bijdragen aan de verdere preventie en op lange termijn de eliminatie van HPV-gerelateerde kankers in België. Anderzijds willen we de uitvoering ondersteunen van de doelstellingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Europese Unie voor de eliminatie van



Actiedomein: Preventie en gezondheidspromotie

baarmoederhalskanker als volksgezondheidsprobleem, gebaseerd op de internationale 90-70-90 doelstellingen: een hoge HPV-vaccinatiegraad, een brede deelname aan kwaliteitsvolle screening en een tijdige behandeling van vrouwen met een voorstadium van baarmoederhalskanker. Hiervoor is een geïntegreerde aanpak nodig waarin vaccinatie, screening, sensibilisering en monitoring op elkaar worden afgestemd.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen de preventie van HPV-gerelateerde kankers versterken door de vaccinatiegraad en de deelname aan screening verder te verhogen, de toegang tot preventieve maatregelen te verbeteren en de impact ervan systematisch op te volgen.

Het doel is om het Belgische HPV-roadbook verder te implementeren en bij te dragen aan de uitvoering van de WHO-strategie voor de eliminatie van baarmoederhalskanker. Daarbij streven we naar een hogere vaccinatiegraad, een betere deelname aan screening, een betere bereikbaarheid van risicogroepen en een robuuste monitoring van de effecten van vaccinatie- en screeningprogramma's.

Daarnaast willen we de kennisbasis versterken voor toekomstige beleidskeuzes rond vaccinatie, screening en de mogelijke uitbreiding van preventiestrategieën naar andere HPV-gerelateerde kankers, zodat ook op termijn de ziektelast van deze kankers verder kan worden teruggedrongen.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- De uitvoering en opvolging van het Belgische HPV-roadbook coördineren via de bestaande interfederale samenwerkingsstructuren, zodat vaccinatie- en screeningsinitiatieven op elkaar afgestemd blijven:
- Coördinatie van het Technisch Comité dat de technische implementatie opvolgt en bijstuurt
- Opstellen van een jaarlijks rapport over het gebruik van de HPV test in de baarmoederhalskankerscreening in België (op basis van de rapporten van de deelstaten)
- Finaliseren en up-to-date houden van de BELAC-richtlijnen "Requirements for accreditation of medical laboratories performing testing (HPV test and/or cytology) in the context of cervical cancer screening" en de bijhorende Laboratory Guidance "Full guidance supporting implementation in the laboratories of BELAC 2-405 HPV R0-2026".
- Updaten van de CLINICAL GUIDANCE (Clinical Guidance: Supporting the introduction of the HPV test in cervical cancer screening in Belgium)
- Opvolging van de kwaliteit van de HPV-testen en de cytologie door de organisatie van Externe KwaliteitsEvaluaties (EKE's)
- De impact van sensibiliseringscampagnes, schoolvaccinatieprogramma's en andere preventie-initiatieven blijven opvolgen in het kader van preventie- en surveillancesystemen, in samenwerking met de bevoegde deelstaten.
- Goede praktijken uit andere landen verzamelen en evalueren om de deelname aan HPV-vaccinatie en screening te verhogen, met bijzondere aandacht voor communicatie, sensibilisering en het identificeren van drempels en succesfactoren.
- De verzameling, koppeling en analyse van gegevens afstemmen op het Belgische registerbeleid voor gezondheidszorggegevens, zodat kwaliteitsvolle, duurzame en beleidsrelevante monitoring mogelijk wordt met maximaal hergebruik van bestaande gegevensbronnen en minimale registratielast.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

Kankercentrum (Sciensano)

Timing

Deze legislatuur, loopt verder in volgende legislatuur



Actie 16: Versterken van de preventie van beroepsgebonden kankers

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Vermijden van kanker en
kankergeassocieerde ziektelast

Beroepsmatige blootstelling aan carcinogenen blijft een belangrijke, maar vaak onderschatte oorzaak van kanker. Werknemers en zelfstandigen kunnen tijdens hun beroepsactiviteiten worden blootgesteld aan carcinogenen zoals asbest, UV-straling en andere schadelijke stoffen, wat op lange termijn kan leiden tot verschillende vormen van kanker.

Hoewel er reeds belangrijke initiatieven bestaan rond de preventie van beroepsgebonden kankers, ontbreekt het werknemers, werkgevers en zorgverleners soms aan een volledig en actueel beeld van de impact van deze blootstellingen op gezondheid op middellange en lange termijn.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

Eenzijds is het noodzakelijk om preventief gedrag op de werkvloer te stimuleren – en te versterken waar dit momenteel ontoereikend is – om schadelijke blootstelling aan kankerverwekkende stoffen te beperken.

Tegelijkertijd moet de ziekte zo vroeg mogelijk worden opgespoord bij werknemers voor wie dergelijke primaire preventie onvoldoende is gebleken en die beroepskanker ontwikkelen. Vroege opsporing maakt het mogelijk om tijdig te starten met behandelingen, die vaak minder ingrijpend zijn, wat leidt tot een betere levensverwachting en levenskwaliteit, alsook een grotere kans op werkhervatting.

Deze actie bouwt voort op bestaande initiatieven van de FOD Werkgelegenheid en FEDRIS inzake de preventie en vroegtijdige opsporing van beroepskankers.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- We zullen overleg plegen met de minister van Werk en de FOD Werkgelegenheid om hen voor te stellen na te gaan in welke mate de bestaande richtlijnen binnen de Codex over het welzijn op het werk aansluiten bij de meest recente Europese aanbevelingen en regelgeving, en opvolgen of verdere actualisaties voorzien zijn.
- In samenwerking met FEDRIS zullen we analyseren hoe de vroegtijdige opsporing van erkende beroepskankers kan verbeterd worden, om zo de ziektelast te verminderen en de kans op herstel te vergroten.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie *in samenwerking met andere instanties*

Stuurgroep Kankerplan

Timing

Deze legislatuur



Actie 17: Versterken van de aanpak van huidkanker – regulering van zonnebanken

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Vermijden van kanker en
kankergerelateerde ziektelast

Volgens Stichting tegen Kanker is huidkanker vandaag de meest voorkomende kanker in België en tegelijk de snelst toenemende.¹²⁸ Het gebruik van zonnebanken is een belangrijke vermijdbare risicofactor.¹²⁹ Internationaal onderzoek toont aan dat eerste gebruik van een zonnebank vóór de leeftijd van 35 jaar het risico op huidkanker ongeveer verdubbelt.¹³⁰ Ondanks de gezondheidsrisico's blijft het gebruik van zonnebanken in België aanzienlijk. Volgens de Stichting tegen Kanker gebruikte 9% van de Belgen het voorbije jaar een zonnebank. Bij jongeren tussen 16 en 24 jaar loopt dit op tot 15%.¹³¹ De Hoge Gezondheidsraad adviseerde in 2017 om zonnebanken en andere kunstmatige bronnen van uv-straling te verbieden.¹³²

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen de bevolking, en in het bijzonder groepen met een verhoogd risico, beter beschermen tegen de ernstige gezondheidsrisico's van zonnebanken door het regelgevende kader voor zonnebanken en de handhaving ervan te versterken.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- We zullen overleg plegen met de ministers bevoegd voor Economie en Consumentenbescherming, evenals met de bevoegde administraties, om na te gaan hoe het bestaande regelgevende kader voor zonnebanken kan worden versterkt en hoe de naleving ervan beter kan worden gewaarborgd.
- We zullen hen voorstellen om daarbij de aanbevelingen van Stichting tegen Kanker te verwerken inzake strengere controle op de naleving van de regelgeving, betere informatieverstrekking en een verbod op reclame voor zonnebanken.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie *in samenwerking met andere instanties*

Stuurgroep Kankerplan

Timing

Deze legislatuur

¹²⁸ Stichting tegen Kanker, Huidkanker: vaststellingen, uitdagingen en acties voor België.

¹²⁹ IARC, European Code against Cancer 4th Edition: Ultraviolet radiation and cancer

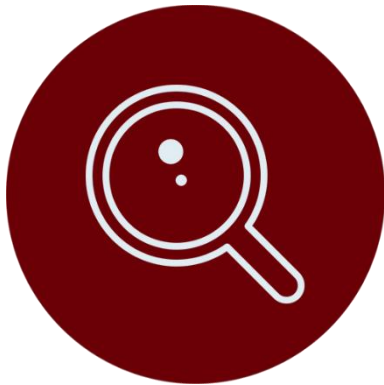
¹³⁰ Boniol et al., Cutaneous melanoma attributable to sunbed use: systematic review and meta-analysis

¹³¹ Stichting tegen Kanker, UV-monitor 2025

¹³² Hoge Gezondheidsraad, Aanbevelingen over het gebruik van kunstmatige bronnen van UV-straling in België

Vroege opsporing en screening

Ruimte voor verbetering



De organisatie van kankerscreening in België gebeurt grotendeels op het niveau van de deelstaten, wat heeft geleid tot verschillen in aanpak, deelname en opvolging tussen de gewesten. Zoals reeds aangehaald in het hoofdstuk over de strategische doelstelling “vermijden van kanker”, blijft een sterke inzet op vroegtijdige opsporing essentieel om de ziektelast van kanker verder te verminderen. Bevolkingsonderzoeken voor borst-, baarmoederhals- en colorectale kanker leveren gezondheidswinst op, maar de participatiegraad blijft ongelijk verdeeld en in bepaalde groepen onvoldoende hoog. Vooral in Brussel¹³³ en Wallonië¹³⁴ liggen de deelnamecijfers voor de georganiseerde screeningsprogramma’s aanzienlijk lager dan in Vlaanderen¹³⁵, terwijl ook socio-economische verschillen een belangrijke rol spelen. Personen met een lagere opleiding of een kwetsbare socio-economische positie nemen minder vaak deel

aan screening, wat de bestaande gezondheidsongelijkheden verder versterkt.¹³⁶ Aanvullend bemoeilijken verschillen in organisatie, communicatie en kwaliteitsopvolging tussen de gewesten een meer geharmoniseerde aanpak van screening. Ook beperkte gezondheidsvaardigheden en een gebrek aan gerichte informatieverstrekking aan burgers en zorgverleners vormen volgens stakeholders belangrijke drempels voor deelname aan vroegtijdige screening. Daarnaast blijft opportunistische screening, in het bijzonder voor borstkanker, sterk aanwezig. Hierdoor ontbreekt vaak een volledig en coherent overzicht van de screeningsactiviteit, wat een optimale monitoring van kwaliteit, doeltreffendheid en opvolging bemoeilijkt.

Wetenschappelijke en technologische evoluties

Tegelijk evolueren de wetenschappelijk inzichten rond screening snel. Nieuwe technologieën, zoals artificiële intelligentie, verbeterde beeldvorming en genetische risicostratificatie, creëren opportuniteiten om screeningsprogramma’s mogelijk nauwkeuriger en meer gepersonaliseerd te maken. Dit vereist echter naast het opbouwen van de nodige evidentie¹³⁷ een continue evaluatie van bestaande programma’s en een beter afgestemde methodologie voor registratie, nomenclatuur en gegevensverzameling. Een goede ondersteuning van de eerste lijn en performante digitale gegevensuitwisseling zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden. Tevens vraagt de implementatie van nieuwe technologieën zoals artificiële intelligentie ook investeringen in digitale infrastructuur, kwaliteitskaders en validatie in de klinische praktijk.

Naast de optimalisatie van bestaande bevolkingsonderzoeken groeit ook de aandacht voor risicogebaseerde screening en voor vroege opsporing van andere kankers met een hoge ziektelast. Longkanker is de belangrijkste oorzaak van kankersterfte in België¹³⁸ en verschillende Belgische en Europese projecten onderzoeken momenteel de haalbaarheid van screening bij hoogrisicogroepen met lage dosis CT-scans.^{139,140} Ook voor andere kankers groeit de interesse in meer gerichte strategieën voor vroegtijdige detectie. Tegelijk wijzen studies erop dat nieuwe screeningsinitiatieven steeds zorgvuldig moeten worden afgewogen tegenover mogelijke nadelen, zoals overdiagnose, onnodige

¹³³ BruPrev. <https://www.bruprev.be/fr/bruprev>

¹³⁴ Centre de Coordination et de Référence pour le dépistage des cancers. <https://www.ccref.org/>

¹³⁵ Centrum voor kankeropsporing. <https://www.cvko.vlaanderen/>

¹³⁶ OECD/European Commission (2025), EU-landenprofiel voor kanker: België 2025, EU-landprofielen over kanker, OECD Publishing, Parijs, <https://doi.org/10.1787/5c4dfa17-nl> <https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/country-cancer-profiles-2025>

¹³⁷ VRTnws. Huid-app SkinVision mist 1 op 4 kankers en geeft vals alarm bij 1 op 8 vlekjes, blijkt uit studie UGent. Raadpleegbaar via: <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2026/02/24/onderzoek-ugent-huidkanker-app-skinvision-zit-er-vaker-naast-da/>

¹³⁸ Gezond België: Vroegtijdige sterfte naar doodsoorzaak. Beschikbaar via: <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/sterfte-en-doodsoorzaken/vroegtijdige-sterfte-naar-doodsoorzaak>

¹³⁹ ZORALCS study. Raadpleegbaar via: <https://zoralcs.be/en/zoralcs-study/>

¹⁴⁰ Koning HJ de, Aalst CM van der, Jong PA de, et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med.* 2020;382(6):503-513. doi:10.1056/NEJMoa1911793



Actiedomein: Vroege opsporing en screening

behandelingen en de impact op capaciteit binnen het gezondheidszorgsysteem.¹⁴¹ Een gefaseerde, kritisch geëvalueerde en wetenschappelijk onderbouwde aanpak is daarom noodzakelijk. Daarbovenop vraagt een meer gepersonaliseerde aanpak ook duidelijke en geharmoniseerde richtlijnen rond genetische risicostratificatie en screening bij personen met verhoogde erfelijke aanleg.

Focus op huidkanker

De incidentie van huidkanker is in België de voorbije decennia sterk toegenomen, onder meer door veroudering van de bevolking en blootstelling aan UV-straling. Een andere verklaring van de gestegen incidentie is een verbreding van de diagnose van melanoom.

De dermatologische zorg staat onder druk. Er is bijkomende nood aan onderzoek naar betere pathologische definitie van melanoom, triagesystemen en kosteneffectieve benaderingen, waaronder het gebruik van artificiële intelligentie en een betere taakverdeling binnen de gezondheidszorg om de druk op gespecialiseerde zorg te verminderen. Vanaf het najaar 2026 zouden huisartsen een dermatoloog op afstand kunnen consulteren voor een gespecialiseerd advies over een huidletsel bij een patiënt, zodat patiënten tijdig toegang kunnen krijgen tot passende zorg.¹⁴² Tegelijk blijft sensibilisering van de bevolking rond risicofactoren, preventie en herkenning van verdachte huidletsels essentieel.¹⁴³

Actiedomein vroege opsporing en screening: de acties

In deze context willen de voorgestelde acties bijdragen aan een versterkte, coherente en toekomstgerichte aanpak van vroegtijdige opsporing en screening. De acties richten zich op de federale bevoegdheden en beogen onder meer een betere methodologische ondersteuning van de bestaande screeningsprogramma's, een evaluatie van de haalbaarheid van risicogebaseerde screening en een versterkte aanpak van huidkanker. Daarbij zal nauw worden samengewerkt met de deelstaten, die bevoegd zijn voor de organisatie en de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken, aangezien zij een centrale rol spelen bij de operationele uitrol van de programma's en het bereiken van doelgroepen.

[Actie 18](#): Evidentiegestuurde optimalisatie van bestaande kankerscreeningsprogramma's

[Actie 19](#): Evaluatie van de meerwaarde en de haalbaarheid van risico-gebaseerde kankerscreening

[Actie 20](#): Naar een doelgerichte en efficiënte aanpak van huidkanker

¹⁴¹ Desimpel F, Luyten J, Camberlin C, Primus-de Jong C, Verleye L, Neyt M. Lung cancer screening in a high-risk population. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2024. KCE Reports 379. D/2024/10.273/16. <https://doi.org/10.57598/R279C>

¹⁴² Expertise op afstand (tele-expertise) in de dermatologie. RIZIV. Raadpleegbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/verstrekkingen-door-artsen/expertise-op-afstand-tele-expertise-in-de-dermatologie>

¹⁴³ Preventie van huidkanker: vaststellingen, uitdagingen en acties voor België. Stichting tegen kanker. 22.04.2026. Raadpleegbaar via: <https://kanker.be/resource/preventie-van-huidkanker-vaststellingen-uitdagingen-en-acties-voor-belgie/>



Actie 18: Evidentiegestuurde optimalisatie van bestaande kankerscreeningsprogramma's

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING

Vermijden van kanker en kankergerelateerde ziektelast

Screening is een belangrijk instrument voor de vroegtijdige opsporing van kanker en kan bijdragen tot een betere prognose en minder zware behandelingen. In België worden de bevolkingsonderzoeken voor kanker georganiseerd door de deelstaten. Voor alle bestaande screeningsprogramma's blijft de deelnamegraad echter lager dan gewenst en bestaan er belangrijke verschillen tussen deelstaten en bevolkingsgroepen. Bepaalde doelgroepen worden bovendien moeilijk bereikt, wat kan leiden tot ongelijkheden in gezondheidsuitkomsten.

Daarnaast evolueren de wetenschappelijke inzichten over screening voortdurend. Nieuwe evidentie over leeftijdsgrenzen, risicostratificatie, zelfafname, artificiële intelligentie en andere innovatieve methoden maakt het noodzakelijk om screeningsprogramma's regelmatig te evalueren en bij te sturen.

Voor borstkankerscreening bestaan bovendien specifieke uitdagingen. We stellen vast dat diagnostische mammografie gebruikt worden voor screeningsdoeleinden, ondanks het bestaan van een specifieke screeningsnomenclatuur waarbij onder meer een tweede lezing is voorzien. Dit gebruik van duurdere diagnostische prestaties buiten het beoogde screeningskader heeft niet alleen impact op de kostenefficiëntie, maar ondermijnt ook de kwaliteitsborging en leidt tot een vertekend beeld van de screening in de beschikbare gegevens. Tegelijk rijzen nieuwe vragen over de optimale doelgroep voor screening, de mogelijke rol van risicostratificatie en genetische testing, en de plaats van nieuwe technologieën.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen de deelstaten ondersteunen met een wetenschappelijk onderbouwde en consistente methodologische aanpak voor de evaluatie en verdere ontwikkeling van kankerscreeningsprogramma's. Deze aanpak steunt op twee complementaire pijlers, gebaseerd op een logica van overleg met de deelstaten:

- een systematische evaluatie van screeningsmethoden en mogelijke wijzigingen aan bestaande programma's, gebaseerd op wetenschappelijke evidentie en onafhankelijke evaluaties door het KCE;
- een systematische monitoring van deelname aan screeningsprogramma's, om verschillen in deelname en mogelijke verbeterpunten tijdig te identificeren.

Het doel is om beleidsbeslissingen rond screening maximaal te ondersteunen met actuele evidentie en kwaliteitsvolle gegevens, zodat de effectiviteit, kwaliteit en gelijkheid van bestaande screeningsprogramma's verder kunnen worden versterkt.

Voor borstkankerscreening streven we daarnaast naar een vollediger registratie van alle screeningsactiviteiten, een duidelijke afbakening tussen screening en diagnostiek, en een actualisering van het programma in functie van nieuwe wetenschappelijke inzichten en technologische ontwikkelingen. De recent gepubliceerde Health Technology Assessment door het KCE¹⁴⁴ weegt de voordelen van de screening naar borstkanker en een mogelijke uitbreiding daarvan af tegen de nadelen door de klinische doeltreffendheid en de kosteneffectiviteit ervan te evalueren.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

Algemene ondersteuning van screeningsprogramma's, in samenwerking met de deelstaten

- Overleg organiseren met de deelstaten en andere relevante stakeholders over nieuwe wetenschappelijke evidentie, Europese richtlijnen en aanbevelingen uit KCE-studies over kankerscreening.
- De resultaten van lopende en toekomstige KCE-studies vertalen naar beleidsaanbevelingen voor bestaande screeningsprogramma's, onder meer voor borst- en darmkanker. Het rapport over de evaluatie van (de

¹⁴⁴ Luyten Janis, Neyt Mattias, Camberlin Cécile, Primus-de Jong Céilia, Van Deynse Helena, Leroy Roos. Borstkankerscreening in België. Health Technology Assessment (HTA). Brussels. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2026. KCE Reports 423AS. DOI: 10.57598/R423AS.



Actiedomein: Vroege opsporing en screening

uitbreiding van) screening naar borstkanker is recent gepubliceerd waardoor we hier meteen mee aan de slag kunnen. De KCE-studie over de screening op darmkanker dateert van intussen van ongeveer 20 jaar geleden en hier zorgen we voor een update over deze topic.

- De deelname aan screeningsprogramma's systematisch monitoren en analyseren om verbeterpunten en ongelijkheden in deelname te identificeren.
- De effectiviteit en gelijkheid van screeningsprogramma's versterken door beter inzicht te verwerven in barrières en facilitatoren voor deelname, met bijzondere aandacht voor moeilijk bereikbare bevolkingsgroepen.
- De rol van zorgprofessionals, zoals huisartsen, verpleegkundigen en apothekers, versterken in het informeren, begeleiden en motiveren van burgers om deel te nemen aan screening.

Specifiek luik: borstkankerscreening

- Overleg voeren met de deelstaten en andere stakeholders over de verdere ontwikkeling van het borstkankerscreeningsprogramma op basis van nieuwe wetenschappelijke evidentie en de aanbevelingen van de recent gepubliceerde KCE-studie over borstkankerscreening.
- De nomenclatuur voor diagnostische mammografie evalueren en aanpassen zodat deze niet langer wordt gebruikt voor screeningsdoeleinden.
- Een sluitende registratie realiseren van alle screeningsprestaties, zowel binnen de door de deelstaten georganiseerde bevolkingsonderzoeken als daarbuiten.
- Mechanismen voor kwaliteitsgarantie versterken, onder meer via kwaliteitscontrole en tweede lezing.
- De plaats van nieuwe benaderingen evalueren, waaronder risicogebaseerde screening, mogelijke aanpassingen van leeftijdsgrenzen en de rol van veralgemeende BRCA-testing bij vrouwen met borstkanker, en hierover overleggen met de deelstaten.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

FOD Volksgezondheid

Timing

Update KCE-studie screening darmkanker en aanpassing van de nomenclatuur voor borstkankerscreening: deze legislatuur;

Algemene ondersteuning van screeningsprogramma's: deze en volgende legislatuur

Actie 19: Evaluatie van de meerwaarde en de haalbaarheid van risico-gebaseerde kankerscreening

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Vermijden van kanker en
kankergeassocieerde ziektelast

Kankerscreening wordt vandaag meestal georganiseerd op basis van leeftijd en geslacht. Nieuwe wetenschappelijke inzichten tonen echter aan dat het risico op kanker sterk kan verschillen tussen individuen, afhankelijk van factoren zoals leefstijl, genetische kenmerken, medische/screeningsvoorgeschiedenis en omgevingsfactoren. Hierdoor groeit de internationale belangstelling voor risicogebaseerde screening, waarbij de intensiteit, frequentie of doelgroep van screening wordt afgestemd op het individuele risico.

Een dergelijke aanpak kan bijdragen tot een betere balans tussen baten, risico's en kosten van screening. Ze kan overdiagnose en onnodige onderzoeken bij personen met een laag risico beperken, terwijl personen met een verhoogd risico gerichter kunnen worden opgespoord en opgevolgd. Tegelijk brengt een risicogebaseerde benadering belangrijke uitdagingen met zich mee op het vlak van gezondheidszorgcapaciteit, kosteneffectiviteit, gegevensgebruik,



Actiedomein: Vroege opsporing en screening

maatschappelijke aanvaardbaarheid en gedragsverandering. Vooral wanneer screening wordt verminderd voor personen met een laag risico, is een hoge mate van vertrouwen en begrip bij burgers en zorgverleners essentieel.

We beschikken reeds over een belangrijke wetenschappelijke basis voor de evaluatie van risicogebaseerde longkankerscreening. Het KCE concludeerde in rapport 379 dat longkankerscreening belangrijke gezondheidsvoordelen kan opleveren, maar ook nadelen kent die zorgvuldig tegen elkaar moeten worden afgewogen. De studie toont aan dat longkankerscreening kosteneffectief kan zijn indien de maatschappelijke bereidheid om te betalen tussen 20.000 en 30.000 euro per gewonnen kwaliteitsvol levensjaar ligt. Om beleidsmakers verder te ondersteunen, wordt aansluitend een nieuwe KCE-studie uitgevoerd die de budgettaire impact, de personeels- en infrastructuurbehoeften en de organisatorische haalbaarheid van een mogelijk screeningsprogramma in kaart brengt. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de impact van incidentele bevindingen, de integratie van rookstopbegeleiding en andere relevante implementatieaspecten, evenals aan gendergerelateerde verschillen in gedrag en de impact van risicogebaseerde screening.

Om toekomstige beleidskeuzes te ondersteunen, is het daarom noodzakelijk om de resultaten van deze studies te vertalen naar een geïntegreerde evaluatie van de haalbaarheid en de voorwaarden voor een eventuele implementatie van risicogebaseerde screening in de Belgische context.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen de mogelijkheden van risicogebaseerde kankerscreening in België systematisch evalueren en een onderbouwd kader ontwikkelen voor een eventuele toekomstige implementatie.

In een eerste fase bouwen we voort op de reeds uitgevoerde en lopende KCE-studies over longkankerscreening. Op basis van hun aanbevelingen willen we nagaan onder welke voorwaarden risicogebaseerde screening voor longkanker haalbaar, kosteneffectief, maatschappelijk aanvaardbaar en organisatorisch uitvoerbaar is binnen de Belgische context. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de impact op de zorgcapaciteit, de budgettaire gevolgen, de inspanningen voor preventie bij jongeren, de integratie van rookstopbegeleiding, en andere randvoorwaarden voor een kwaliteitsvolle implementatie.

De inzichten uit deze eerste fase zullen vervolgens worden gebruikt om ook voor andere kankers de mogelijkheden van risicogebaseerde screening te beoordelen.

Het uiteindelijke doel is om beleidsmakers te voorzien van wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen over de wenselijkheid, haalbaarheid en voorwaarden voor de eventuele invoering van risicogebaseerde screening in België, in samenhang met bestaande preventie- en screeningsstrategieën.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

Fase 1: focus op longkankerscreening

- De resultaten van KCE-rapport 379 benutten als wetenschappelijke basis voor de verdere evaluatie van risicogebaseerde longkankerscreening.
- De ingeplande opvolgende KCE-studie uitvoeren en de aanbevelingen analyseren met betrekking tot de budgettaire impact, de benodigde personeels- en infrastructuurcapaciteit, de organisatie van screening, de impact van incidentele bevindingen, de integratie van rookstopbegeleiding en andere relevante implementatieaspecten.
- De resultaten analyseren van lopende Belgische en Europese projecten (zoals ZORALCS, TAMIRO-STOP, EUCanScreen, SOLACE, SOLACE-plus) samenbrengen en vergelijken met de Belgische context.
- Contact- en werkgroepen opzetten om kennisuitwisseling en samenwerking tussen de betrokken stakeholders te faciliteren.
- De haalbaarheid van een risicogebaseerde screening voor longkanker evalueren, met bijzondere aandacht voor gezondheidswinst, kosteneffectiviteit, budgettaire impact, benodigde capaciteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gedragsaspecten bij burgers en zorgverleners.
- De voorwaarden identificeren die nodig zijn om het gezondheidssysteem voor te bereiden op een eventuele implementatie van risicogebaseerde screening.



Actiedomein: Vroege opsporing en screening

- De noden in kaart brengen en aanbevelingen formuleren voor een eventuele invoering van een risicogebaseerd screeningsprogramma voor longkanker, met aandacht voor maximale integratie van nieuwe gegevensverzameling in bestaande screenings- en gezondheidsinformatiesystemen.

Fase 2: uitbreiding naar andere screeningsprogramma's

- De opgedane ervaringen en aanbevelingen toepassen op andere kankerscreeningsprogramma's.
- De verdere ontwikkeling van risicogebaseerde screening afstemmen op andere acties binnen het kankerplan, waaronder de eliminatie van HPV-gerelateerde kankers en de versterking van bestaande screeningsprogramma's.
- Ondersteunen dat veelbelovende en gevalideerde risicogebaseerde benaderingen geleidelijk, waar aangewezen, kunnen worden geïntegreerd in bestaande screenings- en preventiestrategieën.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

Kankercentrum (Sciensano)

Timing

Deze legislatuur (longkanker) en volgende legislatuur (andere indicaties)

Actie 20: Naar een doelgerichte en efficiënte aanpak van huidkanker

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Vermijden van kanker en
kankergerelateerde ziektelast

Huidkanker is de meest voorkomende vorm van kanker in België. Het aantal diagnoses is de afgelopen decennia sterk toegenomen en zal naar verwachting verder stijgen. Er wordt voorspeld dat het aantal patiënten dat ten gevolge van een huidkanker diagnose beroep zal doen op de zorg daardoor tegen 2030 met 77% zal stijgen.¹⁴⁵ Tegelijk staat de dermatologische zorg onder druk. De vraag naar gespecialiseerde consultaties neemt toe, terwijl niet elk huidletsel dezelfde expertise of dezelfde urgentie vereist. Hierdoor kunnen vertragingen ontstaan bij patiënten die snel een diagnose nodig hebben. We willen daarom patiënten sneller naar de meest aangewezen zorg leiden, de beschikbare dermatologische expertise gericht inzetten en zorg zonder aantoonbare meerwaarde vermijden.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We laten onderzoeken hoe de dermatologische zorg beter kan worden georganiseerd. Het uiteindelijke doel is om te begrijpen hoe we de capaciteit bij dermatologen kunnen vrijwaren om:

- verdachte huidletsels sneller te identificeren en te beoordelen;
- de beschikbare dermatologische expertise efficiënter in te zetten;
- de incidentie en ziektelast van huidkanker op lange termijn te verminderen.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

Er wordt een studie voorgesteld die onderzoekt waarom de incidentie van melanoom toe neemt, hoe we onnodige dermatologische consultaties kunnen vermijden, hoe we een correcte diagnostische keten kunnen organiseren, en

¹⁴⁵ Huidkanker in België. Een rapport op basis van cijfers over een periode van 18 jaar, van Stichting tegen Kanker in samenwerking met Stichting Kankerregister. 2021. Beschikbaar via: <https://kanker.be/wp-content/uploads/2024/08/15-NL-STK-Huidkanker-2021-1.pdf>



Actiedomein: Vroege opsporing en screening

hoe patiënten met acute of verdachte huidproblemen sneller toegang kunnen krijgen tot gespecialiseerde zorg. Het doel is dubbel: mensen met een reëel risico sneller bij de juiste specialist krijgen, en tegelijk de dermatologische capaciteit vrijwaren door laagrisico- of niet-dringende zorg beter te oriënteren. In dit onderzoek zal ook aandacht besteed worden aan de genderdimensie en de verschillen die deze wel of niet teweegbrengen. Een aanvraag voor een studie door het KCE wordt hiervoor ingediend.

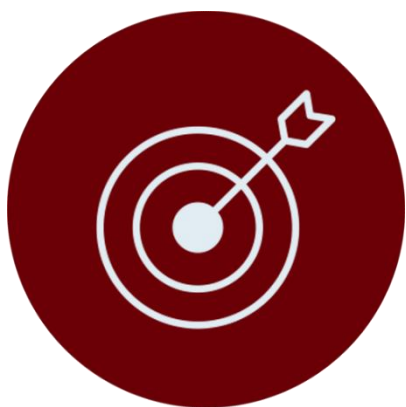
Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie *in samenwerking met andere instanties*

Stuurgroep Kankerplan

Timing

Deze legislatuur

Diagnostiek en behandeling



Ons land beschikt over een sterk gezondheidszorgstelsel met een brede publieke ziekteverzekering en behoort in Europa tot de koplopers op vlak van toegang tot innovatieve kankerbehandelingen, klinisch onderzoek en precisiegeneeskunde. Eerder werd aangehaald dat de snelle evoluties in de oncologische zorg, de toenemende incidentie van kanker en de stijgende uitgaven voor belangrijke uitdagingen zorgen op het vlak van organisatie, betaalbaarheid, kwaliteit en gelijke toegang. Zoals ook door stakeholders werd benadrukt, staat daarbij niet één specifieke technologie of behandeling centraal, maar de bredere uitdaging om kwaliteitsvolle, doelmatige en toegankelijke oncologische zorg duurzaam te organiseren. Tegelijk wordt de zorg geconfronteerd met bijkomende druk door terugkerende onbeschikbaarheden van essentiële geneesmiddelen, waaronder ook klassieke

chemotherapieën. Tekorten aan basischemotherapie, veroorzaakt door productieproblemen, schaarste aan grondstoffen of een stijgende wereldwijde vraag, kunnen de continuïteit van zorg onder druk zetten en illustreren de nood aan een veerkrachtig en toekomstgericht geneesmiddelenbeleid. Ons land treft zowel nationaal initiatief via maatregelen van het FAGG¹⁴⁶ en het RIZIV¹⁴⁷ als Europees via de Critical Medicines Alliance¹⁴⁸.

Onderzoek als eerste toegang tot nieuwe behandelingen

België beschikt over een sterke traditie in oncologisch onderzoek en klinische studies, en hoewel België in Europa aan kop staat wat betreft het aantal klinische studies, is deze positie kwetsbaar.¹⁴⁹ Bovendien is deelname aan studies niet voor alle patiënten even toegankelijk. Studies concentreren zich vaak in universitaire of grote expertisecentra, terwijl strikte inclusiecriteria maken dat bepaalde patiëntengroepen minder vertegenwoordigd zijn. Er is daarom nood aan een onderzoeks- en innovatiebeleid dat samenwerking versterkt en administratieve drempels verlaagt.

Evolutie naar precisiegeneeskunde en nieuwe technologieën

Daarnaast evolueert de oncologie steeds sterker richting precisiegeneeskunde en geavanceerde therapieën. Dankzij de brede terugbetaling van oncologische geneesmiddelen, de gekoppelde terugbetaling van “companion diagnostics”¹⁵⁰ en van Next Generation Sequencing”¹⁵¹, hebben veel patiënten toegang tot geavanceerde diagnostische en therapeutische mogelijkheden. Sinds 1 maart 2026 is de nieuwe procedure voor vroege en snelle toegang tot geneesmiddelen van kracht, een procedure die gericht is op een snellere, gelijkere en duurzame beschikbaarheid van nieuwe behandelingen voor onbeantwoorde medische noden.¹⁵² Het vernieuwde proces moet de kloof helpen dichten die er bestaat in de tussenperiode tussen de goedkeuring door het EMA en de terugbetaling, en

¹⁴⁶ (On)beschikbaarheid van geneesmiddelen. FAGG. Raadpleegbaar via: https://www.fagg-afmps.be/nl/items-HOME/Onbeschikbaarheid_van_geneesmiddelen

¹⁴⁷ Tegemoetkoming bij de meerkost van onbeschikbare essentiële geneesmiddelen. RIZIV. Beschikbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geneesmiddelen/tegemoetkoming-bij-de-meerkost-van-onbeschikbare-essentielle-geneesmiddelen>

¹⁴⁸ De Critical Medicines Alliance (CMA), opgericht in januari 2024, is een overlegmechanisme dat relevante belanghebbenden uit EU-lidstaten, belangrijke industrieën, het maatschappelijk middenveld en de wetenschappelijke gemeenschap samenbrengt. De Alliantie heeft als doel belangrijke actiegebieden en prioriteiten te identificeren en oplossingen voor te stellen om de levering van essentiële geneesmiddelen in de EU te versterken, met als uiteindelijk doel de inspanningen om tekorten te voorkomen en effectief aan te pakken te verbeteren. Zie ook: https://health.ec.europa.eu/health-emergency-preparedness-and-response-hera/overview/critical-medicines-alliance_en

¹⁴⁹ Belgium as a clinical trial location in Europe – Report 2024. Deloitte Belgium 2026. Beschikbaar via: <https://pharma.be/sites/default/files/2026-01/pharma-be-deloitte-report-on-belgium-as-a-clinical-trial-hub-report-2026-data-2024.pdf>

¹⁵⁰ Terugbetaling van gepersonaliseerde geneesmiddelen en “companion diagnostics”. RIZIV. <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/laboratoria/terugbetaling-van-gepersonaliseerde-geneesmiddelen-en-companion-diagnostics>

¹⁵¹ (Hemato-)oncologie: Terugbetaling van moleculair-biologische testen met “Next Generation Sequencing”. RIZIV. <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/laboratoria/hemato-oncologie-terugbetaling-van-moleculair-biologische-testen-met-next-generation-sequencing>

¹⁵² Onbeantwoorde medische noden – Unmet Medical Need. RIZIV. Beschikbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geneesmiddelen/geneesmiddel-terugbetalen/onbeantwoorde-medische-noden-unmet-medical-need>



Actiedomein: Diagnostiek en behandeling

maakt deel uit van een bredere hervorming van de terugbetalingsprocedures van geneesmiddelen die ook de stem van de patiënt in de procedure brengt, een meer vraaggedreven proces nastreeft, inzet op duurzaamheid, stroomlijning, transparantie en dataverzameling.¹⁵³ België speelt bovendien een voortrekkersrol in klinisch onderzoek, radioligandtherapie, innovatieve chirurgische en ablatie-technieken en geavanceerde therapieën (ATMP's).

Doelmatigheid voor de patiënt en voor het zorgsysteem

Er bestaan vandaag nog aanzienlijke verschillen tussen ziekenhuizen in het gebruik van diagnostische en therapeutische middelen, en deze worden niet altijd op de meest doelmatige manier ingezet. Nieuwe behandelingen worden vaak snel ingevoerd, terwijl hun optimale positionering, behandelduur, combinatie met andere therapieën of selectie van patiënten in de praktijk niet altijd voldoende onderbouwd zijn met gegevens uit de reële zorgcontext. Ook in de palliatieve fase blijft er nood aan meer aandacht voor passende zorg en het vermijden van disproportionele of weinig zinvolle behandelingen. Daarnaast stellen ook beperkte personeelscapaciteit, infrastructuurvereisten en een soms onduidelijke taakverdeling tussen expertisecentra en kleinere ziekenhuizen bijkomende uitdagingen voor een efficiënte organisatie van complexe oncologische zorg.

Daarbij komt dat de uitgaven voor oncologische geneesmiddelen en innovatieve technologieën zeer sterk stijgen. Dat maakt het noodzakelijk om wetenschappelijke evidentie, gezondheidsuitkomsten en kosteneffectiviteit beter te integreren in beleidsbeslissingen. Naast klassieke gerandomiseerde studies wordt ook het gebruik van gegevens uit de dagelijkse praktijk steeds belangrijker om de werkelijke meerwaarde van behandelingen, diagnostische technieken en zorgmodellen te evalueren. Het versterken van datagedreven en wetenschappelijk onderbouwd beleid is daarom cruciaal om innovatie duurzaam toegankelijk te houden voor alle patiënten.

Actiedomein diagnostiek en behandeling: de acties

De acht acties binnen dit domein willen een antwoord bieden op deze uitdagingen door in te zetten op doelmatig gebruik van diagnostiek en behandelingen, betere toegang tot en duurzame organisatie van precisiegeneeskunde, radio-isotopentoepassingen en innovatieve therapieën, en versterking van klinisch onderzoek. Daarbij staat een evenwicht centraal tussen snelle toegang tot innovatie, wetenschappelijke onderbouwing, betaalbaarheid, kwaliteit van zorg en maatschappelijke duurzaamheid. De samenwerking tussen federale overheden, zorgverleners, onderzoeksinstituten, patiëntenorganisaties en industrie vormt een essentiële voorwaarde om de sterke positie van ons land in innovatieve kankerzorg verder te versterken.

Actie 21: Appropriate Care in de oncologie: aanbevelingen voor doelmatig gebruik van diagnostiek en behandeling

Actie 22: Stimuleren van onderzoek naar behandelingsoptimalisatie in de oncologie

Actie 23: Duurzame toegang tot biomerkertesting voor doelmatige precisie-oncologie

Actie 24: Bewustmaking en bescherming tegen niet-gereguleerde en onbewezen kankerbehandelingen

Actie 25: Naar een betere toegang tot klinische studies voor patiënten en een sterkere positie van België in klinisch kankeronderzoek

Actie 26: Innovatieve radio-isotopendiagnostiek en -therapieën

Actie 27: Naar een Belgisch kader voor de academische ontwikkeling van ATMP's

Actie 28: Opvolging van de impact van de programma's "Vroege en Snelle toegang" voor mensen met kanker

¹⁵³ Hervorming terugbetalingsprocedures geneesmiddelen. RIZIV. Beschikbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geneesmiddelen/hervorming-terugbetalingsprocedures-geneesmiddelen>



Actie 21: Appropriate Care in de oncologie: aanbevelingen voor doelmatig gebruik van diagnostiek en behandeling

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Doelmatigheid (huidige middelen)

Door de voortdurende stroom aan technologische evoluties zijn er de laatste twintig jaren veel nieuwe behandelingen en diagnostische technieken beschikbaar gekomen binnen het domein van de oncologie.

Daarnaast is er een continue evolutie wat betreft klinische praktijkrichtlijnen in de oncologie, bedoeld om te streven naar een kwaliteitsvolle en geüniformeerde zorg voor alle patiënten, waarbij de diagnostisch en therapeutisch beschikbare middelen op een effectieve manier worden ingezet.

Dit effectief en aangepast inzetten van middelen wordt echter onvoldoende geëvalueerd, waardoor er in de dagelijkse realiteit soms substantiële praktijkvariatie wordt vastgesteld, wat kan gepaard gaan met over-, dan wel onder- of misgebruik van de beschikbare middelen. Het niet aangepast of niet doelmatig inzetten van diagnostiek en behandeling in de oncologie leidt enerzijds tot onnodige belasting en mogelijk ook toxiciteit voor de patiënt, en anderzijds tot onnodige kosten voor de gezondheidszorg en de maatschappij. Specifieke domeinen zijn het gebruik van diagnostische en therapeutische middelen gaande van de curatieve tot en met de palliatieve fase van het traject, alsook de keuze dan wel frequentie van medische beeldvorming in de stadiërings- of opvolgingsfase van een kankerdiagnose.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

Met deze actie streven we naar een meer doelmatig gebruik van middelen in de kankerzorg. Kwaliteitsindicatoren zijn een geschikt middel om specifieke dagelijkse praktijken in de zorginstellingen te monitoren, en met name een continue cyclus van meten, reflecteren, gevolgd door gericht handelen op te zetten. Om praktisch haalbaar en efficiënt te zijn wordt met deze actie gefocust op bestaande projecten/initiatieven in de kankerzorg waar door middel van kwaliteitsindicatoren doelmatigheid van de geleverde kankerzorg kan gemeten worden. Het doel op lange termijn is om doelmatigheid van zorg in te burgeren in de denkgest van onze gezondheidszorg, op de verschillende niveaus gaande van de zorgverlener en de zorginstelling tot de beleidsmaker en de ziekteverzekering.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

De actie wil in de eerste plaats zeer praktijkgericht zijn en aansluiten op lopende initiatieven en bestaande structuren.

Vooraleer dit nieuwe initiatief vorm te geven, zal de Stichting Kankerregister de RIZIV-diensten raadplegen (farmaceutische en medische directie, directie appropriate care) en de lopende initiatieven die gericht zijn op het doelmatig gebruik van diagnostische en therapeutische toepassingen in de oncologie in kaart te brengen (bv. Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP));

Daarnaast zal de Stichting Kankerregister evalueren hoe er in bestaande initiatieven een nieuwe dimensie met kwaliteitsindicatoren voor doelmatigheid van zorg kan ingebouwd worden, in eerste instantie wordt hier gedacht aan:

- Solide lopende huidige maar ook toekomstige registratieprojecten in de verschillende kanker gerelateerde overeenkomsten van het RIZIV met ziekenhuizen, zoals de conventies complexe chirurgie voor slokdarm en pancreas en de op komst zijnde conventie hoofd- en halskanker;
- Projecten in de context van specifieke terugbetalingscriteria waar registratie aan verbonden is zoals de Gen Expressie Profileren (GEP) conventie, Stereotactic Radiotherapy (SRT), hadrontherapie, NTRK-inhibitor therapie;
- Lopende initiatieven met monitoring van kwaliteitsindicatoren voor de aanpak van specifieke tumortypes zoals de projecten van het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) en het equivalent voor Brussel en Wallonië (PAQS);

Een vruchtbare samenwerking met de actoren op het terrein wordt nagestreefd via de bestaande wetenschappelijke (beroeps-)verenigingen in de oncologie, die onder andere reeds in de verschillende RIZIV-overeenkomsten en



Actiedomein: Diagnostiek en behandeling

projecten met kwaliteitsindicatoren betrokken zijn (bv. Belgian Society Medical Oncology, Audit Belgian Esophageal Surgery, Belgian Pancreatic Cancer Group, ...).

Er wordt gewerkt met de hoogkwalitatieve gegevens die beschikbaar zijn voor de Stichting Kankerregister, waarbij de kwaliteitsindicatoren op ziekenhuisniveau kunnen berekend worden en onder andere toegevoegd kunnen worden aan de ziekenhuis specifieke rapporten met benchmarking die in kader van de verschillende lopende initiatieven reeds systematisch worden opgesteld en teruggekoppeld naar het terrein.

Tevens wordt de integratie in het nieuwe meerjarenplan van de directie Appropriate Care voorzien, waarbij op aangeven van zeer concrete voorstellen vanuit de Stichting Kankerregister twee à drie concrete beleidsvoorstellen kunnen uitgewerkt worden rond de aanpak van low value care of ongegronde praktijkvariëaties in het Meerjarenplan Appropriate Care 2028-2030. De beleidsvoorstellen worden ontwikkeld onder leiding van de directie Appropriate Care, in ad hoc wetenschappelijke kamers en voorgelegd ter validatie aan de Commissie Appropriate Care. Dergelijke beleidsvoorstellen kunnen bestaan uit aanpassingen van de nomenclatuur, de ontwikkeling van indicatoren, ziekenhuisaudit,...

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

RIZIV

Timing

Deze legislatuur, loopt verder in volgende legislatuur

Actie 22: Stimuleren van onderzoek naar behandelingsoptimalisatie in de oncologie

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Doelmatigheid (huidige middelen)

In de oncologie groeit de aandacht voor behandelingsoptimalisatie: het aanpassen van bestaande behandelingen zodat patiënten dezelfde of betere gezondheidsuitkomsten behalen met een minder zware behandeling, minder bijwerkingen en een efficiënter gebruik van middelen. Dit kan bijvoorbeeld gaan over dosisverlaging, kortere behandelingsduur, langere behandelingsvrije intervallen, een betere selectie van patiënten of een optimale sequentie van behandelingen.

Hoewel dergelijke onderzoeksvragen vaak een grote maatschappelijke en klinische relevantie hebben, krijgen ze niet altijd voldoende aandacht binnen klassieke en commerciële onderzoeks- en ontwikkelingsmodellen. Bovendien bestaat het risico op versnippering van onderzoeksinspanningen, overlap tussen projecten en een suboptimale inzet van beschikbare middelen.

In 2026 wordt een fonds (Post Reimbursement Fonds) opgericht dat onderzoek moet stimuleren naar betere zorg voor mensen met meer oog voor behandelingen op maat. Met het fonds kunnen de wetenschapswereld en de artsen op het terrein meer grondig onderzoek doen naar potentiële overbehandeling en dat met oog voor het welzijn van de patiënten. Het onderzoek moet uiteindelijk leiden tot betere en passende behandelingen. Met de oprichting van het Post Reimbursement Fonds ontstaat een belangrijke opportuniteit om onderzoek naar behandelingsoptimalisatie te ondersteunen. Om deze middelen maximaal te benutten, is er nood aan coördinatie, prioritering en afstemming van onderzoeksinitiatieven binnen de oncologie.



Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen onderzoek naar behandelingsoptimalisatie binnen de oncologie actief stimuleren en de voorbereiding van kwalitatieve onderzoeksaanvragen voor het Post Reimbursement Fonds ondersteunen.

Daarbij streven we naar een gecoördineerde aanpak waarbij onderzoeksprioriteiten worden afgestemd op de belangrijkste onbeantwoorde noden in de kankerzorg. Door onderzoeksthema's te prioriteren en samenwerking tussen onderzoekers, zorgverleners en onderzoeksinstellingen te bevorderen, willen we de beschikbare middelen richten op interventies met de grootste potentiële meerwaarde voor patiënten en gezondheidszorg.

Het beoogde resultaat is bijdragen aan een coherent onderzoeksprogramma rond behandelingsoptimalisatie in de oncologie, dat leidt tot wetenschappelijk onderbouwde inzichten voor meer passende, effectieve en patiëntgerichte behandelingen.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- Binnen de Belgian Cancer Research Alliance (BeCRA) een taskforce voor behandelingsoptimalisatie oprichten of mandateren om onderzoeksactiviteiten te coördineren.
- Bestaande en geplande onderzoeksinitiatieven in kaart brengen om overlap te vermijden en synergieën te bevorderen.
- Prioritaire onderzoeksvragen identificeren op basis van klinische relevantie, potentiële impact voor patiënten en maatschappelijke meerwaarde.
- Gebruikmaken van bestaande initiatieven en kennisbronnen, waaronder het NEED-project, om onbeantwoorde behoeften in de kankerzorg systematisch te identificeren.
- Samenwerking stimuleren tussen onderzoekers, multidisciplinaire kankercentra, zorgverleners en andere relevante stakeholders.
- Ondersteunen van de ontwikkeling van onderzoeksvoorstellen voor het Post Reimbursement Fonds en andere relevante financieringskanalen.
- De voortgang en resultaten van gefinancierde projecten opvolgen en kennisdeling bevorderen.

De onderzoeksprioriteiten kunnen onder meer betrekking hebben op dosisoptimalisatie, verkorting van behandelingsduur, behandelingsvrije intervallen, biomerkers voor patiëntselectie en monitoring, optimale behandelingssequenties, combinatietherapieën en alternatieve behandeltechnieken zoals minimaal invasieve chirurgie of radiotherapie. Bij onderzoek naar behandelingsoptimalisatie wordt rekening gehouden met verschillen in leeftijd, comorbiditeit, functionele toestand en persoonlijke zorgdoelen, zodat behandelingen zo goed mogelijk kunnen worden afgestemd op de individuele patiënt.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie *in samenwerking met andere instanties*

Kankercentrum (Sciensano)

Timing

Deze legislatuur



Actie 23: Duurzame toegang tot biomerkertesting voor doelmatige precisie-oncologie

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Doelmatigheid (huidige middelen)

De snelle evolutie van de precisie-oncologie leidt tot een toenemend aantal innovatieve en vaak dure geneesmiddelen waarvan het gebruik afhankelijk is van de aanwezigheid van specifieke predictieve biomerkers. Een correcte identificatie van deze biomerkers via companion diagnostics is essentieel om patiënten de meest geschikte behandeling aan te bieden en onnodige of inefficiënte behandelingen te vermijden.

Sinds 2019 is de terugbetaling van bepaalde gerichte enkelvoudige moleculaire testen gekoppeld aan de terugbetaling van precisiegeneesmiddelen, waardoor elke nieuwe combinatie geneesmiddel-biomarker een uitgebreide evaluatie ondergaat over de therapeutische waarde en de klinische utiliteit, het belang in de medische praktijk, de budgettaire weerslag, en de kosten-effectiviteit. Deze aanpak houdt echter onvoldoende rekening met de huidige klinische praktijk, waarin steeds vaker gebruik wordt gemaakt van uitgebreide genenpanels (NGS-CGP), niet-moleculaire biomerkers en nieuwe technologieën zoals vloeistofbiopsieën (op circulerend tumorDNA in het bloed van de patiënt). Bovendien neemt de nood aan testing toe door de stijgende incidentie van kanker en doordat biomerkers niet alleen bij de start van een behandeling, maar ook tijdens de opvolging van patiënten een belangrijke rol spelen.

De financiering van diagnostische testen en geneesmiddelen verloopt vandaag via verschillende budgettaire kanalen binnen de ziekteverzekering, waardoor het moeilijk is om de impact van nieuwe behandelingen op de diagnostische behoeften coherent en duurzaam op te vangen. Nochtans is kwaliteitsvolle biomerkertesting een noodzakelijke voorwaarde voor gepersonaliseerde en doelmatige zorg. Testing draagt immers bij tot een betere patiëntselectie, een veiligere en/of snellere onderbreking of stopzetting van behandelingen en een efficiëntere inzet van gezondheidszorgmiddelen.

Daarnaast hebben patiënten met complexe, zeldzame of moeilijk interpreteerbare tumoren nood aan gespecialiseerde multidisciplinaire ondersteuning voor de interpretatie van moleculaire resultaten, onder meer via het nationaal moleculair tumorboard (nMTB).

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen het kader voor de evaluatie, financiering en terugbetaling van companion diagnostics binnen de precisie-oncologie verder optimaliseren zodat het duurzaam en toekomstgericht is. We willen evolueren van het huidige versnipperde systeem – waarin diagnostische testen en geneesmiddelen via afzonderlijke budgetten worden gefinancierd – naar een meer geïntegreerde aanpak waarbij de financiering van biomerkertesting coherent wordt afgestemd op het gebruik van precisiegeneesmiddelen.

Daarbij streven we naar een betere afstemming tussen de terugbetaling van alle soorten diagnostische testen en de terugbetaling van precisiegeneesmiddelen, ongeacht of het gaat om moleculaire of niet-moleculaire biomerkers. De klinische meerwaarde en utiliteit van testing moeten daarbij centraal staan, zoals dit nu bepaald is in de gekoppelde terugbetalingsprocedure voor enkelvoudige moleculaire testen en precisiegeneesmiddelen.

Het beoogde resultaat is een nieuw duurzaam financieringsmodel dat tijdige toegang tot kwalitatieve biomerkertesting garandeert, de groeiende inzet van brede genenpanels, vloeistofbiopsieën en andere innovatieve testen op een coherente manier kan opvangen, doelmatig gebruik van innovatieve behandelingen ondersteunt en de verdere ontwikkeling van gepersonaliseerde oncologische zorg mogelijk maakt.

Deze actie sluit nauw aan bij de actie rond doelmatige zorg in de oncologie, aangezien biomerkertesting een essentiële hefboom vormt voor een correcte patiëntselectie, behandelingsoptimalisatie en evaluatie van gepast gebruik. Daarnaast wordt de link gelegd met het nationaal moleculair tumorboard (nMTB), dat ondersteuning biedt bij de interpretatie van complexe moleculaire resultaten.



Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- Onderzoeken en conceptualiseren hoe de terugbetaling van moleculaire en niet-moleculaire biomerkers optimaal kan worden gekoppeld aan de terugbetaling van precisiegeneesmiddelen, met aandacht voor klinische utiliteit en kosteneffectiviteit.
- Onderzoeken hoe kan worden geëvolueerd van het huidige financieringsmodel naar een geïntegreerd en duurzaam model waarin de financiering van biomerkertesting meegroeit met de introductie van nieuwe precisiegeneesmiddelen en innovatieve testtechnologieën.
- Evalueren of de aankoop van bepaalde diagnostische testen, waaronder NGS-panelen, via openbare aanbestedingen kunnen worden georganiseerd om efficiëntie en toegankelijkheid te bevorderen.
- De noodzakelijke regelgeving, financieringsmechanismen en budgettaire kaders uitwerken om de naar voren geschoven aanpak mogelijk te maken.
- De bestaande workflows en richtlijnen van de Commissie voor Gepersonaliseerde Geneeskunde (ComPerMed) verder ontwikkelen en uitbreiden naar bijkomende tumortypes waar relevant.
- Bij de evaluatie van biomerkertesting systematisch aandacht besteden aan de klinische utiliteit van testen, inclusief de mogelijke rol van compassionate use-programma's en medical need-programma's.
- De PITTEr-databank inzetten om het gebruik van biomerkers, de toepassing van good clinical practices en het doelmatig gebruik van diagnostiek en behandelingen op te volgen en te evalueren. Door biomerkers centraal te registreren in PITTEr, zorgen we voor minder aparte rapportering en minder manuele registraties.
- De samenwerking met het nationaal moleculair tumorboard (nMTB) verder versterken voor de ondersteuning van complexe casussen en de interpretatie van moleculaire gegevens.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

RIZIV

Timing

Deze legislatuur, opstart 2de helft van 2027

Actie 24: Bewustmaking en bescherming tegen niet-gereguleerde en onbewezen kankerbehandelingen

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Doelmatigheid (huidige middelen)

Patiënten met kanker worden steeds vaker geconfronteerd met niet-gereguleerde of onbewezen behandelingen die buiten de reguliere gezondheidszorg worden aangeboden, vaak via websites, sociale media of aanbieders in het buitenland. Deze behandelingen worden geregeld voorgesteld als laatste hoop voor patiënten en hun naasten, zonder dat hun veiligheid, kwaliteit of werkzaamheid wetenschappelijk zijn aangetoond.

Het gebruik van dergelijke producten of therapieën kan leiden tot ernstige gezondheidsrisico's, ongewenste bijwerkingen, financiële schade en emotionele belasting. Tegelijk blijft het voor patiënten en hun omgeving vaak moeilijk om betrouwbare informatie te onderscheiden van misleidende claims.

Sociale media en digitale kanalen maken deze problematiek steeds zichtbaarder, maar ook moeilijker te controleren. Daarom zijn gerichte sensibilisering, betrouwbare informatieverstrekking en een betere kennis van de noden en barrières bij patiënten essentieel.

Daarnaast is deze problematiek grensoverschrijdend. Een versterkte Europese samenwerking is nodig om informatie over illegale praktijken sneller te delen, gezamenlijke acties mogelijk te maken en de bescherming van patiënten verder te versterken.



Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen patiënten, hun omgeving en zorgverleners beter informeren over de risico's van niet-gereguleerde en onbewezen kankerbehandelingen en hen ondersteunen bij het herkennen van waarschuwingssignalen van potentieel onveilige of frauduleuze praktijken.

Daarnaast willen we, samen met patiëntenorganisaties, zorgverleners en andere stakeholders, beter inzicht krijgen in de ervaringen, informatiebehoeften en drempels waarmee patiënten geconfronteerd worden. Op basis daarvan willen we sensibiliserings- en communicatieacties ontwikkelen die aansluiten bij de realiteit op het terrein, met respect voor de professionele en deontologische verantwoordelijkheden van zorgverleners.

Tegelijk willen we de zichtbaarheid vergroten van de bestaande initiatieven van het FAGG om patiënten te beschermen, waaronder meldingsmogelijkheden voor verdachte praktijken, en de samenwerking tussen nationale en Europese actoren verder versterken.

Het beoogde resultaat is een grotere bewustwording bij patiënten en zorgverleners, een betere detectie en melding van verdachte praktijken, en een versterkte nationale en Europese aanpak van niet-gereguleerde kankerbehandelingen.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- Samen met patiëntenorganisaties, zorgverleners en andere stakeholders de problematiek verder afbakenen en in kaart brengen, inclusief de ervaringen, noden en barrières van patiënten ten aanzien van niet-gereguleerde en onbewezen behandelingen.
- Via een participatieve aanpak (onder meer focusgroepen, interviews, stakeholderoverleg en sensibiliseringsevenementen) nagaan welke informatie en ondersteuning patiënten nodig hebben om geïnformeerde keuzes te maken.
- Sensibiliserings- en communicatiecampagnes ontwikkelen en uitvoeren, in samenwerking met patiëntenorganisaties, het ELSI-team van Sciensano en het FAGG. Daarbij wordt ook gebruikgemaakt van bestaande initiatieven zoals het CILPRAK-project.
- Samenwerken met de Orde der Artsen en andere relevante beroepsorganisaties om de deontologische principes inzake informatieverstrekking, reclame en verwijzing naar niet-gereguleerde en onbewezen behandelingen onder de aandacht te brengen.
- Patiënten en zorgverleners actief informeren over waarschuwingssignalen van niet-gereguleerde producten of therapieën, over de risico's ervan en over de mogelijkheid om verdachte gevallen te melden via het FAGG.
- De bestaande beschermings- en handavingsinstrumenten verder ondersteunen, waaronder de ontwikkeling van samenwerking met het Centre for Cyber Security Belgium en het gebruik van het Belgian Anti Phishing Shield (BAPS). Daarbij wordt ook gewerkt aan de noodzakelijke wettelijke en operationele voorwaarden om deze instrumenten effectief te kunnen inzetten.
- De problematiek blijvend onder de aandacht brengen op Europees niveau en bijdragen aan een versterkte samenwerking tussen lidstaten rond informatie-uitwisseling, signalering van illegale praktijken en mogelijke verdere ontwikkeling van een gecoördineerd Europees kader.
- De uitvoering van de actie begeleiden via een multidisciplinaire samenwerking tussen patiëntenvertegenwoordigers, ethische experts, onderzoekers, zorgverleners en beleidsactoren, zodat communicatie en maatregelen zowel doeltreffend als maatschappelijk gedragen zijn.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

Kankercentrum (Sciensano)

Timing

Deze legislatuur



Actie 25: Naar een betere toegang tot klinische studies voor patiënten en een sterkere positie van België in klinisch kankeronderzoek

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

Klinische studies zijn essentieel om de kankerzorg verder te verbeteren en patiënten toegang te geven tot innovatieve diagnostische en therapeutische mogelijkheden. België beschikt over een sterke traditie in klinisch onderzoek, maar staat onder druk om zijn aantrekkelijkheid als onderzoeksland te behouden in een steeds competitievere internationale context.

Vooraf voor niet-interventionele studies bestaan nog belangrijke organisatorische en administratieve uitdagingen op het gebied van multicenter studies, alsook voor studies die combinaties van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen onderzoeken. Verschillen in procedures, beoordeling door ethische comités, tijdslijnen en registratieprocessen kunnen de opstart en uitvoering van studies bemoeilijken. Ook voor interventionele studies die onder de Europese regelgeving vallen, blijft het belangrijk om de efficiëntie, kwaliteit en aantrekkelijkheid van het Belgische onderzoekslandschap verder te versterken. De toekomstige Europese Biotech Act zal het regelgevend kader voor biotechnologische innovatie en klinisch onderzoek verder ontwikkelen, met onder meer aandacht voor efficiëntere en beter gecoördineerde procedures voor klinische proeven. De Belgische implementatie hiervan biedt een belangrijke opportuniteit om het ecosysteem voor klinisch kankeronderzoek verder te versterken.

Daarnaast kunnen deelnamevoorwaarden voor patiënten een drempel vormen. Verplaatsingen naar gespecialiseerde centra en de organisatie van studiegerelateerde zorg kunnen een aanzienlijke belasting betekenen voor patiënten en hun omgeving. Nieuwe vormen van klinisch onderzoek, zoals studies met gedecentraliseerde elementen, bieden mogelijkheden om deelname toegankelijker te maken zonder afbreuk te doen aan de veiligheid van de deelnemers of de kwaliteit van de verzamelde gegevens.

Deze actie wil daarom bijdragen aan een onderzoeksomgeving die efficiënter, patiëntgerichter en beter afgestemd is tussen alle betrokken actoren, zodat meer patiënten toegang krijgen tot kwalitatief hoogstaand klinisch kankeronderzoek. Deze actie sluit aan bij de ambitie uit het regeerakkoord om de aantrekkelijkheid van België voor klinisch onderzoek te versterken.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen de toegang van patiënten tot klinische studies verbeteren door de samenwerking tussen onderzoekscentra te versterken, administratieve en organisatorische drempels te verminderen en de implementatie van innovatieve onderzoeksvormen te faciliteren.

Daarnaast willen we de kwaliteit, efficiëntie en harmonisatie van de beoordeling van klinische studies verder versterken, in lijn met de lopende hervormingen van het landschap van de ethische comités en de Europese regelgeving.

Voor studies met gedecentraliseerde elementen willen we onderzoeken hoe studiegerelateerde zorg, waar mogelijk en veilig, dicht bij de patiënt kan worden georganiseerd. Dit kan bijdragen aan een hogere deelname aan klinische studies, een grotere diversiteit van deelnemers en een betere patiëntervaring.

Tot slot willen we de samenwerking tussen Belgische centra voor klinisch kankeronderzoek versterken via een nationaal netwerk, zodat expertise, gegevensverzameling, infrastructuur en patiëntenrekrutering beter op elkaar worden afgestemd.

Het beoogde resultaat is een efficiënter en aantrekkelijker ecosysteem voor klinisch kankeronderzoek in België, met een betere toegang voor patiënten tot innovatieve studies en een versterkte samenwerking tussen alle betrokken partners. Daarbij moeten klinische studies beter geïntegreerd worden in het zorgtraject van de patiënt, zodat deelname aan onderzoek niet losstaat van de reguliere zorg maar er een volwaardig onderdeel van kan vormen.



Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- De bestaande regelgeving, procedures en organisatorische knelpunten voor klinisch kankeronderzoek in kaart brengen, met bijzondere aandacht voor multicentrische en niet-interventionele studies en voor specifieke noden binnen het onderzoek naar pediatrische kankers, en rekening houdend met de toekomstige implementatie van de Europese Biotech Act. Daarbij worden bestaande en mogelijke maatregelen ter vereenvoudiging van de administratieve procedures geëvalueerd, en worden mogelijkheden geïdentificeerd om processen verder te harmoniseren, te vereenvoudigen en beter op elkaar af te stemmen.
- De lopende initiatieven met het oog op een hervorming van de werking, efficiëntie, specialisatie en professionalisering, rekening houdend met de input en werkzaamheden van het CT-College, BAREC (Belgian Association of Research Ethics Committees, het overkoepelend initiatief voor ethische comités van niet-interventionele studies) en het FAGG.
- Het landschap van de ethische comités evalueren met als doel de efficiëntie van procedures te verbeteren, zonder afbreuk te doen aan hun onafhankelijkheid.
- De Europese aanbevelingen rond gedecentraliseerde elementen in klinische studies implementeren en verder ontwikkelen. Hierbij wordt onderzocht hoe bepaalde studieactiviteiten dichter bij de patiënt kunnen plaatsvinden, bijvoorbeeld via thuislevering van studiemedicatie, ondersteuning door gedelegeerd studiepersoneel of samenwerking met lokale zorgvoorzieningen, telkens binnen de geldende wettelijke en veiligheidsvoorwaarden.
- Binnen de Belgian Cancer Research Alliance (BeCRA) een samenwerkingsgericht platform voor klinisch kankeronderzoek uitbouwen dat de samenwerking tussen Belgische centra versterkt. Dit platform ondersteunt onder meer protocolharmonisatie, gegevensuitwisseling, interoperabiliteit, duurzame onderzoeksinfrastructuur en een efficiëntere inclusie van patiënten in klinische studies.
- Binnen BeCRA een specifieke survivorship-werkgroep oprichten die onderzoekt hoe nazorg en opvolging van patiënten structureel kunnen worden geïntegreerd in klinische studies, zodat ook de langetermijnpact van behandelingen beter wordt meegenomen.
- De samenwerking tussen onderzoekers, zorginstellingen, ethische comités, patiëntenvertegenwoordigers, BeCRA, het FAGG, BAREC en het CT-College versterken om België verder te positioneren als een aantrekkelijke omgeving voor kwalitatief en patiëntgericht klinisch kankeronderzoek.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

Stuurgroep Kankerplan, met voor de eerste vier bullets als co-leads FAGG en FOD (CT-college) elk voor hun bevoegdheden (voor de laatste drie bullets hebben zij een observerende rol)

Timing

Deze legislatuur

Actie 26: Innovatieve radio-isotopendiagnostiek en -therapieën

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Doelmatigheid (inzet van innovatie)

Radio-isotopen spelen een steeds belangrijkere rol binnen de oncologische zorg, zowel voor diagnostiek als voor therapie. Innovatieve radiofarmaceutische toepassingen maken gepersonaliseerde, gerichte en doeltreffende kankervoorzorg mogelijk, onder meer via geavanceerde beeldvorming en radioligandtherapie. Deze toepassingen kennen een sterke ontwikkeling, met een groot aantal lopende klinische studies en steeds meer indicaties.

België bekleedt internationaal een strategische positie in op het vlak van fundamenteel onderzoek, ontwikkeling en productie van radio-isotopen en hun medische toepassingen. Vandaag worden we echter geconfronteerd met



Actiedomein: Diagnostiek en behandeling

verschillende uitdagingen. Het bestaande vergoedings- en regelgevend kader is historisch gegroeid vanuit voornamelijk diagnostische toepassingen en sluit onvoldoende aan bij de innovatieve therapeutische radiofarmaceutica. De huidige radioprotectie regelgeving dateert terug naar 2012 en dient te worden herzien. Bovendien zijn commercieel ontwikkelde en magistraal bereide radiofarmaceutische producten verschillend op het vlak van regelgeving, productie, veiligheid, markttoegang en financiering. Beide modellen zijn echter noodzakelijk om tegemoet te komen aan de zorgnoden van patiënten.

Daarnaast vergen radio-isotopendiagnostiek en -therapie een complexe organisatie van zorg, met aandacht voor productiecapaciteit, distributie, kwaliteitscontrole, gespecialiseerde infrastructuur, stralingsveiligheid en afvalbeheer. Sommige uitdagingen overstijgen bovendien het nationale niveau, zoals de beperkte Europese productiecapaciteit van bepaalde radionucliden en het ontbreken van een erkend Europees kwaliteitscontrolelaboratorium voor radiofarmaceutische producten.

Samengevat, om België in deze voortrekkersrol te verankeren en patiënten duurzaam en betaalbaar toegang te geven tot kwaliteitsvolle innovatieve radiofarmaceutische diagnostiek en therapie, is een geïntegreerde en toekomstgerichte aanpak nodig voor de verdere ontwikkeling, implementatie en opschaling van radio-isotopendiagnostiek en -therapieën in België.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen een nationaal actieplan uitwerken voor de duurzame ontwikkeling, implementatie en toegankelijkheid van innovatieve radio-isotopendiagnostiek en -therapieën in België.

Beoogd wordt een toekomstgericht kader dat:

- patiënten tijdig toegang geeft tot innovatieve radiofarmaceutische diagnostiek en therapie;
- een duurzaam en kwaliteitsvol regelgevend en financieringsmodel ondersteunt voor zowel commercieel ontwikkelde als magistraal bereide radiofarmaceutische producten;
- de organisatie van zorg, productiecapaciteit en logistieke randvoorwaarden versterkt;
- de samenwerking tussen federale instellingen, zorgverleners, onderzoekers en andere stakeholders bevordert;
- de Belgische expertise en innovatiekracht op het vlak van radiofarmaceutica verder uitbouwt;
- en België positioneert als een voortrekker binnen het Europese radiofarmaceutische ecosysteem.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

Om dit actieplan uit te werken, worden verschillende analyses, overlegstructuren en samenwerkingsinitiatieven opgezet.

- In eerste instantie wordt het regelgevend en financieringskader voor innovatieve radiofarmaceutische toepassingen in België en andere Europese landen geëvalueerd (KCE-studie). Daarbij wordt bijzondere aandacht besteed aan de verschillen tussen commercieel ontwikkelde en magistraal bereide radiofarmaceutische producten, de budgettaire impact en de duurzaamheid van de huidige financieringsmechanismen. In dit kader zal het FAGG, onder meer via de geplande werkgroep rond magistrale radiofarmaca, bijdragen aan het identificeren van eventuele noodzakelijke aanpassingen aan de regelgeving om de toegang van patiënten tot essentiële radiofarmaceutische producten te waarborgen.
- Daarnaast worden de uitdagingen op het vlak van productiecapaciteit, distributie, logistiek, infrastructuur, stralingsveiligheid en afvalbeheer in kaart gebracht. Waar nodig zullen ook knelpunten die een Europese aanpak vereisen, zoals de beschikbaarheid van radionucliden en kwaliteitscontrole van radiofarmaceutische producten, worden geïdentificeerd en onder de aandacht gebracht.
- De Belgische radioprotectie regelgeving met betrekking tot hospitalisatie radiofarmaceutische therapie, gepubliceerd door het FANC en de Hoge Gezondheidsraad, zal herzien worden.
- Vervolgens wordt de interfederale samenwerking versterkt via een structurele werkgroep rond innovatieve radiofarmaceutische diagnostiek en therapieën, met betrokkenheid van onder meer het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, het FAGG, het FANC en andere relevante stakeholders. Deze werkgroep zal de



Actiedomein: Diagnostiek en behandeling

afstemming rond regelgeving, terugbetaling, kwaliteit, toegankelijkheid en organisatie van zorg ondersteunen.

- Op basis van deze analyses worden duurzame financierings- en samenwerkingsmodellen uitgewerkt, waaronder mogelijke terugbetalingsmechanismen die een tijdige en kwaliteitsvolle toegang voor patiënten moeten verzekeren.
- Parallel wordt de implementatie van innovatieve radiofarmaceutische toepassingen in de klinische praktijk opgevolgd, met bijzondere aandacht voor de organisatie van complexe oncologische zorg binnen Belgische ziekenhuizen. Nieuwe registraties worden beperkt tot wat noodzakelijk is en sluiten maximaal aan bij bestaande systemen.
- Tot slot wordt binnen de Belgian Cancer Research Alliance (BeCRA) een nationale taskforce uitgebouwd die Belgische klinische, fundamentele, translationele en technologische expertise samenbrengt. Deze taskforce zal de ontwikkeling, implementatie, harmonisatie en opschaling van innovatieve radio-isotopendiagnostiek en -therapieën ondersteunen en samenwerking stimuleren over het volledige onderzoeks- en zorgcontinuüm, inclusief het gebruik van real-world data. Hierdoor kunnen gezamenlijke uitdagingen rond werkzaamheid, toxiciteit, toegankelijkheid, productiecapaciteit, kosteneffectiviteit en innovatie op een gecoördineerde manier worden aangepakt.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

RIZIV

Timing

Opstart deze legislatuur, maar loopt verder door in volgende legislatuur

Actie 27: Naar een Belgisch kader voor de academische ontwikkeling van ATMP's

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Doelmatigheid (inzet van innovatie)

Geavanceerde therapieën (Advanced Therapy Medicinal Products of ATMP's), waaronder gentherapieën, celtherapieën en weefselgebaseerde therapieën, bieden nieuwe behandelingsmogelijkheden voor patiënten met kanker en zeldzame aandoeningen waarvoor vandaag vaak weinig of geen effectieve behandelingen bestaan. Deze therapieën hebben het potentieel om de zorg ingrijpend te verbeteren en dragen bij aan innovatie, maatschappelijke meerwaarde en strategische autonomie in de gezondheidszorg.

Toch blijven belangrijke uitdagingen bestaan voor de ontwikkeling en toegankelijkheid van deze therapieën. Voor bepaalde ATMP's is de commerciële interesse beperkt, onder meer door de hoge ontwikkelingskosten, de complexe technologie, de beperkte patiëntenaantallen en de moeilijkheid om voldoende klinisch bewijs te genereren, vooral voor langetermijneffecten. Hierdoor dreigen sommige belangrijke therapeutische noden onvoldoende te worden ingevuld.

België beschikt nochtans over sterke academische expertise en ontwikkelingscapaciteit op het vlak van ATMP's. Het recente KCE-rapport over de academische ontwikkeling van ATMP's in België benadrukt dat er nood is aan een meer gestructureerd kader voor samenwerking, regelgeving en financiering. Ook bestaan er nog vragen over de toepassing van de ziekenhuisvrijstelling, de afstemming tussen beschikbare expertise en publieke investeringen, en de prioritering van onvervulde medische behoeften.

Deze actie wil daarom de voorwaarden creëren om de academische ontwikkeling van innovatieve ATMP's te versterken en de toegang van patiënten tot deze therapieën duurzaam te verbeteren, in nauwe samenwerking met de sector van de zeldzame ziekten.



Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen een structureel samenwerkings- en coördinatiekader uitbouwen voor de academische ontwikkeling en implementatie van ATMP's in België.

Het doel is om:

- de samenwerking tussen alle betrokken actoren te versterken;
- meer duidelijkheid te creëren over het regelgevend kader, in het bijzonder rond de ziekenhuisvrijstelling;
- de beschikbare expertise en infrastructuur beter op elkaar af te stemmen;
- prioritaire onvervulde medische behoeften beter te identificeren, met expliciete aandacht voor het patiëntenperspectief;
- de ontwikkeling van maatschappelijk relevante ATMP's te ondersteunen waar commerciële ontwikkeling onvoldoende gebeurt;
- en een duurzame basis te leggen voor een Belgisch coördinatieplatform voor ATMP's.

Uiteindelijk moet deze actie bijdragen tot een betere en snellere toegang van patiënten met kanker en zeldzame aandoeningen tot innovatieve geavanceerde therapieën die inspelen op belangrijke medische noden.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- Een multidisciplinaire werkgroep oprichten binnen de bestaande ATMP-governancestructuren, onder leiding van het FAGG, om de ontwikkeling van academische ATMP's in België te ondersteunen en te coördineren.
- De huidige knelpunten in kaart brengen op het vlak van regelgeving, samenwerking, infrastructuur, expertise en toegang, met bijzondere aandacht voor de toepassing van de ziekenhuisvrijstelling.
- De ervaringen, organisatievormen en samenwerkingsmodellen in andere Europese landen analyseren en de mogelijkheden voor internationale samenwerking onderzoeken.
- Een overzicht opstellen van de betrokken stakeholders en bestaande expertise, waaronder academische centra, ziekenhuizen, patiëntenorganisaties, industrie, Contract Development and Manufacturing Organisation (CDMO's), onderzoekers en bevoegde overheden.
- Criteria en indicatoren ontwikkelen om onvervulde medische behoeften en prioritaire ontwikkelingsdomeinen te identificeren, met aandacht voor zowel klinische noden als het patiëntenperspectief. Nieuwe registraties worden waar mogelijk geïntegreerd in bestaande GMP-, ziekenhuis- en FAGG-processen.
- De samenwerking tussen bestaande GMP-gecertificeerde universitaire centra versterken en onderzoeken welke bijkomende ondersteunende maatregelen nodig zijn om academische ontwikkeling van ATMP's te faciliteren.
- De beschikbare financierings- en ondersteuningsmechanismen voor onderzoek, ontwikkeling en implementatie van academische ATMP's in kaart brengen, met respect voor de onafhankelijke rol van de bevoegde autoriteiten.
- Opstellen van een stappenplan met het oog op de oprichting van een Belgisch platform voor ATMP-coördinatie.

Naast kanker kunnen deze behandelingen ook een grote impact hebben op de behandeling van bepaalde zeldzame ziekten. Om deze reden zal deze werkgroep ontwikkeld worden in samenwerking met de bevoegde autoriteiten en actoren op het gebied van zeldzame ziekten.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

FAGG

Timing

Deze legislatuur



Actie 28: Opvolging van de impact van de programma's "Vroege en Snelle toegang" voor mensen met kanker

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Doelmatigheid (huidige middelen)

Voor patiënten met kanker bestaat vaak een grote nood aan snelle toegang tot innovatieve behandelingen, zeker wanneer de beschikbare therapeutische opties beperkt zijn of wanneer er sprake is van een onbeantwoorde medische behoefte. De wachttijd tussen de ontwikkeling van een innovatief geneesmiddel, de marktvergunning en de uiteindelijke terugbetaling kan ertoe leiden dat patiënten tijdelijk geen toegang hebben tot potentieel waardevolle behandelingen.

In 2026 zijn de programma's voor Early and Equitable Fast Access (EEFA) in werking getreden. Deze programma's maken het mogelijk om, onder voorwaarden en in geval van een onbeantwoorde medische behoefte, een vroegtijdige en tijdelijke toegang te verlenen tot niet-geregistreerde geneesmiddelen of geneesmiddelen die net geregistreerd zijn maar nog niet terugbetaald worden, zonder kosten voor de betrokken persoon. Het succes van de programma's hangt af van een gestructureerde opvolging, informatica-ondersteuning en een continue actualisatie van de behoeften.

Deze programma's kaderen in een bredere context van het vernieuwend geneesmiddelenbeleid, met inbegrip van:

- De vertegenwoordiging van personen met een zeldzame ziekte in de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) en in een latere fase in de Commissie voor advies in geval van tijdelijke tegemoetkoming voor het gebruik van een geneesmiddel (CATT);
- Het gebruik van de Europese gezamenlijke klinische evaluatie (Joint Clinical Assessment - JCA).

Deze programma's zijn ontworpen vóór de ontwikkeling van het Kankerplan 2026, maar worden hier opgenomen vanwege hun strategisch belang voor kankerzorg. Door vroegtijdige en tijdelijke toegang te bieden tot innovatieve behandelingen in situaties waarin er een niet-gedekte medische behoefte bestaat, bieden ze een antwoord op een centraal probleem voor deze pathologieën: de schaarste aan therapeutische opties en de wachttijden voor toegang tot geneesmiddelen.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

Naar analogie met een actie in het Plan Zeldzame Ziekten, willen we nagaan in welke mate de programma's voor Equitable Early and Fast Access bijdragen tot een snellere, eerlijkere en duurzame toegang tot innovatieve geneesmiddelen voor patiënten met kanker.

Het doel is om:

- de impact van deze programma's voor oncologische geneesmiddelen systematisch te evalueren;
- inzicht te krijgen in hun gebruik, bereik, doeltreffendheid en eventuele knelpunten;
- de samenhang tussen de mechanismen voor vroege toegang en de bestaande CUP- en MNP-programma's te analyseren;
- na te gaan of de programma's beantwoorden aan de noden van patiënten met kanker en aan de doelstellingen van het vernieuwde geneesmiddelenbeleid;

Door deze maatregelen in het kader van het Plan te monitoren en te evalueren, kan gegarandeerd worden dat zij ten volle ten goede komen aan personen met kanker en bijdragen tot een eerlijke en snellere toegang tot zorg.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- De bestaande evaluatie van de Early and Equitable Fast Access-programma's opvolgen en aanvullen met een specifieke focus op oncologische geneesmiddelen.
- Het gebruik en de impact van de programma's analyseren voor geneesmiddelen binnen de oncologie, onder meer op basis van relevante geneesmiddelen categorieën en beschikbare gegevensbronnen.



Actiedomein: Diagnostiek en behandeling

- De interactie tussen de mechanismen voor vroege toegang enerzijds en Compassionate Use Programmes (CUP) en Medical Need Programmes (MNP) anderzijds evalueren, met bijzondere aandacht voor de complementariteit tussen de bevoegdheden van het RIZIV en het FAGG.
- Knelpunten en succesfactoren identificeren op het vlak van toegankelijkheid, administratieve processen, implementatie en duurzaamheid.
- De ervaringen van patiënten, zorgverleners, bevoegde instanties en andere betrokken stakeholders meenemen in de evaluatie.
- De bevindingen gebruiken om de bijdrage van deze programma's aan een eerlijke en tijdige toegang tot innovatieve kankerbehandelingen blijvend te monitoren en te verbeteren.

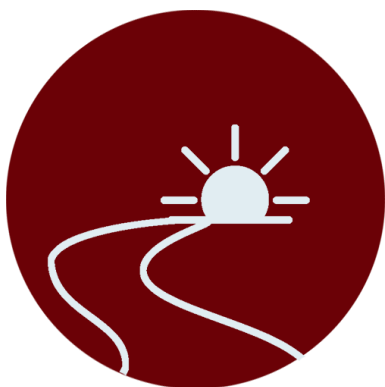
Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie *in samenwerking met andere instanties*

RIZIV

Timing

Deze legislatuur

Gevolgen van kanker en levenskwaliteit



Zoals toegelicht in de strategische doelstelling “Kwalitatief leven met en na kanker”, nemen de noden van mensen die leven met en na kanker sterk toe. Naast medische opvolging hebben veel patiënten nood aan ondersteuning op psychosociaal, functioneel, professioneel en maatschappelijk vlak. De impact van kanker en de behandeling ervan blijft immers vaak nog jarenlang voelbaar in het dagelijkse leven, met gevolgen voor onder meer mentaal welzijn, fysieke gezondheid, sociale participatie en werkhervatting. De verschillende uitdagingen binnen nazorg, supportieve care en levenskwaliteit zijn bovendien sterk met elkaar verweven. Stakeholders benadrukken daarom de nood aan meer continuïteit van zorg en een geïntegreerde benadering over het volledige oncologische traject heen.

Ons land heeft de voorbije jaren belangrijke stappen gezet om de levenskwaliteit van mensen met kanker te verbeteren. Zo werden nieuwe vergoedingen ingevoerd voor ondersteunende zorg en behandelingen die bijwerkingen van therapieën verminderen, zoals hoofdhuid- en hand/voetkoeling¹⁵⁴ en genexpressieprofielering¹⁵⁵ om onnodige chemotherapie te vermijden. Ook thuisbehandeling voor bepaalde oncologische medicatie¹⁵⁶, verbeterde toegang tot palliatieve zorg¹⁵⁷ en initiatieven zoals BeONCOsup¹⁵⁸ tonen aan dat ondersteunende zorg steeds meer geïntegreerd geraakt in de kankerzorg. Daarnaast werden maatregelen genomen om maatschappelijke re-integratie te ondersteunen, zoals het “recht om vergeten te worden”¹⁵⁹ waar België een sterke speler in Europa is en verschillende initiatieven rond terug-naar-werk.^{160,161} Ondanks deze initiatieven blijven er belangrijke uitdagingen bestaan.

Organisatie van survivorshipzorg, inclusief palliatieve zorg

De organisatie van “survivorshipzorg” – de langdurige begeleiding van mensen tijdens en na kanker – is vandaag nog sterk versnipperd en onvoldoende structureel verankerd binnen het Belgische zorgsysteem. De ondersteuning die patiënten ontvangen na afloop van de actieve behandeling varieert sterk tussen ziekenhuizen en regio’s, en er ontbreekt een duidelijk kader voor multidisciplinaire opvolging. Vooral psychosociale ondersteuning, functionele revalidatie, begeleiding bij vermoeidheid en cognitieve klachten, voeding, fysieke activiteit en socio-professionele re-integratie zijn onvoldoende systematisch georganiseerd. Ook de samenwerking tussen ziekenhuizen, eerstelijnszorg en sociale zekerheid verloopt niet altijd optimaal, waardoor patiënten en hun omgeving vaak moeilijk de weg vinden naar gepaste ondersteuning. Daarbij is bijzondere aandacht nodig voor kwetsbare groepen, zoals kinderen en AYA’s, en ook oudere patiënten, bij wie de psychosociale, professionele en dagelijkse impact van kanker en de behandeling vaak extra complex is.

Daarnaast blijkt uit analyses dat palliatieve zorg nog te vaak laattijdig wordt opgestart en dat agressieve behandelingen aan het levenseinde onvoldoende worden vermeden. Hoewel de toegankelijkheid van palliatieve zorg

¹⁵⁴ Structurele financiering voor behandelingen die bijwerkingen chemo verminderen. Frank Vandenbroucke. Persbericht 4 februari 2023. Beschikbaar via: <https://vandenbroucke.decroo-i.archive.belgium.be/nl/structurele-financiering-voor-behandelingen-die-bijwerkingen-chemo-verminderen.html>

¹⁵⁵ Terugbetaling genexpressieprofielering (GEP) bij vroegstadium borstkanker. RIZIV. Beschikbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/laboratoria/terugbetaling-genexpressieprofielering-gep-bij-vroegstadium-borstkanker>

¹⁵⁶ Thuishospitalisatie voor oncologie en antimicrobiële behandeling. RIZIV. Beschikbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/thuishospitalisatie-voor-oncologie-en-antimicrobiële-behandeling>

¹⁵⁷ Palliatieve zorg: nu bespreken voor een kwalitatieve zorg later, dat is Advance Care Planning. RIZIV. Beschikbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/palliatieve-zorg/palliatieve-zorg-nu-bespreken-voor-een-kwalitatieve-zorg-later-dat-is-advance-care-planning>

¹⁵⁸ BeONCOsup - Belgisch Handboek voor (Hemato-)Oncologisch Ondersteunende Zorg. Sciensano. Beschikbaar via: <https://www.sciensano.be/nl/projecten/belgisch-handboek-voor-hemato-oncologisch-ondersteunende-zorg>

¹⁵⁹ Recht om vergeten te worden. FOD Economie. Beschikbaar via: <https://economie.fgov.be/nl/themas/financiële-diensten/verzekeringen/recht-om-vergeten-te-worden>

¹⁶⁰ Terugkeer naar werk tijdens arbeidsongeschiktheid. RIZIV. Beschikbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/socio-professionele-re-integratie>

¹⁶¹ Versterkt terug naar werk-beleid: wat verandert er vanaf 1 januari 2026? FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Beschikbaar via: <https://werk.belgie.be/nl/news/versterkt-terug-naar-werk-beleid-wat-verandert-er-vanaf-1-januari-2026>



Actiedomein: Gevolgen van kanker en levenskwaliteit

verbeterde, overlijdt nog steeds een aanzienlijk deel van de patiënten kort na de start van palliatieve ondersteuning. Er blijven regionale verschillen bestaan in toegang tot en gebruik van palliatieve zorg. Tegelijk blijkt uit de stakeholderworkshops dat palliatieve zorg nog te vaak uitsluitend met levenseindezorg wordt geassocieerd, terwijl zij deel moet uitmaken van een continu zorgtraject gericht op kwaliteit van leven. Ook supportieve care, waaronder symptoomcontrole, voeding, psychosociale ondersteuning en begeleiding tijdens behandeling, verdient een meer structurele en vroegtijdige plaats binnen de oncologische zorg. Het versterken van vroegtijdige zorgplanning en een betere integratie van ondersteunende en palliatieve zorg in het zorgtraject blijven daarom belangrijke aandachtspunten.

Patiëntgerichtheid

Ook de stem van de patiënt krijgt vandaag nog onvoldoende een structurele plaats binnen de evaluatie en organisatie van kankerzorg. Hoewel sommige ziekenhuizen reeds werken met PROMS¹⁶² en PREMS¹⁶³, ontbreekt een gestandaardiseerde en gecoördineerde aanpak op nationaal niveau. Hierdoor blijft het moeilijk om systematisch zicht te krijgen op de ervaren levenskwaliteit, symptomen, sociale participatie en zorgervaringen van patiënten. Bovendien zijn gegevens van ondersteunende zorg, survivorship en re-integratie vandaag nog beperkt beschikbaar op populatieniveau, wat de evaluatie van kwaliteit en doelmatigheid van zorg bemoeilijkt.

Terugkeer naar een actief leven

Ten slotte blijft de terugkeer naar een actief leven voor veel mensen een grote uitdaging. Kanker en de gevolgen van kanker hebben zoals reeds aangehaald vaak een langdurige impact op werk, gezinsleven, sociale relaties en financiële situatie. Ondanks bestaande initiatieven rond werkhervatting en maatschappelijke re-integratie ervaren veel (ex-) kankerpatiënten blijvende hinder om opnieuw actief deel te nemen aan het professionele en sociale leven. Een meer geïntegreerde en patiëntgerichte aanpak kan mensen beter ondersteunen in hun herstel en participatie aan de samenleving.

Actiedomein gevolgen van kanker en levenskwaliteit: de acties

De geselecteerde acties binnen dit domein willen op deze noden inspelen door survivorshipzorg structureler en multidisciplinair te organiseren, de stem van de patiënt sterker te integreren in de evaluatie en verbetering van kankerzorg, en de ondersteuning bij terugkeer naar het maatschappelijke en professionele leven te versterken. Daarbij wordt ook aangesloten bij bredere doelstellingen rond geïntegreerde, patiëntgerichte en kwaliteitsvolle zorg, met bijzondere aandacht voor levenskwaliteit tijdens en na kanker.

[Actie 29:](#) Verkenning van een multidisciplinair model voor survivorship en nazorg na kanker

[Actie 30:](#) Structurele integratie van het perspectief en de actieve rol van de persoon met kanker in het oncologische zorgtraject

[Actie 31:](#) Terugkeer naar een actief maatschappelijk en professioneel leven na kanker

¹⁶² Patient-Reported Outcome Measures

¹⁶³ Patient-Reported Experience Measures



Actie 29: Verkenning van een multidisciplinair model voor survivorship en nazorg na kanker

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Kwalitatief leven met en na kanker

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

Dankzij de vooruitgang in de oncologische zorg leven steeds meer mensen na een kankerdiagnose langdurig verder. Voor veel patiënten eindigt de zorgnood echter niet na de actieve behandeling. Zij kunnen geconfronteerd worden met uiteenlopende fysieke, psychosociale, cognitieve en functionele gevolgen van kanker en de behandeling ervan, evenals met noden op het vlak van revalidatie, gezondheidsbevordering, werkherwinning, fertiliteit en langdurige opvolging.

Vandaag bestaat er reeds een breed aanbod aan terugbetaalde zorg, ondersteunende diensten en initiatieven voor survivorship en nazorg. Dit aanbod is echter versnipperd, niet altijd voldoende zichtbaar voor patiënten en zorgverleners, en de toegankelijkheid en samenhang ervan verschillen. Ook is niet altijd duidelijk welke modellen van nazorg het meest geschikt zijn voor de Belgische context en hoe de samenwerking tussen ziekenhuiszorg en de eerste lijn optimaal kan worden georganiseerd.

Daarom is er nood aan een beter inzicht in de bestaande initiatieven, de eventuele lacunes in het huidige zorgaanbod en de mogelijkheden om te komen tot een meer gestructureerde, multidisciplinaire en geïntegreerde aanpak van survivorship en nazorg na kanker.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

Met deze actie willen we verkennen hoe bestaande initiatieven rond een multidisciplinair survivorship- en nazorgmodel kunnen worden verbeterd, gedeeld en opgeschaald en kunnen aansluiten bij de acties rond zorgtrajecten en zorgcoördinatie. Daarbij wordt bijzondere aandacht besteed aan de voorbereiding van de nazorg binnen het oncologisch traject, de overgang van actieve behandeling naar nazorg en aan de afstemming tussen gespecialiseerde oncologische zorg, trajectbegeleiding en de eerste lijn.

Het doel is om een duidelijk beeld te krijgen van de bestaande modellen, initiatieven en terugbetalingen voor nazorg na kanker in Belgische ziekenhuizen, hun sterktes, beperkingen en randvoorwaarden voor implementatie. Daarnaast willen we nagaan welke noden vandaag onvoldoende worden ingevuld en welke prioriteiten er bestaan voor verdere ontwikkeling van survivorshipzorg.

Deze oefening moet leiden tot:

- een overzicht en vergelijking van bestaande multidisciplinaire survivorship- en nazorgmodellen;
- een inventaris van beschikbare diensten, interventies en terugbetalingen, inclusief hun toegankelijkheidsvoorwaarden;
- een betere zichtbaarheid van het bestaande aanbod voor zowel patiënten als zorgverleners, een analyse van lacunes en prioritaire noden in de opvolging van mensen na kanker;
- beleidsmatige en praktische aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling van een geïntegreerde aanpak van survivorship en nazorg in België, met aandacht voor efficiëntie van nazorg.

Het uiteindelijke doel is de vroegtijdige en systematische identificatie van fysieke en psychosociale problemen bij mensen na kanker te verbeteren en een passende doorverwijzing naar kwaliteitsvolle ondersteunende zorg te bevorderen.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

Om deze doelstellingen te realiseren worden volgende stappen genomen:

Bestaande modellen, initiatieven en terugbetalingen in kaart brengen

- We maken een overzicht van de bestaande multidisciplinaire survivorship- en nazorgmodellen in België en internationaal. Daarnaast inventariseren we de bestaande terugbetalingen, zorginitiatieven en



ondersteuningsprogramma's en analyseren we hun samenhang, toegankelijkheid, beperkingen en de voorwaarden die nodig zijn voor implementatie, inclusief de samenwerking met de eerste lijn.

- We brengen tevens in kaart hoe survivorship- en nazorgmodellen aansluiten op de ontwikkelde zorgtrajecten, trajectbegeleiding en zorgcoördinatie uit acties 1 en 3, zodat een continue en samenhangende zorgverlening kan worden gegarandeerd vanaf diagnose tot lang na afloop van de behandeling.

De zichtbaarheid en toegankelijkheid van het bestaande aanbod verbeteren

- We analyseren hoe bestaande terugbetalingen, diensten en ondersteuningsinitiatieven vandaag worden gecommuniceerd en gebruikt. Daarbij wordt onderzocht hoe de informatie uit het eHandbook BeOncoSup en andere bestaande bronnen beter toegankelijk kan worden gemaakt voor patiënten, onder meer via een patiëntgerichte versie in samenwerking met patiëntenorganisaties en relevante partners.
- Dit moet resulteren in een duidelijk overzicht van beschikbare diensten, interventies en terugbetalingen, evenals hun toegankelijkheidsvoorwaarden, dat bruikbaar is voor zowel patiënten als zorgverleners.
- We organiseren onderlinge kennisuitwisseling om de verspreiding van goede praktijken te ondersteunen. We bekijken met KCE-Practice op welke manier de resultaten kunnen verspreid en zichtbaar gemaakt worden.

Lacunes en prioritaire noden identificeren

- We onderzoeken welke noden vandaag onvoldoende worden ingevuld binnen de nazorg na kanker. Daarbij wordt gekeken naar fysieke, psychosociale, cognitieve, functionele en fertiliteitsgerelateerde gevolgen van kanker, alsook naar behoeften op het vlak van revalidatie, opvolging en gezondheidsbevordering.
- Voor de geïdentificeerde lacunes worden de beschikbare wetenschappelijke evidentie, de potentiële impact en de prioriteit voor verdere beleidsontwikkeling in kaart gebracht.
- We onderzoeken de mogelijkheid om een decision-supporting framework voor nazorg in de (hemato-) oncologie te ontwikkelen.

Prioritaire pistes voor verdere ontwikkeling verkennen

- Op basis van de geïdentificeerde noden onderzoeken we welke gerichte opvolg- of ondersteuningsprogramma's relevant kunnen zijn binnen een toekomstig survivorshipbeleid. Daarbij kan onder meer worden gekeken naar initiatieven op het vlak van neurocognitieve, psychosociale, cardiologische, pneumologische of andere oncologische nazorg. Hierbij hebben we aandacht voor efficiëntie van nazorg.
- We onderzoeken in welke mate we relevante initiatieven kunnen verbeteren, delen en opschalen.
- Bestaande pilootprojecten, zoals het lopende neurocognitieve revalidatieproject aan de Universiteit Gent, kunnen hierbij mee geëvalueerd worden om lessen te trekken voor een mogelijke verdere uitrol.

Aanbevelingen formuleren

- De resultaten van deze verkenning worden vertaald naar concrete beleids- en praktijkbevelingen voor een meer geïntegreerde, multidisciplinaire en patiëntgerichte organisatie van survivorship- en nazorg na kanker in België.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

Kankercentrum (Sciensano)

Timing

Opstart tijdens deze legislatuur, loopt verder in de volgende legislatuur



Actie 30: Structurele integratie van het perspectief en de actieve rol van de persoon met kanker in het oncologische zorgtraject

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Kwalitatief leven met en na kanker

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

De kwaliteit van oncologische zorg wordt traditioneel geëvalueerd aan de hand van klinische uitkomsten, activiteitsgegevens en procesindicatoren. Deze informatie is noodzakelijk, maar geeft slechts gedeeltelijk weer welke impact kanker en de behandeling ervan hebben op het dagelijks leven van personen met kanker, hoe zij hun zorgtraject ervaren en in welke mate de zorg aansluit bij hun noden, voorkeuren, levensdoelen en zorgdoelen.

Persoonsgerichte oncologische zorg veronderstelt daarom meer dan het meten van medische resultaten. Zij vraagt dat tijdens het volledige zorgtraject systematisch aandacht wordt besteed aan wat voor de persoon belangrijk is, zoals functioneren, levenskwaliteit, autonomie, gezin, sociale relaties, mentale gezondheid, werk of studies en deelname aan het dagelijkse leven. Zij veronderstelt ook dat patiënten actief worden betrokken bij beslissingen over hun zorg en, indien zij dat wensen, worden ondersteund om een actieve rol in hun zorgtraject op te nemen.

In België bestaan reeds verschillende initiatieven en praktijken om het perspectief van personen met kanker te verzamelen en te gebruiken. Voorbeelden zijn het bevragen van zorg- en ondersteuningsnoden, gedeelde besluitvorming, persoonlijke zorgplanning, patiëntenpanels, focusgroepen, spiegelgesprekken en Patient-Reported Measures. Tot deze laatste categorie behoren onder meer Patient-Reported Outcome Measures, PROMs, en Patient-Reported Experience Measures, PREMs. Ook bestaande initiatieven zoals SPADIS en PROOF leveren relevante ervaringen op.

Deze praktijken verschillen evenwel tussen ziekenhuizen, oncologische zorgprogramma's, kankertypes en fasen van het zorgtraject. Ze zijn momenteel onvoldoende systematisch in kaart gebracht en worden niet overal volgens een gemeenschappelijk kwaliteitskader toegepast. Met andere woorden: de persoon met kanker wordt nog niet voldoende systematisch betrokken als actieve partner in zijn of haar zorg, overeenkomstig de principes van geïntegreerde zorg en ondersteuning.

Er is daarom nood aan een coherent en evidence-informed kader dat verduidelijkt hoe verschillende kwantitatieve, kwalitatieve en participatieve methoden doelgericht kunnen worden gecombineerd om het perspectief en de actieve rol van personen met kanker structureel te integreren in het volledige oncologische zorgtraject. Dit kader moet ook rekening houden met bestaande initiatieven in de eerste lijn.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

Deze actie heeft tot doel een evidence-informed praktische leidraad en een roadmap te ontwikkelen voor de structurele integratie van het perspectief en de actieve rol van personen met kanker in het volledige oncologische zorgtraject.

De actie heeft niet tot doel om één uniform instrument op te leggen of de voorgestelde werkwijzen onmiddellijk in alle oncologische zorgprogramma's te implementeren. Zij wil ziekenhuizen, oncologische zorgprogramma's, zorgverleners, patiëntenorganisaties en beleidsactoren een onderbouwd en bruikbaar kader aanbieden waarmee zij hun bestaande praktijken kunnen evalueren en stapsgewijs versterken.

De leidraad en de roadmap moeten ondersteunen bij:

- het systematisch identificeren en bespreken van de noden, voorkeuren, ervaringen, levensdoelen en zorgdoelen van personen met kanker;
- het betrekken van de persoon en, indien gewenst, diens naasten bij zorgplanning en gedeelde besluitvorming;
- het bevorderen van een actieve rol van de persoon in het eigen zorgtraject;
- het tijdig detecteren en opvolgen van medische, functionele, psychosociale, sociale en existentiële noden;
- het betrekken van patiënten en patiëntenvertegenwoordigers bij de evaluatie, het ontwerp en de verbetering van oncologische zorgprocessen;



Actiedomein: Gevolgen van kanker en levenskwaliteit

- het combineren van kwantitatieve, kwalitatieve en participatieve informatie voor organisatorische kwaliteitsverbetering;
- het integreren van initiatieven in gespecialiseerde zorg en initiatieven in de eerstelijnszorg;
- het identificeren van randvoorwaarden voor een inclusieve, haalbare en duurzame toepassing.

Verbinding met geïntegreerde zorg en actie 1

In samenwerking met het RIZIV, binnen actie 1, wordt nagegaan op welke sleutelmomenten van het zorgtraject de noden, voorkeuren, ervaringen, levensdoelen en zorgdoelen van de persoon kunnen worden bevraagd, besproken, gedocumenteerd en opnieuw geëvalueerd.

Plaats van PROMs en PREMs

PROMs en PREMs worden binnen deze actie beschouwd als mogelijke ondersteunende instrumenten binnen een bredere methodologische toolbox. Zij vormen geen doel op zich.

- Op individueel niveau kunnen zij helpen om onder meer symptomen, functioneren, levenskwaliteit, psychosociale noden en zorgervaringen zichtbaar en bespreekbaar te maken, en bijdragen aan de dialoog tussen de persoon en het zorgteam, aan gedeelde besluitvorming en aan de herevaluatie van het zorg- en begeleidingsplan.
- Op het niveau van zorgteams en zorginstellingen kunnen geaggregeerde resultaten terugkerende knelpunten zichtbaar maken, bijvoorbeeld inzake informatieverstrekking, communicatie, toegankelijkheid, continuïteit, coördinatie en nazorg. Dergelijke gegevens zijn vooral bruikbaar wanneer zij worden gekoppeld aan interpretatie door patiënten en zorgverleners en aan een concrete kwaliteits- of verbetercyclus.
- Op beleidsniveau kunnen geaggregeerde gegevens aanvullende inzichten aanbrengen, op voorwaarde dat zij zorgvuldig worden geïnterpreteerd en worden gecombineerd met klinische gegevens, contextinformatie en kwalitatieve input van patiënten en zorgverleners.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

1. Identificatie en beschrijving van bestaande kwantitatieve, kwalitatieve en participatieve praktijken voor de integratie van het patiëntenperspectief in de oncologische zorg in België: met welk doel worden zij gebruikt, bij welke patiënten, op welke momenten van het zorgtraject, hoe worden de resultaten teruggekoppeld en welke concrete impact hebben zij?
2. Analyse van de wetenschappelijke literatuur en internationale goede praktijken, onder de vorm van een umbrella review, om te bepalen welke methoden bruikbaar zijn voor welke doelstellingen, onder welke voorwaarden en op welk niveau: individueel niveau, niveau van zorgteams en zorginstellingen, of beleidsniveau.
3. Een evidence-informed praktische leidraad opstellen, met participatie van patiënten en professionals. Deze leidraad bevat een overzicht van relevante methoden en instrumenten, op basis van stappen 1 en 2, een indeling volgens gebruiksdoel, en aanbevelingen en aandachtspunten voor de invoering en opvolging ervan.
4. Op basis van deze leidraad een roadmap ontwikkelen om oncologische zorginstellingen in staat te stellen het perspectief en de actieve rol van de persoon met kanker structureel te integreren in het oncologische zorgtraject: analyse van wat reeds gebeurt, identificatie van lacunes, mogelijke verbetering via de verschillende bestaande instrumenten en methoden, evaluatie en opvolging.

De roadmap is richtinggevend en praktisch bruikbaar, maar legt binnen deze actie geen uniforme nationale implementatie op.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

Kankercentrum (Sciensano)



Timing

opstart deze legislatuur en loopt door volgende legislatuur;

Actie 31: Terugkeer naar een actief maatschappelijk en professioneel leven na kanker

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Kwalitatief leven met en na kanker

Dankzij verbeteringen in de opsporing en behandeling van kanker leven steeds meer mensen na een kankerdiagnose langdurig verder. Na afloop van de behandeling worden veel (ex-)kankerpatiënten echter geconfronteerd met blijvende fysieke, cognitieve, emotionele en sociale gevolgen die hun terugkeer naar een actief leven kunnen bemoeilijken.

Vermoeidheid, cognitieve klachten, fysieke beperkingen, psychosociale problemen of onzekerheid over werkhervatting kunnen een impact hebben op de deelname aan het professionele en maatschappelijke leven. Ook sociale rollen, zoals ouderschap, partnerschap, mantelzorg en maatschappelijke betrokkenheid, kunnen onder druk komen te staan. Sommige patiënten lopen bovendien een verhoogd risico op sociaal isolement of kwetsbaarheid.

Hoewel verschillende ondersteuningsinitiatieven en diensten bestaan, zijn deze niet altijd voldoende gekend of gemakkelijk toegankelijk voor patiënten en zorgverleners. Daardoor vinden patiënten niet altijd de ondersteuning die aansluit bij hun noden.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

Deze actie bouwt verder op de acties rond het zorgmodel (actie 1), trajectbegeleiding (actie 3) en survivorship (actie 29) en wil bijdragen aan een geïntegreerde aanpak die ook aandacht heeft voor maatschappelijke en professionele participatie na kanker.

Met deze actie willen we beter inzicht krijgen in de noden van mensen na kanker op het vlak van maatschappelijke en professionele re-integratie, de bestaande ondersteuningsmogelijkheden in kaart brengen en eventuele lacunes identificeren.

Het doel is om mensen die kanker hebben gehad maximaal te ondersteunen bij het hervatten van een bevredigend actief leven, inclusief werk, sociale rollen en zinvolle activiteiten zoals sport, hobby's en maatschappelijke betrokkenheid. Daarbij wordt rekening gehouden met verschillen in levensfase en persoonlijke omstandigheden.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

Kanker wordt niet alleen benaderd als een ziekte die behandeld moet worden, maar ook als een ingrijpende gebeurtenis die het dagelijks leven ontwricht. Verschillende maatregelen sluiten aan bij die logica en helpen patiënten om hun gezinsleven, sociale leven, schoolloopbaan en professionele leven tijdens en na de behandeling voort te zetten of opnieuw op te nemen:

- Thuishospitalisatie in de oncologie maakt het mogelijk om, wanneer dit medisch veilig en verantwoord is, bepaalde gespecialiseerde behandelingen in de eigen leefomgeving te krijgen, waardoor verplaatsingen en ziekenhuisverblijven worden beperkt.
- Het recht om vergeten te worden helpt voormalige kankerpatiënten om niet hun hele leven benadeeld te blijven bij de toegang tot een schuldsaldoverzekerings.
- De AYA-conventie (zie actie 10) voor adolescenten en jongvolwassenen met kanker houdt expliciet rekening met de psychosociale noden die eigen zijn aan deze leeftijdsgroep: studies, werk, sociaal leven, lichaamsbeeld, vruchtbaarheid, mentale gezondheid en begeleiding van naasten.



- Het Actieplan Mantelzorg versterkt de ondersteuning van mantelzorgers, die vaak een centrale rol opnemen in het zorgtraject van mensen met kanker. Er wordt onder meer ingezet op administratieve vereenvoudiging, betere informatie, aandacht voor mentale gezondheid en zorgstress, en een sterkere betrokkenheid van mantelzorgers bij het zorgtraject.
- Weer gaan werken of blijven werken is voor veel mensen met of na kanker bijzonder belangrijk. Werken zorgt voor inkomsten, sociale contacten en geeft ook zingeving aan het leven. Wat de terugkeer naar het professionele leven betreft zijn de volgende zaken van belang:
- Het Terug Naar Werk-traject bij de ziekenfondsen staat open voor werknemers, werklozen en zelfstandigen en helpt mensen in arbeidsongeschiktheid de gepaste begeleiding te vinden voor hun terugkeer naar de arbeidsmarkt, vertrekkend van wat iemand nog wél kan. De Terug Naar Werk-coördinator bij het ziekenfonds neemt op regelmatige basis contact op met de arbeidsongeschikt erkende persoon, gaat na welke ondersteuning aangewezen is en stelt samen met hem of haar een traject op. Zo kan bijvoorbeeld gekeken worden of een terugkeer naar de eigen werkgever mogelijk is, of, voor wie zelfstandige is, of de eigen activiteit al dan niet in aangepaste vorm hervat kan worden. Is dit niet mogelijk, niet wenselijk of heeft de persoon in kwestie geen arbeidsovereenkomst, dan kan via gewestelijke arbeidsbemiddelings- en opleidingsdiensten (VDAB, Forem, Actiris en ADG) en hun gespecialiseerde partners ervoor gezorgd worden dat mensen terechtkomen bij een passende en gespecialiseerde begeleiding naar werk of zelfstandige activiteit.
- De gedeeltelijke werkhervatting maakt het mogelijk om het werk of de zelfstandige activiteit stapsgewijs te hervatten mits akkoord van de adviserend arts, met behoud van een aangepaste uitkering naast het beroepsinkomen. Dit instrument is bijzonder relevant (en succesvol) na (en ook tijdens) kanker: vermoeidheid en cognitieve klachten maken een volledige hervatting in één keer vaak onhaalbaar, terwijl een geleidelijke opbouw wel slaagt.
- Via het Terug Naar Werk-fonds kunnen mensen via een voucher gespecialiseerde begeleiding inkopen bij externe dienstverleners om hen te helpen opnieuw aan het werk te gaan.
- Naast deze begeleiding in het kader van het Terug Naar Werk-traject nemen de deelstaten ook eigen initiatieven die de terugkeer naar werk na kanker ondersteunen. Voorbeelden zijn de tegemoetkomingen voor werkgevers bij aanwerving of behoud van werknemers met een arbeidsbeperking en specifieke dienstverlening voor mensen met kanker. In Vlaanderen is er bijvoorbeeld een initiatief van Emينو, een centrum voor gespecialiseerde opleiding, begeleiding en bemiddeling (GOB) en Kom op tegen Kanker: een kosteloos begeleidingstraject op maat voor werknemers met of na een kankerdiagnose, gefinancierd via een tussenkomst van de VDAB. Het richt zich zowel tot wie tijdens de behandeling aan het werk wil blijven als tot wie na kanker het werk wil hervatten of al hervat heeft maar nog moeilijkheden ondervindt, waarbij de coach ook de werkgever en de directe omgeving actief betreft. De coach heeft expertise in het thema kanker en wat de impact hiervan kan zijn op de werkvloer.
- Vroeg contact met bovenstaande mogelijkheden is bovendien ook waardevol wanneer een werkhervatting nog niet meteen haalbaar is: het zorgt ervoor dat werk een reële mogelijkheid blijft, ook wanneer die pas veel later aan de orde is.

Deze maatregelen vormen een coherente en belangrijke basis voor een kankerbeleid dat zich niet beperkt tot overleving, maar ook inzet op levenskwaliteit, autonomie en de geleidelijke terugkeer naar een zo normaal mogelijk dagelijks leven. Deze reflectie op een meer holistische aanpak van de nazorg na kanker vindt ook plaats in samenwerking met de deelgebieden. We onderzoeken hoe de trajectbegeleider uit actie 3 de schakel kan vormen tussen de ziekenhuizen en de doorverwijzing naar deze diensten.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

Kankercentrum (Sciensano)

Timing

Deze en volgende legislatuur

Datagedreven innovatie



De toenemende digitalisering van de gezondheidszorg en de snelle evolutie van datagedreven technologieën creëren belangrijke opportuniteiten om de kwaliteit, doelmatigheid en innovatie van kankerzorg in België verder te versterken. Zoals ook aangegeven binnen de strategische doelstelling rond doelmatigheid, zijn kwaliteitsvolle en toegankelijke data essentieel om beleid, zorgorganisatie en klinische besluitvorming niet enkel te baseren op aannames, maar op evidentie uit de praktijk. In de oncologie, waar zorgtrajecten complex zijn en innovatieve diagnostiek en behandelingen zich snel ontwikkelen, wordt het gebruik van real-world data en real-world evidence steeds belangrijker om de effectiviteit, veiligheid en kostenefficiëntie van zorg op te volgen en gericht bij te sturen. Datagedreven-innovatie wordt op zich niet als doel beschouwd, maar als een belangrijke hefboom voor het stimuleren van klinisch en wetenschappelijk onderzoek en het verbeteren van zorguitkomsten.

België beschikt over belangrijke troeven op het vlak van oncologische dataregistratie en kwaliteitsmonitoring. Het Belgisch Kankerregister verzamelt uitgebreide gegevens over incidentie, stadiëring, biomerkers, overleving, en werkt samen met federale en regionale partners om deze gegevens beter te integreren in kwaliteitsverbeteringscycli. Ook Gezond België maakt gezondheids- en kankerdata via interactieve dashboards en indicatoren steeds toegankelijker voor zorgverleners, onderzoekers, beleidsmakers en burgers, wat kan bijdragen aan meer transparantie, gezondheidsinzichten en datagedreven kwaliteitsverbetering. Het Kankercentrum van Sciensano speelt hierbij een belangrijke rol vanuit zijn opdracht inzake de monitoring en evaluatie van het kankerbeleid, de ontwikkeling van nieuwe maatregelen voor kankerbestrijding en zijn wetenschappelijke adviesfunctie. Het Kankercentrum ondersteunt de ontwikkeling van beleidsrelevante indicatoren en de opvolging van de impact van het Kankerplan, in samenwerking met onder meer het Belgisch Kankerregister, andere diensten van Sciensano en andere relevante gegevensbeheerders en stakeholders. Voor zeldzame kankers is ook een goede afstemming met het Centraal Register voor Zeldzame Ziekten (CRRD) van Sciensano van belang. Het CRRD en het Belgisch Kankerregister beschikken over complementaire informatie over verschillende fasen van het zorgtraject. Door de mogelijkheden tot afstemming en, waar relevant, koppeling van gegevensbronnen verder te onderzoeken, kan een vollediger beeld worden verkregen van het traject van patiënten met zeldzame kankers, bijvoorbeeld door informatie over diagnostische vertraging en verwijspatronen te combineren met gegevens over tumorkarakteristieken, stadium en uitkomsten. Deze samenwerking kan zowel de uitvoering van het Kankerplan als het Plan Zeldzame Ziekten ondersteunen. Tegelijkertijd blijft de toegang tot geaggregeerde en vergelijkbare data op het niveau van individuele ziekenhuizen beperkt, waardoor zorgverleners niet altijd rechtstreeks inzicht krijgen in hun eigen prestaties ten opzichte van populatiedata. Bovendien is de patiëntgerichte dimensie van datagebruik nog onvoldoende systematisch ingebed in bestaande structuren.

Er is het Belgische actieplan eGezondheid, dat geïntegreerde en multidisciplinaire zorg wil ondersteunen door in te zetten op gegevensinteroperabiliteit, standaardisatie en patiëntbetrokkenheid. Ook de oprichting van het Belgian Health Data Agency (HDA), de implementatie van de European Health Data Space (EHDS) en de ontwikkeling van een nieuwe toekomstvisie voor het Belgische registerbeleid¹⁶⁴ voor gezondheidszorggegevens creëren belangrijke opportuniteiten om te evolueren naar meer gestandaardiseerde, interoperabele en veilig gedeelde gezondheidsdata. Daarbij verschuift de focus van statische registers naar een meer flexibel systeem van gefedereerde datadeling en hergebruik van gegevens.

Standaardisering en structurering: de basis voor interoperabiliteit en gegevensuitwisseling

Desalniettemin is het Belgische oncologische datalandschap vandaag nog versnipperd. Gegevens worden vaak in verschillende systemen geregistreerd, onvoldoende gestandaardiseerd of moeilijk uitwisselbaar gemaakt tussen zorgverleners, ziekenhuizen, onderzoeksinstellingen en overheden. Hierdoor blijft het potentieel van beschikbare data voor kwaliteitsverbetering, onderzoek, innovatie en beleidsvoering onderbenut. Bovendien ontbreken vandaag nog

¹⁶⁴ Registerbeleid voor gezondheidszorggegevens. RIZIV. Beschikbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/kwaliteitszorg/registerbeleid-voor-gezondheidszorggegevens>



Actiedomein: Datagegeven innovatie

belangrijke koppelingen tussen databronnen, waardoor het bijvoorbeeld moeilijk is om de impact van preventieprogramma's, innovatieve behandelingen of zorgorganisatie op lange termijn systematisch te evalueren. Ook gegevens over comorbiditeiten, socio-economische kwetsbaarheid, levenskwaliteit en zorgcontinuïteit worden nog onvoldoende gestructureerd verzameld.

De verdere digitalisering van de oncologische zorg vereist daarom bijkomende investeringen in gestandaardiseerde en gestructureerde rapportering, interoperabiliteit en veilige gegevensuitwisseling. Internationale standaarden zoals SNOMED-CT, FHIR en OMOP-CDM worden daarbij steeds belangrijker om gegevens herbruikbaar en vergelijkbaar te maken, zowel voor directe zorgverlening als voor zogenaamd secundair gebruik in kwaliteitsmonitoring, beleidsontwikkeling en onderzoek. De implementatie van gestandaardiseerde rapportering kan bovendien bijdragen aan administratieve vereenvoudiging volgens het "register only once"-principe en aan een betere ondersteuning van multidisciplinaire zorgtrajecten.

Opportunities van AI binnen de kankerzorg

Binnen de oncologische zorg bieden toepassingen van artificiële intelligentie (AI) potentieel voor vroegdetectie, diagnostiek, beeldvorming, precisiegeneeskunde, behandelingsoptimalisatie en opvolging van patiënten. Vooral binnen radiologie en pathologie worden reeds concrete toepassingen ontwikkeld, onder meer voor beeldanalyse, patroonherkenning en ondersteuning van klinische besluitvorming. Daarnaast kunnen generatieve AI-toepassingen bijdragen aan efficiëntere verslaggeving, gegevensbeheer en ondersteuning van zorgverleners. België beschikt over sterke onderzoeksinitiatieven en neemt deel aan meerdere Europese projecten rond kankerdata en AI. Toch blijft de implementatie van AI in de klinische praktijk voorlopig beperkt door technische, organisatorische, financiële en regelgevende uitdagingen, waaronder interoperabiliteit, toegang tot kwaliteitsvolle data, validatie van algoritmen, complexe regelgeving en beperkte infrastructuur. Daarnaast is er nood aan meer testing van AI- en data-oplossingen om hun klinische meerwaarde en veiligheid te onderbouwen. Om AI veilig, ethisch en verantwoord te integreren in de oncologische zorg blijft toegang tot kwalitatieve en interoperabele real-world data cruciaal.

Het belang van AI en geavanceerde data-analyse groeit niet enkel binnen de oncologie maar in de volledige gezondheidszorg. België en Europa beschouwen AI steeds meer als een strategische prioriteit voor de modernisering van gezondheidszorgsystemen. Via initiatieven zoals AI4Belgium en het Nationaal Convergentieplan voor de ontwikkeling van artificiële intelligentie wil ons land inzetten op betrouwbare, datagedreven en maatschappelijk verantwoorde AI-toepassingen, met gezondheidszorg als één van de prioritaire domeinen. Er is bewust voor gekozen om AI niet via een afzonderlijke actie binnen het Kankerplan te behandelen, maar binnen een bredere, transversale aanpak voor de volledige gezondheidszorg.

Actiedomein datagedreven innovatie: de acties

De onderstaande acties willen deze uitdagingen aanpakken door verder in te zetten op interoperabele, kwaliteitsvolle en herbruikbare oncologische data-infrastructuren. Daarbij ligt de focus op de ontwikkeling van gestandaardiseerde en gestructureerde rapportering overheen het volledige oncologische zorgtraject, het definiëren van een nationale CareSet "Oncologie" voor multidisciplinaire gegevensuitwisseling, en de uitwerking van een EHDS-compatibele Minimal Data Set Oncologie (voor secundair gebruik) ter ondersteuning van beleid, onderzoek en Europese samenwerking. Deze acties moeten bijdragen aan een betere zorgcontinuïteit, meer datagedreven kwaliteitsverbetering, versterkte innovatiecapaciteit en een efficiëntere en meer transparante organisatie van de kankerzorg met expliciete aandacht voor een patiëntgerichte benadering en het versterken van de rol van patiënten in het gebruik en de interpretatie van gezondheidsdata.

Actie 32: Implementatie van gestandaardiseerde en gestructureerde rapportering binnen het oncologisch zorgtraject

Actie 33: Ontwikkeling van een nationale CareSet "Oncologie" voor geïntegreerde en gestandaardiseerde oncologische zorg

Actie 34: Ontwikkeling van een Minimal Dataset Oncologie voor onderzoek, beleid en aansluiting op de European Health Data Space (EHDS)



Actie 32: Implementatie van gestandaardiseerde en gestructureerde rapportering binnen het oncologisch zorgtraject

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Doelmatigheid (toegang tot data)

Kwaliteitsvolle gestandaardiseerde en gestructureerde gegevens zijn essentieel voor zowel de zorgverlening als voor beleid, kwaliteitsmonitoring en onderzoek. Vandaag worden oncologische gegevens echter nog vaak op verschillende manieren geregistreerd en uitgewisseld, wat kan leiden tot variaties in verslaggeving, beperkte interoperabiliteit en bijkomende administratieve lasten.

Het gebruik van gestandaardiseerde gestructureerde rapportering (Structured Standardised Reporting – SSR), ondersteund door semantische standaarden zoals SNOMED-CT en technische standaarden zoals FHIR, maakt het mogelijk om informatie op een uniforme manier vast te leggen en uit te wisselen. Dit bevordert een correcte, volledige en tijdige verslaggeving, ondersteunt de samenwerking tussen zorgverleners en verhoogt de kwaliteit van de zorg.

Daarnaast creëert SSR de voorwaarden voor kwaliteitsvolle gegevens die zonder bijkomende registratielast kunnen worden hergebruikt voor kwaliteitsopvolging, beleid en onderzoek, in overeenstemming met het FAIR-principe (Findable, Accessible, Interoperable, Reusable) en het "register only once"-principe.

Deze aanpak sluit aan bij de doelstellingen van het Belgische eHealth-gezondheidsplan, het federale registerbeleid voor gezondheidszorggegevens en Europese initiatieven zoals de European Health Data Space (EHDS). Binnen de oncologie kan SSR bovendien bijdragen aan een efficiëntere en meer kwaliteitsvolle gegevensverzameling voor onder meer tumorspecifieke en klinisch relevante kankerregistratie, opvolging van zorgkwaliteit, evaluatie van overeenkomsten en (inter)nationaal onderzoek.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

Met deze actie willen we de gefaseerde invoering van gestandaardiseerde gestructureerde rapportering (SSR) binnen het volledige oncologische zorgtraject ondersteunen.

We starten met de implementatie van SSR binnen de pathologische anatomie, waar reeds belangrijke voorbereidende stappen zijn gezet. Vervolgens wordt de aanpak stapsgewijs uitgebreid naar andere disciplines, waaronder beeldvorming, oncologische diagnostische en therapeutische ingrepen, radiotherapie en medische oncologie.

Het doel is te komen tot een duurzaam systeem waarbij oncologische gegevens op een gestandaardiseerde, interoperabele en herbruikbare manier worden geregistreerd en uitgewisseld, ten voordele van zowel de patiëntenzorg als het secundair gebruik van gegevens voor kwaliteitsverbetering, beleid en onderzoek.

Deze actie moet leiden tot:

- een breed gedragen governance voor de inhoudelijke en technische ontwikkeling van SSR, zijnde gestandaardiseerde en gestructureerde, semantisch en technisch interoperabele oncologische rapportering;
- een efficiëntere gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en instellingen voor primair gebruik;
- kwaliteitsvolle gegevens voor secundair gebruik voor kankerregistratie, kwaliteitsmonitoring, beleid en onderzoek;
- een vermindering van dubbele registraties en administratieve lasten.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

SSR implementeren binnen de pathologische anatomie (2026-2028)

- Tijdens de implementatiefase starten we met de uitrol van SSR binnen de pathologische anatomie, waar reeds belangrijke voorbereidende initiatieven bestaan, zoals het BelSyRoPa-project.



Actiedomein: Datagegeven innovatie

- Hiervoor worden inhoudelijke en technische beheersorganen opgericht met vertegenwoordigers van onder meer het Belgian Cancer Registry (BCR), de Belgian Society of Pathology, eHealth, het Belgische Terminologiecentrum en het RIZIV.
- De inhoudelijke rapporteringssjablonen worden ontwikkeld op basis van internationale richtlijnen en technisch vertaald naar gestandaardiseerde FHIR-questionnaires met integratie van SNOMED-CT.

De technische implementatie en gegevensuitwisseling organiseren (2026-2028)

- SSR-software wordt geïmplementeerd in laboratoria voor pathologische anatomie en geïntegreerd in de informaticasystemen van zorginstellingen. De implementatie start met een beperkte use case voor testing en validatie en wordt nadien verder uitgebreid.
- Waar relevant wordt afgestemd met andere federale digitaliseringsinitiatieven, zoals het Digitaal Verwijsvoorschrift.
- Binnen het bestaande wettelijke kader zorgt het Belgian Cancer Registry voor de ontvangst en verwerking van de gestandaardiseerde gegevens.

Het gebruik en beheer van SSR duurzaam verankeren (2029 e.v.)

- Vanaf 2029 wordt ingezet op opvolging en verdere optimalisatie van SSR.
- Het gebruik van de gestandaardiseerde templates wordt opgevolgd binnen bestaande kwaliteits- en accreditatiemechanismen. Daarnaast worden de inhoudelijke en technische standaarden regelmatig geactualiseerd via de bevoegde beheersorganen.

SSR uitbreiden naar andere oncologische disciplines

- Tijdens de implementatie binnen de pathologische anatomie wordt de aanpak stapsgewijs uitgebreid naar andere onderdelen van het oncologische zorgtraject, waaronder beeldvorming (zoals radiologie), oncologische diagnostische en therapeutische ingrepen, radiotherapie en medische oncologie.
- Deze uitbreiding gebeurt volgens dezelfde principes van multidisciplinair beheer, internationale standaardisering en interoperabele gegevensuitwisseling, zodat op termijn een geïntegreerde en gestandaardiseerde gegevensstroom doorheen het volledige oncologische zorgtraject ontstaat.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

Stichting Kankerregister

Timing

Deze legislatuur (zie details in de stappen van de actie)

Actie 33: Ontwikkeling van een nationale CareSet “Oncologie” voor geïntegreerde en gestandaardiseerde oncologische zorg

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

Kwaliteitsvolle oncologische zorg vereist dat zorgverleners op elk moment kunnen beschikken over actuele, volledige en betrouwbare patiënteninformatie. Vandaag worden oncologische gegevens vaak in verschillende systemen geregistreerd en uitgewisseld, wat de continuïteit van zorg, multidisciplinaire samenwerking en efficiënte gegevensdeling kan bemoeilijken.

Een CareSet is een gestructureerde en gestandaardiseerde set van gecodeerde gezondheidsgegevens die elektronische uitwisseling tussen geautoriseerde zorgverleners ondersteunt. De inhoud van deze informatiesets (CareSets) wordt ontwikkeld in overleg met het werkveld en vertrekt vanuit reële klinische behoeften (zgn. primair gebruik). Omdat CareSets herbruikbare informatieblokken zijn, bieden ze per patiënt één unieke, gestandaardiseerde versie van relevante gegevens die identiek is voor alle betrokken zorgverleners. De gegevensbescherming wordt



beheerd op basis van een aantal transparante regels. Een belangrijk uitgangspunt is dat een CareSet niet leidt tot bijkomende registratie, maar tot eenmalige registratie aan de bron, waardoor administratieve lasten verminderen.

Voor de oncologische zorg willen we de inhoud en het gebruik van een specifieke CareSet “Oncologie” definiëren en de ontwikkeling ervan binnen de bestaande CareSet-governance realiseren. Een dergelijke CareSet kan de digitale ondersteuning van de multidisciplinaire zorg versterken, de gegevensuitwisseling verbeteren en ervoor zorgen dat relevante oncologische informatie op een gestandaardiseerde manier beschikbaar is in alle fasen van het zorgtraject en over het hele land. De meerwaarde ervan zal in belangrijke mate afhangen van de wijze waarop de CareSet in de dagelijkse zorgpraktijk wordt gebruikt, onder meer binnen zorgpaden en multidisciplinaire oncologische consulten (MOCs), en van de verantwoordelijkheden van de verschillende betrokken actoren.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen de inhoud van een nationale CareSet “Oncologie” definiëren en de ontwikkeling en de toepassing ervan binnen de bestaande CareSet-governance faciliteren. Daarbij wordt niet alleen bepaald welke oncologische gegevens relevant zijn voor het zorgproces, maar ook hoe deze gegevens binnen verschillende zorgprocessen en zorgpaden kunnen worden gebruikt, wie verantwoordelijk is voor het registreren, actualiseren, raadplegen en gebruiken van de informatie en hoe de CareSet kan worden geïntegreerd in bestaande zorg- en gegevensuitwisselingsprocessen.

Het beoogde resultaat is een gedragen CareSet “Oncologie”, waarvan de inhoud, het gebruik en de verantwoordelijkheden van de betrokken actoren duidelijk zijn omschreven en die kan worden ontwikkeld en geïmplementeerd binnen de bestaande CareSet-governance. Deze CareSet moet uiteindelijk bijdragen aan een betere continuïteit van zorg, een efficiëntere multidisciplinaire samenwerking en een meer uniforme, veilige en gestandaardiseerde uitwisseling van oncologische gegevens.

Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

- De behoeften van het project identificeren in overleg met veldexperten, incl. vertegenwoordigers van patiënten, met bijzondere aandacht voor de verschillende zorgprocessen en zorgpaden waarin oncologische informatie wordt gebruikt.
- Een tumoronafhankelijke dataset voor de CareSet “Oncologie” definiëren, met bepaling van welke gegevens noodzakelijk zijn, voor welke doeleinden ze gebruikt worden en welke informatie reeds beschikbaar is binnen bestaande gegevensuitwisselingsmechanismen.
- Bepalen hoe de CareSet kan worden ingezet binnen bestaande oncologische zorgpaden, MOCs, en van toepassing zijnde Geïntegreerde Zorg en Ondersteuning (GIZO), zodat de beschikbare informatie daadwerkelijk het zorgproces ondersteunt.
- De rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende betrokken actoren bepalen, met inbegrip van de verantwoordelijkheid voor het registreren, actualiseren, raadplegen en gebruiken van de gegevens, en voor het kwaliteitsvol en actueel houden van de informatie.
- De CareSet afstemmen op de bestaande eHealth-architectuur, lopende initiatieven rond gegevensuitwisseling en CareSet-governance, met aandacht voor interoperabiliteit, gegevensbescherming en het vermijden van bijkomende registratielasten.
- De praktische toepasbaarheid van de CareSet in de zorgpraktijk toetsen met de betrokken zorgverleners en andere stakeholders en waar nodig de inhoud, gebruiksmodaliteiten en verantwoordelijkheden bijsturen.
- De formele aanvraag voorbereiden overeenkomstig het implementatieproces van het Be-SafeShare-project, zodat de verdere ontwikkeling, validatie en implementatie van de CareSet Oncologie kan worden opgenomen binnen de bestaande nationale CareSet-governance.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie in samenwerking met andere instanties

Kankercentrum (Sciensano)



Timing

Volgende legislatuur

Actie 34: Ontwikkeling van een Minimal Dataset Oncologie voor onderzoek, beleid en aansluiting op de European Health Data Space (EHDS)

Waarom deze actie? Welk probleem willen we oplossen?

STRATEGISCHE DOELSTELLING
Doelmatigheid (toegang tot data)

De Europese Verordening inzake de European Health Data Space (EHDS), aangenomen in 2025, wil gezondheidsgegevens binnen Europa toegankelijker, interoperabel en veiliger maken. Voor de oncologie biedt dit belangrijke opportuniteiten om onderzoek, innovatie, beleidsontwikkeling en grensoverschrijdende samenwerking te versterken.

Om deze mogelijkheden te benutten, zijn kwaliteitsvolle, gestandaardiseerde en gestructureerde oncologische gegevens op bevolkingsniveau essentieel. Vandaag zijn veel gegevens over kankerdiagnostiek en -behandeling beschikbaar, maar ze zijn niet altijd op een uniforme manier gestructureerd of voldoende interoperabel voor secundair gebruik. Bovendien worden bepaalde relevante gegevens, zoals risicofactoren, familiale voorgeschiedenis, comorbiditeiten, kwaliteit van leven en aspecten van de zorgverlening, nog onvoldoende verzameld of gestandaardiseerd.

Om de Belgische oncologische gegevens beter bruikbaar te maken voor onderzoek, beleid en internationale samenwerking, is het noodzakelijk een geharmoniseerde gegevensstructuur te ontwikkelen die aansluit bij Belgische initiatieven rond gestandaardiseerde gegevensregistratie (zoals Standardized Structured Reporting – zie actie 32), het Belgische geïntegreerde gezondheidsdossier (BIHR), het nationale registerbeleid en de vereisten van de EHDS.

Wat willen we doen om dit probleem op te lossen? Welk resultaat willen we bereiken met deze actie?

We willen een Minimal Dataset Oncologie ontwikkelen die een gestandaardiseerde verzameling van relevante oncologische gegevens omvat voor secundair gebruik, waaronder onderzoek, beleidsontwikkeling, kwaliteitsmonitoring en internationale samenwerking.

Deze dataset moet zoveel mogelijk steunen op bestaande gestructureerde gegevensbronnen, zoals Standardized Structured Reporting (SSR), het BIHR en de kankerregistratie, aangevuld waar nodig met bijkomende gegevens of post-hoc structurering van bestaande informatie.

Het beoogde resultaat is een interoperabele en toekomstgerichte oncologische gegevensinfrastructuur die:

- voldoet aan de vereisten van de EHDS;
- het secundair gebruik van oncologische gegevens faciliteert;
- de kwaliteit van onderzoek en beleidsvorming versterkt;
- bijdraagt aan een betere opvolging van zorgkwaliteit en gezondheidsuitkomsten;
- de Belgische deelname ondersteunt aan Europese initiatieven zoals CANDLE en UNCAN-CONNECT;
- de basis vormt voor een Belgisch National Cancer Data Node.

Bij de ontwikkeling van deze dataset wordt ook rekening gehouden met de verwachtingen van patiënten en patiëntenverenigingen inzake de verzameling, het gebruik en het delen van gezondheidsgegevens.



Hoe willen we dit resultaat bereiken? Welke stappen nemen we in deze actie?

Zowel bij de Stichting Kankerregister als bij Sciensano is er al gestart met de voorbereiding van de implementatie van de EHDS. Om een Minimal Dataset Oncologie uit te werken en te integreren binnen de EHDS-architectuur, slaan we de handen in elkaar en ondernemen we de volgende stappen:

- De beschikbare gegevensbronnen in kaart brengen en de relevante gegevens identificeren die nodig zijn voor secundair gebruik in de oncologie, waaronder gegevens over risicofactoren, diagnostiek, behandelingen, uitkomsten, pathologie en medische beeldvorming.
- Per tumortype een multidisciplinair gevalideerde dataset definiëren die opgenomen kan worden in de Minimal Dataset Oncologie.
- Europese en nationale standaarden en gegevensmodellen identificeren voor geharmoniseerde gegevensuitwisseling, met maximaal gebruik van internationale terminologieën en classificatiesystemen (zoals SNOMED-CT, ICD en ICD-O) en mapping naar generieke modellen zoals OMOP Common Data Model.
- Zorgverleners actief betrekken bij de definiëring van de gegevens, het gebruik ervan en de verdere opvolging en evaluatie.
- Waar nodig algoritmen ontwikkelen voor de post-hoc structurering van bestaande niet-gestructureerde gegevens.
- Op basis van de Belgische deelname aan de Europese projecten CANDLE en UNCAN-CONNECT een Belgisch National Cancer Data Node ontwikkelen.
- De Minimal Dataset Oncologie integreren in het Health Data Agency-metadataregister en voorbereiden op gebruik binnen de EHDS.
- De kwaliteit, interoperabiliteit en conformiteit van de gegevens blijvend opvolgen en verbeteren, in overeenstemming met de EHDS-, GDPR- en nationale governancevereisten.
- Inzetten op een gepast ethisch en legaal kader voor een maximale valorisatie van secundair gebruik van data met respect voor patiëntenrechten.

Verantwoordelijke voor de coördinatie van de actie *in samenwerking met andere instanties*

Kankercentrum (Sciensano)

Timing

Deze legislatuur, waarbij de integratie van de Minimal Dataset Oncologie in het HDA-metadataregister doorloopt tot begin volgende legislatuur.

Monitoring, evaluatie en continue bijsturing van het Belgisch Kankerplan

Monitoring- en evaluatieaanpak: het ICCP-kader

Voor het Belgische Kankerplan hanteren we een alomvattende monitoring- en evaluatieaanpak (M&E) die is afgestemd op de richtsnoeren van het *International Cancer Control Partnership* (ICCP) voor nationale kankerbestrijdingsprogramma's (NCCP's).¹⁶⁵ Het ICCP-kader is ontwikkeld door wereldwijde samenwerking tussen internationale kankeragentschappen, technische partners en ministeries van gezondheid. Het biedt een gestructureerde en iteratieve aanpak voor het monitoren en evalueren van kankerbestrijdingsstrategieën, met specifieke aanbevelingen voor nationale kankerplannen. Het is ontworpen om ervoor te zorgen dat nationale kankerplannen **systematisch, empirisch onderbouwd en verifieerbaar** zijn, waardoor landen de vooruitgang kunnen volgen, de impact kunnen beoordelen en het plan voortdurend kunnen verbeteren.¹⁶⁶

De ICCP M&E-aanpak is opgebouwd rond vier elementen:

- Situatieanalyse en beoordeling van de uitgangssituatie, waarbij de last van kanker en de bestaande capaciteit van het gezondheidsstelsel worden vastgesteld
- Vaststelling van strategische doelstellingen en actieplannen, die vervolgens worden gekoppeld aan meetbare indicatoren
- Routinematig toezicht op de uitvoering
- Periodieke evaluatie van de resultaten en het effect, met beoordeling van de doeltreffendheid op populatieniveau

Het ICCP-kader legt de nadruk op een logicamodelbenadering. Dit betekent dat er verbanden worden gelegd tussen inputs, activiteiten per actie, verwachte outputs, beoogde resultaten en langetermijneffecten. Het zorgt ervoor dat monitoring niet beperkt blijft tot het volgen van activiteiten, maar beoordeelt ook of interventies bijdragen aan meetbare verbeteringen over het volledige kankercontinuüm heen.

Andere landen zoals Canada, Australië en het Verenigd Koninkrijk hebben NCCP-monitoringkaders voor nationale kankerplannen ontwikkeld die geïnspireerd zijn door de leidende principes van het ICCP. Uit deze ervaringen blijkt dat een dergelijke gestructureerde M&E-aanpak de **transparantie en governance** ondersteunt en het potentiële **aanpassingsvermogen** van nationale kankerplannen tijdens de uitvoering versterkt.

De op het ICCP afgestemde aanpak ondersteunt bovendien de beleidscoherentie met internationale verbintenissen van de WHO-lidstaten, waaronder het WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases en de Europese beleidsagenda, met inbegrip van het Europe's Beating Cancer Plan.¹⁶⁷

Monitoring en evaluatie van de acties

Binnen het Belgische Kankerplan zijn monitoring en evaluatie verschillende, maar nauw met elkaar verbonden processen.

Monitoring verwijst naar het continu en systematisch opvolgen van de uitvoering van het plan. Monitoring zorgt ervoor dat de uitvoering en de algemene voortgang van de acties voortdurend worden opgevolgd naarmate het plan wordt uitgerold. Dit laat toe om waar nodig bij te sturen tijdens de implementatie. Monitoring is dus procesgericht en maakt gebruik van procesindicatoren.

¹⁶⁵ ICCP. (n.d.). Section 5 – How will we measure our success. Accessed from: https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/eNCCPTOOLK_FA_3.pdf

¹⁶⁶ Given LS, Hohman K, Kostecky B, Vinson C. Cancer control planning: self-assessment for pre-planning, development, implementation and evaluation of national cancer control plans. *Cancer Causes Control*. 2018 Dec;29(12):1297-1303. doi: 10.1007/s10552-018-1123-z. Epub 2018 Dec 15. PMID: 30554373; PMCID: PMC6376863

¹⁶⁷ https://commission.europa.eu/topics/public-health/european-health-union/cancer-plan-europe_nl

Monitoring, evaluatie en continue bijsturing

Evaluatie heeft betrekking op de doeltreffendheid en de resultaten van de acties. Ze gebeurt op vooraf vastgestelde evaluatiemomenten of aan het einde van uitvoeringscycli (bijvoorbeeld na 2, 5 en 10 jaar).

De evaluatie zal zich toespitsen op twee complementaire aspecten. Het eerste aspect betreft het **uitvoeringsproces** en wordt geleid vragen zoals:

- Zijn de geplande acties uitgevoerd zoals gepland?
- Welke factoren hebben de uitvoering/uitvoering van acties bevorderd of belemmerd (bv. personeelscapaciteit, regelgeving, financiering of organisatorische paraatheid)?
- Welke lacunes in de uitvoering werden vastgesteld en welke bijsturing is nodig?

Het tweede aspect betreft de **doeltreffendheid en impact** van de actie en wordt geleid door vragen zoals:

- In hoeverre zijn de vooropgestelde doelstellingen van de actie bereikt?
- Hoe hebben de uitgevoerde acties geleid tot veranderingen in vooraf bepaalde uitkomsten?
- Welke contextuele factoren hebben de impact van de gegeven actie gefaciliteerd of beperkt?
- Welke bedoelde en onbedoelde gevolgen van acties vonden plaats in het hele kankercontinuüm?

Een essentieel element voor zowel monitoring als evaluatie zijn de duidelijke, meetbare en tijdgebonden doelstellingen. De resultaten en het effect van het Kankerplan zullen worden gemeten aan de hand van **kernprestatie-indicatoren** (KPI's) die het mogelijk maken de vooruitgang en de effectgrootte te kwantificeren. Bij de aanvang van elke actie zullen er proces- en resultaatindicatoren worden vastgesteld. Deze indicatoren worden afgestemd op de aard van de actie en kunnen onder meer betrekking hebben op de opstart van werkgroepen of samenwerkingsstructuren, de uitvoering van pilootprojecten, de ontwikkeling van regelgeving, de implementatie van nieuwe processen, de organisatie van activiteiten of de realisatie van vooraf vastgelegde mijlpalen. De stuurgroep zal de voortgang van de acties regelmatig evalueren en waar nodig voorstellen formuleren om de uitvoering bij te sturen. Op die manier ontstaat een cyclisch verbeterproces waarbij monitoring niet enkel dient voor rapportering, maar ook als instrument om de implementatie van het Kankerplan voortdurend te versterken. Daarnaast zal op regelmatige tijdstippen een voortgangsrapport opgesteld worden waarin de stand van zaken van alle acties wordt samengebracht. Dit rapport vormt de basis voor de opvolging van het Kankerplan door de bevoegde beleidsinstanties en ondersteunt een transparante communicatie naar de betrokken stakeholders.

Evaluatie van de strategische doelstellingen

Naast de opvolging van de uitvoering van de afzonderlijke acties is het belangrijk om na te gaan in welke mate het Kankerplan daadwerkelijk bijdraagt aan de **realisatie van zijn strategische doelstellingen**. Daarom wordt de monitoring van de acties aangevuld met een evaluatiekader op basis van SMART-doelstellingen en indicatoren. Hierdoor wordt niet alleen opgevolgd of de geplande acties worden uitgevoerd, maar ook welke resultaten en welke impact zij op langere termijn realiseren.

Het gebruik van **SMART-indicatoren** (specifiek, meetbaar, haalbaar, relevant, tijdgebonden) is essentieel om de strategische doelstellingen van het Kankerplan te vertalen naar concrete en uitvoerbare engagementen. Deze indicatoren maken een consistente opvolging van de voortgang mogelijk, versterken de verantwoordingsplicht van de betrokken actoren en ondersteunen empirisch onderbouwde beleidsvoering door interventies te koppelen aan meetbare resultaten. Deze aanpak sluit rechtstreeks aan bij het ICCP-kader, waarin het koppelen van strategische doelstellingen aan meetbare indicatoren een centrale bouwsteen vormt van monitoring en evaluatie.¹⁶⁸ Daarnaast bevordert zij de afstemming met belangrijke internationale initiatieven op het vlak van kankerbestrijding, waaronder het Europe's Beating Cancer Plan, de EU Mission on Cancer en het WHO Global Cancer Control Framework. Op die manier wordt de internationale vergelijkbaarheid versterkt, kunnen ongelijkheden en lacunes beter worden geïdentificeerd en wordt een efficiënte inzet van middelen ondersteund.

De ontwikkeling van de SMART-indicatoren en streefdoelen per strategische doelstelling van het Kankerplan is reeds gestart en wordt verder gefinaliseerd en gevalideerd kort na de lancering van het plan. Het gaat voornamelijk om impact- en resultaatindicatoren, die zullen worden gebruikt om de resultaten van het plan en de evolutie van gezondheidsuitkomsten, toegankelijkheid, kwaliteit van zorg en dienstverlening op te volgen. Deze strategische indicatoren vullen de **procesindicatoren** aan die voor elk van de 34 acties zullen worden ontwikkeld. Waar de procesindicatoren de uitvoering van de acties monitoren en tussentijdse bijsturing mogelijk maken, laten de impact- en resultaatindicatoren toe om na te gaan in welke mate het Kankerplan daadwerkelijk bijdraagt aan de beoogde gezondheids- en systeemdoelstellingen.

Hoewel er al een basispakket indicatoren beschikbaar is via bestaande gegevensbronnen, zoals de Stichting Kankerregister, Sciensano, het RIZIV en gezondheidsenquêtes, worden verschillende indicatoren uit het voorgestelde kader vandaag nog niet routinematig gemeten of gestandaardiseerd op nationaal niveau. Dit geldt onder meer voor bepaalde indicatoren inzake de kwaliteit en organisatie van de zorg, zorgtrajecten, door de patiënt gerapporteerde metingen (PRM's) en bepaalde overlevingsindicatoren. De verdere technische en/of methodologische ontwikkeling van deze indicatoren zal gebeuren **in nauwe samenwerking met de betrokken dataholders en stakeholders**, waaronder ziekenhuizen, registers, het RIZIV, federale en regionale overheden en andere relevante partners. We zetten daarbij maximaal in op hergebruik van bestaande gegevens, registratie aan de bron en automatische gegevensuitwisseling. We zullen nieuwe registraties enkel invoeren wanneer zij aantoonbaar noodzakelijk zijn en niet via bestaande gegevensbronnen kunnen gerealiseerd worden, zodat bijkomende registratielasten voor zorgverleners en -instellingen zoveel mogelijk vermeden worden.

Daarnaast maken verschillende indicatoren, met name inzake preventie (zoals roken, alcoholgebruik, obesitas en deelname aan screeningsprogramma's), reeds deel uit van bredere federale en regionale volksgezondheidsstrategieën. **Afstemming met deze bestaande beleidskaders** is essentieel om coherentie te verzekeren, dubbel werk te vermijden en de impact van de verschillende initiatieven te maximaliseren. Daarom wordt gekozen voor een gefaseerde ontwikkeling, implementatie en integratie van het indicatorenkader. Deze aanpak moet de methodologische robuustheid en de beschikbaarheid, kwaliteit en vergelijkbaarheid van gegevens waarborgen, in overeenstemming met bestaande nationale afspraken en de relevante Europese regelgeving.

Onze aanpak bouwt eveneens voort op voorbereidend werk dat werd uitgevoerd in het kader van de **Belgische Kankerinventaris** (zie volgende paragraaf). Dit initiatief maakte gebruik van een Delphi-methodologie, waarbij multidisciplinaire expertenpanels betrokken werden om beleidsrelevante indicatoren met betrekking tot kankervoorzorg en -bestrijding te identificeren en te selecteren.¹⁶⁹ De geselecteerde indicatoren werden vervolgens onderworpen aan een haalbaarheidsanalyse, waarbij de beschikbaarheid, kwaliteit, periodiciteit en koppelingsmogelijkheden van

¹⁶⁸ World Health Organization. 2002. National Cancer Control Programmes. WHO. Geneva, Switzerland. ISBN: 924 15 45 577. Accessible at: <https://www.who.int/publications/i/item/national-cancer-control-programmes>

¹⁶⁹ Schittecatte, G & Delnord, M. The Belgian Inventory of Cancer care & Control policies: A state of play for 2023. 2024. <https://doi.org/10.25608/hc2m-ej13> Available from: https://www.sciensano.be/sites/default/files/inventory_april23_final.pdf

Monitoring, evaluatie en continue bijsturing

gegevens worden beoordeeld over datasets van belangrijke Belgische databeheerders (bv. IMA, Stichting Kankerregister, RIZIV, enz.).

Gezien de looptijd van tien jaar van het Kankerplan worden de SMART-indicatoren en bijbehorende streefdoelen beschouwd als **richtinggevende** doelstellingen voor de acties in de huidige legislatuur. Zij zijn gebaseerd op geïdentificeerde noden en lacunes binnen de Belgische kankerzorg, aangevuld met internationale aanbevelingen en goede praktijken. De indicatoren zullen gedurende de volledige looptijd van het plan worden gebruikt om de impact van het Kankerplan te evalueren, de voortgang van de uitvoering op te volgen en toekomstige beleidsbeslissingen te ondersteunen.

Tussentijdse evaluatie en actualisering

Het Kankerplan heeft een looptijd van tien jaar. Om ervoor te zorgen dat het plan gedurende deze periode relevant en actueel blijft, wordt voorzien in een **periodieke evaluatie** van zowel de uitvoering van de acties als de strategische doelstellingen. Op basis van de monitoringresultaten, nieuwe wetenschappelijke inzichten, technologische ontwikkelingen, nieuwe beleidsinitiatieven en evoluerende maatschappelijke noden kunnen acties, indicatoren en prioriteiten **waar nodig aangepast** worden. Deze periodieke evaluatie laat toe het Kankerplan als een dynamisch beleidsinstrument verder te ontwikkelen, zonder de continuïteit van de langetermijndoelstellingen uit het oog te verliezen.

Belgische Kankerinventaris: het monitoren en volgen van de inspanningen om kanker te bestrijden in België

De **Belgische Kankerinventaris** maakt het mogelijk om het kankerbeleid te monitoren op het gebied van preventie, detectie, diagnose, organisatie van zorg, behandeling, overleving en kwaliteit van leven, op basis van beschikbare gegevens in de bevolking.

De eerste Belgische kankerinventaris werd in 2024 gepubliceerd ¹⁷⁰, waarin de balans werd opgemaakt van de middelen die zijn besteed aan de strijd tegen kanker in België en de verbetering van de levenskwaliteit van patiënten. De tweejaarlijkse publicatie ervan is een strategische investering voor de lange termijn. Deze heeft tot doel de resultaten en effecten op middellange en lange termijn (5, 10 of zelfs 15 jaar of meer) van op nationaal en regionaal niveau uitgevoerde acties en beleidsmaatregelen te documenteren. De inventaris is ontworpen als een **evoluerend en cyclisch instrument** en is gebaseerd op een reeks kernindicatoren, die regelmatig worden herzien om ervoor te zorgen dat ze relevant en nuttig zijn voor het monitoren van het kankerbeleid in België, met name in het licht van de doelstellingen van het Belgische kankerplan. Het maakt ook de flexibele toevoeging van nieuwe indicatoren mogelijk, afhankelijk van de behoeften en de wetenschappelijke vooruitgang. In dit verband wordt bijzondere aandacht besteed aan de haalbaarheidsanalyse van de indicatoren en aan de totstandbrenging van de nodige samenwerking met de relevante instellingen en agentschappen (zoals HDA, IMA, BCR, Statbel, RIZIV enz.) om duurzame toegang tot hoogwaardige, vergelijkbare en onderling verbonden gegevens te waarborgen.

Door de continuïteit van de Belgische Kankerinventaris te waarborgen, kunnen de middelen die in België worden ingezet om kanker te bestrijden in de loop van de tijd worden gemonitord, dankzij voortdurende monitoring van kernprestatie-indicatoren. Dit is gebaseerd op een gestructureerde verzameling kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over de voortgang en impact van maatregelen tegen kanker in België.

Daarnaast speelt de **mobilisatie van het terrein**, met name de Belgian Europe's Beating Cancer Plan Mirror Group (BE-EBCP MG), een centrale rol bij het verrijken van de inventaris. Dit nationale platform, dat ongeveer 400 actoren op het gebied van oncologie samenbrengt en in 2021 is gelanceerd door de strategische cel van de minister van Volksgezondheid en wordt gecoördineerd door Sciensano, wordt regelmatig gemobiliseerd om adviezen en aanbevelingen te verstrekken over de impact van de nieuwste innovaties in de strijd tegen kanker op Europees

¹⁷⁰ Schittecatte, G & Delnord, M. The Belgian Inventory of Cancer care & Control policies: A state of play for 2023. 2024. <https://doi.org/10.25608/hc2m-ej13> Available from: https://www.sciensano.be/sites/default/files/inventory_april23_final.pdf.

Monitoring, evaluatie en continue bijsturing

niveau^{171,172}. De planning en coördinatie van zijn activiteiten maakt het ook mogelijk om de monitoring van Europese kankergerelateerde projecten waaraan België deelneemt, te vergemakkelijken en belangrijke informatie over de voortgang en impact van deze initiatieven op te nemen in de inventaris.

In dit verband maakt de publicatie van de Belgische Kankerinventaris 2026 deel uit van een **continue en gestructureerde monitoringdynamiek**, met als doel om de twee jaar een publicatie te behouden, waardoor wordt gezorgd voor empirisch onderbouwde sturing en wordt bijgedragen aan het duurzaam positioneren van België in de voorhoede van de strijd tegen kanker.

¹⁷¹ Delnord, M., Schittecatte, G., Ghattas, J. et al. Introduction to the Supplement 'Coming together to fight cancer: a series of policy briefs taking stock of the implementation of Europe's Beating Cancer Plan in Belgium'. Arch Public Health 82 (Suppl 1), 164 (2024). <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01383-5>

¹⁷² Archives of Public Health. Coming together to fight cancer: a series of policy briefs taking stock of the implementation of Europe's Beating Cancer Plan (EBCP) in Belgium. 2024; 82 (Suppl 1). Available from: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-82-supplement-1>

Inventaris van EU-projecten met Belgische deelname

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de verschillende EU-kankerprojecten waarbij België betrokken is. Deze projecten, die sinds 2021 van start zijn gegaan in het kader van het Europees kankerbestrijdingsplan, worden gefinancierd via de programma's EU4Health en Horizon Europa. Vandaag wordt een duidelijke communicatie tussen de verschillende actoren tot stand gebracht via de EBCP mirror group tussen de verschillende actoren om de samenhang van de werkzaamheden op Belgisch en Europees niveau te waarborgen.

Tabel: Lijst van projecten

Europese kankerprojecten waaraan België deelneemt of heeft deelgenomen in het kader van het Europees kankerbestrijdingsplan en de kankermissie. Voor meer informatie over de doelstellingen van elk project en de lijst van partners, zie: <https://www.beatingcancer.be/projecten/>

Europees Project	Beschrijving & verwachte resultaten
<u>i-Violin</u>	Een project gericht op de kwaliteit en veiligheid van radiotherapietechnieken bij de diagnose en behandeling van kanker, dat tot doel heeft tegemoet te komen aan de duidelijk omschreven noodzaak om de procedures voor oncologische beeldvorming in Europa te optimaliseren en te harmoniseren en ervoor te zorgen dat deze op grote schaal worden toegepast.
<u>EU-CAYAS-NET</u>	EU-CAYAS-NET heeft tot doel een Europees netwerk van jonge overlevenden van kanker op te zetten en een kenniscentrum en een interactief sociaal netwerkplatform op te zetten waarmee deze jongeren hun rechten en behoeften kunnen verdedigen.
<u>CanScreen-ECIS</u>	Het doel is om een state-of-the-art gegevensbeheersysteem voor kankerscreening te ontwikkelen en te testen. Dit systeem is ontworpen om naadloos te integreren met het bestaande Europees kankerinformatiesysteem (ECIS).
<u>CraNE</u>	Doel is de oprichting van een Europees netwerk van geïntegreerde nationale kankercentra te vergemakkelijken. Zij voert voorbereidende activiteiten uit voor de oprichting van deze centra en voor netwerkvorming op EU-niveau.
<u>PERCH</u>	Het Partnership to Contrast HPV (PERCH) heeft tot doel bij te dragen aan de Europese inspanningen om de HPV-vaccinatiegraad onder Europese burgers te verbeteren door verschillende aspecten aan te pakken.
<u>eCAN</u>	Het doel is om de impact van teleconsultatie en monitoring op afstand te bestuderen door het uitvoeren van multicenter proefprojecten met verschillende populaties van kankerpatiënten.
<u>eCAN+</u>	Doel is de digitale capaciteiten van kankercentra in heel Europa te versterken, met bijzondere aandacht voor kansen in Oost-Europa.
<u>JANE</u>	Doel is voorbereidingen te treffen voor de oprichting van zeven nieuwe expertisenetwerken van de Europese Unie op het gebied van kanker, die de volgende gebieden bestrijken: gepersonaliseerde primaire preventie; zorg voor overlevenden; palliatieve zorg; omische technologieën; state-of-the-art medische hulpmiddelen; complexe kankers en slechte prognose; Adolescenten en jongvolwassenen (15-39 jaar ten tijde van de diagnose) met kanker.
<u>JANE-2</u>	Opzetten van zeven netwerken van expertise, gericht op complexe en slechte prognose kankers, oncologie palliatieve zorg, overlevende ondersteuning, gepersonaliseerde primaire en secundaire preventie, omische technologieën, state-of-the-art medische middelen, en adolescenten en jonge volwassenen met tumoren.
<u>BUMPER</u>	Doel is het ontwerp, de ontwikkeling en de bevordering van de mobiele EU-app voor kankerpreventie te ondersteunen en te verbeteren.
<u>Schools4Health</u>	Streeft naar de ontwikkeling en instandhouding van alomvattende benaderingen van gezondheid op scholen, met inbegrip van het programma voor gezondheidsbevorderende scholen (HPS), in de hele Europese Unie.
<u>CHIP-AML22</u>	Doel is de behandeling en overleving van patiënten met acute myeloïde leukemie (AML) bij kinderen te verbeteren door genetische profilering van leukemiecellen, de implementatie van gepersonaliseerde behandelingen en de implementatie en evaluatie van geavanceerde methoden voor het evalueren van respons op behandeling

Europees Project	Beschrijving & verwachte resultaten
<u>CAN.HEAL</u>	Gebruik te maken van specifieke use cases om een geïntegreerde aanpak te ontwikkelen om de toegang tot kankerpreventie, -diagnose en -behandeling voor individuen, kankerpatiënten en overlevenden te verbeteren door middel van gepersonaliseerde geneeskunde.
<u>PROTECT-EUROPE</u>	Doel is HPV-gerelateerde kankers uit te bannen door middel van promotie, implementatie en brede vaccinatiegraad tegen HPV, ongeacht geslacht, in de hele Europese Unie.
<u>PRAISE-U</u>	Streeft ernaar om vroegtijdige opsporing en diagnose van prostaatkanker te bevorderen door middel van gepersonaliseerde en risicogebaseerde screeningsprogramma's.
<u>TOGAS</u>	Doel is de last van maagkanker te verminderen door in de hele Europese Unie nieuwe screenings- en vroegtijdige opsporingsmethoden te ontwikkelen.
<u>JA PreventNCD</u>	Doel is de last van kanker en niet-overdraagbare ziekten te verminderen door preventiebeleid te ondersteunen en de doeltreffendheid ervan op Europees niveau te beoordelen.
<u>OriON</u>	Het OriON JA-initiatief heeft tot doel een in wezen kwalitatieve analyse te verstrekken van de nationale kankersituatie in de lidstaten, met inbegrip van de stand van uitvoering van het Europees kankerbestrijdingsplan op nationaal niveau.
<u>EHDS2 Pilot Project</u>	Doel is een infrastructuur voor het hergebruik van gezondheidsgegevens tot stand te brengen, te beginnen met acht EU-lidstaten, en na te gaan of deze op EU-niveau kan worden uitgebreid, als centraal element van de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens.
<u>EUCanScreen</u>	Doel is te zorgen voor de duurzame uitvoering van hoogwaardige screenings op borst-, baarmoederhals- en colorectale kanker, alsook voor de uitvoering van recent aanbevolen screeningprogramma's voor long-, prostaat- en maagkanker.
<u>EUnetCCC</u>	Het belangrijkste doel van het EU-netwerk van kankerreferentiecentra (CCC's) is de oprichting van een samenhangend en geïntegreerd consortium van CCC's in heel Europa om ervoor te zorgen dat alle patiënten, ongeacht hun woonplaats, toegang hebben tot hoogwaardige zorg. Dit netwerk zal ook dienen als platform voor samenwerking.
<u>RHYTHM</u>	RHYTHM heeft tot doel de kwaliteit en veiligheid van medische beeldvormingsonderzoeken bij kinderen en jongvolwassenen te verbeteren, met name door de blootstelling aan straling te verminderen. Het project ontwikkelt geharmoniseerde protocollen, besluitvormingsondersteunende instrumenten en een Europese databank om praktijken te optimaliseren.
<u>HEP-HOP</u>	HEP-HOP verbetert de toegang tot screening, vaccinatie en zorg voor virale hepatitis onder migrantenpopulaties in Europa. Het zet gemeenschapsprogramma's op en bestrijdt desinformatie over vaccins om de preventie te versterken.
<u>PCM</u>	JA PCM wil gepersonaliseerde kankergeneeskunde in Europa democratiseren door de toegang tot moleculaire diagnostiek en klinische proeven te vergemakkelijken. Het project vermindert ongelijkheden tussen landen door het gebruik van genetische en klinische gegevens te harmoniseren.
<u>HOPE4Kids</u>	HOPE4Kids verbetert de pediatrie palliatieve zorg in de oncologie in Europa, vermindert ongelijkheden bij de toegang en ontwikkelt gemeenschappelijke normen. Het ondersteunt opleiding, richtsnoeren en de uitwisseling van goede praktijken tussen landen.
<u>CancerWatch</u>	CancerWatch wil de kwaliteit en snelheid van gegevens uit kankerregisters in Europa verbeteren. Het maakt betere besluitvorming mogelijk door middel van analyses op basis van betrouwbare en geharmoniseerde gegevens.
<u>YARN</u>	YARN ontwikkelt een Europees netwerk voor jongeren met kanker om peer-to-peer ondersteuning en psychosociaal welzijn te versterken. Het biedt digitale hulpmiddelen, opleidingen en activiteiten die de levenskwaliteit van patiënten bevorderen.
<u>IMPACT-EU</u>	IMPACT-EU stelt Europese normen vast voor psychosociale ondersteuning voor kinderen en adolescenten met kanker en hun gezinnen. Het ontwikkelt innovatieve richtlijnen, trainingen en tools om de kwaliteit van leven te verbeteren.
<u>TEHDAS 2</u>	TEHDAS 2 ondersteunt de uitvoering van de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens door het delen en beheren van gegevens te verbeteren. Het heeft tot doel het secundaire gebruik van gegevens voor gezondheidsonderzoek en -beleid te vergemakkelijken.

Europees Project	Beschrijving & verwachte resultaten
Extended EHR@EU Data Space for Primary Use (Xt-EHR)	Xt-EHR heeft tot doel het grensoverschrijdende gebruik van elektronische medische dossiers in de EU te verbeteren. Het bevordert de interoperabiliteit en de toegang tot gezondheidsgegevens voor eerstelijnszorg.
4.UNCAN.eu	Ontwikkelt een strategische agenda voor de lancering van UNCAN.eu, een Europees initiatief om kanker beter te begrijpen, voorgesteld door de missieraad en het Europees kankerplan
CANDLE	CANDLE zet nationale knooppunten voor kankergegevens op om het delen en hergebruik ervan te vergemakkelijken. Het versterkt de onderzoekscapaciteiten en de Europese samenwerking.
CCI4EU	CCI4EU heeft tot doel de geïntegreerde kankerinfrastructuur van Europa te versterken. Het bevordert de samenwerking tussen onderzoek, zorg en innovatie.
DIOPTRA	Doel is een eerstelijns screeningtool te implementeren die rekening houdt met risicofactoren en eiwitbiomarkers om mensen met een hoog risico op het ontwikkelen van colorectale kanker (CRC) te identificeren.
DISARM	Vult belangrijke lacunes in het beheer van erfelijke eierstokkanker met een focus op risicobeoordeling en vroege detectie. Zij zal multifactoriële risicobeoordelingsmethoden vergelijken met gangbare praktijken in Tsjechië, Griekenland, Litouwen en Portugal, en tegelijkertijd nauwkeurige en betaalbare technologieën voor vroegtijdige opsporing ontwikkelen in deze landen en in het Verenigd Koninkrijk.
ECHO_S	ECHO_S coördineert de uitvoering van de EU-kankermissie door de samenwerking tussen de lidstaten te vergemakkelijken door in elk land kankermissiehub's op te zetten. Het stemt het nationale beleid af op de Europese doelstellingen.
ENDEAVOR	Nauwkeurige stratificatie van risico's bij slokdarmkanker.
e-QuoL	e-QuoL ontwikkelt een digitale oplossing voor de langdurige opvolging van patiënten (kinderen en adolescenten) met kanker. Het integreert klinische en sociale gegevens om de zorg te verbeteren.
EU-CIP	EU-CIP creëert een gecentraliseerd Europees portaal voor toegang tot gegevens en informatie over kanker. Het bevordert transparantie en onderzoek.
FORCE	Een Europees consortium van kankerliefdadigheidsinstellingen dat zich inzet voor het bevorderen van pragmatisch, patiëntgericht kankeronderzoek in heel Europa.
GENIAL	Het doel is om de genetische en omgevingsfactoren te identificeren die betrokken zijn bij het ontstaan van ALD-HCC.
GLIOMATCH	GLIOMATCH verbetert het beheer van gliomen door middel van precisiegeneeskunde en klinische proeven. Het verbindt gespecialiseerde centra in heel Europa.
IMPORTANT	Ontwerp en voer een pragmatische klinische studie uit met behulp van een gedecentraliseerde aanpak bij oudere patiënten met gevorderde borstkanker, met als doel een hoog niveau van bewijs (niveau I) en resultaten op meerdere niveaus te verkrijgen die veranderingen in de huidige klinische praktijk mogelijk kunnen maken.
IntReALL 2020	IntReALL 2020 ontwikkelt therapeutische strategieën voor terugvallen van acute lymfatische leukemie bij kinderen. Hij coördineert internationale klinische studies.
LUCIA	LUCIA richt zich op longkanker, het verbeteren van screenings- en zorgtrajecten. Het doel is om sterfte te verminderen door vroege diagnose.
MONALISA	Beoogt vloeibare biopsieën een minimaal invasieve en gevoelige methode te maken voor het monitoren van terugkerende of refractaire neuroblastoom, waardoor eerdere detectie van ziekteprogressie en resistentie tegen behandeling mogelijk is.
ONCODIR	Integreert multidisciplinaire onderzoeksmethoden van gezondheidsbeleidsanalyse, sociale en gedragswetenschappen, multi-omics en retrospectieve analyse van AI-geassisteerde gegevens, evenals besluitvormingsondersteunende theorieën, om evidence-based kankerpreventieprogramma's en innovatieve AI-geassisteerde gepersonaliseerde preventiebenaderingen te ontwikkelen.
ONCOSCREEN	ONCOSCREEN verbetert op risico's gebaseerde screeningsprogramma's voor colorectale kanker in Europa

Europees Project	Beschrijving & verwachte resultaten
<u>PERIFORMANCE</u>	Het versterken van de betrokkenheid van belanghebbenden bij kankeronderzoek is van essentieel belang om de relevantie, impact, ethiek en rechtvaardigheid van resultaten te verbeteren. Het PERIFORMANCE-project, dat door de Europese Unie wordt gefinancierd, zal lokale acties bevorderen in het kader van de "Missie: Kanker", voortbouwend op een gefedereerd netwerk van biobanken als een belangrijk platform voor transdisciplinair onderzoek en innovatie in heel Europa.
<u>PredictAYA</u>	De langetermijneffecten van kankerbehandelingen bij jongvolwassenen en adolescenten in de leeftijd van 15 tot 39 jaar beter begrijpen.
<u>SHIELD</u>	Het SHIELD-project dat op deze website wordt gepresenteerd, is een Europese actie om infectiegerelateerde kankers te voorkomen door grootschalige volksgezondheidsstrategieën te coördineren en beste praktijken uit te wisselen tussen veel partnerlanden.
<u>SUNRISE</u>	Implementeert een digitaal verrijkte life skills programma. Aangepast aan diverse sociaal-economische, culturele en milieucontexten combineert SUNRISE empirisch onderbouwde instrumenten voor tabakspreventie met innovatieve benaderingen zoals peer-led social media campagnes, training in reclamegeletterdheid, educatieve games en sociale robots.
<u>UNCAN-Connect</u>	UNCAN-Connect implementeert een Europese infrastructuur voor het delen van kankergegevens. Het versnelt het onderzoek door middel van grootschalige onderling verbonden gegevens.
<u>MIREYA</u>	MIREYA verbetert patiëntgerichte zorgtrajecten in de oncologie. Het integreert innovatieve oplossingen om de kwaliteit van leven te verbeteren.
<u>EUCAIM</u>	EUCAIM (Cancer Image Europe) creëert een Europese infrastructuur voor kankerbeeldvorming ter ondersteuning van kunstmatige intelligentie. Het vergemakkelijkt het delen van gegevens om de diagnose en het onderzoek te verbeteren.

Een plan voor kanker – geïntegreerd in het breder beleid

De 34 acties van het Kankerplan dienen niet als een geïsoleerde beleidsagenda te worden beschouwd, maar maken integraal deel uit van een ruimer en samenhangend volksgezondheidsbeleid. Deze acties versterken en operationaliseren bredere hervormingen en doelstellingen binnen de gezondheidszorg, en moeten daarom coherent worden geïmplementeerd met bestaande initiatieven op het vlak van financiering, organisatie, kwaliteit, toegankelijkheid en preventie. Door de Quintuple Aim te gebruiken als basis van de methodologie van het Kankerplan, steunen de acties op dezelfde leidraad als de gezondheidszorgdoelstellingen.^{173,174,175}

In de eerste plaats sluiten de acties nauw aan bij het **budgettair kader** en de **hervorming van de nomenclatuur en het ziekenhuislandschap**. Acties zoals het doelmatig gebruik van middelen in de kankercare, de hervorming van het multidisciplinair oncologisch consult en de organisatie van zorg voor zeldzame en complexe kankers dragen bij tot een efficiëntere allocatie van middelen en een verdere specialisatie van concentratie van expertise. Dit is essentieel binnen een hervormd ziekenhuisnetwerk waar kwaliteit, schaalvoordelen en transparantie centraal staan. Verder dragen de acties rond organisatie en zorgcoördinatie bij tot een efficiëntere inzet van **zorgprofessionals**.

Daarnaast zijn er duidelijke synergieën met het beleid rond **geïntegreerde zorg** en het **“terug naar werk”**-beleid. De ontwikkeling van geïntegreerde zorgpaden, de inzet van trajectbegeleiders en de uitbouw van een survivorship-aanpak ondersteunen een continuüm van zorg dat zich uitstrekt van diagnose tot re-integratie in het actieve dagelijkse leven. Acties rond levenskwaliteit en terugkeer naar werk versterken de bredere doelstelling om patiënten niet alleen te behandelen, maar hen ook duurzaam te laten participeren in de samenleving.

Het Kankerplan dient eveneens sterk aan te sluiten bij het bestaande **eHealth-plan** en het nieuwe federale **registerbeleid**. Acties rond gestandaardiseerde rapportering, de ontwikkeling van een Minimal Dataset Oncologie en de verkenning van een CareSet “Oncologie” dragen bij tot een datagedreven gezondheidszorg. Deze initiatieven ondersteunen niet alleen klinische besluitvorming en onderzoek, maar zijn ook essentieel voor transparantie, kwaliteitsmonitoring en beleidssturing. De inzet op artificiële intelligentie en moleculaire data-analyse sluit hierbij aan.

Verder zijn de acties complementair aan het **Plan Zeldzame Ziekten**, onder meer via de focus op zeldzame en complexe kankers, toegang tot innovatieve therapieën en het versterken van kennisdeling. Ook de aandacht voor **gezondheidsgeletterdheid** en **patiëntenrechten** komt terug in acties die inzetten op het patiëntenperspectief, informatieverstrekking en participatie in zorgbeslissingen. Bij de ontwikkeling van het geïntegreerd zorgpad (hemato-oncologie) zullen **palliatieve zorgen** ingebouwd worden volgens de ontwikkeling van het palliatief zorgtraject door de *End-of-life* werkgroep.

Tot slot zijn de acties rond gezondheidspromotie, preventie en screening coherent met het bredere beleid rond **gezonder leven** en worden versterkt door de acties in het plan voor cardiovasculaire aandoeningen dat ontwikkeld wordt. Maatregelen gericht op tabak, voeding, alcohol en blootstelling aan carcinogenen, evenals initiatieven rond HPV-eliminatie en vroegtijdige opsporing, dragen bij tot het verminderen van de ziektelast op populatieniveau. Hiermee sluit het Kankerplan aan bij een preventieve benadering die centraal staat in het beleid. Daarbij komt dat preventie van kanker sterk overlapt met preventie van cardiologische aandoeningen, aangezien beide aandoeningen dezelfde belangrijke risicofactoren delen. Bij de verdere ontwikkeling van de betreffende acties uit het Kankerplan, zullen deze samen met de acties uit het toekomstige plan voor cardiovasculaire aandoeningen een **geïntegreerde preventiestrategie** vormen.

¹⁷³ <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/financiering-van-de-verzekering/meerjarig-begrotingstraject-realisatie-van-gezondheidszorgdoelstellingen-in-2022>

¹⁷⁴ <https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/rapport-werkgroep-quintuple-aim-qa-naar-een-meerjarenbegroting-voor-de-gezondheidszorg-met-gezondheidszorgdoelstellingen>

¹⁷⁵ <https://www.riziv.fgov.be/nl/pers/advies-gezondheidszorgdoelstellingen-aan-de-algemene-raad-van-het-riziv>

Een ziektespecifiek plan – met een bredere meerwaarde voor chronische zorg en systeemversterking

Hoewel het Kankerplan in de eerste plaats gericht is op kankerpatiënten en de brede groep van stakeholders binnen het domein van kanker, reikt de impact ervan verder. De voorgestelde acties fungeren immers ook als katalysator voor structurele **verbeteringen in de gezondheidszorg die ook ten goede komen aan mensen met andere chronische aandoeningen**. Door de complexiteit, multidisciplinariteit en innovatiegraad van kankertzorg, worden in dit domein vaak paradigma's ontwikkeld die nadien breder kunnen worden uitgerold. De lessen die worden getrokken uit de implementatie binnen de kankertzorg kunnen richtinggevend zijn voor andere beleidsinitiatieven.

In die zin kan het Kankerplan worden beschouwd als een **lakmoesproef voor nieuw beleid** binnen de gezondheidszorg. De mate waarin het slaagt om innovatieve zorgmodellen, financieringsmechanismen en samenwerkingsvormen effectief te implementeren, biedt waardevolle inzichten voor andere domeinen. Het plan creëert ruimte om nieuwe benaderingen te testen, te evalueren en – waar succesvol – op te schalen naar een breder gezondheidsbeleid. Door in te zetten op doelmatigheid, organisatie, preventie en re-integratie binnen een complex zorgdomein, draagt het bij tot een duurzamer en performanter gezondheidszorgsysteem dat alle patiënten ten goede komt.

Bijlagen

1. Referentiedocumenten voor de stakeholder workshops
2. Samenvattende rapporten van de stakeholder workshops