European Cancer Inequalities Registry

BELGIË

Landenprofielen voor kanker

2023

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

De reeks landenprofielen voor kanker

Het Europees register van ongelijkheid bij kanker is een kerninitiatief van het Europees kankerbestrijdingsplan. Het levert degelijke en betrouwbare gegevens over kankerpreventie en kankerzorg, om trends, sociale ongelijkheid en verschillen tussen lidstaten en regio's vast te stellen. In de Landenprofielen Kanker worden voor elk van de 27 EU-lidstaten, IJsland en Noorwegen de sterke punten, uitdagingen en specifieke actiegebieden vastgesteld, om de investeringen en maatregelen op EU-, nationaal en regionaal niveau in het kader van het Europees kankerbestrijdingsplan te sturen. Het Europees register van ongelijkheid bij kanker ondersteunt ook kerninitiatief 1 van het Actieplan Verontreiniging naar nul (Zero Pollution Action Plan).

De profielen zijn opgesteld door de OESO in samenwerking met de Europese Commissie. Het team is dankbaar voor de waardevolle opmerkingen van nationale deskundigen, van het. Gezondheidscomité van de OESO en de EU-themagroep van deskundigen voor het register van ongelijkheid bij kanker. In de koopkrachtpariteit (KKP) worden valuta zodanig omgerekend dat de koopkracht van de verschillende valuta gelijk is, doordat verschillen in prijsniveaus tussen de landen worden geëlimineerd.

Gegevens- en informatiebronnen

De gegevens en informatie in de Landenprofielen Kanker zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de aan Eurostat en de OESO verstrekte officiële nationale cijfers, die zijn gevalideerd om de hoogste normen voor de vergelijkbaarheid van gegevens te waarborgen. De bronnen en methoden die aan deze gegevens ten grondslag liggen, zijn beschikbaar in de Eurostat-databank en in de gezondheidsdatabank van de OESO.

Aanvullende gegevens zijn ook afkomstig van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), het Internationaal Instituut voor Kankeronderzoek (IARC), de Internationale Organisatie voor Atoomenergie (IAEA), het Institute for Health Metrics and Evaluation (Instituut voor Gezondheidsmaatstaven en -evaluatie, IHME) en andere nationale bronnen (onafhankelijk van particuliere of commerciële belangen). De EU-gemiddelden betreffen gewogen gemiddelden van de 27 lidstaten, tenzij anders is vermeld. In deze EU-gemiddelden zijn IJsland en Noorwegen niet meegenomen.

Afwijzing van aansprakelijkheid: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.
This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.
Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".
Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

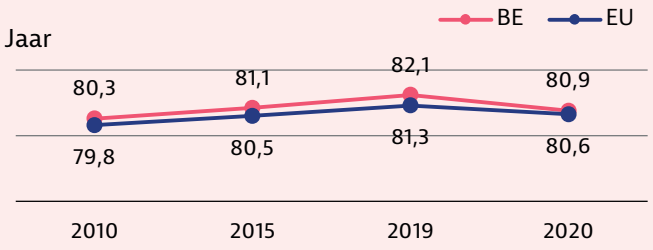
©OECD 2023
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at https://www.oecd.org/termsandconditions.

Inhoudsopgave

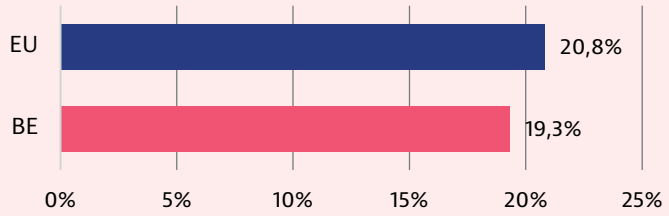
1. HOOFDPUNTEN 3
2. KANKER IN BELGIË 4
3. RISICOFACTOREN EN PREVENTIEBELEID 7
4. VROEGTIJDIGE OPSPORING 10
5. PRESTATIES VAN DE KANKERZORG 12
5.1 Toegankelijkheid 12
5.2 Kwaliteit 14
5.3 Kosten en prijs-kwaliteitverhouding 15
5.4 COVID-19 en kanker: veerkracht opbouwen 17
6. AANDACHT VOOR ONGELIJKHEDEN 18

Belangrijkste kenmerken van het zorgstelsel

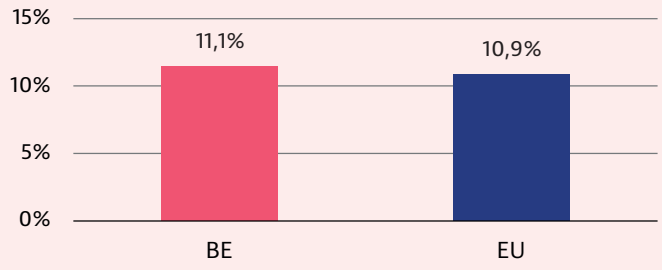
LEVENSVERWACHTING BIJ DE GEBOORTE (IN JAREN)



AANDEEL 65-PLUSSERS IN DE BEVOLKING (2021)

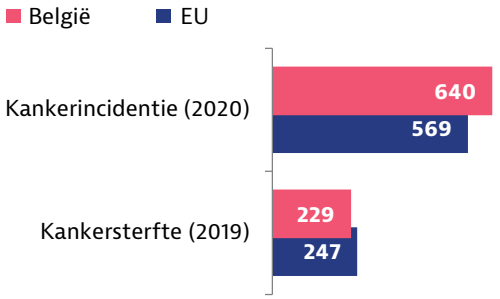


GEZONDHEIDSUITGAVEN IN % VAN HET BBP (2020)

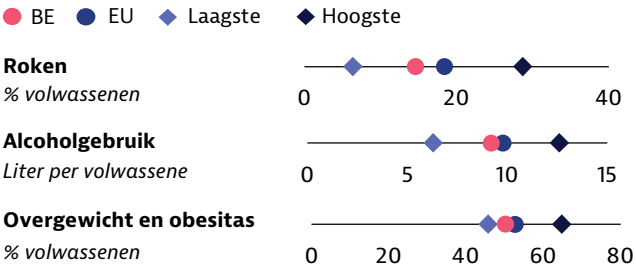


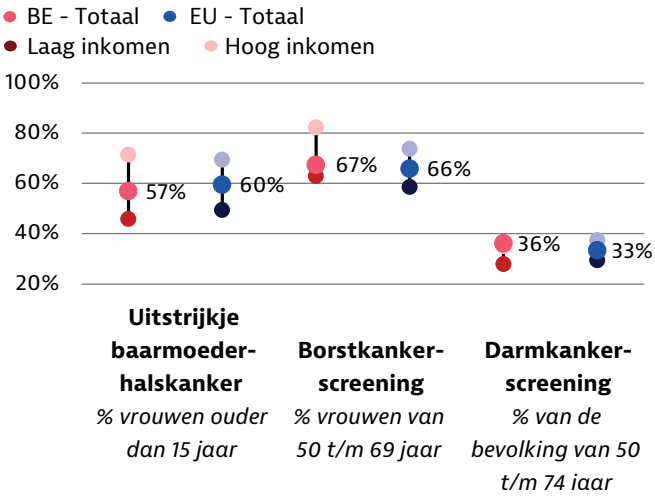
Bron: Eurostat-databank.

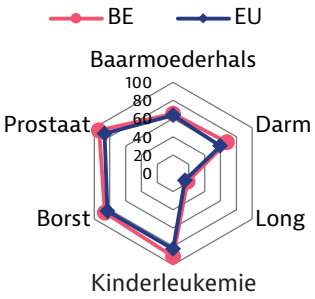
1. Hoofdpunten



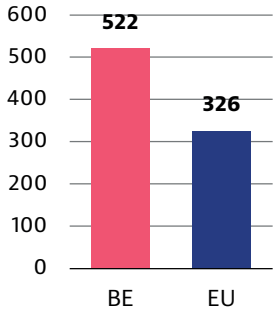
Naar leeftijd gestandaardiseerd cijfer per 100 000 inwoners







Netto vijfjaarsoverleving per kankersoort, 2010-2014



Totale kosten van kanker (EUR per hoofd van de bevolking KKP), 2018

Kanker in België

In 2009 stelde de Belgische overheid een Nationaal Kankerplan vast, dat heeft geleid tot verbeteringen in de monitoring en de kankerzorg. De sterftecijfers voor kanker in België behoren tot de laagste in de EU en zijn in de periode 2011 2019 aanzienlijk gedaald, onder meer voor long- en darmkanker, waarvoor we in het land per hoofd van de bevolking de hoogste sterfte zien. In 2020 werden in België ongeveer 75 000 nieuwe gevallen van kanker verwacht.

Risicofactoren en preventiebeleid

Gedragsgerelateerde kankerrisicofactoren, waaronder alcoholgebruik en roken, dragen bij tot het risicoprofiel van België op het gebied van kanker. Hoewel het aantal rokers in de afgelopen jaren sterk is gedaald, bestaan er nog steeds grote verschillen tussen sociaaleconomische groepen. Het percentage vaccinaties tegen het humaan papillomavirus (HPV), die gewestelijk worden georganiseerd, ligt iets boven het EU-gemiddelde.

Vroegtijdige opsporing

In België worden op gewestelijk niveau kankerscreeningprogramma's georganiseerd en uitgevoerd. In elk van de drie gewesten zijn er bevolkingsonderzoeken voor borst- en darmkanker, maar alleen in Vlaanderen is er ook een bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker. De totale deelname aan de screenings ligt in de buurt van het EU-gemiddelde, maar verschillen tussen sociaaleconomische groepen blijven bestaan.

Prestaties van de kankerzorg

De kwaliteit en organisatie van de palliatieve zorg behoren tot de sterke punten van het Belgische zorgstelsel. Voor de meest voorkomende vormen van kanker is de vijfjaarsoverleving hoger dan het EU-gemiddelde. Hoewel aan concentratie van de kankerzorg wordt gewerkt, is er nog geen kankernetwerk opgericht. De uitgaven voor kanker behoren tot de hoogste in de EU en de kosten voor nieuwe kankergeneesmiddelen zijn de voorbije jaren explosief gestegen. Net als in veel andere EU-landen heeft COVID 19 een grote invloed gehad op de opsporing van kanker en de kankerzorg.

2. Kanker in België

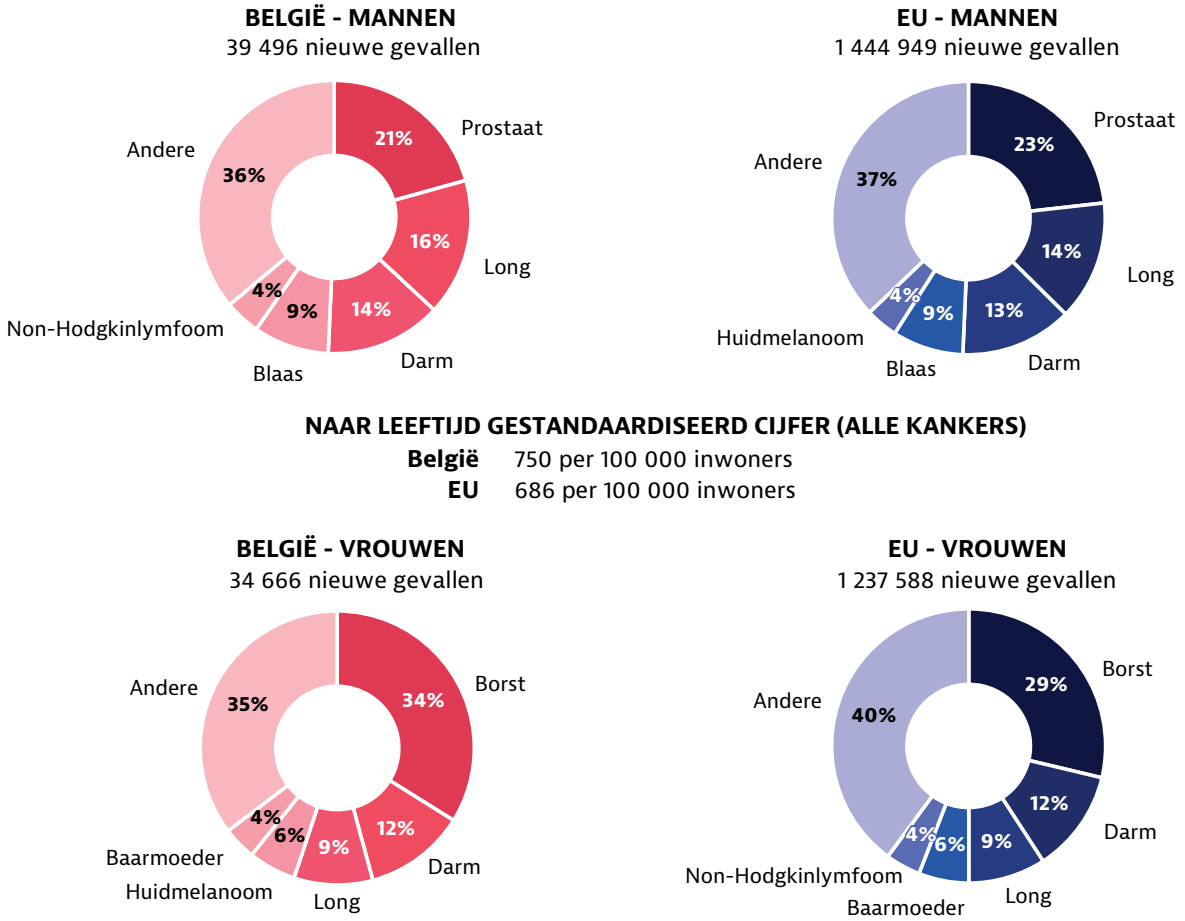
De incidentie van kanker is in België hoger dan het EU-gemiddelde.

Volgens het Europees informatiesysteem voor kanker (ECIS) van het Gemeenschappelijk Centrum voor Onderzoek werden, op basis van de incidentietrends uit de jaren vóór de pandemie, in 2020 in België ongeveer 75 000 nieuwe gevallen van kanker verwacht[1]. De naar leeftijd gestandaardiseerde incidentiecijfers per hoofd van de bevolking zouden naar verwachting iets boven het EU-gemiddelde liggen (figuur 1). Per 100 000 mannen werden ongeveer 750 nieuwe kankerdiagnoses verwacht, tegenover 686 per 100 000 in de EU als geheel. Ook werden per 100 000 vrouwen 561 nieuwe kankerdiagnoses verwacht, wat meer is dan het EU-gemiddelde van 484 per 100 000.

De meest voorkomende vormen van kanker bij mannen en vrouwen komen overeen met wat we elders in de EU zien. Voor mannen werd verwacht dat prostaatkanker de meest voorkomende vorm zou zijn, met 21 % van de nieuwe gevallen in België, gevolgd door long-, darm- en blaaskanker. Voor vrouwen werd verwacht dat borstkanker de meest voorkomende vorm zou zijn, met 34 % van de nieuwe gevallen in

Figuur 1. In 2020 werden bijna 75 000 nieuwe gevallen van kanker verwacht in België

Spreiding van kankerincidentie naar geslacht in België en de EU



NB: baarmoederkanker is exclusief kanker van de baarmoederhals. Deze schattingen dateren van voor de COVID 19-pandemie en waren gebaseerd op incidentietrends uit eerdere jaren. Zij kunnen afwijken van de geconstateerde cijfers uit recentere jaren.
Bron: Europees informatiesysteem voor kanker (ECIS) via https://ecis.jrc.ec.europa.eu, geraadpleegd op 09-05-2022. © Europese Unie, 2022.

1 *Volgens officiële statistieken werden in 2020 in België 68 782 nieuwe kankerdiagnoses geregistreerd (651 per 100 000 mannen en 548 per 100 000 vrouwen).*

België (tegenover 29 % in Europa als geheel), gevolgd door darm- en longkanker, huidmelanoom en baarmoederkanker.

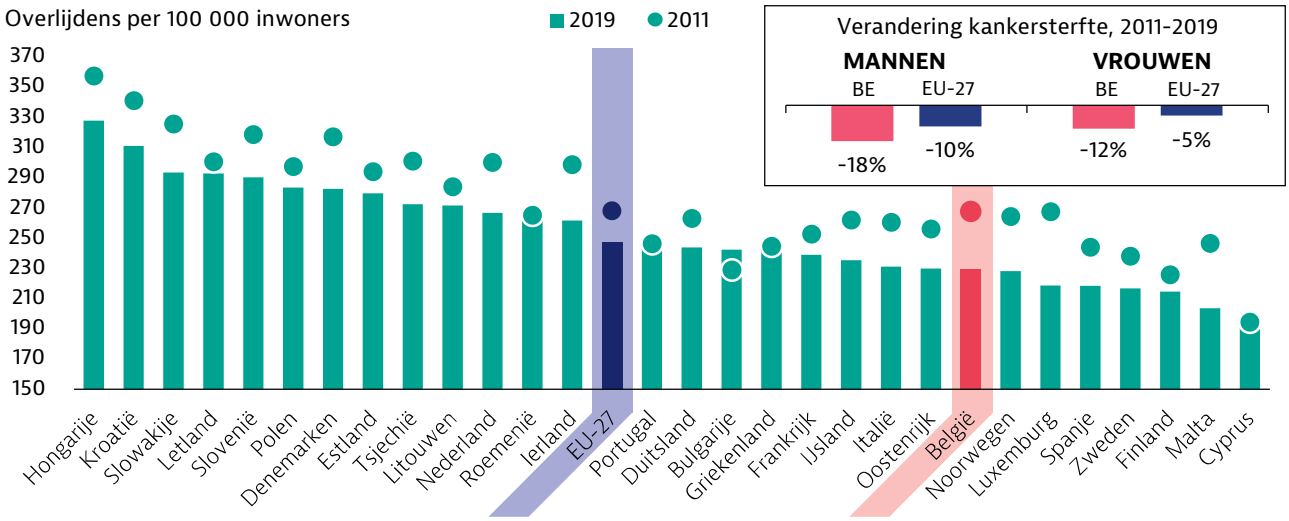
In 2020 zou in België maagkanker bij mannen naar verwachting 3 % van het aantal nieuwe kankergevallen uitmaken, en 2 % bij vrouwen. Dat zou overeenkomen met in totaal vijf sterfgevallen per 100 000 inwoners in 2019, wat de helft van het EU-gemiddelde is. Huidmelanoom zou naar verwachting een iets groter deel van de nieuwe kankergevallen uitmaken, met 4 % bij mannen en 6 % bij vrouwen, maar zou voor geen van beide tot de top 10 van oorzaken van kankergerelateerde overlijdens behoren. In 2020 werd volgens de richtlijnen van RARECARE-net 17 883 keer een zeldzame vorm van kanker vastgesteld.

Volgens het Belgisch Kankerregister bestaat de totale kankerlast voor minder dan 1 % uit kinderkanker. Jaarlijks wordt bij ongeveer 340 kinderen (van 0 tot en met 14 jaar) en 180 tieners (van 15 tot en met 19 jaar) een kwaadaardige vorm van kanker vastgesteld. Het totale aantal nieuwe gevallen bij kinderen en tieners is de jongste jaren toegenomen, maar dit kan deels worden verklaard door de jaarlijkse bevolkingsgroei van ongeveer 0,5 % in de afgelopen 17 jaar. Bij jongens (54 %) worden iets meer nieuwe gevallen geregistreerd dan bij meisjes (46 %), waarbij de man-vrouwverhouding 1,14 : 1 is.

Aantal kankersterftes per hoofd van de bevolking behoort tot de laagste in Europa

Jaarlijks overlijden er in België ongeveer 26 000 mensen aan een vorm van kanker: 14 000 mannen en 12 000 vrouwen. Na hart- en vaatziekten is kanker bij volwassenen de meest voorkomende doodsoorzaak. Tussen 2011 en 2019 daalde het aantal overlijdens aan kanker per hoofd van de bevolking met 15 %, van 268 tot 229 per 100 000 inwoners. Dat aantal behoort tot de laagste in de EU (figuur 2).

Figuur 2. In België daalde het aantal overlijdens aan kanker per hoofd van de bevolking met 15% in de periode 2011-2019



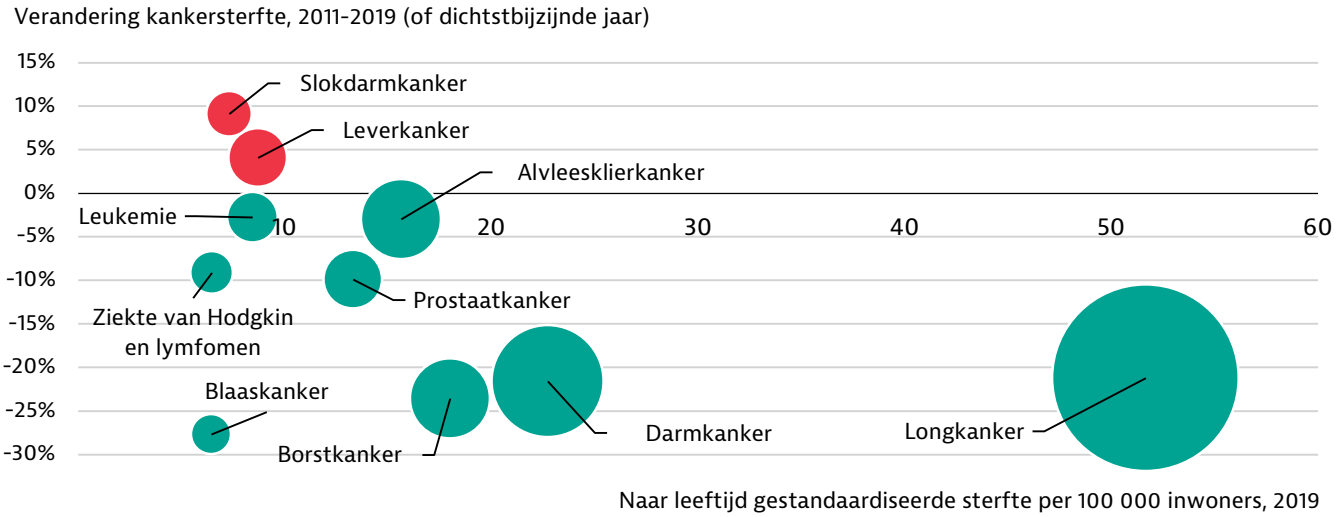
NB: het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde (door Eurostat berekend voor 2011-2017 en door de OESO voor 2018-2019).
Bron: Eurostat-databank.

In België zagen we in de jaren 2011 2019 een afname van de sterfte per hoofd van de bevolking voor elk van de tien dodelijkste vormen van kanker, behalve voor het aantal overlijdens aan leverkanker, dat met 4 % steeg, en slokdarmkanker, waarbij de stijging 9 % bedroeg (figuur 3). De hoogste sterftecijfers zagen we in 2019 bij longkanker (52 overlijdens per 100 000 inwoners), darmkanker (23 per 100 000), borstkanker (18 per 100 000) en alvleesklierkanker (16 per 100 000). Al deze cijfers waren sinds 2011 gedaald: longkanker met 21 %, darmkanker met 22 %, borstkanker met 24 % en alvleesklierkanker met 3 %.

De door kankerlast is de afgelopen 15 jaar in België aanzienlijk toegenomen

De naar leeftijd gestandaardiseerde niet-fatale kankerlast steeg in de periode 2004 2019 met 6 % voor de op incidentie gebaseerde ziektejaarequivalenten en met 3 % voor de op prevalentie gebaseerde ziektejaarequivalenten. In 2019 was borstkanker goed voor de hoogste morbiditeit bij vrouwen in België, gevolgd door darmkanker en niet-melanoom huidkanker. Bij mannen zagen we de hoogste morbiditeit bij prostaatkanker, ook gevolgd door darmkanker en niet-melanoom huidkanker. In de periode 2004 2019 namen de naar leeftijd gestandaardiseerde en op incidentie gebaseerde ziektejaarequivalenten voor niet-melanoom huidkanker voor beide geslachten significant toe

Figuur 3. Long- en darmkanker waren de belangrijkste oorzaken van kankersterfte in 2019



NB: de rode bolletjes geven aan dat de procentuele verandering van de kankersterfte in 2011 2019 groter is geworden. De groene bolletjes geven aan dat die verandering kleiner is geworden. De grootte van de bolletjes is evenredig aan de sterftecijfers in 2019. Voor sommige van deze vormen van kanker is de sterfte laag. Daarom moeten de procentuele veranderingen zorgvuldig worden geïnterpreteerd. De grootte van de bolletjes voor de sterftecijfers zijn voor landen onderling niet vergelijkbaar.
Bron: Eurostat-databank.

(van 49 tot 111 gevallen per 100 000 bij mannen en van 15 tot 44 per 100 000 bij vrouwen), terwijl er bij darmkanker bij beide geslachten een belangrijke afname te zien was, van 105 tot 84 per 100 000 bij mannen en van 66 tot 58 per 100 000 bij vrouwen (Gorasso et al., 2022).

In totaal zagen we in de periode 2000 2016 voor het potentieel aantal verloren levensjaren door kwaadaardige tumoren in België een relatieve afname van bijna 30 %, oftewel 1 241 verloren levensjaren bij 100 000 mensen van 75 jaar in 2016. De relatieve afname was groter bij mannen (32 %) dan bij vrouwen (22 %), met respectievelijk 1 388 en 1 101 verloren levensjaren in 2016.

België stelde in 2009 een Nationaal Kankerplan vast, dat daarna geregeld is geëvalueerd en gemonitord

In 2009 stelde de Belgische overheid een Nationaal Kankerplan met 78 maatregelen vast. Door de uitvoering van dit plan verbeterde de kwaliteit van de kankerzorg dankzij een multidisciplinaire aanpak, de integratie van psychosociale zorg en een stelselmatige vergaring van gegevens over alle vormen van kanker via het Belgische Kankerregister. Het Kankercentrum, dat is ondergebracht bij Sciensano, bewaakt de vooruitgang op onderdelen van de kankerbestrijdingsstrategie op alle bestuursniveaus en fungeert als wetenschappelijk adviesorgaan.

In 2012 werd het Nationaal Kankerplan geëvalueerd. De uitvoering werd succesvol geacht omdat de meeste maatregelen gestructureerd waren uitgevoerd. Er zijn echter ook vijf verbetergebieden vastgesteld: transmurale zorg (coördinatie van extramurale en klinische zorg), sociale en beroepsmatige re-integratie van patiënten met een voorgeschiedenis van kanker, de behoefte aan bloedbanken, de kwaliteit van de zorg en gepersonaliseerde geneesmiddelen. Voor elk van deze onderwerpen werd een thematische werkgroep opgericht om te bepalen op welke gebieden met voorrang maatregelen moesten worden genomen, met ondersteuning van diverse belanghebbenden (onder wie vertegenwoordigers van patiënten).

In de periode 2015 2019 werden diverse nieuwe maatregelen genomen, waaronder de ontwikkeling van moleculaire oncologische diagnostiek (met inbegrip van zogenoemde next-generation sequencing), de concentratie van zorg om voor bepaalde zeldzame aandoeningen de kwaliteit te verbeteren, en maatregelen om de re-integratie van kankerpatiënten in het arbeidsproces te bevorderen (zie punt 5). In 2022 wordt er nog niet gesproken over de vaststelling van een nieuw kankerplan, maar overwegen de autoriteiten wel extra maatregelen op het gebied van de toegang tot kankerzorg (waaronder de betaalbaarheid voor patiënten en vanuit het oogpunt van de belastingbetaler), kanker bij kinderen en jongvolwassenen, en verdere ontwikkeling van zorgconcentratie.

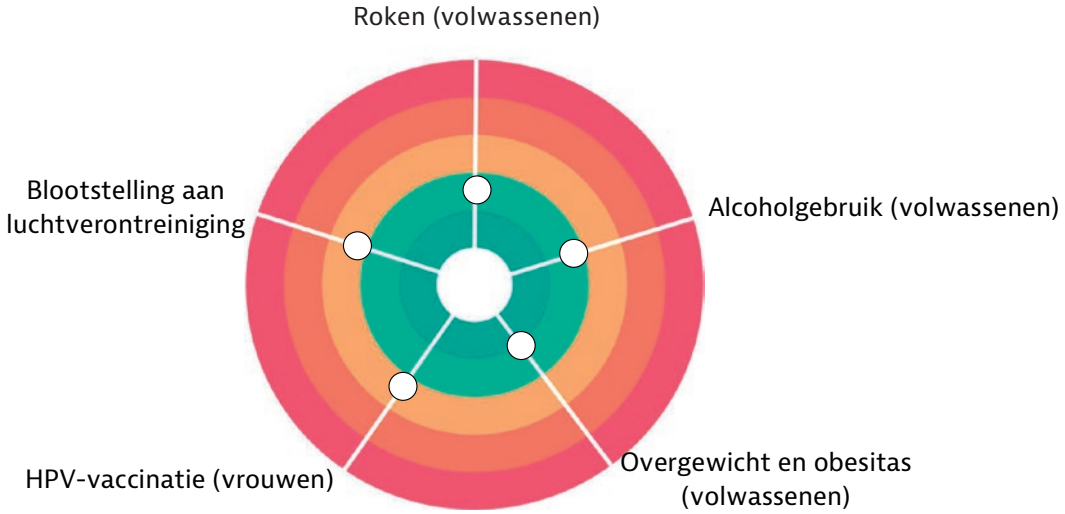
3. Risicofactoren en preventiebeleid

Gedragsgerelateerde risicofactoren spelen een belangrijke rol bij de incidentie van kanker

Op het gebied van veranderbare kankerrisicofactoren doet België het in vergelijking met de meeste andere EU-landen relatief goed (figuur 4). Het tabaksgebruik is afgenomen en is nu lager dan in veel andere landen, en het totale alcoholgebruik is iets lager dan het EU-gemiddelde.

De verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg is in België verdeeld over de drie gewesten (Vlaanderen, Brussel en Wallonië). In 2016 werd echter een nationaal protocolakkoord over preventie gesloten, onder meer om de consumptie van tabak en alcohol terug te dringen, en dit akkoord moest gecoördineerd worden uitgevoerd. De afgelopen jaren zijn de gefedereerde entiteiten verschillende initiatieven gestart om het volksgezondheidsbeleid te versterken, met name wat betreft roken en alcoholgebruik.

Figuur 4. België doet het relatief goed voor de meeste kankergerelateerde risicofactoren



NB: Hoe dichter de bolletjes zich bij het midden bevinden, hoe beter het land presteert ten opzichte van andere EU-landen. Er bevindt zich geen enkel land in het witte "streefgebied" omdat er in alle landen op alle gebieden ruimte is voor verbetering.
Bronnen: berekeningen van de OESO op basis van het Europees gezondheidsonderzoek door middel van interviews (EHIS, European Health Interview Survey) 2019 voor de cijfers over roken en overgewicht/obesitas, OESO-gezondheidsstatistieken 2022 en WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) voor alcoholconsumptie (2020), WHO voor HPV-vaccinaties (via het gezamenlijke rapportageformulier over immunisatie van WHO/UNICEF) (2020) en Eurostat voor de cijfers over luchtverontreiniging (2019).

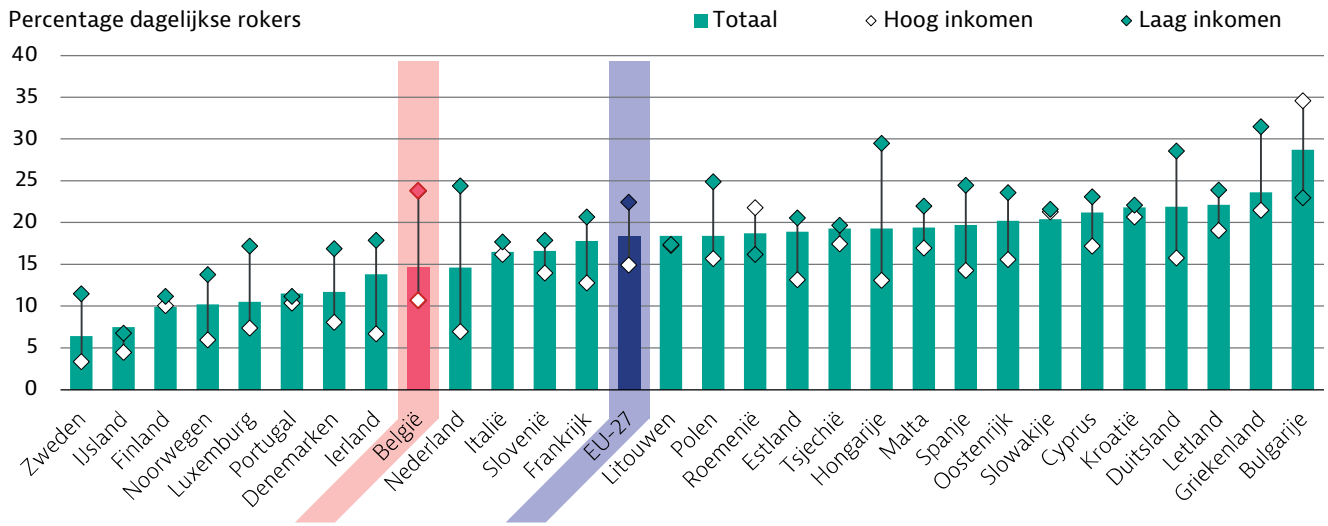
Het percentage rokers in België behoort tot de laagste percentages in de EU

Ongeveer een op de zeven volwassenen (15 %) in België gaf in 2019 aan elke dag te roken, en dat is minder dan in veel andere EU-landen. Wel blijft de verhouding tussen mannen en vrouwen ongelijk: er roken meer mannen (18 %) dan vrouwen (12 %).

Slechts 11 % van de mensen met een hoog inkomen rookte in 2019 dagelijks, tegenover 24 % van de mensen met een laag inkomen. Dat is een verschil van 13 procentpunten (figuur 5). Bij mensen uit de laagste inkomensgroep daalde het tabaksgebruik in het afgelopen decennium bovendien veel langzamer dan bij mensen uit de hoogste inkomensgroep, waardoor de inkomensgerelateerde kloof groter werd.

Het aantal rokers verschilt ook aanzienlijk als we kijken naar het opleidingsniveau: bij laagopgeleiden zijn er twee keer meer rokers dan bij hoogopgeleiden. Ook zagen we ongelijkheden tussen de gewesten: in Wallonië rookte 19 % van de bevolking dagelijks, terwijl dat in Brussel 16 % was en in Vlaanderen 13 %.

Figuur 5. Er zijn aanzienlijke sociaaleconomische ongelijkheden in aantal rokers



NB: het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde (berekend door Eurostat).
Bron: Databank Eurostat (EHIS). De gegevens hebben betrekking op het jaar 2019.

Net als in de meeste EU-landen is het totale tabaksgebruik in de laatste decennia gestaag afgenomen (Bizel, 2017). Deze daling kan grotendeels worden toegeschreven aan beleid voor de lange termijn dat veelal in de afgelopen 20 jaar op federaal en gewestelijk niveau werd vastgesteld, met onder meer a) wettelijke beperkingen op de toegang tot tabaksproducten (verkoop), reclame, bescherming van niet-rokers op de werkplek en in de openbare ruimte, naast steeds hogere belastingen, b) hulp bij het stoppen met roken door een brede aanpak, met onder meer stelselmatig advies van zorgprofessionals en de inzet van specialisten in ondersteuningscentra, en c) de vaststelling van beleid voor gezondheidsbevordering.

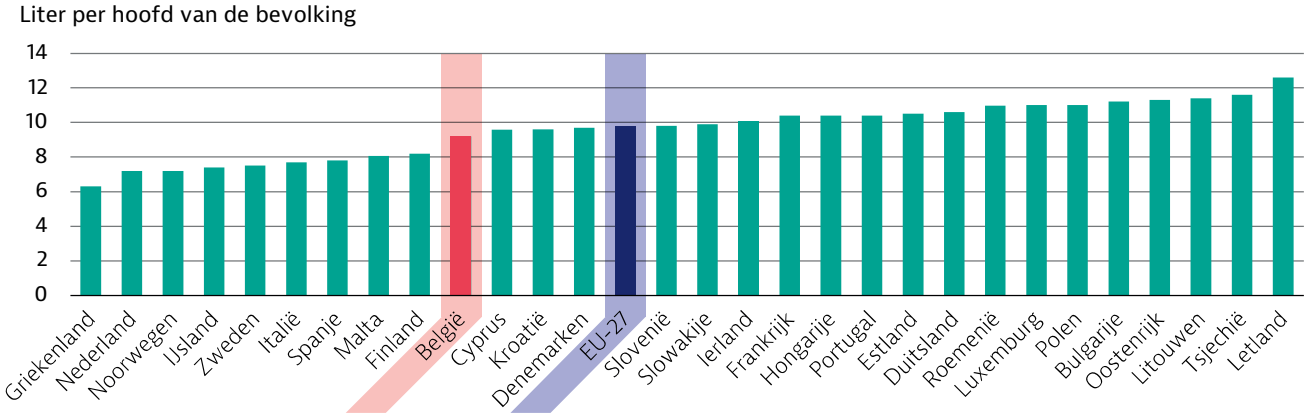
Tot de meest recente maatregelen behoorden een verbod op de verkoop van tabaksproducten aan jongeren onder de 18 jaar, dat in 2019 van kracht werd, en de invoering van generieke tabaksverpakkingen ("plain packaging") in 2020. Sinds januari 2021 is de prijs van een pakje sigaretten gestegen van 6,80 EUR naar gemiddeld 7,50 EUR.

Overmatig alcoholgebruik door volwassenen is een belangrijke risicofactor in België

In 2020 dronken in België mensen van 15 jaar en ouder gemiddeld 9,2 liter zuivere alcohol per jaar, en dat is minder dan het EU-gemiddelde van 9,8 liter (figuur 6). Dit cijfer is in België langzaam maar zeker gedaald sinds 2000, toen het gemiddelde gebruik 11,2 liter per jaar bedroeg. Het geschatte aantal kankergevallen per hoofd van de bevolking dat aan alcoholgebruik kan worden toegeschreven (14,7 per 100 000 inwoners) was in 2020 in België echter hoger dan het EU-gemiddelde (12,3 per 100 000 inwoners).

Op federaal niveau zijn diverse initiatieven ontplooid om het alcoholgebruik te beperken, waaronder belastingheffing op alcoholhoudende dranken, een verbod op de verkoop aan jongeren (een verbod op de verkoop van sterke drank aan 16- en 17-jarigen sinds 2018, hoewel ze nog wel bier en wijn kunnen kopen) en regulering van reclame en marketing voor alcoholhoudende dranken. Ook werden in 2016 de accijnzen op alcohol verhoogd op basis van het alcoholgehalte van dranken.

Figuur 6. Alcoholgebruik in België ligt iets lager dan het EU-gemiddelde



NB: het gemiddelde voor de EU-27 is niet gewogen (berekend door de OESO).
Bronnen: OESO-gezondheidsstatistieken en WHO GISAH (2020).

Het percentage volwassenen met overgewicht en obesitas behoort tot de laagste percentages in de EU

Het percentage mensen van 15 jaar en ouder met overgewicht en obesitas behoort tot de laagste percentages in de EU. In 2019 had 50,2 % van de mensen in België overgewicht of obesitas. Hoewel dit iets meer is dan in 2014 (47,9 %), bleef dit percentage lager dan het EU-gemiddelde (52,7 %). Mannen (56,2 %) hebben veel vaker overgewicht of obesitas dan vrouwen (44,6 %), maar beide cijfers liggen nog steeds onder het EU-gemiddelde.

Slechte voeding speelt een rol bij de toename van overgewicht en obesitas. In 2018 gaven grote delen van de bevolking van 15 jaar en ouder aan dat zij niet dagelijks fruit (45 %) of groente (24 %) aten. Een nog groter deel van de 15-jarigen zei helemaal geen fruit (64 %) of groente (40 %) te eten, hoewel deze percentages lager waren dan in veel andere EU-landen. Te weinig lichaamsbeweging is ook een belangrijke veranderbare risicofactor die bijdraagt tot overgewicht en obesitas. Belgen van 15 jaar en ouder bewegen minder dan hun leeftijdgenoten in de meeste EU-landen: 29 % voldeed in 2018 aan de aanbeveling van de WHO om ten minste 150 minuten per week aan matig intensieve lichaamsbeweging te doen.

In de afgelopen jaren werden diverse initiatieven genomen om gezond eten te bevorderen. Het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan 2006-2014 werd opgevolgd door het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan, met daarin vijf zogenoemde strategische krachtlijnen op basis van internationale richtlijnen. Met dit plan wordt gestreefd naar harmonisering en samenhang van de boodschappen van de overheid, maatschappelijke organisaties en de particuliere sector.

Cijfers voor vaccinaties tegen het humaan papillomavirus variëren sterk tussen gewesten

In België zijn er voor de HPV-vaccinatie drie mogelijkheden: a) vergoeding door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), b) kosteloos via vaccinatieprogramma's van de gewesten, of c) op eigen kosten bij apotheken. Op dit moment worden de standaard HPV-vaccinatieprogramma's verzorgd door gewestelijke overheden en is terugbetaling door de nationale overheid alleen beschikbaar voor inhaalvaccinaties voor meisjes tussen 12 en 18 jaar die niet voor een gewestelijk programma in aanmerking komen. De HPV-vaccinatieprogramma's voor meisjes gingen in het Vlaams gewest in 2010 van start, en in Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in 2011.

In 2010 werd het 4 valent HPV-vaccin in Vlaanderen gratis in een vaccinatieschema van drie doses aangeboden via een gewestelijk vaccinatieprogramma voor meisjes van 11 en 12 jaar. Dit vaccin werd in 2018 vervangen door het 9 valent HPV-vaccin (toegediend in een schema van twee doses). De vaccinatie van jongens met het 9 valent HPV-vaccin wordt sinds 2017 aanbevolen en is in 2019 ingevoerd. In Vlaanderen bedraagt de vaccinatiegraad ongeveer 90 %.

In 2011 werd het 2 valent HPV-vaccin in Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest aangeboden via een gratis programma op scholen voor meisjes van 13 en 14 jaar. In 2019 werd ook begonnen met het vaccineren van jongens met het 9 valent HPV-vaccin. De vaccinatiegraad in Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest was lager dan in Vlaanderen en bedroeg één tot twee jaar na de start van het programma 29 %, en na vijf tot zes jaar 36 % (Simoens et al., 2021).

In 2019 kwamen er in de drie gewesten actieplannen voor de aanpak van luchtverontreiniging

Volgens de Belgische Interregionale Cel voor het milieu wordt de Belgische bevolking nog steeds aan te veel luchtverontreiniging blootgesteld, hoewel de situatie de afgelopen decennia aanzienlijk is verbeterd. In 2019 bereikte de blootstelling aan PM_{10}[2] in België een waarde van 18,9 µg/m^3, en dat is lager dan het EU-gemiddelde (20,5 µg/m^3). De concentratie $PM_{2,5}$ was ook lager dan in de EU (11,1 µg/m^3 tegenover 12,6 µg/m^3). Volgens het Institute for Health Metrics and Evaluations was de blootstelling aan ozon en $PM_{2,5}$ in 2019 verantwoordelijk voor naar schatting 3 % van alle overlijdens in België, en dat was minder dan het gemiddelde voor de EU als geheel.

De vaststelling van doelen voor luchtkwaliteit is een bevoegdheid van de gewesten. Toch speelt de federale overheid hierin een belangrijke rol, met name omdat zij normen vaststelt voor de verkoop van vervuilende producten en machines. De rol van die overheid is ook cruciaal als het gaat om ondersteuning van de doeltreffendheid en de samenhang van gewestelijke wetten en maatregelen.

De Europese Commissie publiceerde in 2016 het pakket "Schone energie voor alle Europeanen", waarin landen worden opgeroepen om strategische energieplannen te ontwikkelen. In 2019 ontwikkelden de drie Belgische gewesten afzonderlijke maar vergelijkbare actieplannen met maatregelen om luchtverontreiniging aan te pakken en de nadelige gevolgen voor de volksgezondheid en de leefomgeving te beperken. In die plannen zijn voor de korte, middellange (2030) en lange termijn (2050) strategische doelstellingen opgenomen die aansluiten bij de Europese doelstellingen.

2 *Fijnstof (PM, Particulate Matter) wordt ingedeeld naar grootte: PM_{10} heeft een diameter van minder dan 10 micrometer, terwijl $PM_{2,5}$ een diameter van minder dan 2,5 micrometer heeft.*

4. Vroegtijdige opsporing

Screeningprogramma's vallen in de eerste plaats onder de verantwoordelijkheid van de Gewestregeringen

In België is de organisatie van bevolkingsonderzoeken naar kanker (het screeningaanbod voor specifieke risicogroepen) zowel een gewestelijke als een federale verantwoordelijkheid. De Vlaamse, Waalse en Brusselse overheden zijn verantwoordelijk voor de uitvoering en de coördinatie van bevolkingsonderzoeken en werken daarbij samen met gemachtigde expertisecentra. Dat zijn het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) in Vlaanderen, het Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers (CCR) in Wallonië en Bruprev in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Het percentage borstkankerscreenings ligt iets boven het EU-gemiddelde

In België doen meer vrouwen aan borstkankerscreenings mee dan gemiddeld in de EU. In 2019 zei 67,4 % van de vrouwen van 50 tot en met 69 jaar dat zij in de twee jaar daarvoor een borstonderzoek hadden gehad, en dat is meer dan het EU-gemiddelde van 65,9 %. De deelname aan screenings verschilt per inkomensgroep en opleidingsniveau: van de hoger opgeleide vrouwen nam 74 % aan het onderzoek deel, en van de vrouwen met een lagere opleiding 64 % (figuur 7).

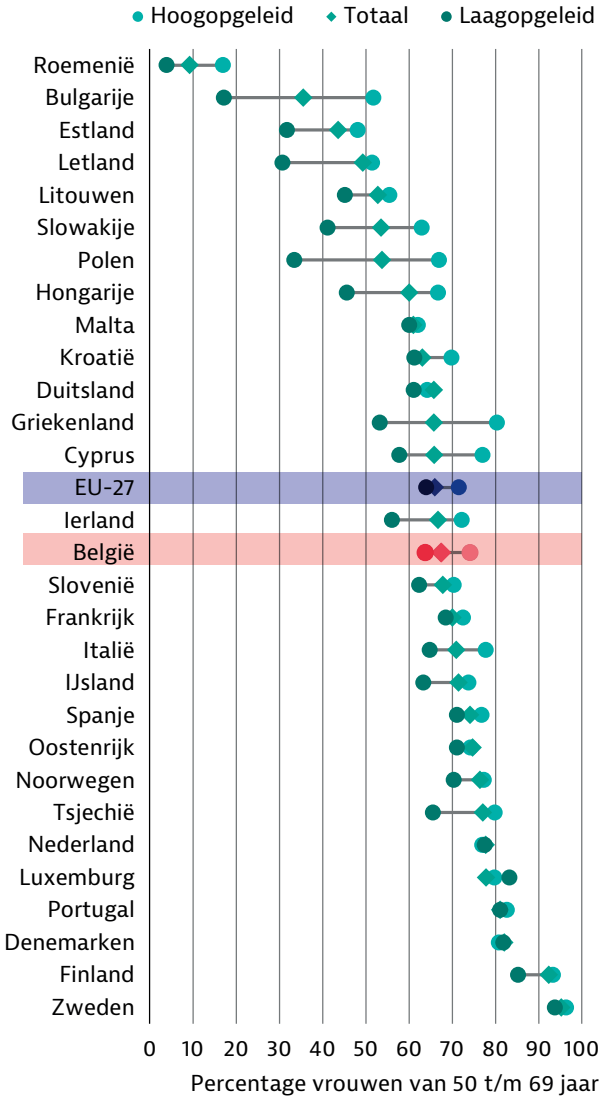
In Vlaanderen organiseert het CvKO op verzoek en op kosten van de Vlaamse regering sinds 2001 bevolkingsonderzoeken naar borstkanker voor vrouwen van 50 tot en met 69 jaar. Om de twee jaar krijgen vrouwen een uitnodiging (met een schriftelijke toelichting) voor een borstonderzoek, dat volledig wordt vergoed en onafhankelijk door twee radiologen wordt beoordeeld. Onder dezelfde voorwaarden worden sinds 2002 in Wallonië bevolkingsonderzoeken naar borstkanker georganiseerd door het CCR, en in Brussel door Bruprev.

Niet in alle gewesten in België zijn er bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker

In 2019 stierven 2 op de 100 000 vrouwen aan baarmoederhalskanker (naar leeftijd gestandaardiseerd cijfer). Dat cijfer behoort tot de laagste cijfers in de EU, en is de helft van het EU-gemiddelde van 4 op de 100 000. De door vrouwen zelf gerapporteerde deelname aan screenings op baarmoederhalskanker is echter lager dan in de EU. Ongeveer 57 % van de vrouwen van 15 jaar en ouder gaf aan dat zij in de laatste drie jaar een uitstrijkje hadden laten maken (lager dan het EU-gemiddelde van 59 %). Bij vrouwen met een hoog inkomen is dit cijfer hoger (71 %) dan bij vrouwen met een laag inkomen (46 %). Ook is het bij hoger opgeleide vrouwen hoger (74 %) dan bij vrouwen met een lagere opleiding (37 %) (figuur 8).

In Vlaanderen wordt vrouwen van 25 tot en met 64 jaar aangeraden om zich elke drie jaar op baarmoederhalskanker te laten onderzoeken.

Figuur 7. Bij deelname aan borstkankerscreenings zijn er kleinere verschillen in opleidingsniveau dan in veel andere EU-landen



NB: het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde (berekend door Eurostat). In de figuur zien we het percentage vrouwen van 50 tot en met 69 jaar dat aangeeft in de laatste twee jaar een borstonderzoek te hebben gehad.
Bron: Databank Eurostat (EHIS). De gegevens hebben betrekking op het jaar 2019.

Dat wordt gedaan door middel van een uitstrijkje, waarbij de endocervicale cellen door celpathologen worden beoordeeld. Vrouwen die voor de screening in aanmerking komen maar er niet aan deelnemen, worden uitgenodigd voor een bevolkingsonderzoek. Wallonië heeft op dit moment nog geen bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, maar onlangs heeft de regering meegedeeld dat er aan een proefproject wordt gewerkt. In Brussel worden alle driejaarlijkse screenings op baarmoederhalskanker sinds 2013 volledig vergoed voor alle vrouwen van 20 tot en met 64 jaar, maar is er nog geen screeningprogramma voor baarmoederhalskanker. Dit kan deels de grote verschillen in deelname tussen de gewesten verklaren: 64 % in Vlaanderen, tegenover 46 % in Brussel en 48 % in Wallonië.

In de drie gewesten wordt een bevolkingsonderzoek naar darmkanker uitgevoerd.

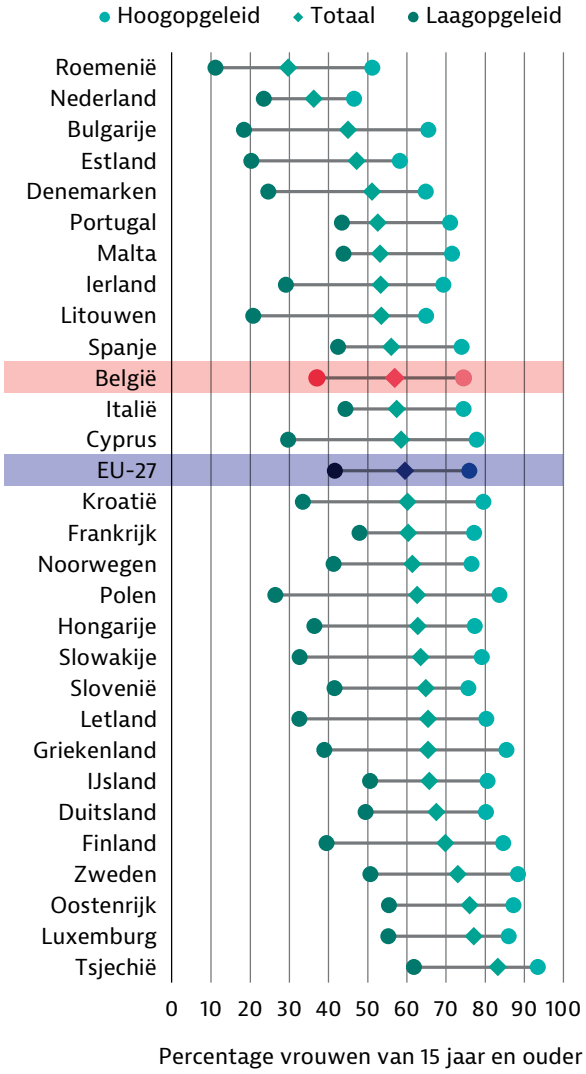
De deelname aan dit bevolkingsonderzoek (36 % van de inwoners van 50 tot en met 74 jaar) ligt iets boven het EU-gemiddelde van 33 %. De deelname van mannen (38 %) en vrouwen (35 %) is vergelijkbaar, en er is slechts een klein verschil tussen hoogopgeleiden (36,4 %) en laagopgeleiden (36,2 %). Bij mensen met een hoog inkomen is dit cijfer hoger (35 %) dan bij mensen met een laag inkomen (28 %).

Het bevolkingsonderzoek naar darmkanker wordt in Vlaanderen sinds 2013 georganiseerd door het CvKO. De doelgroep bestaat uit inwoners van 50 tot en met 74 jaar. Om de twee jaar ontvangen zij een schriftelijke uitnodiging en een thuistest, een deelnameformulier, een gebruiksaanwijzing en een begeleidende brochure. Het afgenomen materiaal kan kosteloos voor onderzoek naar het centraal laboratorium worden opgestuurd. In Wallonië is er sinds 2009 een bevolkingsonderzoek naar darmkanker, gericht op dezelfde doelgroep. Nadat de mensen een uitnodiging ontvangen om aan de screening deel te nemen, kunnen ze de thuistest aanvragen bij een huisarts of via een website. In Brussel wordt er sinds 2002 gescreend op darmkanker. Tot 2018 werd dit door het CCR georganiseerd, maar het huidige programma is een proefproject, gericht op de bevolking van 50 tot en met 74 jaar, en staat onder leiding van Bruprev.

De Belgische overheid overweegt om verdere risicogestratificeerde screeningsmethoden te ontwikkelen

Hoewel screeningprogramma's bedoeld zijn om ziekte vroegtijdig op te sporen en om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep te bereiken, wordt de screening in toenemende mate geïndividualiseerd, op basis van genetische en risicostratificatie. In het kader van het MyPeBS-onderzoek zal in meerdere landen een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek worden uitgevoerd om gerichte screening op borstkanker te vergelijken met de traditionele methoden van bevolkingsonderzoeken. Tijdens het onderzoek zal worden gekeken wat het effect op de uitkomsten of de deelname is van een naar risico gewogen strategie op basis van een uitgebreide risicobeoordeling waarin met genetische en niet-genetische risicofactoren rekening wordt gehouden. Bij dit onderzoek zullen vrouwen die een gering risico lopen het advies krijgen om elke vier jaar een mammografie te laten maken, vrouwen met een gemiddeld risico om de twee jaar en vrouwen met een hoog risico jaarlijks, terwijl vrouwen met een zeer hoog risico het advies krijgen om elk jaar zowel een mammografie als een magneetresonantietomografiescan (MRI) te laten maken tot zij 60 jaar zijn. Het onderzoek wordt uitgevoerd bij 85 000 vrouwen van 50 tot en met 70 jaar en vindt plaats in zes landen, waaronder België.

Figuur 8. Afhankelijk van het opleidingsniveau zijn er aanzienlijke verschillen in deelname aan screening op baarmoederhalskanker in België



NB: het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde (berekend door Eurostat). Dit cijfer is het percentage vrouwen van 15 jaar en ouder die volgens eigen zeggen in de laatste drie jaar een uitstrijkje hebben laten maken.
Bron: Databank Eurostat (EHIS). De gegevens hebben betrekking op het jaar 2019.

5. Prestaties van de kankerzorg

5.1 Toegankelijkheid

Verplichte ziektekostenverzekering zorgt voor nagenoeg universele dekking in België

In België heeft 99 % van de bevolking een zorgverzekering. De overige mensen voldoen niet aan de administratieve eisen(zoals een vast adres hebben). De verplichte zorgverzekering in België wordt uitgevoerd door vijf particuliere nationale ziekenfondsverenigingen zonder winstoogmerk, een fonds voor spoorwegpersoneel en een openbare hulpkas, en wordt beheerd door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Dit overheidsorgaan legt de terugbetalingscriteria vast, bepaalt en controleert de begroting, informeert gezondheidsmedewerkers, bevordert de kwaliteit van de zorg en organiseert onderhandelingen tussen de belanghebbenden.

Volgens een rapport van het Belgische Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (Devos et al., 2019) bestaan er in de toegang tot de gezondheidszorg in België sociaaleconomische ongelijkheden. Bij laagopgeleiden zijn er vier keer meer onvervulde behoeften dan bij hoogopgeleiden. In het rapport wordt ook gewezen op problemen met wachttijden voor een afspraak bij een specialist. Er is echter geen specifieke analyse of specifiek onderzoek uitgevoerd naar de toegang tot kankerzorg.

Het aantal artsen en verpleegkundigen is toegenomen

In 2020 waren er 3,2 praktiserende artsen per 1 000 inwoners — ruim onder het EU-gemiddelde van 4. De voorbije tien jaar is dit aantal in België langzamer gestegen dan in de meeste EU-landen. Daarnaast is ongeveer 44 % van de artsen 55 jaar of ouder, en dat is een reden tot bezorgdheid over mogelijke tekorten in de toekomst. Er is in de afgelopen twee decennia een systeem voor medische personeelsplanning ontwikkeld om vraag en aanbod te bewaken, zodat de overheid het aantal plaatsen voor geneeskundestudenten kan bijstellen. Het aantal medisch afgestudeerden is in de afgelopen tien jaar meer dan verdubbeld (meer dan 2 000 in 2019, tegenover ongeveer 850 in 2009) en het absolute aantal huisartsen zal naar verwachting licht stijgen (met 3 %) tussen 2021 en 2026. Het aantal verpleegkundigen is in de afgelopen tien jaar gestegen tot 11,1 per 1 000 inwoners in 2018, tegenover 9,3 in 2008. Hoewel dit ver boven het EU-gemiddelde ligt (8,4 per 1 000 inwoners), blijft de verhouding tussen patiënten en verpleegkundigen in de ziekenhuizen hoog en was het in sommige gebieden lastig om verplegend personeel aan te werven.

In 2019 waren er volgens een nationaal rapport (Planningscommissie – medisch aanbod, 2020) 304 bevoegde medisch oncologen (171 mannen en 133 vrouwen). In 2020 waren er 3 147 oncologisch verpleegkundigen en 44 hematologisch oncologen en kinderoncologen werkzaam. Volgens een internationaal onderzoek op basis van gegevens uit 2015 bedroeg het aantal nieuwe patiënten per oncoloog in België 307, wat meer is dan het Europese gemiddelde van 238 (Mathew et al., 2018).

België opende onlangs zijn eerste centrum voor protonentherapie

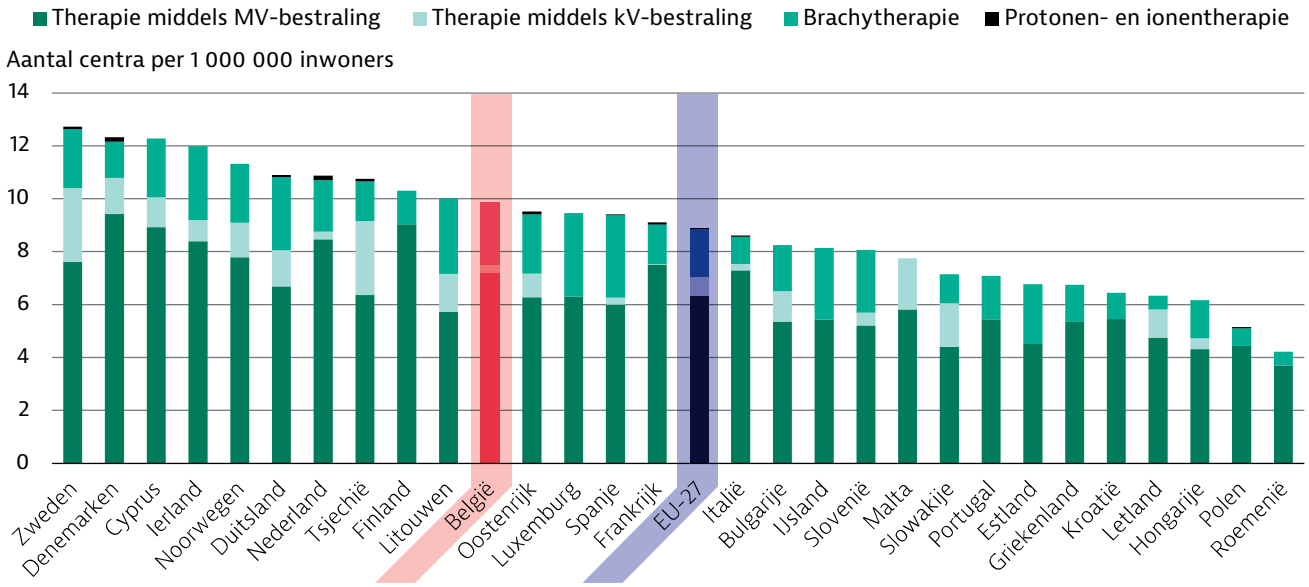
Protonenbestraling wordt gebruikt voor de behandeling van de hardnekkigste tumoren omdat er nauwkeuriger kan worden bestraald dan bij gewone radiotherapie, met minder schade aan het omliggende weefsel. Tot voor kort was deze behandeling niet beschikbaar in België en konden kankerpatiënten er alleen gebruik van maken door naar een buurland te reizen. De kosten van de behandeling werden betaald door het RIZIV, maar het bijbehorende reizen was erg belastend voor patiënten en hun familie. De bouw van het protonentherapiecentrum in Leuven ging in 2016 van start en de eerste patiënt werd er in juli 2020 behandeld. Er zijn momenteel gesprekken gaande om in België een tweede centrum te openen.

België meldt dat het in totaal over 9,9 radiotherapiecentra per miljoen inwoners beschikt, iets meer dan het EU-gemiddelde van 8,9 (figuur 9). Er wordt echter nog onvoldoende gebruikgemaakt van radiotherapie. Uit een onderzoek naar uitgevoerde radiotherapiebehandelingen bleek dat slechts 37 % van de kankerpatiënten in de vijf jaar na hun diagnose werd bestraald, terwijl dat volgens onderzoek in een optimale situatie 53 % zou kunnen zijn. In totaal kreeg meer dan een op de vier Belgische kankerpatiënten niet de vereiste radiotherapiebehandeling, met grote verschillen tussen vormen van kanker (Lievens et al., 2017).

De Belgische programma's voor gebruik in schrijnende gevallen en bij medische noodzaak zijn verruimd

Geneesmiddelen waarvoor (nog) geen handelsvergunning is afgegeven, mogen in schrijnende gevallen worden gebruikt op grond van een wet uit 1964, die ook off-labelgebruik bij

Figuur 9. België heeft meer voorzieningen voor radiotherapie per hoofd van de bevolking dan het EU-gemiddelde



NB: MV betekent megavolt en kV kilovolt. Het gemiddelde voor de EU 27 is niet gewogen (berekend door de OESO). Voor enkele EU-landen zijn geen gegevens beschikbaar.
Bron: Internationale Organisatie voor Atoomenergie.

medische noodzaak regelt. Volgens deze wet moet het Belgische Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten in dergelijke gevallen toestemming gegeven voor gebruik. In december 2020 wijzigde België de regels voor schrijnende gevallen en medische noodzaak, en bevestigde het dat de programma's mogen worden voortgezet nadat een vergunning voor het in de handel brengen is afgegeven, terwijl er nog geen beslissing over terugbetaling is genomen.

De palliatieve zorg en de organisatie ervan zijn in België van hoge kwaliteit

In België zijn de bevoegdheden op het gebied van palliatieve zorg verdeeld over de federale overheid en de gewesten. Het federale niveau is verantwoordelijk voor de financiering van intramurale palliatieve zorg en voor de terugbetaling van geneesmiddelen. Binnen de federale overheid bestaat een zogenoemde Evaluatiecel Palliatieve Zorg, die om het jaar een uitvoerig rapport opstelt. De gewesten zijn verantwoordelijk voor de organisatie en de financiering van verenigingen voor palliatieve zorg, multidisciplinaire ondersteuningsteams voor palliatieve zorg en palliatieve dagcentra.

In 1995 waren netwerken voor palliatieve zorg (15 in Vlaanderen, één in Brussel, acht in Wallonië en één in de Duitstalige gemeenschap) verantwoordelijk voor het bevorderen van de samenwerking tussen instellingen en gezondheidszorgbeoefenaars. De netwerken zijn actief in specifieke geografische gebieden en hebben diverse bij wet geregelde taken: verstrekken van voorlichting aan het publiek; bevorderen van samenwerking tussen partners; organiseren van opleidingen voor gezondheidszorgbeoefenaars; ondersteunen van vrijwilligerswerk en de organisatie ervan; verzamelen van gegevens; en evalueren van palliatieve diensten. Naast de netwerken fungeren drie gewestelijke federaties voor palliatieve zorg als kennis- en expertisecentra. Zij dragen bij tot de verbetering van de kwaliteit van palliatieve zorg door opleidingen voor gezondheidszorgbeoefenaars te organiseren, een draagvlak voor palliatieve zorg te creëren en de palliatieve sector op de diverse overheidsniveaus te vertegenwoordigen.

Elke patiënt in België heeft recht op palliatieve zorg aan het eind van zijn of haar leven. Het initiatief daartoe kan worden genomen door een huisarts, een specialist, familieleden van de patiënt of elke andere betrokken gezondheidszorgbeoefenaar. In ziekenhuizen bestaan twee soorten afdelingen voor palliatieve zorg: gespecialiseerde palliatieve zorgeenheden en een palliatief supportteam. In de palliatieve zorgeenheden krijgen patiënten uitgebreide individuele zorg van een multidisciplinair team, dat onder medische leiding staat van een arts met specifieke ervaring op het gebied van palliatieve zorg. Het palliatief supportteam in ziekenhuizen is in het leven geroepen om patiënten te ondersteunen die niet in een palliatieve zorgeenheid zijn opgenomen. Dit multidisciplinaire team biedt de patiënt op alle gebieden de nodige ondersteuning. Palliatieve zorg kan ook thuis worden verleend.

5.2 Kwaliteit

De algemene kwaliteit van de kankerzorg in België is verbeterd

In vergelijking met andere EU-landen kent België een gunstige vijfjaarsoverleving na veel voorkomende vormen van kanker (borst-, darm-, baarmoederhals-, prostaat-, en longkanker) en kinderleukemie, zo blijkt uit de recentste beschikbare gegevens voor mensen die in de periode 2010-2014[3] een diagnose kregen (figuur 10). De vijfjaarsoverleving is in de afgelopen 20 jaar verbeterd.

Figuur 10. België doet het in vergelijking met andere EU-landen goed wat betreft de vijfjaars-overleving van kanker

Prostaatkanker	Kinderleukemie	Borstkanker	Baarmoeder-halskanker	Darmkanker	Longkanker
België: 94%	België: 91%	België: 86%	België: 65%	België: 68%	België: 18%
EU-24: 87%	EU-24: 82%	EU-24: 83%	EU-24: 64%	EU-24: 60%	EU-24: 15%

NB: de gegevens hebben betrekking op mensen die tussen 2010 en 2014 een diagnose hebben gekregen. Onder kinderleukemie wordt acute lymfoblastische kanker verstaan.
Bron: CONCORD-programma van de London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Kinderen (0 t/m 14 jaar) en tieners (15 t/m 19 jaar) met kanker hebben een relatief hoog overleving-spercentage: de waargenomen tienjaarsoverleving van kinderen (84 %) is sterk vergelijkbaar met die van tieners (85 %), hoewel de overleving voor zuigelingen (82 %) iets lager is. Daarnaast was de tienjaars-overleving voor kinderen en tieners bij jongens (84 %) en meisjes (86 %) sterk vergelijkbaar, en is de overleving volgens het Belgisch Kankerregister in de loop der tijd verbeterd.

Diverse kankerdiensten in België worden geconcentreerd

In vergelijking met buurlanden zijn er in België veel ziekenhuizen die vele vormen van kanker kunnen behandelen. Dit wordt in de literatuur niet als beste praktijk gezien. Voor complexe kankers wordt meer centralisatie aanbevolen, terwijl minder complexe vormen van kanker kunnen worden behandeld in het kader van een netwerk en onder leiding van referentiecentra.

De Europese Organisatie van kankerinstituten kent sinds 2002 een accreditatieprogramma waaraan op vrijwillige basis kan worden deelgenomen. Van de 39 centra die momenteel geaccrediteerd zijn, bevinden zich er drie in België.

Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, voerde het RIZIV in 2019 een convenant in voor centra waar complexe alvleesklieroperaties worden uitgevoerd. Het Belgisch Kankerregister houdt toezicht op de vergaring van aanvullende gegevens die worden gebruikt voor evaluatiedoeleinden. In januari 2020 hadden 15 centra de overeenkomst ondertekend.

Verder vergoedt het RIZIV sinds 2019 complexe slokdarmkankeroperaties alleen als zij worden uitgevoerd in een geaccrediteerd centrum (10 in totaal) of in een ziekenhuis waarmee een samenwerkingsovereenkomst is gesloten. Een ander voorbeeld van concentratie en centralisatie van zorg zijn de borstkankercentra, waarvoor in 2007 bij koninklijk besluit de normen zijn vastgesteld waaraan de behandeling van patiënten moet voldoen.

In 2016 kregen de universitaire ziekenhuizen in België een “functie zeldzame ziekten” om een multidisciplinaire aanpak van diagnose en behandeling van deze aandoeningen te bevorderen. Patiënten met een zeldzame aandoening kunnen worden doorverwezen naar een ziekenhuis met erkende deskundigheid. Sommige van deze centra maken deel uit van het Europees referentienetwerk voor solide zeldzame kankers bij volwassenen.

Er zijn nog geen formele oncologienetwerken in België

In België zijn er geen formele oncologienetwerken gecreëerd, maar in de afgelopen jaren zijn er wel diverse initiatieven ontplooid, waaronder NETwerk, het Vlaams ziekenhuisnetwerk voor neuro-endocriene tumoren.

Met behulp van innovatieve next-generation sequencing (NGS) kan de volgorde van een reeks genen snel en gelijktijdig worden bepaald. Deze technologie werd in het kader van een proefproject (2019 2022) in het Belgische zorgstelsel ingevoerd. In dit verband kunnen NGS-netwerken van ziekenhuizen en laboratoria die een overeenkomst

3 *Volgens het Belgisch Kankerregister is voor de periode 2016 2020 de relatieve vijfjaarsoverleving 98,4 % voor prostaatkanker, 92,4 % voor borstkanker, 68,8 % voor baarmoederhalskanker, 71,1 % voor darmkanker en 25,9 % voor longkanker.*

met het RIZIV hebben gesloten een hogere terugbetaling krijgen voor moleculaire diagnostiek met behulp van NGS op het gebied van oncologie en onco-hematologie.

Het Iridium Netwerk is een hooggespecialiseerd netwerk voor radiotherapie en werkt vanuit een multidisciplinaire aanpak. Het maakt gestructureerde samenwerking mogelijk tussen artsen uit verschillende ziekenhuizen in de regio Groot-Antwerpen en Waasland. Met acht partnerziekenhuizen is dit het grootste netwerk voor radiotherapie in België.

In België worden metingen ontwikkeld voor door patiënten gerapporteerde ervaringen en uitkomsten

In ziekenhuizen lopen diverse projecten voor het meten van door patiënten gerapporteerde ervaringen (patient-reported experience measurements – PREMs). Zo worden in het kader van een project van een particuliere adviesorganisatie de algemene en specifieke ervaringen gemeten van patiënten in 17 ziekenhuizen in Brussel en Wallonië, die op vrijwillige basis deelnemen. Het project ondersteunt ziekenhuizen bij het toepassen van statistische methodieken en gestandaardiseerde metingen, en maakt vergelijkende analyses van patiëntervaringen. Ook inventariseert het goede werkwijzen en prioriteiten voor maatregelen die de tevredenheid van patiënten moeten waarborgen.

Een groot deel van de ziekenhuizen in Vlaanderen werkt in het kader van het Vlaams Indicatorenproject met patiënten-enquêtes en registreert de resultaten op vrijwillige basis. Ook zijn andere initiatieven aangekondigd voor de ontwikkeling van door patiënten gerapporteerde uitkomstmetingen (patient-reported outcome measurements – PROMs) en PREMs, waaronder een project van Sciensano. Op het gebied van PROMs en PREMs is voor long- en endeldarmkanker een nieuw project van start gegaan dat wordt gecoördineerd door het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ).

België heeft als een van de weinige landen in de EU officieel het recht op vergetelheid ingevoerd

Het recht op vergetelheid (dat mensen zeggenschap geeft over hun persoonsgegevens, waaronder gezondheidsinformatie, door hen te laten beslissen wat openbaar mag zijn) werd in België in februari 2020 bij wet geregeld. Daarvoor kwam er een wetswijziging, waardoor mensen die van kanker zijn hersteld voortaan makkelijker een verzekering kunnen afsluiten. Dit recht geldt niet alleen voor verzekeringen in combinatie met hypotheken voor de aankoop of verbouwing van een woning, maar ook voor verzekeringen van zakelijke leningen.

Kankerpatiënten krijgen psychosociale hulp

In het koninklijk besluit waarin de normen voor kankerprogramma's worden vastgesteld, wordt voorgeschreven dat er een klinisch psycholoog, een psychiater en een maatschappelijk werker werkzaam moeten zijn. De rol van deze zorgverleners wordt echter niet nader uitgewerkt en is ook niet gewaarborgd voor de lange termijn. Sinds 2017 wordt psychosociale hulp voor kankerpatiënten vergoed door de zorgverzekering, en sinds 2020 worden behandelingen ook terugbetaald voor kinderen en tieners onder de 18 jaar en voor 65-plussers. Omdat psychologische diensten bij kanker niet altijd worden geregistreerd, is het echter moeilijk om te beoordelen hoeveel kankerpatiënten van deze hulp gebruik hebben gemaakt. Uit een evaluatie in het kader van het Nationaal Kankerplan bleek dat ongeveer 40 % van de patiënten psychosociale hulp nodig heeft, maar dat slechts 30 % van hen daar ook uitdrukkelijk om vraagt.

5.3 Kosten en prijs-kwaliteit-verhouding

De Belgische uitgaven voor kanker behoren tot de hoogste in de EU

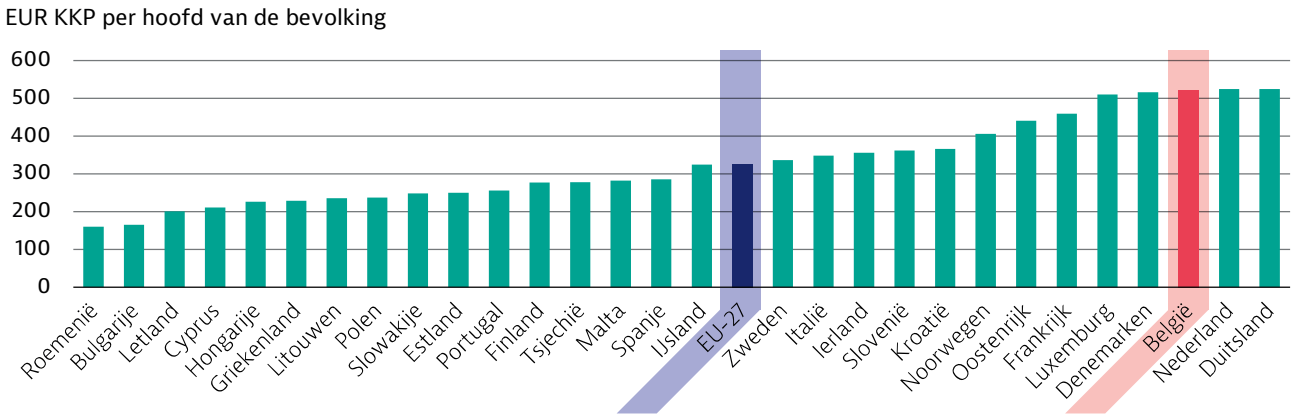
In 2018 besteedde het land per hoofd van de bevolking 284 EUR aan kankerzorg, en daarnaast nog eens 90 EUR aan kankergeneesmiddelen. Als alle directe kosten, waaronder uitgaven aan zorg en geneesmiddelen en kosten voor mantelzorg, en indirecte kosten, waaronder productiviteitsverlies, worden meegerekend, dan bedroegen in 2018 de kosten voor kanker in België 522 EUR per hoofd van de bevolking, aangepast voor de koopkrachtpariteit (KKP). Daarmee is dit een van de duurste stelsels voor kankerzorg in de EU (figuur 11).

Omvangrijke financiële investeringen in preventieve zorg kunnen voor landen een belangrijk instrument zijn om de werking van hun zorgstelsel te verbeteren, ook als het gaat om kankerzorg. België besteedt stelselmatig minder dan gemiddeld van zijn zorguitgaven aan preventieve zorg. In 2020 was het EU-gemiddelde 3,4 %, terwijl België slechts 2,1 % uitgaf.

Nieuwe kankergeneesmiddelen zijn een grote financiële last

Een rapport uit 2020 over de vergoeding van hoge uitgaven geeft inzicht in de uitgaven voor geneesmiddelen in België (RIZIV, 2020). De totale netto-uitgaven van het RIZIV voor geneesmiddelen stegen tussen 2017 en 2019 jaarlijks met ongeveer 6 %, tot meer dan 5,2 miljard EUR. De ontwikkeling bij apotheken verschilt van die in ziekenhuizen. Bij openbare apotheken bleven de uitgaven met circa 2,6 miljard EUR naar verhouding stabiel. In ziekenhuizen stegen de uitgaven echter sterk (figuur 12), met 17 % in 2017, 13,2 % in 2018 en 14,4 % in 2019. In 2019 waren de uitgaven van ziekenhuizen voor geneesmiddelen goed voor ongeveer de helft van de totale uitgaven aan geneesmiddelen.

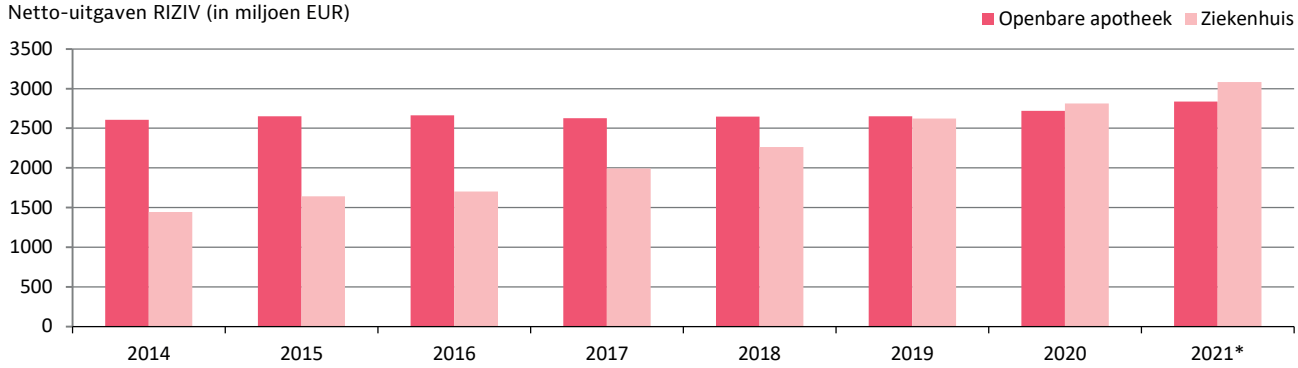
Figuur 11. België heeft de op twee na hoogste kosten voor kanker in de EU



NB: het gemiddelde voor de EU 27 is niet gewogen (berekend door de OESO).
Bron: Hofmarcher et al. (2020).

Als we de uitgaven rubriceren volgens het ATC-systeem (Anatomic, Therapeutic Chemical Classification), dan blijkt dat klasse L01X (antineoplastische middelen, waaronder monoklonale antilichamen en immunotherapie, maar exclusief chemotherapie en proteïne-kinase inhibitoren) het grootste deel vormde van de circa 1 miljard EUR die ziekenhuizen in 2019 uitgaven. De uitgaven aan L01X-geneesmiddelen stegen sterk, van ongeveer 140 miljoen EUR in 2007 tot 403 miljoen EUR in 2016 en 1 miljard EUR in 2019.

Figuur 12. Uitgaven van ziekenhuizen voor geneesmiddelen stegen de jongste jaren sterk



NB: voorlopige data*
Bron: RIZIV (2020).

Om inzicht te krijgen in de uitdagende situatie met betrekking tot de toegang tot innovatieve kankergeneesmiddelen vroeg het RIZIV het Belgische Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg onderzoek te doen naar de werkelijke gezondheidswinst die wordt geboekt met de komst van dergelijke geneesmiddelen op de markt. Uit een analyse door het Belgisch Kankerregister van waarnemingen voor 40 innovatieve oncologische geneesmiddelen voor twaalf indicaties in de periode 2004 2017 bleken voor de helft van deze indicaties de uitgaven en behandelkosten aanzienlijk te zijn gestegen, maar nam de levensverwachting slechts beperkt toe, hoewel op grond van dergelijke gegevens geen oorzakelijk verband kan worden gelegd tussen deze kosten en gezondheidswinst (Neyt et al., 2022).

België is aangesloten bij het Beneluxa-initiatief

Samen met Nederland, Luxemburg, Oostenrijk en Ierland neemt België deel aan het Beneluxa-initiatief. Met dit samenwerkingsverband wordt gestreefd naar duurzame toegang tot (veelal dure of moeilijk te verkrijgen) geneesmiddelen voor de bevolkingen van deze relatief kleine landen. De nationale zorgverzekeraars werken samen om duurzame toegang tot innovatieve geneesmiddelen te ondersteunen door horizonverkenning, evaluatie van gezondheidstechnologie, uitwisseling van informatie en gezamenlijke onderhandelingen over prijzen. Hoewel Beneluxa zich in eerste instantie op weesgeneesmiddelen richtte, houdt het zich nu ook bezig met geneesmiddelen die zwaar op de begrotingen wegen, waaronder oncologische producten. Het initiatief heeft tot op heden slechts beperkt succes gehad omdat eerst moest worden geïnvesteerd in het opzetten van een operationele organisatie en een ondersteunend rechtskader, procedures voor prijsstelling en vergoedingen op elkaar moesten worden afgestemd, de werking van de interne procedures eerst transparanter en duidelijker

moest worden gemaakt en geneesmiddelenfabrikanten slechts in beperkte mate bereid waren om gezamenlijke aanvragen in te dienen aangezien de voordelen van markttoegang via dit initiatief voor hen onduidelijk blijven.

5.4 COVID-19 en kanker: veerkracht opbouwen

Ongeveer 2 700 ontbrekende kankerdiagnoses door de COVID-19-pandemie

De Stichting Kankerregister volgde het aantal kankerdiagnoses tijdens de eerste twee jaar van de COVID 19-pandemie in België op de voet. Er werd een daling van 43 % waargenomen in het aantal diagnoses van invasieve kankers tijdens de eerste piek in april 2020, vergeleken met april 2019. Na deze eerste piek herstelde het aantal kankerdiagnoses zich naar vrijwel het normale niveau voor de rest van 2020. Het aantal diagnoses in 2021 weerspiegelt de pre-pandemische trends, maar er is nog steeds een aanhoudende daling van 2 % in het aantal kankerdiagnoses over de twee jaar vergeleken met 2019, wat overeenkomt met ongeveer 2 700 ontbrekende kankerdiagnoses (Belgisch Kankerregister, 2022). Terwijl voor de jongere leeftijdsgroepen en bepaalde vormen van kanker de ontbrekende diagnoses lijken te zijn hersteld, houdt de afname in het aantal kankerdiagnoses aan voor oudere patiënten en de meeste kankertypes.

In absolute aantallen zijn volgens de schattingen de meeste diagnoses gemist voor darmkanker (900 gevallen), hematologische maligniteiten (560 gevallen), hoofd-halskanker (490 gevallen) en borstkanker (450 gevallen). Voor darmkanker en hoofd-halskanker was de blijvende daling van het aantal diagnoses eind 2020 ook het grootst, en deze trend zette zich voort in 2021: het aantal diagnoses van darmkanker daalde in de eerste twee jaar van de pandemie met 8 % en van hoofd-halskanker met 9 %.

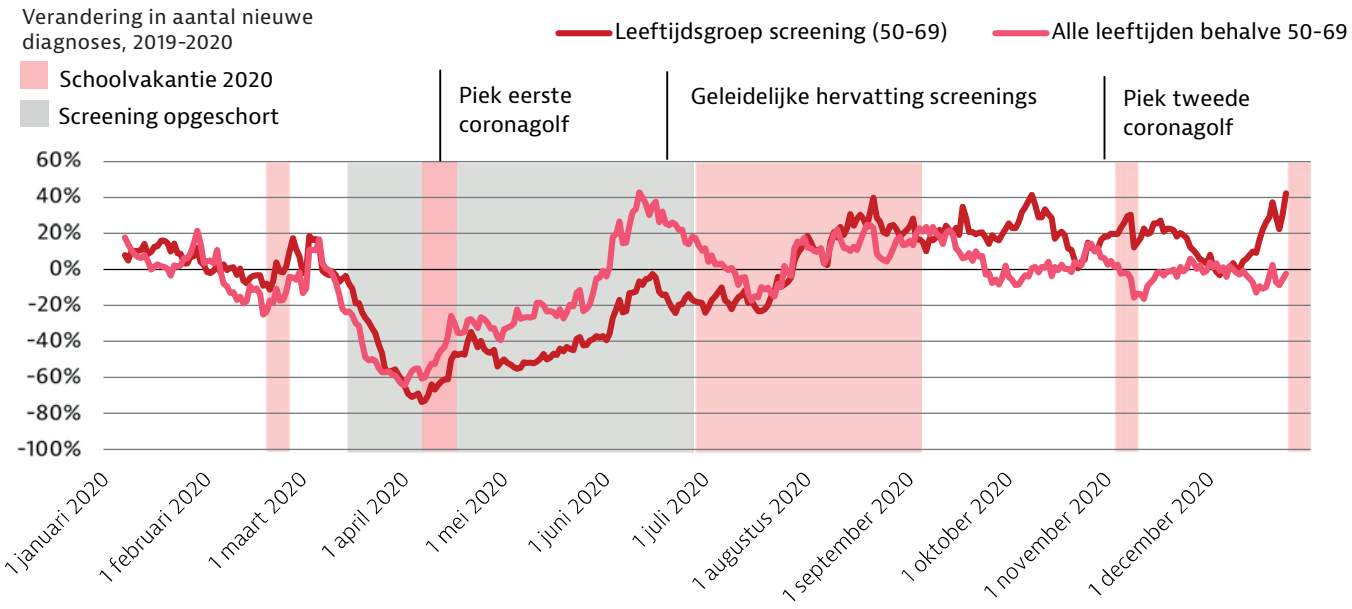
De pandemie kan er ook toe hebben geleid dat diagnoses later werden gesteld. In vergelijking met 2019 werden in 2020 minder borstkankertumoren in een klinisch stadium I ontdekt. Hoewel het wellicht te vroeg is voor conclusies, werden vergelijkbare bevindingen ook in Nederland gemeld.

Er was vooral een sterke afname van het aantal diagnoses bij doelgroepen voor screenings

In België werd het eerste bevestigde geval van COVID 19 op 4 februari 2020 gemeld. Op 14 maart werden alle niet-essentieel geachte spreekuren, onderzoeken en ingrepen tijdelijk stopgezet. Daarnaast werden bevolkingsonderzoeken voor borst-, baarmoederhals- en darmkanker in de week van 16 maart 2020 opgeschort; ze werden pas medio mei 2020 hervat .

Voor borst- en darmkanker zagen we een sterke daling van het aantal diagnoses, met name in de leeftijdsgroepen waarop de screeningprogramma's zich richten (Peacock et al., 2021). In april 2020 daalde het aantal diagnoses van borstkanker bij vrouwen van 50 tot en met 69 jaar met 75 % (Figuur 13).. In deze doelgroep hield de daling van het aantal diagnoses langer aan dan bij andere groepen. Een herstel trad pas eind mei in, en rond augustus bereikte het aantal diagnoses weer zijn normale waarden, toen ook de screeningactiviteiten werden hervat. Een vergelijkbare trend viel te zien voor darmkanker, met een aanvankelijke daling in april 2020 van 68 % bij de screeningpopulatie van 50 tot en met 74 jaar, en een herstel dat achterbleef bij de trend voor andere doelgroepen tot juli.

Figuur 13. Opschorting van screeningactiviteiten leidde tot veel minder nieuwe diagnoses



Bron: Belgisch Kankerregister.

6. Aandacht voor ongelijkheden

Hoewel de federale overheid en de gewesten een raamovereenkomst over preventie en volksgezondheid sloten, blijft de versnippering van verantwoordelijkheden een uitdaging voor België. De sociale en economische verschillen in de blootstelling aan risicofactoren zijn aanzienlijk, en de geringe gezondheidswijsheid onder bepaalde bevolkingscategorieën is een belangrijke belemmering voor preventie-activiteiten.

- Screeningprogramma's worden door de gewesten georganiseerd. Hoewel de Europese richtlijnen voor screening in de drie gewesten goed worden uitgevoerd, blijft de deelname aan de programma's achter bij de doelstellingen.
- Daarnaast zijn in België de inkomensgerelateerde verschillen in deelname groter dan in andere landen van de EU. Van de hoger opgeleide vrouwen nam 74 % aan het borstkankeronderzoek deel, en van de vrouwen met een lagere opleiding 64 %. Aan screeningprogramma's voor darmkanker nemen meer mensen uit hogere-inkomensgroepen deel (35 %) dan uit groepen met een lager inkomen (28 %).
- In elk van de drie gewesten vinden bevolkingsonderzoeken plaats voor borst- en darmkanker, maar alleen Vlaanderen heeft ook een screeningprogramma voor baarmoederhalskanker. Hierdoor ontstaan tussen de gewesten grote verschillen in het aantal deelnemers, uiteenlopend van 64 % in Vlaanderen tot 46 % in Brussel en 48 % in Wallonië.
- België meldt dat het beschikt over zijn 9,9 centra voor radiotherapie per miljoen inwoners, iets meer dan het EU-gemiddelde van 8,9. Er wordt blijkbaar echter nog onvoldoende gebruikgemaakt van radiotherapie: meer dan een op de vier Belgische kankerpatiënten kreeg niet de vereiste behandeling met radiotherapie, waarbij tussen de verschillende soorten kanker grote verschillen te zien zijn.

Een groot aantal ziekenhuizen in België kan vele vormen van kanker behandelen. Dat komt niet overeen met wat als beste praktijk wordt gezien, namelijk integrale zorgcentra of netwerken voor hoogwaardige zorg. Voor zeldzame kankers zijn er verschillen in behandeling te zien, afhankelijk van het soort kanker en het ziekenhuis. Er is een belangrijke ontwikkeling gaande waarbij zorg wordt geconcentreerd om de kwaliteit en veiligheid van zorg te vergroten. De toegang tot en de organisatie van palliatieve zorg behoren tot de sterke punten van het zorgstelsel.

Net als in de meeste landen heeft COVID 19 nadelige effecten op de kankerzorg gehad. In vergelijking met 2019 zagen we in april 2020 tijdens de eerste piek van de pandemie 43 % minder diagnoses van invasieve kankers. Hoewel voor jongere leeftijdsgroepen en bepaalde vormen van kanker de gemiste diagnoses inmiddels weer lijken te zijn ingehaald, blijft voor oudere patiënten en de meeste vormen van kanker de daling van het aantal diagnoses aanhouden.

Bibliografie

Belgisch Kankerregister (2022), *Ongeveer 2700 ontbrekende kankerdiagnoses in de eerste twee jaar van de COVID 19-pandemie in België,* Brussel, Belgisch Kankerregister, https://kankerregister.org/media/docs/cijfersoverkanker/March2022-COVID-v6_NL.pdf

Bizel, P.G., (2017), Tobacco control for all? The Belgian case, *Tobacco Prevention and Cessation* (Tabaksontmoediging voor iedereen? De Belgische aanpak, tabakspreventie en stoppen met roken), 3:16.

Planningscommissie aanbod gezondheidszorgberoepen (2020), *Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België.* Brussel, Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu.

Devos, C. et al. (2019), *Performance of the Belgian health system – report 2019 (Prestaties van het Belgische zorgstelsel – rapport 2019).* Brussel, Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Gorasso, V. et al. (2022), The non-fatal burden of cancer in Belgium, 2004–2019: a nationwide registry-based study (De niet-fatale kankerlast in België, 2004-2019: landelijk onderzoek op basis van het register), *BMC Cancer,* 22(1):58.

Hofmarcher, T. et al. (2020), The cost of cancer in Europe 2018 (De kosten van kanker in Europa), *European Journal of Cancer,* 129:41-49.

RIZIV (2020), *Analyse van de uitgaven voor vergoedbare geneesmiddelen (MORSE): rapport 2021 (gegevens 2020).* Brussel, Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Lievens, Y. et al. (2017), Radiotherapy access in Belgium: how far are we from evidence-based utilisation? (Toegang tot radiotherapie in België: hoe ver zijn we verwijderd van empirisch onderbouwd gebruik?) *European Journal of Cancer,* 84:102-13.

Mathew, A. (2018), Global survey of clinical oncology workforce (Wereldwijd onderzoek klinisch oncologisch personeel), *Journal of Global Oncology,* 4:1-12.

Peacock, H.M. et al. (2021), Decline and incomplete recovery in cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic in Belgium: a year-long, population-level analysis (Daling en onvolledig herstel van het aantal kankerdiagnoses tijdens de COVID-19-pandemie in België: jaaranalyse voor de bevolking als geheel), *ESMO Open,* 6(4):100197.

Silversmit, G. et al. (2021), Excess mortality in a nationwide cohort of cancer patients during the initial phase of the COVID-19 pandemic in Belgium (Oversterfte onder een landelijk cohort kankerpatiënten tijdens de eerste fase van de COVID-19-pandemie in België), *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention,* 30(9):1615 19.

Simoens, S. et al. (2021), Health impact and cost-effectiveness of implementing gender-neutral vaccination with the 9-valent human papillomavirus vaccine in Belgium (Gezondheidseffecten en kosteneffectiviteit van de invoering van genderneutrale vaccinatie met het 9-valent humaan papillomavaccin in België), *Frontiers in Pharmacology,* 12:628434.

Neyt, M., Devos, C., Thiry, N., Silversmit, G., De Gendt, C., Van Damme, N., Castanares-Zapatero, D., Fairon, N., Hulstaert, F. en Verleye, L. Benefits and costs of innovative oncology drugs in Belgium (Kosten en baten van innovatieve kankergeneesmiddelen in België) (2004 2017). Evaluatie van gezondheidstechnologie (EGT) Brussel: Belgisch Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) 2021. KCE-rapport 343. D/2021/10.273/23.

WHO (2020), *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem (Wereldwijde strategie om baarmoederhalskanker sneller als volksgezondheidsprobleem uit te roeien).* Genève, Wereldgezondheidsorganisatie, https://apps.who.int/iris/handle/10665/336583

Landenafkortingen

België	BE	Finland	FI	Italië	IT	Nederland	NL	Slovenië	SI
Bulgarije	BG	Frankrijk	FR	Kroatië	HR	Noorwegen	NO	Slowakije	SK
Cyprus	CY	Griekenland	EL	Letland	LV	Oostenrijk	AT	Spanje	ES
Denemarken	DK	Hongarije	HU	Litouwen	LT	Polen	PL	Tsjechië	CZ
Duitsland	DE	Ierland	IE	Luxemburg	LU	Portugal	PT	Zweden	SE
Estland	EE	IJsland	IS	Malta	MT	Roemenië	RO		

European Cancer Inequalities Registry

Landenprofielen voor kanker 2023

Het Europees register van ongelijkheid bij kanker is een kerninitiatief van het Europees kankerbestrijdingsplan. Het levert degelijke en betrouwbare gegevens over kankerpreventie en kankerzorg, om trends, sociale ongelijkheid en verschillen tussen lidstaten en regio's vast te stellen.Het register bevat een website en een door het Gemeenschappelijk Centrum voor Onderzoek van de Europese Commissie ontwikkeld gegevensinstrument (https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/), alsmede een afwisselende reeks tweejaarlijkse landenprofielen over kanker en een overkoepelend verslag over ongelijkheden op kankergebied in Europa.

In de Landenprofielen Kanker worden voor elk van de 27 EU-lidstaten, IJsland en Noorwegen de sterke punten, uitdagingen en specifieke actiegebieden vastgesteld, om de investeringen en maatregelen op EU-, nationaal en regionaal niveau in het kader van het Europees kankerbestrijdingsplan te sturen. Het Europees register van ongelijkheid bij kanker ondersteunt ook kerninitiatief 1 van het Actieplan Verontreiniging naar nul (Zero Pollution Action Plan).

De profielen zijn opgesteld door de OESO in samenwerking met de Europese Commissie. Het team is dankbaar voor de waardevolle opmerkingen van nationale deskundigen, van het Gezondheidscommissie van de OESO en de EU-themagroep van deskundigen voor het register van ongelijkheid bij kanker.

Elk nationaal kankerprofiel geeft een korte samenvatting van:

- de nationale kankerlast
- risicofactoren voor kanker, met de nadruk op gedrags- en omgevingsrisicofactoren
- programma's voor vroegtijdige opsporing
- prestaties van de kankerzorg, met de nadruk op toegankelijkheid, kwaliteit van de zorg, kosten en het effect van COVID-19 op de kankerzorg.

Gelieve deze publicatie te citeren als::
OECD (2023), *Landenprofiel voor Kanker: België 2023,*
EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/1700ff9f-nl.

ISBN 9789264593374 (PDF)
Series : EU Country Cancer Profiles

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES