

# Kankerplan

3 debatdagen  
30 ontmoetingen  
30 initiatieven

---

## Het Kankerplan

## Stand van zaken

Januari 2014

---



Sinds de lancering van het Kankerplan, ondertussen vijf jaar geleden, is en blijft de strijd tegen kanker een prioriteit voor de volksgezondheid. Om die strijd te bevorderen, blijf ik ervan overtuigd dat een strategie die de wilskracht, competentie en expertise van alle betrokken actoren verenigt zonder de verschillende bevoegdheidsniveaus tegen elkaar op te zetten, van essentieel belang is. Het Kankerplan is dan ook een ambitieus langetermijnproject maar een topprioriteit voor de volksgezondheid in ons land. Het was aanvankelijk bedoeld voor de periode 2008-2010 maar werd verlengd en bestaat uit een dertigtal acties gewijd aan de strijd tegen kanker, de medische behandeling, het onderzoek en de verbetering van de levenskwaliteit van de kankerpatiënten.

Het Kankerplan telt drie grote krachtlijnen of domeinen:

- I. Preventie en opsporing
- II. Zorg, behandeling en steun voor de patiënten
- III. Onderzoek, vernieuwende technologieën en evaluatie

HET RIZIV en de FOD Volksgezondheid (cel Kankerplan) coördineren de uitvoering van het Kankerplan onder toezicht van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

In de stand van zaken van het Kankerplan zijn de acties en maatregelen in drie categorieën ingedeeld: i) maatregelen voorgesteld bij de lancering van het Kankerplan op 8 maart 2008; ii) bijkomende maatregelen toegevoegd tussen 2008 en 2010; iii) nieuwe gebudgetteerde maatregelen sinds 2011. Het is belangrijk om eraan te herinneren dat de meerderheid van de maatregelen van het Kankerplan structurele maatregelen zijn.

De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid tekende op 28 september 2009 het preventieprotocolakkoord dat een kader biedt om de preventiecampagnes die door één of meerdere gemeenschappen worden georganiseerd mee te laten financieren door de federale overheid. Het protocolakkoord werd tot eind 2013 verlengd. De gemeenschappen kunnen kankerpreventieprogramma's invoeren en de modaliteiten voor de organisatie en de aanvang ervan zelf vastleggen dankzij de cofinanciering door de federale overheid. De HPV-

vaccinatiecampagne voor jonge meisjes van 12 tot 13 jaar en de opsporing van baarmoederhalskanker worden voortgezet, net zoals de opsporing van colorectale kanker bij mannen en vrouwen van 50 tot 74 jaar door middel van de tweejaarlijkse opsporing van bloed in de stoelgang.

In maart 2012 zette het RIZIV een grote stap voorwaarts in de behandeling van patiënten met een genetische aanleg om kanker te ontwikkelen. Er is een nieuwe nomenclatuur voor genetische tests goedgekeurd en een overeenkomst met acht centra voor humane genetica ondertekend. Het koninklijk besluit dat er betrekking op heeft, is op 1 januari 2013 in werking getreden. Er is bovendien een terugbetaling ingevoerd voor tests verricht in het buitenland (als geen enkel gespecialiseerd laboratorium in België de test kan verrichten) en meer bepaald voor de diagnostische analyse van de DNA-stalen van patiënten (en van hun familieleden) die aan kanker of aan een zeldzame ziekte lijden.

Tot slot is in 2013 de terugbetaling van 27 nieuwe innoverende geneesmiddelen tegen kanker goedgekeurd.

De kwaliteit van de zorg behelst meerdere aspecten van het Kankerplan: de multidisciplinaire aanpak, de omkadering, de aankondiging van de diagnose, de vorming van professionelen en de technische infrastructuur. Wat betreft de multidisciplinaire aanpak met behulp van multidisciplinaire oncologische consulten (MOC), stellen wij in 2012 vast dat 261.445 consulten zijn geregistreerd bij medisch oncologen, 174.424 bij klinische hematologen en 503.670 bij endocrinologen-diabetologen. Bovendien biedt het Kankerplan sinds 2011 financiële ondersteuning voor het bijkomende verzorgende personeel. Deze financiële ondersteuning is verdeeld onder 330 FTE verpleegkundigen, 330 FTE psychologen, 165 FTE sociaal assistenten en 82 FTE datamanagers evenals 163 FTE diëtisten. In 2012 zijn 20.708 langdurige consulten geteld.

De acties onder de vorm van proefprojecten in het Kankerplan worden voortgezet; er zijn 65 projecten lopende voor een betere ziekenhuisbegeleiding van patiënten en gezinnen die te maken krijgen met kanker. In het kader van deze acties is ook een wetenschappelijk team geselecteerd om enerzijds, de projecten van 2009-2011 te evalueren en anderzijds, de projecten van 2012-2015 te begeleiden en op te volgen.

Het Kankercentrum heeft eind 2012 een eerste poging gedaan om de initiatieven genomen in het kader van het Kankerplan 2008-2010 te evalueren. Een correct gefundeerde evaluatie is cruciaal voor een efficiënte opvolging van het Kankerplan. Er zijn vijf thema's als prioritair beschouwd: 1) rehabilitatie van de oncologische patiënten, 2) verband tussen de verzorging in een ziekenhuis en

thuis 3) stamcelbanken en -donatie, 4) kwaliteitssysteem voor de oncologische verzorging en 5) gepersonaliseerde geneeskunde. Het Kankercentrum heeft dit jaar in overleg met de expertengroepen en de actoren op het terrein vijf thematische werkgroepen opgericht die zijn belast met de analyse van elk thema en de formulering van nieuwe 'evidence-based' maatregelen in functie van het beschikbare budget.

In het regeerakkoord staat duidelijk vermeld dat de continuïteit van het Kankerplan verzekerd is. De dynamiek stopt niet aan onze grenzen. België heeft dankzij zijn expertise een strategische positie kunnen innemen in het kader van het 'European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC)' en de toekomstige gezamenlijke actie 2014-2017 van de Europese Unie 'Development of the European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control (CANCON)'. Voor deze nieuwe gezamenlijke actie zal België, vertegenwoordigd door het Kankercentrum, instaan voor i) de compilatie van de definitieve gids en de supervisie van de kwaliteitsborging en ii) het bieden van steun bij de organisatie van een overlegplatform tussen de lidstaten met betrekking tot de kritische punten in de strijd tegen kanker. Deze twee zware verantwoordelijkheden vormen het bewijs van de erkenning, op Europese schaal, van de ervaring die ons land heeft verworven sinds de lancering van het Kankerplan.

Veel leesplezier!

Laurette Onkelinx

Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen

Inleiding .....	2
Acties .....	5
Actie 1: Terugbetaling van de raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning .....	9
<b>Domein I: PREVENTIE EN OPSPORING .....</b>	<b>9</b>
Actie 1: Terugbetaling van de raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning .....	9
1. Forfaitaire terugbetaling van de raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning .....	9
2. Strenger toezicht op het naleven van de tabakswetgeving .....	9
3. Steun aan de opleidingen tabakologie .....	10
Actie 2: Opsporing en begeleiding van risicopersonen die een genetische aanleg hebben om kanker te ontwikkelen.....	11
1. Terugbetaling van nieuwe genetische tests.....	11
2. Herwaardering van genetische counseling .....	11
3. Terugbetaling van naar het buitenland gezonden DNA-tests.....	12
Actie 3: Uitbreiding van de leeftijdsgroep voor de inenting tegen het papillomavirus tot meisjes van 12 tot 18 jaar (in plaats van 12 tot 15 jaar) .....	14
1. De terugbetaling van het anti-HPV vaccin tot 18 jaar uitbreiden .....	14
2. Campagne om meisjes van 12 jaar tegen het papillomavirus te vaccineren.....	15
Actie 4: Betere opsporing en vroegtijdige diagnose van borstkanker .....	16
1. Kwaliteitscontrole van de screeningapparatuur .....	16
2. Gratis bijkomende onderzoeken na een screening.....	16
3. Gratis screening voor vrouwen met een verhoogd risico .....	16
Actie 5: Programma voor systematische opsporing van baarmoederhalskanker.....	19
1. Programma voor systematische opsporing van baarmoederhalskanker bij vrouwen van 25 tot 64 jaar.....	19
2. Verhoogde terugbetaling voor de bijkomende onderzoeken.....	19
3. Integratie van de testresultaten van de opsporingen in de gegevens van het Kankerregister .....	20
Actie 6: Consultatie om gezondheidsrisico's te voorkomen.....	21
1. Gratis preventieve gezondheidscheck-up bij de huisarts .....	21
2. Opleiding van artsen inzake het voorkomen van gezondheidsrisico's .....	22
Bijkomende actie: Campagne om colorectale kanker op te sporen .....	23
3. Programma om colorectale kanker op te sporen .....	23
Bijkomende inlichtingen: Kanker en leefmilieu .....	24
Bijkomende inlichtingen: Kanker en voedingsgewoonten.....	28
<b>Domein II: ZORG, BEHANDELING EN STEUN VOOR DE PATIËNTEN.....</b>	<b>32</b>
Actie 7: Specifieke steun op het moment van de mededeling dat kanker werd vastgesteld .....	32
1. Invoering van een consultatie van lange duur voor de mededeling van de diagnose.....	32
2. Opleiding communicatie met patiënten en hun omgeving + Opleiding psycho-oncologie.....	32

3. Uitwerking van een mededelingsprotocol .....	34
Actie 8: Opwaardering van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) .....	35
1. Verplicht multidisciplinair oncologisch consult (MOC) voor alle nieuwe kankergevallen ..	35
2. Opwaardering met 5% van de honoraria in het kader van het MOC.....	36
3. Herwaardering van de specifieke raadplegingen van medische oncologen, hematologen en endocrinologen .....	36
4. De deelname van huisartsen aan het MOC bevorderen.....	37
Actie 9: Invoeren van zorgtrajecten voor kankerpatiënten.....	38
1. De deelname van de huisarts aan het verloop van de kankerbehandeling bevorderen ....	38
2. Definitie van de zorgtrajecten voor kankerpatiënten .....	38
Actie 10: Psychosociale steun voor de patiënten in het kader van het oncologisch zorgprogramma (OZP).....	40
1. Financiering van verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen in de oncologische zorgprogramma's .....	40
Actie 11: Financiering van een datamanager in het kader van de oncologische .....	41
zorgprogramma's (OZP) .....	41
1. Financiering van datamanagers in het kader van de OZP's .....	41
Actie 12: Definitie en financiering van een oncologisch zorgprogramma.....	42
in de pediatrie .....	42
1. Erkenning van de huidige centra voor pediatrie oncologie .....	42
2. Financiële steun voor de synergieën tussen de centra voor pediatrie oncologie .....	42
3. Uitvoering van een oncologisch zorgprogramma in de pediatrie .....	42
4. Financiering vanaf 2009 van een versterking met 2 VTE's voor de paramedische omkadering .....	42
Actie 13: Behandeling van zeldzame tumoren .....	43
1. Lancering door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) van een studie die de kwalitatieve en kwantitatieve criteria voor de behandeling van zeldzame tumoren zal moeten vastleggen.....	43
Actie 14: Erkenning van de titel van verpleegkundige in de oncologie .....	44
1. Erkenning van de titel van verpleegkundige in de oncologie .....	44
Actie 15: Betere dekking door de verplichte ziekteverzekering van de geneesmiddelen tegen kanker.....	45
1. Terugbetaling van de geneesmiddelen tegen kanker .....	45
2. Terugbetaling van geneesmiddelen tegen kanker voor borstkanker bij mannen .....	45
3. Snelle toegang tot geneesmiddelen voor de "unmet medical needs" - analyse .....	45
4. Snellere terugbetaling voor bepaalde farmaceutische specialiteiten of vernieuwende therapieën buiten indicatie.....	46
Actie 16: Ondersteunen van radiotherapie en oncologische beeldvorming .....	47
1. Kwaliteitscontrole van alle screeningapparatuur .....	47
2. Nieuwe programmatie indien gewenst.....	47
3. Financiering in het Budget van Financiële Middelen van de ziekenhuizen (BMF).....	47

Actie 17: Structurele steun aan de celbanken en de eenheden celtherapie voor bloedvormende stamcellen en navelstrengbloed .....	49
1. Structurele basissteun voor bloedvormende stamcel- en navelstrengbloedbanken .....	49
Actie 18: Verbetering van de terugbetaling van bijkomende kosten die verbonden zijn aan kankerbehandelingen .....	50
1. Voor patiënten bij wie het strottenhoofd is weggenomen (laryngectomie) .....	50
2. Voor mensen die door een kankerbehandeling hun haar verliezen (alopecia) .....	50
3. Voor mensen die een borstamputatie (mastectomie) moeten ondergaan .....	51
Actie 19: De functionele revalidatie van de kankerpatiënt ontwikkelen .....	52
1. Proefproject om het soort multidisciplinaire revalidatiezorgprogramma's te bepalen die nodig zijn om de genezen of herstellende patiënten hun plaats in de maatschappij weer te laten innemen .....	52
Actie 20: De voorwaarden vastleggen voor de erkenning van een handicap als gevolg van een kankerbehandeling .....	53
1. Snellere behandelingsprocedure van de aanvragen voor een uitkering voor mensen met een handicap .....	53
Actie 21: Steun aan ouders van kinderen met kanker .....	54
Actie 22: Toegang tot psychologische steun of deelname aan praatgroepen of ondersteuningsactiviteiten .....	54
1. Oproep voor projecten die ouders en kinderen ondersteunen en begeleiden .....	54
2. Oproep voor projecten die de patiënten (volwassenen, adolescenten of kinderen) en/of hun gezinsleden psychologische bijstand of begeleiding bieden .....	54
Actie 23: Structurele financiering van de keten van pediatrie zorgen "Voortgezette Zorg Kinderen" .....	56
1. Oprichting van een pediatrie verbindingfunctie .....	56
Actie 24: Ondersteuning voor proefprojecten inzake klinische oncogeriatric .....	57
1. Oproep voor projecten oncogeriatric .....	57
Actie 25: Het aanbod palliatieve zorgen voor kankerpatiënten verbeteren .....	58
1. Behoeftenstudie rond palliatieve zorg .....	58
2. Versterking van de personeelsformatie voor de palliatieve zorgen in rusthuizen en RVT. .....	59
3. Herwaardering van zorgforfaits in het kader van de palliatieve thuisverpleging .....	59
4. Palliatieve dagzorgcentra .....	59
Actie 26: Initiatieven te nemen in samenspraak met de bevoegde ministers op federaal niveau .....	61
1. Voor de patiënt het beroepsleven en de kanker beter met elkaar verzoenen .....	61
2. Voor de ouders het beroepsleven en de kanker beter met elkaar verzoenen .....	62
3. Een gemakkelijkere en aangepaste fiscale aftrekprocedure voor giften .....	63
Bijkomende actie: Terugbetaling van vervoerskosten van kankerpatiënten .....	64
1. Vereenvoudiging van de terugbetalingsprocedure voor vervoerskosten .....	64
2. Wijziging van de terugbetalingsvoorwaarden tijdens de ziekenhuisopname van een kind met kanker .....	64
Bijkomende actie: Beter behandeling inzake de voeding van kankerpatiënten .....	65
1. Financiering van diëtisten in de oncologische zorgprogramma's .....	65

2. Oproep voor projecten rond cachexie .....	65
Domein III: ONDERZOEK, VERNIEUWENDE TECHNOLOGIEËN EN EVALUATIE .....	67
Actie 27: Oprichting van een tumorbank .....	67
1. Financiering van tumorbanken .....	67
Actie 28: Structurele financiering van de coördinatie van het translationeel onderzoek in de ziekenhuizen.....	69
1. Structurele financiering van coördinatiecellen translationeel onderzoek.....	69
Actie 29: Steun aan het translationeel onderzoek .....	70
1. Projecten translationeel oncologisch onderzoek .....	70
Actie 30: Gebruik van de hadrontherapie in België .....	71
1. Haalbaarheidsstudie over de oprichting van een hadrontherapiecentrum in België.....	71
2. Betere terugbetaling van zorg- en vervoerskosten van kankerpatiënten die hadrontherapie nodig hebben .....	72
Actie 31: De Stichting Kankerregister versterken .....	74
1. Oprichting via koninklijk besluit van de Stichting van openbaar nut Kankerregister .....	74
2. Oprichting van een raadgevend comité van de gebruikers van de gegevens van de Stichting van openbaar nut Kankerregister. ....	74
3. Financiering van de Stichting Kankerregister.....	74
Actie 32: Oprichting van een Referentiecentrum voor Kanker.....	75
1. Oprichting van het Kankercentrum.....	75
BIJLAGE 1.....	76



## Domein I: PREVENTIE EN OPSPORING

### Actie 1: Terugbetaling van de raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning

#### 1. Forfaitaire terugbetaling van de raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning

Oorsprong Kankerplan 2008  
Start 01/10/2009

Sinds 1 oktober 2009 kunnen alle sociaal verzekerden beroep doen op een forfaitaire terugbetaling van raadplegingen voor hulp bij het stoppen met roken<sup>1</sup>. Een jaarlijks budget van van 2,5 miljoen euro wordt voorzien om deze rookstopbegeleiding te ondersteunen.

Voor het inwerking treden van deze maatregel konden enkel zwangere vrouwen en hun partners gebruik maken van een terugbetaling van rookstopbegeleiding. Over een periode van 2 kalenderjaren kunnen maximaal 8 sessies bij een arts of tabakoloog terugbetaald worden. De eerste sessie duurt minimaal 45 minuten en geeft recht op een forfait van €30. De daaropvolgende sessies (maximaal 7) duren minimum 30 minuten. Voor deze vervolgsessies wordt €20 per sessie terugbetaald. Voor zwangere vrouwen blijft de verhoogde terugbetaling van €30 gelden voor alle sessies.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal terugbetaalde sessies per type consultatie en per jaar.

Omschrijving	2009*	2010	2011	2012
Aantal eerste sessies (aan €30)	763	9.262	12.500	12.723
Aantal vervolg sessies (aan €20)	1.086	15.834	22.050	22.579
Aantal sessies zwangere vrouwen (€30)	86	582	766	912
<b>TOTAAL</b>	<b>1.935</b>	<b>25.678</b>	<b>35.316</b>	<b>36.214</b>

Tabel 1: Aantal consultaties voor hulp bij rookstop bij de arts of tabakoloog. 2009\*: Sinds 1/10/2009.

#### 2. Strenger toezicht op het naleven van de tabakswetgeving

Oorsprong Kankerplan 2008  
Start 09/2008

Controles op de naleving van de tabakswetgeving valt onder de verantwoordelijkheid van het FAVV (Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen) en van de FOD Volksgezondheid (Directoraat-generaal Dier, Plant en Voeding).

<sup>1</sup> Koninklijk besluit van 31/08/2009 (Belgisch Staatsblad van 15/09/2009).

Het Kankerplan financierde in september 2008 de aanwerving van 6 bijkomende controleurs om het inspectieteam van de FOD te versterken.

De onderstaande tabel geeft het aantal controles per jaar weer, uitgevoerd door de FOD enerzijds en het FAVV anderzijds.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
FOD Volksgezondheid	18.300	18.000	18.600	19.800	25.500	24.250	15.850
FAVV	2.535	11.979	5.290	11.738	12.769	10.483	10.100
<b>TOTAAL</b>	<b>20.835</b>	<b>29.979</b>	<b>23.890</b>	<b>31.538</b>	<b>38.269</b>	<b>34.733</b>	<b>25.950</b>

**Tabel 2: Overzicht van het aantal controles op de naleving van de tabakswetgeving per jaar door de FOD Volksgezondheid en het FAVV.**

Het algemeen rookverbod in de horeca werd ingevoerd op 1 juli 2011. Veel cafés blijven dit verbod overtreden: in het eerste kwartaal van 2013, stelden de inspecteurs vast dat 23% van de gecontroleerde cafés het rookverbod overtreedt. In de eerste 3 maanden van 2013 ontvingen 330 cafés een proces-verbaal, 130 anderen ontvingen een waarschuwing.

### 3. Steun aan de opleidingen tabakologie

Oorsprong                      Toevoeging  
Start                                2009

Het FARES (Fonds des Affections Respiratoires) en de VRGT (Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding) organiseren éénjarige interuniversitaire postgraduaatsopleidingen tabakologie. Gezondheidswerkers kunnen hier specifieke competenties verwerven om rokers te begeleiden bij hun rookstop. De opleiding bedraagt ongeveer 50 lessen; gespreid over 7 à 10 zaterdagen per jaar. Sinds 2009 wordt een jaarlijks budget van € 65.000 voorzien als ondersteuning voor de organisatie van deze opleiding.

Een weergave van het aantal deelnemers per schooljaar en per organisatie vindt u in onderstaande tabel.

	2009- 2010	2010- 2011	2011- 2012
VRGT	24	59	40
FARES	55	56	63
<b>TOTAAL</b>	<b>79</b>	<b>115</b>	<b>103</b>

**Tabel 3: Aantal deelnemers aan de opleiding tabakologie, per schooljaar bij VRGT en FARES.**

## Actie 2: Opsporing en begeleiding van risicopersonen die een genetische aanleg hebben om kanker te ontwikkelen

### 1. Terugbetaling van nieuwe genetische tests

<u>Oorsprong</u>	Kankerplan 2008
<u>Start</u>	01/01/2013

In 2009 werd binnen de werkgroep klinische biologie van de Geneeskundige-Technische raad een hervorming van de nomenclatuur voor menselijke genetica voorgesteld door de Hoge Raad voor Antropogenetica. Een nieuwe formulering van de betrokken nomenclatuur dringt zich op om meer transparantie in het geheel van genetische testen te ontwikkelen, om aangepast te zijn aan de huidige kwaliteitseisen, om de uitgaven van de sector beter te controleren en om de klinische indicaties en gebruikte testen te verduidelijken.

Het Verzekeringscomité keurde in maart 2012 de nieuwe nomenclatuur en de overeenkomst met de 8 Centra voor Menselijke Erfelijkheid goed. Het betreffende koninklijk besluit van 10 november 2012 is sinds 1 januari 2013 van kracht.

De nieuwe nomenclatuur telt 32 nieuwe verrichtingen: 15 voor de diagnose van een constitutionele aandoening, 3 voor zijn prenatale diagnose, 6 voor de diagnose van een kwaadaardige aandoening, 2 voor zijn follow-up, 4 voor de diagnose voorafgaand aan een implantatie en 2 voor de diagnose van een aanleg tot de ontwikkeling van een kanker of een neurodegeneratieve aandoening. De Hoge Raad voor Anthropogenetica stelt elk jaar een lijst op van tests en klinische indicaties die onder die nomenclatuur vallen. Die verstrekkingen gebeuren op voorschrift, uitsluitend in de erkende en geaccrediteerde centra. Het RIZIV raamde de kosten van die nieuwe nomenclatuur op 37,8 miljoen euro.

De cijfers van het gebruik van deze nomenclatuur tijdens het eerste toepassingsjaar zullen beschikbaar zijn in het voorjaar 2014.

De Hoge Raad voor Antropogenetica werd in 2013 omgevormd tot het College van geneesheren voor het centrum van menselijke erfelijkheid<sup>2 3 4</sup>. Dit College wordt belast met de externe toetsing van de kwaliteit van de medische activiteit binnen de centra voor menselijke erfelijkheid.

### 2. Herwaardering van genetische counseling

<u>Oorsprong</u>	Kankerplan 2008
<u>Start</u>	01/01/2013

<sup>2</sup> Ministerieel besluit van 12/01/2012 (Belgisch Staatsblad van 28/02/2012).

<sup>3</sup> Ministerieel besluit van 26/11/2012 (Belgisch Staatsblad van 13/12/2012).

<sup>4</sup> Koninklijk besluit van 19/07/2013 (Belgisch Staatsblad van 16/08/2013).

Dit initiatief beoogt de raadplegingshonoraria van de artsen-genetici voor genetische counseling op te trekken en zo de specialisatie in de genetica aantrekkelijker te maken.

Naast een herwaardering van de raadplegingen, drong zich ook een versterking op van de paramedische omkadering van genetische counseling.

In overleg met de centra voor menselijke erfelijkheid werd in november 2011 een ontwerp van overeenkomst voor de herwaardering van de genetische counseling en haar omkadering afgerond. Het Verzekeringscomité (RIZIV) heeft dat voorstel in maart 2012 goedgekeurd.

Het voorstel voorziet in 2 nieuwe nomenclaturen: één voor een standaard genetische counseling, en één voor een samengestelde genetische counseling. Deze verstrekkingen omvatten minstens 2 raadplegingen, waarbij de persoonlijke en familiale voorgeschiedenis worden onderzocht. De samengestelde genetische counseling kan ook bestaan uit een vraag naar medische informatie over de gezinsleden en een samengesteld diagnostisch overzicht. Zowel de standaard als de samengestelde genetische counseling vereisen een medisch verslag.

Er komt een forfaitaire vergoeding: 220,19 euro voor de standaard genetische counseling, en 605,4 euro voor de samengestelde genetische counseling. Het RIZIV trekt daarvoor een budget van 4,28 miljoen euro uit.

De nieuwe nomenclatuur treedt in werking vanaf 1 januari 2013. De cijfers van het gebruik van deze nomenclatuur tijdens het eerste toepassingsjaar zullen beschikbaar zijn in het voorjaar 2014.

### 3. Terugbetaling van naar het buitenland gezonden DNA-tests

<u>Oorsprong</u>	Toevoeging 2011
<u>Start</u>	01/01/2013

De terugbetaling van analyses van DNA-stalen in het buitenland was enkel mogelijk indien de patiënt zelf naar het buitenland ging (S2) en de test in het land van bestemming werd terugbetaald<sup>5</sup>. Zo'n verplaatsing impliceert reis- en/of verblijfkosten, tijdsinvestering, een hogere kost voor de ziekteverzekering en een grote inspanning voor de patiënt en zijn gezin.

Tijdens de discussies van de commissie artsen-ziekenfondsen over de nomenclatuur van de genetische tests heeft men een budget van 550.000 euro goedgekeurd om in het buitenland uitgevoerde tests te kunnen terugbetalen. Het gaat om diagnostische analyses van DNA-stalen van patiënten en leden van hun gezin die aan kanker of zeldzame ziekten lijden en waarvoor er in België geen gespecialiseerd laboratorium bestaat om de test uit te voeren.

---

<sup>5</sup> Voorheen E112.

Deze nieuwe maatregel, die geïdentificeerd werd in het kader van werkzaamheden van het Fonds zeldzame ziekten en weesgeneesmiddelen, werd geïntegreerd in de ontwerpovereenkomst in het kader van de herwaardering van de genetische raadpleging met de centra voor menselijke erfelijkheid. Het Verzekeringscomité (RIZIV) heeft dat voorstel in maart 2012 goedgekeurd.

Voor de analyses waarvoor in België geen test beschikbaar is (beperkte lijst) kunnen de erkende centra voor menselijke erfelijkheid met buitenlandse laboratoria in onderaanneming werken. De terugbetaling dekt de laboratorium- en verzendingskosten.

**Actie 3: Uitbreiding van de leeftijdsgroep voor de inenting tegen het papillomavirus tot meisjes van 12 tot 18 jaar (in plaats van 12 tot 15 jaar)**

**1. De terugbetaling van het anti-HPV vaccin tot 18 jaar uitbreiden**

Oorsprong Kankerplan 2008  
Start 01/12/2008

Jaarlijks krijgen in België meer dan 600 vrouwen de diagnose van baarmoederhalskanker. De vaccinatie tegen HPV maakt deel uit van een globale strategie in de preventie tegen baarmoederhalskanker, in combinatie met de baarmoederhalskankerscreening.

Sinds november 2007 was een terugbetaling van het HPV-vaccin voorzien voor meisjes binnen de leeftijdsgroep van 12 tot 15 jaar. Onder impuls van het Kankerplan werd deze terugbetaling sinds 1 december 2008 uitgebreid tot meisjes van 12 tot 18 jaar. Dat betekent concreet dat de kostprijs voor de patiënt voor de vaccinatie van deze meisjes gedaald is van 412 euro tot 33 euro<sup>6</sup>.

Voor deze uitbreiding van de terugbetaling van het vaccin tegen het humaan papillomavirus voor meisjes van 16 tot 18 jaar werd in 2009 een inhaalbedrag van 19 miljoen euro uitgegeven.

Onderstaande tabel geeft per jaar het aantal afleveringen weer van het HPV-vaccin en hoeveel meisjes dat jaar minstens 1 dosis van het HPV-vaccin toegediend kregen. Merk op: de vaccins toegediend in de vaccinatiecampagnes van de gewesten (zie 2<sup>de</sup> maatregel) zijn hier niet in opgenomen.

	2007 (nov-dec)	2008	2009	2010	2011	2012
Aantal afleveringen HPV-vaccin	43.374	324.526	205.862	107.756	83.405	47.361
Aantal meisjes met minstens 1 aflevering van HPV-vaccin	36.682	148.487	108.335	61.702	47.345	28.548

**Tabel 4: Aantal afleveringen van het HPV-vaccin en aantal meisjes die minstens 1 aflevering van het HPV-vaccin kregen, per jaar sinds het begin van de maatregel (november 2007). Gegevens: Farmanet.**

<sup>6</sup> 11 euro per dosis.

## 2. Campagne om meisjes van 12 jaar tegen het papillomavirus te vaccineren

Oorsprong

Start

Toevoeging 2010

VI: 09/2010 –

W: 09/2011

In overeenstemming met de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad kan een vaccinatieprogramma uitgevoerd worden voor een jaarlijkse leeftijdscategorie van meisjes op leerplichtige leeftijd van 11 tot 13 jaar.

De Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid van 8 december 2008 keurde een asymmetrische benadering goed waardoor men "kankerpreventieprogramma's" kan organiseren die onderling tussen de gemeenschappen verschillen. Het preventieprotocolakkoord dat op 28 september 2009 in de IMC Volksgezondheid ondertekend werd, biedt een kader voor de cofinanciering door de federale overheid van preventieprogramma's die één of meer gemeenschappen organiseren. Het protocolakkoord werd in 2013 verlengd tot eind 2014.

De Vlaamse Gemeenschap startte in de loop van het schooljaar 2010-2011 een eerste HPV-vaccinatiecampagne voor de groep meisjes van het eerste middelbaar of die in 1998 geboren waren. CLB's<sup>7</sup>, huisartsen en pediaters ontvingen daarvoor gratis vaccins. Hiervoor werd een budget van 1,3 miljoen € uitgetrokken.

Uit analyse van de HPV vaccinaties tussen 1 september 2010 en 31 augustus 2012 in Vaccinnet<sup>8</sup> blijkt dat ruim 80% van de doelgroep gevaccineerd is. In het 1<sup>ste</sup> toepassingsjaar (2010-2011) ontving 80,8% de 3 dosissen; in het schooljaar 2011-2012 is dat 79,3%<sup>9</sup>.

Ook de Duitstalige Gemeenschap integreert de HPV-vaccinatie in haar vaccinatiebeleid, in samenwerking met de Franse Gemeenschap. In september 2011 ging in de Franse en Duitstalige Gemeenschap een HPV-vaccinatiecampagne van start van een schoolcohort van meisjes van 13 jaar.

---

<sup>7</sup> Centra voor LeerlingenBegeleiding, ondermeer verantwoordelijk voor gezondheidsbeleid op school.

<sup>8</sup> [www.zorg-en-gezondheid.be/hpv/](http://www.zorg-en-gezondheid.be/hpv/)

<sup>9</sup> Meer details vindt u hier: <http://www.infectieziektebulletin.be/defaultSubsite.aspx?id=31717#.UKyty2fc9X4>

## Actie 4: Betere opsporing en vroegtijdige diagnose van borstkanker

### 1. Kwaliteitscontrole van de screeningapparatuur

Oorsprong

Kankerplan 2008

De apparatuur die gebruikt wordt voor diagnostische mammografieën en die voor de screeningsmammografie moet aan dezelfde kwaliteitseisen voldoen. Een officiële controle moet tweemaal per jaar voorzien worden. Deze controles vallen onder de verantwoordelijkheid van de gemeenschappen en van het Federaal Agentschap voor Nucleaire controle (FANC).

De Technisch Geneeskundige Raad (TGR) van het RIZIV werkte op 18 mei 2010 een voorstel uit om alle apparatuur voor mammografie dezelfde basiskwaliteitseisen op te leggen (Europese aanbevelingen inzake borstkankerscreening).

### 2. Gratis bijkomende onderzoeken na een screening

Oorsprong

Kankerplan 2008

Start

01/11/2011

De Technisch Geneeskundige Raad van het RIZIV heeft een voorstel uitgewerkt om de nomenclatuur over bijkomende onderzoeken na een positieve screeningsmammografie te wijzigen. Het voegt 4 nieuwe verstrekkingen toe in verband met invasieve diagnostische onderzoeken bij borstpathologie (artikel 11).

De commissie artsen-ziekenfondsen keurde deze beoogde terugbetalingen voor medische prestaties en voor materiaal voor borstpunctie respectievelijk op 27 september en 13 december 2010 goed. De respectievelijke koninklijke besluiten betreffende de nomenclatuur van de biopsieën en implantaten werden gepubliceerd in september 2011 en werden op 1 november 2011 van kracht<sup>10</sup>. Zo voorziet men in een volledige terugbetaling van borstbiopsieën en van het daarvoor benodigde materiaal.

In de eerste twee maanden na de inwerkingtreding van deze nomenclatuur werden er 472 borstbiopsieën geregistreerd. In 2012 liep het aantal borstbiopsieën<sup>11</sup> op tot 21.377.

### 3. Gratis screening voor vrouwen met een verhoogd risico

Oorsprong

Kankerplan 2008

<sup>10</sup> Koninklijk besluit van 01/09/2011 (Belgisch Staatsblad van 30/09/2011).

<sup>11</sup> Omvat cilinderbiopsie, vacuümgeassisteerde biopsie al dan niet onder stereotactische begeleiding.



Na uitgebreid overleg deed een werkgroep van de Technisch Geneeskundige Raad (TGR) van het RIZIV een voorstel om de nomenclatuur van senologische onderzoeken (echografie en mammografie) te wijzigen. Het voorstel omvat initiatieven tot verhoging van de deelname aan de georganiseerde borstkankerscreening, de integrale terugbetaling van het senologische onderzoek bij vrouwen met een verhoogd risico op borstkanker en een gelijkschakeling van het kwaliteitsniveau van de 2 screeningssystemen<sup>12</sup> (cfr. A4M1). Dit voorstel werd op 18 mei 2010 goedgekeurd door de TGR.

In het kader van de interkabinettenwerkgroep "Kanker" van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid hielden het RIZIV, de Gemeenschappen en de referentiecentra eind september 2010 een technische bespreking over het uitgewerkte voorstel.

Gezien de verschillende standpunten rond het voorstel werd er op verzoek van minister Onkelinx op 6 september 2011 een eerste rondetafelgesprek gehouden met alle betrokken partijen. Deze vergadering was bedoeld om samen na te denken over het beste beleid om het opsporen en vroegtijdig diagnosticeren van borstkanker te verbeteren.

Op 13 maart 2012 werd een tweede rondetafel georganiseerd om het voorstel dat op punt gesteld werd door het RIZIV te presenteren. Het voorstel houdt rekening met de KCE rapporten 172<sup>13</sup> en 176<sup>14</sup>. In de loop van 2012 vonden technische besprekingen plaats tussen het kabinet, FOD Volksgezondheid, het KCE en het RIZIV. In 2013 heeft het RIZIV de budgettaire impact van de voorliggende maatregelen aan het kabinet overgemaakt.

## Bijkomende inlichtingen

KCE rapport 172:

Het KCE onderzocht welke vrouwen een hoger risico op borstkanker hebben en hoe ze best gescreend worden. De resultaten daarvan verschenen in januari 2012. Het rapport vermeldt de groepen vrouwen die een verhoogd risico op borstkanker vertonen; bvb. vrouwen met een familiale voorgeschiedenis, vrouwen wiens bovenlichaam op jonge leeftijd al werd bestraald, vrouwen met een verhoogde borstdensiteit,.. Voor deze vrouwen kan bijkomende screening buiten de georganiseerde campagnes nuttig zijn (bvb jaarlijks en vanaf een jongere leeftijd). Het risico moet individueel bepaald worden en de meest geschikte screeningsmethode en -frequentie moeten besproken worden met een voldoende ervaren arts.

KCE rapport 176:

Het KCE onderzocht de gevolgen van een mogelijke uitbreiding van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker tot de groep vrouwen tussen 70 en 74 jaar. Hun bevindingen werden in april 2012 gepubliceerd. Het KCE stelt vast dat een

---

<sup>12</sup> De screeningsmammografie en de diagnostische mammografieën.

<sup>13</sup> KCE rapport 172: Borstkankerscreening : hoe vrouwen met een verhoogd risico identificeren - welke beeldvorming gebruiken ?

<sup>14</sup> KCE rapport 176: Opsporing van borstkanker tussen 70 en 74 jaar

dergelijke uitbreiding niet noodzakelijk meer voordelen dan nadelen zou opleveren. Een dergelijke uitbreiding zou 13 extra levensjaren opleveren per 1000 gescreende vrouwen maar brengt tegelijk een risico mee voor de globale levenskwaliteit door frequent vals alarm en overdiagnose.

## Actie 5: Programma voor systematische opsporing van baarmoederhalskanker.

### 1. Programma voor systematische opsporing van baarmoederhalskanker bij vrouwen van 25 tot 64 jaar.

Oorsprong  
Start

Kankerplan 2008  
VI: 01/06/2013

Op basis van de Europese aanbevelingen heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid in maart 2009 het principe goedgekeurd om een programma te organiseren voor de systematische opsporing van baarmoederhalskanker via een driejaarlijks uitstrijkje bij vrouwen van 25 tot 64 jaar.

De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid tekende op 28 september 2009 het preventieprotocolakkoord dat een kader schept om de preventieprogramma's die de gemeenschappen organiseren te laten cofinancieren door de federale overheid. Dat akkoord werd tot eind 2014 verlengd. De uiteindelijke beslissing om al dan niet een georganiseerd programma te starten ligt bij de Gemeenschappen.

De Franse Gemeenschap startte in juni 2012 een gerichte informatie- en bewustmakingscampagne gericht op de vrouwen en huisartsen over het belang van de baarmoederhalskankerscreening.

In Vlaanderen ging het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in 2013 van start. Sinds juni 2013 worden vrouwen van 25 tot en met 64 jaar aangeschreven en uitgenodigd om elke 3 jaar een uitstrijkje te laten nemen bij hun huisarts of gynaecoloog. In eerste instantie worden vrouwen uitgenodigd die in de afgelopen 3 jaar geen uitstrijkje laten afnemen hebben. Vrouwen die niet aan dit systeem wensen deel te nemen, kunnen zich op eenvoudige wijze uitschrijven.

Het labo-onderzoek is gratis. Vrouwen hoeven enkel het remgeld van de consultatie zelf te betalen. Mocht uit de test blijken dat een bijkomende HPV-test nodig is, dan zal die ook uitgevoerd worden zonder extra kosten voor de patiënt.

### 2. Verhoogde terugbetaling voor de bijkomende onderzoeken

Oorsprong

Kankerplan 2008

De nadere uitvoeringsregels van de verhoogde terugbetaling van de bijkomende onderzoeken (colposcopie, HPV-onderzoek) indien het uitstrijkje een positief resultaat geeft, zullen in samenhang met het programma voor de systematische screening van baarmoederhalskanker worden uitgewerkt.

Het Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker voorziet een terugbetaling van een eventuele HPV-test als uit het labo-onderzoek van het uitstrijkje blijkt dat deze test aangewezen is.

Voorlopig volgen alle vervolgonderzoeken de geldende terugbetalingsregels.

### 3. Integratie van de testresultaten van de opsporingen in de gegevens van het Kankerregister

Oorsprong

Kankerplan 2008

CERVIBASE werd na een haalbaarheidsstudie in de loop van 2011 ingevoerd. Het betreft een centraal cyto- en histopathologisch register voor alle cervixstalen. Deze centrale registratie is cruciaal om de doeltreffendheid, de doelmatigheid en de kwaliteit van die screeningsprogramma's te garanderen. Bovendien is een centraal cyto-histopathologieregister noodzakelijk om een faalveilige (fail-safe)<sup>15</sup> screening conform de richtlijnen op te zetten.

De medewerking van alle anatomopathologie-laboratoria is onontbeerlijk. De pathologen registreren voortaan zowel de gegevens voor de diagnose als voor vroegtijdige opsporing van kanker en leveren die in verschillende datasets aan de Stichting Kankerregister.

#### **Bijkomende inlichtingen**

#### **Aanpassing van de terugbetalingsregels voor het uitstrijkje**

De heersende wetenschappelijke aanbevelingen adviseren om vrouwen van 20 tot en met 64 jaar eens om de 3 tot zelfs 5 jaar te screenen op baarmoederhalskanker. Verschillende epidemiologische studies hebben aangetoond dat een frequentere screening de maatschappij te veel kost en ondoeltreffend is.

Op basis van deze aanbevelingen heeft het Verzekeringscomité van het RIZIV op 23 oktober 2013 een voorstel goedgekeurd om de regelmaat van de terugbetaling van de verstrekkingen in het kader van de baarmoederhalskankerscreening aan te passen: van 1 keer om de 2 jaar naar 1 keer om de 3 jaar. Het betreffende koninklijk besluit van 11 februari 2013<sup>16</sup> treedt in werking vanaf 1 maart 2013.

---

<sup>15</sup> Een fail-safe-mechanisme is een back-upmechanisme dat moet garanderen dat elke patiënt met een abnormaal screeningsresultaat de nodige medische opvolging krijgt.

<sup>16</sup> Koninklijk besluit van 11/02/2013 (Belgisch Staatsblad van 25/02/2013).

## Actie 6: Consultatie om gezondheidsrisico's te voorkomen

### 1. Gratis preventieve gezondheidscheck-up bij de huisarts

Oorsprong  
Start

Kankerplan 2008  
01/04/2011

Het akkoord van de ziekenfondsen-artsen 2009 – 2010 bevat ondermeer een project voor een gratis preventieve gezondheidscheck voor personen tussen 45 en 75 jaar met een Globaal Medisch Dossier. Dit project ging van start op 1 april 2011. Een jaarlijks budget van 22,5 miljoen euro werd hiervoor voorzien.

De concrete uitvoering bestaat uit het integreren van een preventiemodule in het Globaal Medisch Dossier (GMD) via een kosteloze consultatie bij de huisarts. Deze preventiemodule omvat een checklist met verschillende criteria met betrekking tot de levensstijl (voeding, roken, alcohol, lichaamsbeweging, stress, ...), onderzoek van het cardiovasculair systeem, screenings (colorectale kanker, baarmoederhals- en borstkanker, ...), vaccinatie (difterie, tetanus, griep, pneumokok, ...), de biologische doseringen (bloedsuikerspiegel, creatinine en proteïnurie, cholesterol, ...), enz. Om de preventiemodule zoveel mogelijk met de gezondheidsdoelstellingen van de Gemeenschappen te laten overeenstemmen, werd het thema geestelijke gezondheid toegevoegd.

Concreet ontvangt een huisarts die de verzekeringsinstelling meedeelt dat er bij zijn patiënt met een GMD een preventiemodule is gestart bovenop de honoraria voor het beheer van het globaal medisch dossier een forfaitaire preventiehonorarium, van 10 euro. Rechthebbenden tussen 45 en 75 jaar kunnen eenmaal per jaar gebruik maken van deze verrichting.

In 2011 (vanaf 1 april) werden er 232.047 preventieve consultaties uitgevoerd, waarvan 51.555 in wijkgezondheidscentra. In het jaar 2012 werden 369.515 preventieve gezondheidscheck-ups uitgevoerd, waarvan 49.300 in wijkgezondheidscentra<sup>17</sup>.

	2011*	2012
Huisarts	180.492	320.215
Wijkgezondheidscentra	51.555	49.300
<b>TOTAAL</b>	<b>232.047</b>	<b>369.515</b>

**Tabel 5: Aantal verrichte preventieve gezondheidscheck-ups bij huisartsen en in wijkgezondheidscentra, per jaar. (2011\*: vanaf 01/04/2011).**

Het project wordt verlengd tot 31 december 2014.

<sup>17</sup> Merk op: deze cijfers geven het aantal verrichte consultaties weer, zoals geregistreerd in augustus 2013.

## 2. Opleiding van artsen inzake het voorkomen van gezondheidsrisico's

Oorsprong

Kankerplan 2008

In het kader van de accreditatie van de artsen voorziet deze maatregel een module voortgezette opleiding over het voorkomen van gezondheidsrisico's.

De directiegroep voor de accreditatie van de artsen (RIZIV) reageerde negatief op het voorstel van de Minister rond de voortgezette opleiding inzake het voorkomen van gezondheidsrisico's. Men blijft echter ontvankelijk voor het overleg, en er komen nieuwe voorstellen.

Momenteel zijn er 2 modules e-learning beschikbaar: de module 'urine-incontinentie', die werd voorgesteld in het kader van het plan 'Prioriteit voor chronische ziekten' en recent werd de module 'Het optimaal gebruik van het EMD<sup>18</sup>' toegevoegd in opdracht van de Nationale Raad voor KwaliteitsPromotie (NRKP). Toegang verloopt via het eHealth-portaal.

Op voorstel van het Observatorium voor chronische ziekten zal een nieuwe e-learning project "Tenlasteneming van obesitas in de eerste lijn" ontwikkeld worden. Deze module zal uitgewerkt worden door vzw 'Eetexpert'. Deze e-learning module is prioritair gericht op artsen actief in de eerstelijns geneeskunde, maar zal ook opengesteld worden voor iedere arts met RIZIV nummer en artsen in opleiding. De module is bedoeld als navorming voor (huis)artsen en biedt een overzicht van de huidige aanbeveling voor goede medische praktijkvoering voor de aanpak van obesitas in de eerstelijns, conform aan de bestaande nationale en internationale EBM guidelines. De module zou online beschikbaar moeten zijn vanaf juli 2014. De totale looptijd van het opleidingsprogramma bedraagt 3 jaren.

---

<sup>18</sup> EMD: Elektronisch Medisch Dossier

## Bijkomende actie: Campagne om colorectale kanker op te sporen

### 3. Programma om colorectale kanker op te sporen

Oorsprong

Toevoeging 2011

Start

VI: 01/10/2013 –

W: 01/03/2009

België registreerde in 2009 8.230 nieuwe gevallen van colorectale kanker. De laattijdige diagnose van dergelijke kanker leidt nog altijd tot een belangrijk sterftecijfer. Wanneer de tumor in een vroeg stadium ontdekt wordt, is de overlevingskans 95%. De ontwikkeling van een poliep, een uitstulping in de wand van de dikke darm, tot een kwaadaardig gezwel duurt gemiddeld zo'n 10 jaar. Dit geeft het voordeel dat dikkedarmkanker dus vroegtijdig kan opgespoord worden.

Het preventieprotocolakkoord dat op 28 september 2009 in de IMC Volksgezondheid ondertekend werd, biedt een kader voor de cofinanciering door de federale overheid van preventieprogramma's die één of meer gemeenschappen organiseren. Dat akkoord werd tot eind 2014 verlengd.

Sinds 1 maart 2009 organiseert de Franse gemeenschap in samenwerking met de Duitstalige Gemeenschap voor mannen en vrouwen van 50 tot en met 74 jaar een screeningsprogramma voor colorectale kanker. Dat gebeurt via het tweejaarlijks opsporen van bloed in de stoelgang via een iFOB-test (Immunochemische Fecaal Occult Bloed Test). In Brussel en Wallonië spelen de huisartsen een centrale rol in de informatie-uitwisseling en het toekennen van de geschikte screeningtest, en ze zorgen ook voor de terugkoppeling en de follow-up van de patiënten. Op basis van het risicoprofiel van de patiënt beslist de huisarts of een iFOB-test (bij middelmatig risico) of een coloscopie (bij hoog risico) het meest aangewezen is. De ziekenfondsen worden bij dit programma betrokken, vanaf het concept tot de communicatie, onder andere via de verspreiding van brochures aan de loketten.

In de Vlaamse Gemeenschap werden twee screening-proefprojecten uitgevoerd. De Vlaamse Gemeenschap bestudeerde de haalbaarheid van de invoering van dat onderzoek en zal een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker starten vanaf 1 oktober 2013. Mannen en vrouwen van 56 tot en met 74 jaar krijgen om de 2 jaar een uitnodiging in de bus samen met de iFOB-test. Wie wil deelnemen, kan met de kit thuis zelf een stoelgangstaal nemen en het met de voorgefrankeerde envelop opsturen naar het labo. Twee weken later wordt het resultaat zowel naar de patiënt als naar zijn huisarts gestuurd. De huisarts zal het resultaat toelichten en indien nodig doorverwijzen voor eventuele vervolgonderzoeken.

Een overeenkomst met het RIZIV over de co-financiering van het bevolkingsonderzoek is in voorbereiding.

## Bijkomende inlichtingen: Kanker en leefmilieu

### **1. Haalbaarheidsstudie over de invoering van een systeem dat leefmilieugebonden kankerrisicofactoren bij kinderen registreert.**

In 2004 spraken de Europese partners van de WHO af om samen te werken rond problemen leefmilieu-gezondheid.<sup>19</sup> De complexe verhouding tussen kanker bij kinderen en het leefmilieu werd er als één van de prioriteiten naar voor geschoven. Een systematische registratie van leefmilieufactoren zou kunnen leiden tot een beter begrip van de banden tussen leefmilieu en kanker bij kinderen.

Het Nationaal Actieplan Leefmilieu-Gezondheid (NEHAP) besteedt bijzondere aandacht aan deze problematiek. In dat kader lanceerde men in november 2010 een haalbaarheidsstudie over de invoering van een registratiesysteem om het verband tussen kanker bij kinderen en leefmilieu te onderzoeken. Deze studie wordt met 40.000 euro gefinancierd. De resultaten werden op 16 januari 2012 aan de leden van de nationale cel van de NEHAP voorgesteld. Het rapport geeft aan dat het toepassen van een dergelijk registratiesysteem in België mogelijk is. De gegevens zijn beschikbaar en kunnen worden gekoppeld. De nodige expertise is aanwezig.

In het derde NEHAP-plan (2014) dat momenteel wordt uitgewerkt, zal men nagaan of men voor België een geboortecohorte kan volgen.

### **2. Epidemiologisch onderzoek naar de gezondheidstoestand van mensen die in de buurt van een nucleaire site wonen**

In het najaar van 2008 kreeg het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid de opdracht om op nationaal vlak een epidemiologisch onderzoek naar de gezondheidstoestand van personen die in de buurt van een kerncentrale wonen uit te voeren. De studie onderzocht de incidentie van acute leukemie bij kinderen en van schildklierkanker die zich in een straal van 20 km rond de kerncentrales van Doel en Tihange, en ook rond de onderzoekssites van Fleurus en Mol-Dessel zouden kunnen ontwikkelen. Het onderzoek betrof ook Belgisch grondgebied in de buurt van de nucleaire site van Chooz (Frankrijk). De volledige onderzoeksresultaten werden op 25 april 2012 aan de commissie Volksgezondheid van de Kamer voorgesteld.

Dit onderzoek moest een eerste evaluatie maken van de mogelijke gezondheidsrisico's van mensen die in de buurt van nucleaire sites wonen. De analyses baseerden zich op de laatste statistische gegevens van de Stichting Kankerregister, namelijk de gegevens met betrekking tot de incidentie van schildklierkanker en leukemie (voor de periode 2000-2008 voor het Vlaamse Gewest,

---

<sup>19</sup> Financiering via het DG "Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer" in de FOD VVL en de dienst "Multilaterale en Strategische Zaken" van het DG Leefmilieu.



en voor de periode 2004-2008 voor het Waalse Gewest en het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest).

In 2010 toonden de eerste gegevens van het aantal geregistreerde gevallen van schildklierkanker een belangrijke ongelijkheid tussen het noorden en het zuiden, en ook grote verschillen binnen eenzelfde zone. Om die verschillen beter te begrijpen en om eventueel uit te sluiten dat ze aan verschillende diagnosepraktijken te wijten waren, kreeg het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) de opdracht om het diagnoseverloop van deze ziekten te bestuderen.

Het WIV heeft in de huidige fase van zijn onderzoek geen bewijs aangereikt waaruit men zou kunnen besluiten dat er een verband bestaat tussen de incidentie van schildklierkanker en acute leukemie bij kinderen en het feit dat men in de buurt van een nucleaire site woont. Het WIV wijst in zijn besluiten immers verschillende elementen aan die in de komende jaren verder moeten worden uitgediept of gevolgd. Het lijkt er dus op dat er binnen 5 jaar, wanneer er meer gegevens beschikbaar zijn, een nieuwe epidemiologische studie zal moeten worden uitgevoerd.

De definitieve resultaten van de parallelle KCE-studie<sup>20</sup> over de kankerdiagnose en -behandeling verschenen in mei 2012. In zijn rapport merkt het KCE op dat er in Brussel en in Wallonië voor de diagnose en behandeling van schildklieraandoeningen meer onderzoeken met medische beeldvorming en heelkundige ingrepen gebeuren. Het verslag geeft aan dat dit de tussen de gewesten vastgestelde incidentieverschillen zou kunnen verklaren, maar dat er nog diepgaander onderzoek nodig is om dat besluit te bevestigen. Een betere follow-up van de internationale klinische richtlijnen in de behandeling van schildklieraandoening zou kunnen bijdragen tot het verminderen van de regionale verschillen.

### **3. Studie over het opnemen en registreren van leefmilieufactoren in het elektronisch medisch dossier (EMD)**

Kennis van sommige leefmilieufactoren met een grote invloed op de gezondheid kan ertoe bijdragen dat de arts symptomen beter begrijpt en een betere diagnose kan stellen. Het elektronisch medisch dossier (EMD) biedt in dat verband mogelijkheden.

In het kader van het Federaal Plan voor Duurzame Ontwikkeling 2, in partnership met de andere bij de uitvoering van het NEHAP betrokken instanties, wil de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu de variabelen van het elektronisch medisch dossier tot leefmilieudeterminanten in de brede zin uitbreiden.

Het eerste deel van dit project bestaat uit een haalbaarheidsstudie om leefmilieufactoren te integreren in het elektronisch medisch dossier. Een budget van

---

<sup>20</sup> KCE rapport 177: Regionale verschillen in de incidentie van schildklierkanker in België: rol van de diagnostische en therapeutische aanpak van schildklierpathologie

bijna €62.000 werd toegekend aan de UGent voor een onderzoek dat de artsen een gestructureerd systeem moet bieden om via het EMD relevante leefmilieugegevens te verzamelen. Het lopende onderzoek bestaat uit twee delen:

1. de wetenschappelijke analyse van de informatie betreffende leefmilieufactoren, specifiek voor België;
2. het onderzoek naar de technische haalbaarheid om de leefmilieufactoren in het EMD in te voeren, en de voorwaarden en voorstellen formuleren om deze registratie mogelijk te maken.

Het eerste onderdeel werd eind 2011 afgerond. Het 2e deel zal in 2012-2013 van start gaan, op basis van de resultaten van het 1e deel.

#### **4. Campagne "Veilig in de zon"**

Te lange blootstelling aan de zon is één van de belangrijkste oorzaken van huidkankers. Volgens cijfers van het Kankerregister worden in België elk jaar 1.500 nieuwe gevallen van kwaadaardige melanomen gediagnosticeerd. Bijna één vijfde daarvan kent een noodlottige afloop.

Sinds 2007 wordt er jaarlijks vóór de zomer een informatiecampagne "Veilig in de zon" gestart. Ze wil de informatie die nodig is om in alle veiligheid van de zon te genieten, om zich adequaat te beschermen en om zonneproducten goed te gebruiken bij een zo breed mogelijk publiek verspreiden.

Het is een initiatief van het OIVO, DETIC, FEDIS en van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

#### **5. Verband tussen de blootstelling aan pesticiden voor de landbouw en het ontstaan van kankers en andere ziekten bij de mens**

De FOD Volksgezondheid geeft financiële steun voor het systematisch overzicht van de epidemiologische studies naar een mogelijk verband tussen de blootstelling aan pesticiden voor de landbouw en het ontstaan van kanker en andere ziekten bij de mens.

In dat verband onderzoekt men de analyses van de epidemiologische studies over het risico op aantasting van het centrale zenuwstelsel bij personen die aan pesticiden zijn blootgesteld. In een eerste fase richten de onderzoekers zich op de vastgestelde hersentumoren bij kinderen, mogelijks als gevolg van een beroepsmatige blootstelling van hun ouders aan pesticiden.

Kinderen die *in utero* of in de eerste levensjaren aan pesticiden worden blootgesteld zouden een groter risico op leukemie kunnen lopen. Zo luidt de conclusie van een studie<sup>21</sup> die de KU Leuven op verzoek van de FOD Volksgezondheid uitvoerde. Dat

---

<sup>21</sup> Van Maele-Fabry G et al. Residential exposure to pesticides and childhood leukaemia: a systematic review and meta-analysis. *Environ Int.* 2011 Jan; 37(1):280-91.

resultaat zet de FOD er toe aan om de ouders van kleine kinderen en ongeboren kinderen aan te raden zo weinig mogelijk met die producten in aanraking te komen. De artsen zijn het best geplaatst om met de ouders over de risico's van pesticidegebruik te spreken.

Naar aanleiding van de "Week zonder pesticides" van 2012 verspreidde de FOD Volksgezondheid onder de artsen en het publiek de boodschap dat jonge kinderen en ongeboren kinderen best zo weinig mogelijk met pesticiden in aanraking komen.

Deze problematiek zal in het kader van het PRPB (Programma voor de Reductie van Pesticiden en Biociden) en van het met de deelgebieden ontwikkelde NAPAN (Nationaal Actie Plan d'Action National) uiteraard verder van nabij worden gevolgd.

## Bijkomende inlichtingen: Kanker en voedingsgewoonten

### 1. Alcoholplan

De Belgische ministers voor Volksgezondheid keurden op de IMC Volksgezondheid van 17 juni 2008 een "Gemeenschappelijke verklaring over het toekomstige alcoholbeleid" goed. De verklaring benadrukt de noodzaak van een geïntegreerd, efficiënt en gecoördineerd beleid in de strijd tegen het problematische alcoholgebruik in België. De algemene doelstellingen betreffen ten eerste de preventie en vermindering van de aan alcohol gerelateerde schade en ten tweede het bestrijden van het onaangepaste, buitensporige, problematische en risicovolle gebruik van alcohol naast het bestrijden van de afhankelijkheid van alcohol. Deze verklaring richt zich in de eerste op jongeren. De wet van 10 december 2009 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid verbiedt enerzijds de verkoop van wijn en bier aan minderjarigen jonger dan 16 jaar en anderzijds de verkoop van sterkedranken aan minderjarigen jonger dan 18 jaar. De bepalingen zijn sinds 10 januari 2010 van kracht.

De inspectiedienst van de FOD Volksgezondheid ziet toe op de verbodsmaatregelen rond alcoholverkoop aan minderjarigen.

Daarnaast wordt in overleg met de sector de gedragscode rond alcoholreclame grondig herzien, en met als doel deze afspraken te effectualiseren in een koninklijk besluit.

### 2. Samenhang tussen voeding en kanker

Het rapport van het World Cancer Research Fund<sup>22</sup> resulteerde in conclusies rond de causale samenhangen van bepaalde voedingsmiddelen en kanker en dit in drie categorieën: 1) overduidelijke oorzaaksamenhang, 2) waarschijnlijke en 3) mogelijke oorzaaksamenhang, telkens ingedeeld in gereduceerd of gestegen risico. Zo werd door middel van de systematische literatuurreview bijvoorbeeld een *overduidelijke* oorzaaksamenhang gevonden tussen fysieke activiteit en verminderd risico op dikke darm kanker. Anderzijds werd er een overduidelijke oorzaaksamenhang gevonden tussen het consumeren van bewerkt en onbewerkt rood vlees en kanker in dikke darm en endeldarm. Zo werd er ook bijvoorbeeld een *waarschijnlijke* oorzaaksamenhang aangetoond tussen consumptie van vruchten en groenten en verminderd risico op kanker in mond, maag, longen en een verhoogd risico op maag kanker bij het eten van teveel zout. Als laatste voorbeeld duiden zij een *mogelijke* oorzaaksamenhang met een verminderd risico op kanker in dikke darm en endeldarm bij het eten van vis en anderzijds een verhoogd risico op kanker in de maag bij het

---

<sup>22</sup> Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a Global Perspective. Second expert report (2007). World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer research. ISSN/ISBN: 978-0-9722522-2-5

consumeren van gerookte voedingsmiddelen. Bovendien ziet het ernaar uit dat de dose-respons samenhang lineair is.

### **3. Nationaal Voedings- en gezondheidsplan (NVGP-B )**

Sommige evoluties in onze levensstijl leiden er toe dat we slechte voedingsgewoontes aannemen en minder bewegen. Deze risicofactoren zorgen op hun beurt voor meer gevallen van overgewicht, obesitas en de daarmee verbonden chronische aandoeningen. Het Nationaal Voeding- en gezondheidsplan voor België (NVGP-B) wil deze problematiek aanpakken en de gezondheid van de Belgische bevolking in gunstige zin beïnvloeden. Het NVGP-B dient gezien te worden in de context van enerzijds een nationaal veranderde maatschappij en anderzijds in de context van initiatieven vanuit de Europese Unie en vanuit de Wereldgezondheidsorganisatie met een globale strategie inzake voeding, lichaamsbeweging en gezondheid. Het NVGP-B werd in nauwe samenwerking met de Gemeenschappen ontwikkeld.

Het NVGP-B pakt niet alleen de problematiek van de voeding en het overgewicht aan, maar ook de problemen van ondervoeding, selectieve voedingstekorten en problemen in verband met communicatie en reclame. Een belangrijk instrument in het monitoren en opvolgen van de voedselconsumptie en voedingsgedrag was de voedselconsumptiepeiling uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid in 2004-2005. Een tweede voedselconsumptiepeiling wordt momenteel voorbereid en zal doorgevoerd worden in 2014.

De evaluatie van het eerste NVGP begon in 2010. De FOD Volksgezondheid maakte in oktober 2011 een interne evaluatie, en onderzoekers van de ULG rondden in juni 2011 een externe evaluatie af. Verschillende openbare en privébelanghebbenden werden bevraagd om de relevantie van het initiatief van het NVGP op het terrein en het beheer en de inhoud ervan te evalueren. De externe evaluatie van het NVGP is ter beschikking bij de FOD Volksgezondheid.

Enkele uitgevoerde maatregelen van het NVGP-B 2005-2010:

- Vermindering van het zoutgebruik

Volgens de WHO consumeert 90% van de mannen en 59% van de vrouwen méér dan het toegestane maximum van 5 g per dag.

De campagne "Zout: top? Stop het zout!" » werd in mei 2009 gelanceerd en wil de burger over de zoutproblematiek informeren.

Omdat 75% van het geconsumeerde zout van voedingsproducten afkomstig is, beloofden de Belgische producenten en handelaars om tegen 2012 de consumptie met 10% te doen dalen

- Voedingsteams in de ziekenhuizen

Het proefproject "voedingsteam in de ziekenhuizen", dat de bij de patiënten vaak voorkomende problemen van ondervoeding wil voorkomen en beter behandelen, werd naar meerdere ziekenhuizen uitgebreid. In totaal nemen 96 ziekenhuizen aan dit project deel. Een eerste analyse toonde het belang aan van een dergelijk

project. In samenwerking met Nubel werd een softwareprogramma ontwikkeld om de gezondheidswerkers te helpen bij het analyseren van het risico op ondervoeding (NubelPro).

- Initiatief Babyvriendelijk ziekenhuis

Het initiatief "babyvriendelijk ziekenhuis" werd in samenwerking met het Federaal Borstvoedingscomité in 21 materniteiten opgezet. Ziekenhuizen met dit label stimuleren jonge moeders om borstvoeding aan hun baby te geven. Bovendien zal dankzij een financiële steun aan de deelnemende ziekenhuizen het ziekenhuispersoneel dat bij bevallingen betrokken is een betere opleiding over borstvoeding krijgen.

In de volgende twee jaar zal het NVGP zich op de volgende actiedomeinen concentreren:

- **De verbetering van het voedingsaanbod.** Het overleg met de Belgische privésector (voedingsindustrie, groothandel, horecasector) wordt voortgezet, in het bijzonder over het gehalte aan zout, toegevoegde suikers, verzadigde en transvetzuren van de voedingswaren. De vraagstukken rond **marketing en reclame**, etikettering en gezondheidsaanspraken en een profileringsstelsel van voedingswaren om de consumenten bij hun keuze te helpen Vragen verduidelijking.
  
- Het invoeren van een **monitoringsstelsel van de voedingsgewoonten** van de bevolking om de voedingspatronen te analyseren (de laatste enquête over de voedingsgewoonten van de bevolking dateert van 2004 en includeerde de bevolking ouder dan 15 jaar). In België is er nood aan een nieuw nationaal onderzoek naar voedselconsumptie met de nadruk op kinderen, gezien dit voor hen in België nog niet bestaat.  
In het volgende geplande voedselconsumptieonderzoek (FCS2014) is de onderzoeksgroep afgelijnd tussen 3 tot 64 jaar en zal men werken met het nationaal bevolkingsregister om zo representatief mogelijk te zijn. Zo zal deze peiling de hoognodige nationale gegevens over de voedingsconsumptie bij jongeren verschaffen om inname- en micronutriënten, additieven en blootstellingsanalyses aan verontreinigende stoffen en pesticiden. België heeft zich daartoe ook bij de EFSA (European Food Safety Authority) verbonden. *Op Europees niveau zullen de resultaten uit het voedingsconsumptieonderzoek worden opgenomen voor het Belgische deel van het Europees project EU-MENU<sup>23</sup>.* Dit project beoogt de verzameling van vergelijkbare resultaten over voedingsconsumptie binnen Europa.
  
- **De zorgkwaliteit verbeteren**, in het bijzonder:

---

<sup>23</sup> <http://www.efsa.europa.eu/en/datexfoodcdb/datexeumenu.htm>

- 1) de opleiding van het (medisch en paramedisch) ziekenhuispersoneel en personeel van de eerstelijns, door een betere kennis van de voeding en borstvoeding (voortgezette opleiding via e-learning en opname in de programma's van de toekomstige gediplomeerden);
  - 2) de voedingsteams voor het opsporen, behandelen en transmuraal volgen van de ondervoeding;
  - 3) de uitbreiding van het Babyvriendelijk Ziekenhuis-label in de materniteiten;
  - 4) geschikte behandelingswijze van de obesitaspatiënt;
  - 5) opsporen en behandelen van diabetespatiënten.
- **De integratie van de dimensie "Health in all policies" in de andere federale beleidsdomeinen** om de beleidsdaden (financiën, economische zaken, werk, maatschappelijke integratie, gelijke kansen...) doeltreffender te maken.
  - **De integratie van de duurzaamheidsdimensie in het voedingsbeleid.** De landbouwproductiewijzen van de afgelopen vijftig jaar mikten vooral op de productiviteitkwantiteit in plaats van op een landbouwproductie die aan onze voedingsbehoeften beantwoordt(kwaliteit)., met dramatische gevolgen voor de voeding (een verbroken evenwicht aan essentiële vetzuren, een overconsumptie van suikers...), het milieu (ontbossing, biodiversiteitsverlies, verarming en vervuiling (pesticiden) van de grond, uitstoot van broeikasgassen (koolzuurgassen, methaan...) en voor de mens (verarming van de gezinslandbouw ten voordele van de grote exploitaties, het verdwijnen van de biotoop van de equatoriale en Indonesische oerwouden).
  - **De voortzetting van de door de federale overheden ondernomen acties** op het gebied van het onderzoek, de herformulering, de normering, de etikettering, de fiscale maatregelen en de kwaliteitsverbetering. Deze acties vullen de actieplannen van de Gemeenschappen aan. Het federaal niveau kan overigens op vraag van de Gemeenschappen een coördinerende of ondersteunende rol spelen. Om een samenhangend beleid te voeren, een brede steun te verwerven en de acties op alle niveaus efficiënt uit te voeren moeten we een overleg en samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus tot stand brengen.

Het Nationaal Voedings- en gezondheidsplan heeft ertoe bijgedragen om de voedingsgewoonten van de bevolking te verbeteren en zal die rol in de volgende jaren blijven spelen, zowel rechtstreeks (informatie) als onrechtstreeks (herformuleren van voedingswaren, opleidingen, zorgkwaliteit...). Dat heeft allemaal positieve gevolgen in het kader van het voorkomen van bepaalde kankers die met onze slechte levensstijl samenhangen.

## Domein II: ZORG, BEHANDELING EN STEUN VOOR DE PATIËNTEN

### Actie 7: Specifieke steun op het moment van de mededeling dat kanker werd vastgesteld

#### 1. Invoering van een consultatie van lange duur voor de mededeling van de diagnose

Oorsprong Kankerplan 2008  
Start 01/11/2010

Binnen het project van het RIZIV om het multidisciplinaire oncologisch consult te herwaarderen werd een nieuwe nomenclatuur toegevoegd voor een consultatie van lange duur waarbij de arts de diagnose van kanker toelicht aan de patiënt.

De langdurige consultatie voor de mededeling van de kankerdiagnose wordt sinds 1 november 2010 terugbetaald<sup>24</sup>. Die nieuwe verrichting beoogt concreet dat de arts de patiënt uitleg kan geven over de diagnose, de voorgestelde bijkomende onderzoeken en het behandelingsplan zoals beschreven in het verslag van het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC) dat daaraan moet voorafgaan.

Deze volledig terugbetaalde consultatie bedraagt ongeveer 58 euro. De erkende behandelende huisarts en/of de behandelende arts-specialist die aan dit MOC hebben meegewerkt kunnen hiervoor maar één attest uitreiken, en alleen na een eerste MOC.

Onderstaande tabel geeft het aantal langdurige consultaties bij de huisartsen en de specialisten weer, per jaar sinds de aanvang van de maatregel op 1 november 2010.

Langdurige consultatie bij..	2010*	2011	2012
Huisarts	11	416	488
Specialist	347	12.900	20.220
<b>TOTAAL</b>	<b>358</b>	<b>13.316</b>	<b>20.708</b>

Tabel 6: Aantal langdurige consultaties voor toelichting van de diagnose en het behandelingsplan bij de huisarts en de specialist, per jaar. (2010\*: sinds 1/11/2010).

#### 2. Opleiding communicatie met patiënten en hun omgeving + Opleiding psycho-oncologie

Oorsprong Kankerplan 2008  
Start 2010

Om de kwaliteit van het diagnosegesprek te waarborgen, wordt sinds 2010 in de financiering voorzien van een opleiding 'Communicatie in oncologie' en in een trainingsprogramma 'Psycho-oncologie'.

<sup>24</sup> Koninklijk besluit van 18/08/2010 (Belgisch Staatsblad van 24/09/2010).



- *Een opleiding communicatie bestemd voor de artsen en het verzorgend personeel in de ziekenhuizen die contact hebben met oncologische patiënten.*

Na een oproep tot kandidaatstelling werden het Cédric Hèle Instituut (CHI) en het Centre de Psycho-oncologie (CPO) gekozen om deze opleiding te organiseren. Onderstaande tabel geeft per jaar het aantal inschrijvingen per discipline aan de opleiding communicatie weer.

	2010	2011	2012	
CHI	Arts	70	27	15
	Verpleging	76	90	95
	Maatschappelijk werker	12	29	17
	Andere	4	32	20
	<b>Totaal</b>	<b>162</b>	<b>178</b>	<b>147</b>
CPO	Arts	22	4	10
	Verpleging	122	145	141
	Maatschappelijk werker	-	-	14
	Andere	31	1	-
	<b>Totaal</b>	<b>175</b>	<b>150</b>	<b>165</b>
<b>CHI + CPO</b>	<b>337</b>	<b>328</b>	<b>312</b>	

**Tabel 7: Aantal inschrijvingen aan het CHI en CPO voor de opleiding 'Communicatie in oncologie', per jaar en per beroepscategorie.**

- *Opleiding in de psycho-oncologie voor psychologen die in het kader van een oncologisch zorgprogramma (OZP) werken.*

De FOD Volksgezondheid ondersteunt sinds september 2010 de deelname aan deze twee jaar durende interuniversitaire opleiding door psychologen die in het kader van oncologische zorgprogramma's werken.

Langs Franstalige kant start het Centre de Psycho-Oncologie (CPO) jaarlijks een nieuwe opleidingscyclus. Langs Nederlandstalige kant organiseert het Cédric Hèle Instituut (CHI) om de twee jaar een nieuwe opleidingscyclus. Deze organisaties organiseren elk jaar een internationaal symposium, dat open staat voor de studenten die zich voor de Nederlandstalige of Franstalige cyclus hebben ingeschreven.

Onderstaande tabel geeft per jaar het aantal inschrijvingen weer voor de opleiding psycho-oncologie aan het CHI en CPO.

	2010	2011	2012
CPO	25	46	47
CHI	35	31	19
<b>TOTAAL</b>	<b>60</b>	<b>77</b>	<b>66</b>

**Tabel 8: Aantal inschrijvingen voor de opleiding psycho-oncologie aan het CPO en CHI, per jaar.**

Om te beantwoorden aan de nood van hulpverleners naar concrete en bruikbare richtlijnen in de psychosociale oncologie heeft het CHI de toestemming verkregen van de American Psychosocial Oncology Society (APOS) om hun handboek "Quick Reference for Oncology Clinicians" te vertalen en te bewerken. Het aangepaste handboek werd voorgesteld op het CHI symposium van 25 november 2011. Een aantal hoofdstukken werden omgezet naar de Belgische situatie (medicatie, nationale organisaties). Het handboek kan besteld worden via de CHI-website<sup>25</sup>.

Het CPO organiseerde een symposium op 12 en 29 mei 2012. Het CHI organiseerde een event "De Kracht van Wit" op 29 november 2012.

Naar aanleiding van het tienjarig bestaan van het CHI wordt een congres georganiseerd op 19 december 2013.

### 3. Uitwerking van een mededelingsprotocol

Oorsprong

Kankerplan 2008

Een werkgroep van het College oncologie deed in september 2010 een voorstel rond een mededelingsprotocol voor het overbrengen van de diagnose en van slecht nieuws tijdens de behandeling. Op basis van de analyse van dat voorstel gaf het Kankercentrum in het najaar van 2010 een advies en deed het verschillende aanbevelingen om een dergelijk mededelingsmechanisme op te zetten. De haalbaarheid en benodigde middelen om deze maatregel te concretiseren worden bestudeerd.

---

<sup>25</sup> <http://www.cedric-heleinstituut.be/documents/home/chi-boek.xml?lang=nl>

## Actie 8: Opwaardering van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC)

### 1. Verplicht multidisciplinair oncologisch consult (MOC) voor alle nieuwe kankergevallen

Oorsprong Kankerplan 2008  
Start 01/11/2010

Het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) bestaat uit een overleg tussen ten minste vier artsen van verschillende specialismen. Het werd gecreëerd om de kwaliteit van de behandeling en begeleiding van kankerpatiënten te verbeteren (dossieranalyse, uitleg over de diagnose en opstellen van een behandelingsplan). Het MOC is ook van belang om de gegevensbank van het Kankerregister te voeden.

Sinds 1 november 2010 werd de nomenclatuur van de MOC-prestaties aangepast<sup>26</sup>. Er werd in een budget van bijna 6,58 miljoen euro voorzien.

- De wijziging van de nomenclatuur heeft verschillende aspecten: Een "eerste" verplicht MOC voor de nieuwe kankerdiagnoses;
- Na een "eerste" MOC kan er een vervolg-MOC komen.
- De mogelijkheid om naar een bijkomend MOC in een ander ziekenhuis door te verwijzen.

In het Belgisch Staatsblad (26-04-2012) verschenen nieuwe interpretatieregels met in het bijzonder de attesteringsvoorwaarden van het vervolg-MOC en van het bijkomende MOC.

In 2012 werden er in totaal 105.091 MOC's geregistreerd. Ze waren als volgt verdeeld: 68.943 eerste MOC's, 35.572 vervolg-MOC's en 576 bijkomende MOC's.

	2010*	2011	2012
Eerste MOC	91.606	72.452	68.943
Vervolg MOC	279	25.760	35.572
Bijkomend MOC	3	484	576
<b>TOTAAL</b>	<b>91.888</b>	<b>98.696</b>	<b>105.091</b>

**Tabel 9: Aantal MOC's (2010\*: sinds 1/11/2010 voor vervolg MOC en bijkomend MOC; de cijfers van het eerste MOC beslaan het volledige jaar 2010!).**

<sup>26</sup> Koninklijk besluit van 18/08/2010 (Belgisch Staatsblad van 24/09/2010).

## 2. Opwaardering met 5% van de honoraria in het kader van het MOC

Oorsprong Kankerplan 2008  
Start 01/03/2010

Sinds 1 maart 2010 gelden er twee nieuwe verrichtingen in het kader van het MOC: een bijkomend honorarium voor de coördinatie van een multidisciplinair oncologisch consult door de arts-specialist medische oncologie of door de arts-specialist met de bijzondere beroepstitel klinische hematologie of pediatrie hematologie, en een bijkomend honorarium voor de deelname aan een multidisciplinair oncologisch consult door artsen met één van de vernoemde specialiteiten<sup>27</sup>.

Onderstaande tabel geeft voor elk type het aantal toegekende honoraria per jaar weer.

	2010*	2011	2012
Coördinatie honorarium	26.928	60.852	64.718
Deelname honorarium	20.677	47.084	52.480

**Tabel 10: Aantal honoraria voor de coördinatie van en de deelname aan het multidisciplinair oncologisch consult. (2010\*: sinds 1/03/2010).**

Daarnaast werden in 2012 ook 402.262 deelnames aan het MOC geattesteerd door artsen zonder deze beroepstitel.

## 3. Herwaardering van de specifieke raadplegingen van medische oncologen, hematologen en endocrinologen

Oorsprong Toevoeging 2010  
Start 01/10/2010

Naar aanleiding van de erkenning van arts-specialist in de medische oncologie en binnen het kader van de herwaardering van de medische oncologen, hematologen en endocrinologen werden sinds 1 maart 2010 nieuwe verrichtingen van specifieke consultaties aan de nomenclatuur toegevoegd<sup>28</sup>.

Om de stijging van het remgeld van de patiënten te beperken ten gevolge van de herwaardering van de consultaties van de medische oncologen, hematologen en endocrinologen, werd het remgeld voor de consultaties van arts-specialisten tot 15,15 euro. Dat werd op 1 oktober 2010 van kracht<sup>29</sup> begrensd.

<sup>27</sup> Koninklijk besluit van 18/12/2009 (Belgisch Staatsblad van 28/01/2010).

<sup>28</sup> Koninklijk besluit van 18/12/2009 (Belgisch Staatsblad van 28/01/2010).

<sup>29</sup> Koninklijk besluit van 26/08/2010 (Belgisch Staatsblad van 15/09/2010).

Consultatie bij	2010*	2011	2012
Medisch oncoloog	160.869	250.492	261.445
Klinisch hematoloog	98.611	164.051	174.424
Endocrinoloog-diabetoloog	444.720	484.699	503.670
<b>TOTAAL</b>	<b>704.200</b>	<b>899.242</b>	<b>939.539</b>

Tabel 11: Aantal consultaties bij de medisch oncoloog, klinisch hematoloog en endocrinoloog-diabetoloog (geaccrediteerde + niet-geaccrediteerde artsen) per jaar. (2010\*: voor medisch oncologen en klinisch hematologen: sinds 1/03/2010; voor endocrinoloog-diabetologen: sinds 1/01/2010).

#### 4. De deelname van huisartsen aan het MOC bevorderen

Oorsprong  
Start

Toevoeging 2010  
2009

Om de huisartsen nauwer bij het multidisciplinair oncologisch consult te betrekken, werden via een RIZIV-overeenkomst sinds 27 juli 2009 twee proefprojecten van videoconferenties en gegevensuitwisseling gefinancierd.

De deelname van de huisarts tijdens het MOC is belangrijk omdat ze bijkomende informatie over de patiënt kan opleveren. De deelnemingsgraad van de huisarts aan het MOC is eerder beperkt. Verschillende argumenten worden aangehaald: het ogenblik van het MOC, de vereiste verplaatsingen en de al bestaande werklast.

Het RIZIV evalueert de projecten. De resultaten zijn:

- Het eerste project beoogt met een elektronische gegevensuitwisseling in twee richtingen de deelnemingsgraad van de huisarts te verhogen. De resultaten tonen aan dat de interactiviteit tussen de huisartsen en de MOC's intra muros een opmerkelijk groter succes hebben dan de projecten die de fysieke aanwezigheid vereisen. De IT-procedure zou echter weinig aantrekkelijk zijn en moet vereenvoudigd worden. Omdat het project bovendien nog onvoldoende gekend is bij de artsendoelgroep, werd opnieuw contact opgenomen met de huisartsenkringen om die bekendheid te vergroten.
- Het tweede project wil de deelnamegraad van de huisarts verhogen door de mogelijkheid van videoconferenties aan te bieden. Het werd in het AZ Maria Middelaars (Gent) uitgetoetst. De deelname van de huisartsen aan het MOC lijkt toe te nemen op deze manier.

## Actie 9: Invoeren van zorgtrajecten voor kankerpatiënten

### 1. De deelname van de huisarts aan het verloop van de kankerbehandeling bevorderen

Oorsprong Kankerplan 2008  
Start Cfr A8M4

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) heeft in samenwerking met het College voor oncologie en de Stichting Kankerregister verschillende rapporten over de oncologische praktijk in België gemaakt. Deze studies stellen voor om de aanbevelingen terzake te stroomlijnen en de betrokkenheid van de huisarts in het zorgproces te verbeteren.

Zoals toegelicht bij de herwaardering van het multidisciplinair oncologisch consult, begon men met proefprojecten van videoconferenties en gegevensuitwisseling om de huisartsen meer aan het multidisciplinair oncologisch consult te laten deelnemen (zie ook Actie 8 Maatregel 4).

### 2. Definitie van de zorgtrajecten voor kankerpatiënten

Oorsprong Kankerplan 2008

Men zal zich over het invoeren van zorgtrajecten voor kankerpatiënten beraden en, gelet op de centrale plaats die de arts in die trajecten inneemt, de commissie artsen-ziekenfondsen daarbij betrekken. Alvorens nieuwe voorstellen voor het definitief invoeren van dergelijke zorgtrajecten te lanceren, moeten we de evaluatie afwachten van de eerste zorgtrajectprojecten in nierfalen en diabetes.

De gepubliceerde en geplande KCE rapporten kunnen bijdragen aan het omschrijven van de zorgtrajecten voor kankerpatiënten. Onderstaande lijst geeft een overzicht van recent gepubliceerde en geplande studies van het KCE, al dan niet in samenwerking met het College voor oncologie.

Publicatienummer	Titel	Timing:
2010-03-03-GCP KCE rapport 176	Opsporing van borstkanker tussen 70 en 74 jaar	Gepubliceerd in april 2012
2010-06-GCP KCE rapport 177	Regionale verschillen in de incidentie van schildklierkanker in België: rol van de diagnostische en therapeutische aanpak van schildklierpathologie	Gepubliceerd in mei 2012
2009-02-GCP KCE rapport 200	Zorgkwaliteit voor slokdarm- en maagkanker	Aanbevelingen gepubliceerd in mei 2012, Kwaliteitsindicatoren gepubliceerd in mei 2013
2011-10-GCP KCE rapport 185 KCE rapport 191	Ondersteunende therapie bij kanker – Deel 1: Oefentherapie Deel 2: Preventie en behandeling van	Deel 1 gepubliceerd in oktober 2012 Deel 2 gepubliceerd in

	nevenwerkingen van chemotherapie en radiotherapie Deel 3: Pijnbestrijding en psychologische ondersteuning	december 2012 Deel 3 gepubliceerd in november 2013
2011-26-HTA KCE rapport 198	Innovatieve radiotherapie-technieken: een multicenter time-driven activity-based costing studie	Gepubliceerd in maart 2013
2011-01-GCP KCE rapport 194	Nationale Praktijkrichtlijn voor de aanpak van gelokaliseerde prostaatkanker:	Deel 1 gepubliceerd in januari 2013 Deel 2: verwacht in april 2014
2012-33-GCP KCE rapport 143s	Borstkanker bij vrouwen: diagnose, behandeling en follow-up	Gepubliceerd in juli 2013
2012-01 (GCP)	Update praktijkrichtlijn voor de aanpak van colonkanker	Oktober 2013
2010-03-04-GCP	De ontwikkeling van een beslissingshulp voor het maken van een geïnformeerde keuze betreffende borstkankerscreening	November 2013
2011-24-HSR	Zorgorganisatie voor zeldzame tumoren en tumoren die een complexe behandeling vereisen	April 2014
2012-02 (GCP)	Update praktijkrichtlijn voor de aanpak van van longkanker	Gepubliceerd in oktober 2013
2012-04 (GCP)	Richtlijnen inzake de tenlasteneming van hoofd- en halstumoren	April 2014
2012-20 (GCP)	Ontwikkeling van een beslissingshulp voor het maken van een geïnformeerde keuze betreffende PSA-screening	April 2014
2013-51 (GCP)	Praktijkrichtlijn voor het testen van personen op erfelijke vormen van kanker	Juli 2014
2013-04-HSR	Review van de methoden voor de organisatie van bevolkingsonderzoek	April 2014
2013-16-HSR	Evaluatie van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC)	April 2014
2013-05-GCP	Praktijkrichtlijn voor de aanpak van blaaskanker	Juli 2014
2013-25-HTA	Rol van HPV DNA tests in de opsporing van baarmoederhalskanker	Juli 2014
2013-06-GCP	Praktijkrichtlijn voor de aanpak van nierkanker	Oktober 2014
2013-18-HSR	Behandeling van hoofd- en halstumoren in België: vergelijking van aanpak en uitkomst tussen de centra en identificatie van medische en niet-medische prognostische factoren	April 2015

**Actie 10: Psychosociale steun voor de patiënten in het kader van het oncologisch zorgprogramma (OZP)**

**1. Financiering van verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen in de oncologische zorgprogramma's**

Oorsprong Kankerplan 2008  
Start 01/07/2008

Om de gehospitaliseerde kankerpatiënten beter te omringen en te verzorgen, is de financiering van extra verpleegkundigen, maatschappelijk assistenten en psychologen sinds 1 juli 2008 van kracht. De financiering gaat naar ziekenhuizen met een erkend oncologisch zorgprogramma.

Van 2009 tot en met 2011 berekende men de financiering op basis van het aantal MOC's die 2 jaar daarvoor door het RIZIV waren terugbetaald:

- 1 VTE maatschappelijk assistent / 500 MOC
- 1 VTE verpleegkundige in de oncologie / 250 MOC
- 1 VTE oncopsycholoog / 250 MOC

In 2012 werd een budget van 44 miljoen euro besteed aan deze maatregel.

Onderstaande tabel geeft per jaar het totaal aantal gefinancierde voltijds equivalenten weer voor elke beroepscategorie (verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers).

<b>Financiering van</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Verpleegkundigen	215	266	319	330	330
Psychologen	215	266	319	330	330
Maatschappelijk werkers	108	133	159	165	165

**Tabel 12: Totaal aantal gefinancierde voltijds equivalenten voor verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers, per jaar.**



## Actie 11: Financiering van een datamanager in het kader van de oncologische zorgprogramma's (OZP)

### 1. Financiering van datamanagers in het kader van de OZP's

Oorsprong Kankerplan 2008  
Start 01/07/2008

Het Kankerplan voorziet sinds 1 juli 2008 in de financiering van datamanagers. De datamanagers registreren de gegevens van de kankerdiagnoses en gaan na of de beslissingen van de multidisciplinaire oncologische consults en de aanbevelingen uit het handboek oncologie worden nageleefd. Deze maatregel moet bijdragen tot het verhogen van de kwaliteit van de oncologische zorgprogramma's en tot het verbeteren van de opvolging van de behandelingsresultaten van de patiënten met kanker.

Ziekenhuizen met een erkend oncologisch zorgprogramma ontvangen per 1.000 MOC's (aantal terugbetaalde MOC's van 2 jaar voordien) financiering voor 1 VTE datamanager.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal gefinancierde voltijds equivalenten datamanagers sinds de start van de maatregel.

Financiering van	2009	2010	2011	2012	2013
Datamanagers	54	66	79	82	82

Tabel 13: Totaal aantal gefinancierde voltijds equivalenten datamanagers, per jaar.

## Actie 12: Definitie en financiering van een oncologisch zorgprogramma in de pediatrie

1. **Erkenning van de huidige centra voor pediatrie oncologie**
2. **Financiële steun voor de synergieën tussen de centra voor pediatrie oncologie**
3. **Uitvoering van een oncologisch zorgprogramma in de pediatrie**

Oorsprong

Kankerplan 2008

Een hemato-oncologisch zorgprogramma in de pediatrie (HOP) moet een kwaliteitsvolle omkadering garanderen voor kinderen met kanker. Het Kankerplan ondersteunt de samenwerkingen tussen deze centra zodat elk kind met kanker een gespecialiseerde behandeling kan krijgen.

De FOD Volksgezondheid richtte een werkgroep op van deskundigen uit de centra voor pediatrie oncologie. Op basis van een behoeftenanalyse en de identificatie van kwaliteitscriteria, heeft de werkgroep een voorstel uitgewerkt als basis voor erkenningsnormen voor de pediatrie hemato-oncologische zorgprogramma's. Op basis van dit voorstel werden de erkenningsnormen geïntegreerd in een ontwerp voor Koninklijk Besluit, waarvoor de procedure voor publicatie gestart is.

In afwachting van een structurele financiering op basis van de erkende zorgprogramma's zullen 7 pediatrie hemato-oncologische centra een financiering blijven genieten dankzij de B4-overeenkomsten van het Budget van de Financiële Middelen van de ziekenhuizen. De berekening van de toegekende financiering is gebaseerd op het activiteitsniveau en de reeds toegekende basisfinanciering van elk centrum. Er werd een extra budget van bijna 5 miljoen euro toegekend voor de steun aan en de versterking van de aanpak van kinderen met kanker, via de toekomstige erkende pediatrie hemato-oncologische zorgprogramma's.

Om het klinisch onderzoek te stimuleren en te coördineren, werd een coördinatieceel voor wetenschappelijk onderzoek tussen de verschillende erkende centra opgericht. Het Kankerregister neemt deel aan de uitvoering van dit initiatief om een aangepaste registratie van pediatrie tumoren uit te werken.

Aanbevelingen over de aanpak van pediatrie hemato-oncologische ziektes, vaste tumoren en hersentumoren zullen gebundeld worden in een gemeenschappelijk HOP-handboek. Deze protocollen zijn ook te raadplegen via de BSPHO-website (Belgian Society of Paediatric Haematology Oncology).

4. **Financiering vanaf 2009 van een versterking met 2 VTE's voor de paramedische omkadering**

Oorsprong

Kankerplan 2008

Start

01/07/2008

Sinds 1 juli 2008 financiert het Kankerplan 2 bijkomende personeelsleden voor de paramedische omkadering in 8 pediatrie hemato-oncologische centra.

## Actie 13: Behandeling van zeldzame tumoren

- 1. Lancering door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) van een studie die de kwalitatieve en kwantitatieve criteria voor de behandeling van zeldzame tumoren zal moeten vastleggen**

Oorsprong

Kankerplan 2008

De studie werd gestart in januari 2013 en moet de drempel bepalen om zeldzame kankers en kankers die een complexe behandeling vereisen, te definiëren. Op basis van een beschrijving van de Belgische situatie en internationale ervaringen zullen nieuwe vormen van zorgorganisatie voorgesteld worden ("2011-024 HSR Organisation of care for rare tumours and tumours with complex treatment"). Het KCE verwacht de resultaten van deze studie voor te stellen in februari 2014.

## Actie 14: Erkenning van de titel van verpleegkundige in de oncologie

### 1. Erkenning van de titel van verpleegkundige in de oncologie

Oorsprong  
Start

Kankerplan 2008  
2009

Het ministerieel besluit<sup>30</sup> van 28 januari 2009 definieert de criteria voor de erkenning van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de oncologie.

Gegradueerden en bachelors in de verpleegkunde kunnen deze beroepstitel aanvragen wanneer ze een bijkomende opleiding of specialisatie in de oncologie gevolgd hebben. De opleiding moet minimum 450 effectieve uren theorie en 450 effectieve uren praktijk omvatten.

De bijzondere beroepstitel wordt toegekend voor onbepaalde duur. Om de titel te behouden moet de verpleegkundige permanente vorming volgen om bij te blijven met de huidige evolutie van de oncologische verpleegkunde (minimum 60 uren in periode van 4 jaar) en minimum 1.500 uren effectief gewerkt hebben bij oncologische patiënten in een periode van 4 jaar.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal erkenningen van deze bijzondere beroepstitel per jaar, opgesplitst in Nederlandstalige en Franstalige dossiers.

	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAAL
Nederlandstalig	7	267	371	568	255	1.468
Franstalig	51	215	244	218	158	886
<b>TOTAAL</b>	<b>58</b>	<b>482</b>	<b>615</b>	<b>786</b>	<b>413</b>	<b>2.354</b>

**Tabel 14: Aantal Franstalige en Nederlandstalige erkenningen van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de oncologie, per jaar.**

<sup>30</sup> Ministerieel besluit van 28/01/2009 (Belgisch Staatsblad van 18/02/2009).

## Actie 15: Betere dekking door de verplichte ziekteverzekering van de geneesmiddelen tegen kanker

### 1. Terugbetaling van de geneesmiddelen tegen kanker

Oorsprong

Kankerplan 2008

Sinds de start van het Kankerplan werden inmiddels meer dan 115 farmaceutische producten goedgekeurd voor terugbetaling bij kankertherapie.

	2011	2012	2013	TOTAAL
Nieuwe indicatie	28	15	34	77
Uitbreiding indicatie	12	4	3	19

**Tabel 15: Aantal nieuwe indicaties en uitbreidingen van indicaties van kankermedicatie, per jaar sinds 2011.**

In appendix vindt u tabellen met alle door de verplichte ziekteverzekering terugbetaalde nieuwe geneesmiddelen tegen kanker van het jaar 2013 (in bijlage). In 2013 werden 4 klasse 1<sup>31</sup>-geneesmiddelen en 1 weesgeneesmiddel goedgekeurd voor terugbetaling. De inspanningen voor de terugbetaling van geneesmiddelen tegen kanker worden verdergezet.

### 2. Terugbetaling van geneesmiddelen tegen kanker voor borstkanker bij mannen

Oorsprong

Kankerplan 2008

Bij gebrek aan een registratie voor deze indicatie neemt het Bijzondere Solidariteitsfonds van het RIZIV de terugbetaling van de geneesmiddelen tegen kanker voor de zeldzame gevallen van borstkanker bij mannen voor zijn rekening. Het RIZIV heeft het FAGG om advies gevraagd met betrekking tot de terugbetaling van de therapieën voor borstkanker bij mannen

### 3. Snelle toegang tot geneesmiddelen voor de "unmet medical needs" - analyse

Oorsprong

Kankerplan 2008

Op initiatief van het RIZIV en in samenwerking met het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen analyseerde men de verschillen tussen België en zijn buurlanden met betrekking tot de snelheid, prijzen en terugbetalingsvoorwaarden van de behandelingen tegen kanker. Dat leverde voorstellen op om een snelle toegang tot geneesmiddelen voor de "unmet medical needs" mogelijk te maken.

In dat verband werd een werkgroep opgericht, samengesteld uit het RIZIV, het FAGG en het kabinet, om de Belgische realiteit te onderzoeken en concrete aanbevelingen op

<sup>31</sup> Klasse 1: specialiteiten met een aangetoonde therapeutische meerwaarde tegenover bestaande therapeutische alternatieven

te stellen. Dit overleg resulteerde in de formulering van een nieuwe maatregel (zie A15M4, hieronder).

#### **4. Snellere terugbetaling voor bepaalde farmaceutische specialiteiten of vernieuwende therapieën buiten indicatie**

Oorsprong

Toevoeging 2011

De toegang tot behandelingen tegen kanker of weesziekten is moeilijk, en de termijn voor het op de markt komen of de eventuele terugbetaling van weesgeneesmiddelen of geneesmiddelen tegen kanker duurt soms lang, omwille van diverse redenen.

Wanneer een behandeling nog in ontwikkeling is, kunnen er slechts enkele patiënten gebruik van maken. Dit kan door deel te nemen aan klinische tests, door het gebruik van het geneesmiddel in “schrijnende gevallen” (compassionate use) of via “medische spoedprogramma’s”.

Tezelfdertijd rijzen er op het moment van de beslissing over de terugbetaling en dus over de daadwerkelijke toegang van de patiënt nog veel onbeantwoorde vragen over de efficiëntie en de waarde van de therapie in de klinische praktijk, de veiligheid ervan op lange termijn, de financiële gevolgen, enz. Bovendien wordt de toegang tot de behandeling vaak uitgesteld door strategieën van de moederbedrijven betreffende het op de Europese markt brengen ervan.

Het is echter belangrijk om de termijn vóór de behandeling, de toegang tot de behandeling en de terugbetaling van de patiënten te verbeteren.

De nieuwe maatregel, geïdentificeerd in het kader van de opdracht van het Fonds voor zeldzame ziekten en weesgeneesmiddelen, berust in het bijzonder op het ATU-systeem dat in Frankrijk is ingevoerd. Zo’n tijdelijke vergunning voor gebruik (autorisation temporaire d’utilisation, ATU) is een procedure die aan bepaalde categorieën van patiënten de gelegenheid biedt om geneesmiddelen te gebruiken die nog niet op de markt zijn gebracht. Door de nieuwe procedure zal de toegang tot bepaalde specialiteiten (innoverende geneesmiddelen of indicaties, weesgeneesmiddelen) met een voor de patiënt onbetwistbaar belang maanden en zelfs jaren sneller opschieten.

De Algemene Raad van het RIZIV voorzag tijdens het vastleggen van de begroting 2011 en 2012 systematisch in een budget van 3,5 miljoen euro om de eerste maatregelen te kunnen uitvoeren om de toegang en snellere terugbetaling mogelijk te maken voor bepaalde farmaceutische specialiteiten.. Het RIZIV zal jaarlijks een enveloppe vastleggen om de nieuwe initiatieven op dat gebied te dekken

De ontwerpen van wet en van koninklijk besluit over de UMN (unmet medical need) werden wat het RIZIV betreft afgerond en naar het FAGG gezonden voor de laatste aanpassingen van hun regelgeving.

## Actie 16: Ondersteunen van radiotherapie en oncologische beeldvorming

1. **Kwaliteitscontrole van alle screeningapparatuur**
2. **Nieuwe programmatie indien gewenst.**
3. **Financiering in het Budget van Financiële Middelen van de ziekenhuizen (BMF)**

<u>Oorsprong</u>	Kankerplan 2008
<u>Start</u>	2010

### *Radiotherapie*

De FOD Volksgezondheid ontwikkelde in samenspraak met het College voor radiotherapie en het FANC een proefproject om de kwaliteit in de Belgische radiotherapeutische diensten te bevorderen. Het project ging in 2010 van start en voorziet in het geleidelijke invoeren van kwaliteitsbeheersystemen aangepast aan de specifieke noden van de radiotherapie en in het ontwikkelen van interne systemen om incidenten in de Belgische radiotherapeutische diensten te registreren en te analyseren. In 2010 werden de eerste 5 diensten ondersteund. In 2011 en 2012 werden telkens 5 bijkomende diensten ondersteund. In 2013 werden 10 diensten toegevoegd aan dit project, wat het totaal op 25 brengt.

Het College voor radiotherapie gaf een advies over de programmering en erkenningscriteria van de radiotherapeutische diensten. Het advies vermeldt onder andere dat de kosten voor het invoeren van satellietdiensten hoger zijn dan voor het uitbreiden van een bestaande dienst, aangezien bij de eerste optie een verdubbeling van de infrastructuur nodig is. Het wijst er ook op dat de wildgroei van diensten de kwaliteit van de zorg bedreigt omdat het minimale activiteitsniveau niet zou worden gehaald.

### *Medische beeldvorming*

In de FOD Volksgezondheid zijn de verschillende actoren en deskundigen begonnen met het overleg over de eventuele programmering van een aantal PET-scanners. Het KCE publiceerde in 2009 een rapport over de positron emissie tomografie (PET) in België (KCE-rapport 110).

Op medisch vlak is een uitbreiding van de programmering noodzakelijk. In september 2013 bracht de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) een advies uit over zware medische apparatuur<sup>32</sup>.

## Bijkomende inlichting

### **Bewustmakingscampagne rond medische beeldvorming**

De blootstelling aan ioniserende stralen door geneeskundige onderzoeken liggen in België veel hoger dan in de buurlanden. Zo worden Belgen 1,5 keer meer bestraald dan de gemiddelde Fransman, en zelfs 3 keer meer dan de gemiddelde Nederlander.

<sup>32</sup> Referentie/ NRZV/D/423-3

In 2010 startte het RIZIV een sensibiliseringscampagne<sup>33</sup> op die zich richtte tot de voorschrijvers/beroepsbeoefenaars: "Onnodige blootstelling aan stralingen vermijden". Een brochure, opgesteld op initiatief van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, bevat ondermeer een selectie van onderzoeken met zeer beperkte indicaties, volgens de meest recente aanbevelingen.

In 2010 werden aanbevelingen inzake medische beeldvorming<sup>34</sup> op de website van de FOD Volksgezondheid gepubliceerd ([www.health.belgium.be/richtlijnen-medische-beeldvorming.be](http://www.health.belgium.be/richtlijnen-medische-beeldvorming.be)). Ze beogen (1) de referentieartsen te helpen om medische beeldvorming optimaal te gebruiken, (2) de klinische praktijk te verbeteren door aanbevelingen te formuleren, en (3) dankzij een verantwoordelijk gebruik de blootstelling aan bestraling te vermijden.

In juni 2012 lanceerde de FOD Volksgezondheid de bewustmakingscampagne voor het brede publiek onder de slagzin "Medische beelden zijn geen familiekiekjes. Wees er zuinig mee". Een internetsite ([www.zuinigmetstraling.be](http://www.zuinigmetstraling.be)) geeft de bezoekers uitleg over het belang van een goed gebruik en de risico's van medische beeldvorming. Deze campagne werd in 2013 vervolgd onder de naam 'Medische beelden zijn geen vakantiekiekjes. Wees er zuinig mee'. Radiospotjes zullen de campagne verder in de verf zetten.

Het RIZIV keurde in 2012 het ontwerp van een gestandaardiseerd aanvraagformulier voor medische beeldvorming goed<sup>35</sup>. De aanvragende artsen moeten alle relevante medische inlichtingen, diagnosevragen en relevante bijkomende inlichtingen (zoals allergieën, zwangerschap, implantaten, enz.) duidelijk meedelen.

---

<sup>33</sup> [http://www.riziv.be/care/nl/doctors/promotion-quality/medical\\_imagery/index.htm](http://www.riziv.be/care/nl/doctors/promotion-quality/medical_imagery/index.htm)

<sup>34</sup> <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Doctorscolleges/Medicalimagingandnuclearmedici/recommandationmedicalimaging/index.htm?&fodnlang=nl>

<sup>35</sup> Koninklijk besluit van 19/12/2012 (Belgisch Staatsblad van 24/01/2013).



## Actie 17: Structurele steun aan de celbanken en de eenheden celtherapie voor bloedvormende stamcellen en navelstrengbloed

### 1. Structurele basissteun voor bloedvormende stamcel- en navelstrengbloedbanken

<u>Oorsprong</u>	Kankerplan 2008
<u>Start</u>	01/01/2009

Sinds 1 januari 2009<sup>36</sup> genieten 13 ziekenhuizen met erkende celbanken en eenheden voor celtherapie met hematopoïetische stamcellen, waarvan er 5 ook over een navelstrengbloedbank beschikken, een structurele financiering.

Voor de hematopoïetische stamcelbanken:

- 0,2 VTE arts-beheerder van de bank
  - 1 VTE technicus
  - 1 VTE kwaliteitscoördinator
  - 0,5 VTE data manager
  - een vast bedrag voor de werkings- en opslagkosten
- Zijnde een totaal van 208.480 euro per stamcelbank.

Voor de hematopoïetische stamcelbanken en navelstrengbloedbank:

- 0,3 VTE arts-beheerder van de bank
  - 2 VTE technicus
  - 1 VTE kwaliteitscoördinator
  - 1 VTE data manager
  - een vast bedrag voor de werkings- en opslagkosten
- Zijnde een totaal van 351.720 euro voor de twee banken.

Voor de follow-up van het project vraagt de cel Kankerplan van de FOD Volksgezondheid, jaarlijks een activiteitenrapport en organiseert men met de verantwoordelijken van de gefinancierde eenheden een jaarlijks begeleidingscomité. Voor dit initiatief wordt jaarlijks 3,42 miljoen euro uitgetrokken.

---

<sup>36</sup> Van die 13 ziekenhuizen worden er 12 sinds 2009 en 1 sinds 2011 gefinancierd.

**Actie 18: Verbetering van de terugbetaling van bijkomende kosten die verbonden zijn aan kankerbehandelingen**

**1. Voor patiënten bij wie het strottenhoofd is weggenomen (laryngectomie)**

Oorsprong Kankerplan 2008  
Start 01/11/2009

De veiligheidsmarge op de stemvervangende implant wordt sinds 1 november 2009 terugbetaald (49,07 euro). Het jaarlijks budget hiervoor werd in 2011 verhoogd van 120.000€ tot 139.000€.

Gezien de vervangingsfrequentie van de stemvervangende implant (2 à 3 keer per jaar) en van de onderhoudskit voor de laryngectomie (4 à 5 keer per jaar), en gezien de hoogte van de afgiftemarge, wordt deze marge ten laste genomen door de verplichte ziekteverzekering.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal terugbetaalde afleveringsmarges voor spraakprothesen per jaar. Let wel: deze cijfers bevatten ook patiënten zonder kankerdiagnose.

	2009*	2010	2011	2012
Afleveringsmarges spraakprothesen	242	1.000	1.201	1.520

**Tabel 16: Aantal afleveringsmarges voor spraakprothesen per jaar, sinds de start van de maatregel (2009\*: sinds 1/07/2009).**

**2. Voor mensen die door een kankerbehandeling hun haar verliezen (alopecia)**

Oorsprong Kankerplan 2008  
Start 01/02/2009

De verhoging van de forfaitaire tegemoetkomingen voor haarprothesen voor de personen die door een kankerbehandeling hun haar verliezen werd op 1 februari 2009 van kracht.<sup>37</sup> Er werd hiervoor een jaarlijks budget van 500.000 euro uitgetrokken.

Deze herwaardering betreft de volgende twee forfaitaire tegemoetkomingen:

- De forfaitaire tegemoetkoming werd opgetrokken van 120 naar 180 euro voor de personen die na een behandeling volledig kaal zijn, maar bij wie het haar zal teruggroeien.
- De forfaitaire tegemoetkoming werd opgetrokken van 180 naar 270 euro voor de personen met permanente haaruitval als gevolg van bestraling.

Deze forfaitaire tegemoetkoming kan maar opnieuw worden toegekend na een wachttijd van 2 jaar.

<sup>37</sup> Koninklijk besluit van 19/12/2008 (Belgisch Staatsblad van 16/01/2009).

Onderstaande tabel geeft het aantal terugbetalingen weer voor haarprothesen bij kaalheid ten gevolge van radiotherapie of chemotherapie.

	2009	2010	2011	2012
Haarprothesen bij kaalheid tgv. radio- of chemotherapie	6.857	6.832	7.215	7.035

**Tabel 17: Aantal tegemoetkomingen voor haarprothesen ten gevolge van een behandeling met radiotherapie of chemotherapie, per jaar.**

### 3. Voor mensen die een borstampuatie (mastectomie) moeten ondergaan

<u>Oorsprong</u>	Kankerplan 2008
<u>Start</u>	01/12/2008

Sinds 1 december 2008 is er een betere terugbetaling van borstreconstructies, met inbegrip van de terugbetaling voor de meest recente technieken<sup>38</sup>. Het akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2008 voorziet in een budget van 600.000 euro om de huidige terugbetaling van borstreconstructies te verbeteren.

Sinds 1 januari 2009 zijn er twee bijkomende maatregelen van kracht:

- *Tegemoetkomingen van de ziekteverzekering voor externe borstprothesen bij unilaterale agenesie<sup>39</sup>.*
- *Tegemoetkomingen van de ziekteverzekering voor 2 externe borstprothesen na amputatie van de tweede borst*

<sup>38</sup> Koninklijk besluit van 18/09/2008 (Belgisch Staatsblad van 10/10/2008).

<sup>39</sup> Koninklijk besluit van 14/10/2008 (Belgisch Staatsblad van 7/11/2008).

## Actie 19: De functionele revalidatie van de kankerpatiënt ontwikkelen

### 1. Proefproject om het soort multidisciplinaire revalidatiezorgprogramma's te bepalen die nodig zijn om de genezen of herstellende patiënten hun plaats in de maatschappij weer te laten innemen

<u>Oorsprong</u>	Kankerplan 2008
<u>Implementatie</u>	Uitgevoerd

Revalidatie en re-integratie moeten in het beste geval al tijdens de actieve behandelingsfase worden voorbereid, met alle betrokken hulpverleners en ook met de patiënt zelf, als actieve partner van het zorgteam.

Het UZ Gent coördineert een onderzoeksproject “Levenskwaliteitsverbetering en re-integratie van adjuvant behandelde vrouwen met borstkanker door middel van fysieke training en levensstijlbegeleiding” (post-therapie).

Deze studie bestaat uit 3 fasen:

- Fase 1: voorbereidende fase (al uitgevoerd);
- Fase 2: studiefase met de ziekenhuizen die aan de voorbereidende fase deelnamen (Art. 56 § 2 - zie KB van 26 mei 2012<sup>40</sup>);
- Fase 3: uitbreiding tot 15 ziekenhuizen (Art. 56 § 2 - zie KB van 26 mei 2012).

Tijdens de in 2007-2008 uitgevoerde voorbereidende fase werden een gestandaardiseerd revalidatieprogramma en handboeken voor de zorgverleners en voor de patiënten uitgewerkt. Na een haalbaarheidsstudie met 7 ziekenhuizen kon de eigenlijke uitvoering van de studie (Fase2) op 1 september 2012 beginnen in 6 van deze ziekenhuizen. De effectiviteit van een gestandaardiseerd multidisciplinair oncologisch revalidatieprogramma zal onderzocht worden. Vanaf 1 september 2013 werd het onderzoek uitgebreid met 9 bijkomende ziekenhuizen, die geselecteerd werden door het begeleidingscomité. Deze 3<sup>de</sup> fase zal lopen tot 31 juli 2015. Een eindrapport wordt verwacht tegen 29 februari 2016.

Het begeleidingscomité staat in voor de opvolging van het project..

---

<sup>40</sup> Koninklijk besluit van 26/05/2012 (Belgisch Staatsblad van 14/06/2012).

## Actie 20: De voorwaarden vastleggen voor de erkenning van een handicap als gevolg van een kankerbehandeling

### 1. Snellere behandelingsprocedure van de aanvragen voor een uitkering voor mensen met een handicap

<u>Oorsprong</u>	Kankerplan 2008
<u>Implementatie</u>	2008

Of mensen met een handicap een uitkering krijgen hangt niet alleen af leeftijd, nationaliteit, woonplaats en inkomen, maar ook van hun verlies van het verdienvermogen in het kader van de inkomensvervangende tegemoetkoming en van hun verlies van zelfstandigheid voor de integratietegemoetkoming en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden.

Een wijziging van de procedure<sup>41</sup> betreffende de behandeling van de dossiers inzake tegemoetkomingen voor mensen met een handicap is op 1 januari 2008 in werking getreden.

Voor mensen behandeld met chemotherapie of radiotherapie (al of niet samen met een heelkundige behandeling), voor mensen met een zich snel ontwikkelende aandoening met een ongunstige prognose op korte termijn of voor mensen in de terminale fase die palliatieve zorgen nodig hebben, doet de administratie bij voorkeur een beroep op de medische expertise op basis van een dossier om de aanvragen voor een tegemoetkoming aan mensen met een handicap sneller te behandelen.

---

<sup>41</sup> Koninklijk besluit van 16/04/2008 (Belgisch Staatsblad van 19/05/2008).

## Actie 21: Steun aan ouders van kinderen met kanker

## Actie 22: Toegang tot psychologische steun of deelname aan praatgroepen of ondersteuningsactiviteiten

1. Oproep voor projecten die ouders en kinderen ondersteunen en begeleiden
2. Oproep voor projecten die de patiënten (volwassenen, adolescenten of kinderen) en/of hun gezinsleden psychologische bijstand of begeleiding bieden

<u>Oorsprong</u>	Kankerplan 2008
<u>Start</u>	2009

Om de ondersteuning en begeleiding van patiënten en hun naasten in het omgaan met de ziekte te versterken, werd op 12 juni 2008 een gezamenlijke projectoproep voor de initiatieven 21 en 22 van het Kankerplan gedaan. In totaal werden er 58 projecten ingediend.

Er werden 50 projecten uitgekozen, die tussen 1 januari 2009 en 31 december 2011 met een jaarlijks budget van 4 miljoen euro werden gesteund. Deze projecten, die zich op diverse doelgroepen richten zoals kankerpatiënten (volwassenen of kinderen) en hun familie (kinderen, ouders, echtgenoten) kunnen onderverdeeld worden in drie categorieën:

- het inrichten van een ontmoetingsruimte
- het organiseren van praatgroepen
- het opzetten van specifieke projecten, zoals de individuele begeleiding van de naasten van recidieve of allochtone patiënten, het organiseren van bezoeken in de klassen van de zieke kinderen, het uitbreiden of optimaliseren van een multidisciplinaire begeleiding, ...

Na een voorbereidende fase gingen de projecten in de loop van 2009 van start en kwamen in 2010 op kruissnelheid. Het bleek dat 2 jaar niet genoeg was om de projecten af te ronden en te kunnen evalueren. Bijgevolg werd de financiering van de gekozen projecten voor de initiatieven 21-22 in 2011 verlengd. De cel Kankerplan van de FOD organiseerde daarnaast in juni 2010, april 2011 en in juni 2011 een begeleidingscomité.

Om deze actie verder te zetten, werd op basis van de ervaring en deskundigheid vanuit de eerste proefprojecten in januari 2012 een nieuwe projectoproep gelanceerd. De projectoproep bestond uit 3 onderdelen:

- Projecten "Organisatie lotgenotencontact"
- Projecten "Begeleidingsruimte voor kinderen"
- Projecten "Innovatieve benaderingen" (proefprojecten die een innovatieve benadering van de psychosociale steun aan de kankerpatiënt en zijn naasten beogen).

Er werden in totaal 141 kandidaat-dossiers ingediend, waaruit 66 projecten werden geselecteerd die vanaf 1 juli 2012 gedurende drie jaar voor een jaarlijks bedrag van 4 miljoen euro financiële steun zullen krijgen. Het gaat om de volgende types projecten:

- 25 projecten betreffen de organisatie van lotgenotencontacten;
- 23 projecten betreffen het inrichten van onthaalruimtes voor de kinderen van kankerpatiënten;

- 17 projecten betreffen innovatieve benaderingen;
- 1 project betreft de oprichting van een wetenschappelijk team, dat zal instaan voor de wetenschappelijke analyse van de psychosociale steun.

Het wetenschappelijk team zal enerzijds de proefprojecten 2009-2011 evalueren, en anderzijds voor de begeleiding en follow-up van de proefprojecten 2012-2015 zorgen.

## **Bijkomende inlichting**

### **Respijthuizen voor kinderen en adolescenten**

De ontwikkeling van projecten type 'Respijthuis' werd uitgewerkt in het kader van het programma "Voorrang aan de chronisch zieken".

Zorgeenheden voor respijtzorg richten zich tot kinderen en adolescenten met kanker of een ongeneeslijke ziekte die thuis noodzakelijke en frequente medische zorgen krijgen. Deze eenheden willen de ouders een moment van respijt bieden, waarbij de continuïteit van de zorg en de kwaliteit van de opvang gewaarborgd zijn. De multidisciplinaire equipe moet 7/7 en 24u/24 paraat staan om de kinderen en adolescenten met diverse pathologieën bij te staan. De onmisbare vakgebieden zijn: arts-specialist, psycholoog, verpleegkundige, animator, logistiek en administratief personeel. Waar nodig kan ook een kinesitherapeut, ergotherapeut en logopedist deel uit maken van de equipe.

Het RIZIV trekt een totaalbudget van 2,1 miljoen euro uit, verdeeld in gelijke delen van € 700.000 over de 3 Gewesten. Dit budget kan aangewend worden voor personeelskosten en bepaalde algemene kosten met uitzondering van bouwkosten. Deze laatste vallen ten laste van de Gewesten.

In overleg met de aanvaarde projecten werden modelovereenkomsten uitgewerkt voor eenheden met 10 of 5 bedden. De eerste afgewerkte structuren zijn in de loop van 2011 van start gegaan: Villa Indigo in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest tekende een overeenkomst voor een eenheid van 10 bedden (februari 2011), Villa Rozerood in De Panne en Limmerik in Zandhoven tekenden elk een overeenkomst voor eenheden van 5 bedden (juli 2011). Jaarlijks dienen zij een activiteitenrapport in bij het RIZIV.

In juli 2012 keurde het RIZIV de hernieuwing tot 30 april 2014 van de overeenkomsten met de drie respijteenheden goed.

In Wallonië zijn de 2 projecten van 5 bedden (één in Frameries, en de andere in Namen) in de opbouw/renovatiefase.

**Actie 23: Structurele financiering van de keten van pediatrie zorgen  
 “Voortgezette Zorg Kinderen”**

**1. Oprichting van een pediatrie verbindingsfunctie**

<u>Oorsprong</u>	Kankerplan 2008
<u>Start</u>	2010

Sinds 2004 hebben 7 multidisciplinaire verbindingsteams (4 Nederlandstalige en 3 Franstalige) een subsidie van de FOD Volksgezondheid gekregen om “voortgezette zorgen” en de globale aanpak van het ernstig zieke kind thuis te organiseren. Deze teams vertegenwoordigen de liaison tussen het ziekenhuis en thuis. Ze staan borg voor de continuïteit van de zorg van het zwaar zieke kind.

De overeenkomsten van de multidisciplinaire verbindingsteams die eind 2008 afliepen, werden verlengd. Sinds 2010 genoten 5 verbindingsteams (2 Nederlandstalige en 3 Franstalige) een financiering als pilootproject binnen het Budget Financiële Middelen van de ziekenhuizen. Er werd een jaarlijks totaalbudget van 1,4 miljoen euro uitgetrokken.

Het KB van 15 november 2010<sup>42</sup> bepaalt de normen waaraan de functie ‘pediatrie liaison’ moet voldoen om erkend te worden. De erkenningsnormen werden in samenspraak met de deskundigen van de bestaande verbindingsteams opgesteld en baseren zich in het bijzonder op het activiteitsniveau. De teams, die een erkenning krijgen van de Gewesten/Gemeenschappen als functie pediatrie liaison, hebben als doel enerzijds om het ziekenhuisteam van de jonge gehospitaliseerde patiënt met een ernstige chronische pathologie te ondersteunen, en anderzijds om de continuïteit van de ziekenhuiszorg te verzekeren bij de terugkeer naar huis.

Vanaf 1 januari 2013 zijn de financieringsvoorwaarden gebaseerd op de erkenning voor een functie pediatrie liaison.

---

<sup>42</sup> Koninklijk besluit van 15/11/2010 (Belgisch Staatsblad van 30/12/2010).



## Actie 24: Ondersteuning voor proefprojecten inzake klinische oncogeriatric

### 1. Oproep voor projecten oncogeriatric

Oorsprong  
Start

Kankerplan 2008  
2008

Met het oog op het optimaliseren van de opvang van oudere kankerpatiënten en met het vooruitzicht om later gespecialiseerde teams klinische oncogeriatric op te richten, werd in juni 2008 een projectoproep gedaan. Die projectoproep beoogt een oncogeriatric organisatiemodel op te zetten waarin de samenwerking tussen het oncologisch zorgprogramma en het geriatric zorgprogramma een centrale plaats inneemt. In totaal werden 27 kandidaturen ingediend.

Er werden 14 projecten geselecteerd die tussen 1 januari 2009 en 31 december 2011 met een jaarlijks budget van 1,5 miljoen euro werden gesteund.

Ze kunnen worden onderverdeeld in 4 types studies of proefprojecten rond oncogeriatric:

- kwantitatieve studies over het gebruik van screening- of evaluatie-instrumenten
- kwalitatieve studies over de beleving van de patiënten
- kwantitatieve studies over de functionele autonomie van de patiënt
- proefprojecten betreffende de multidisciplinaire benadering

De projecten gingen in de loop van 2009 van start en kwamen in 2010 op kruissnelheid. Twee jaar bleek niet voldoende om de projecten af te ronden en te kunnen evalueren. Bijgevolg werd de financiering van de deze projecten in 2011 verlengd. De opvolging van de projecten gebeurt via een jaarlijks activiteitenverslag. De cel Kankerplan van de FOD organiseerde daarnaast in juni 2010 en in april 2011 een begeleidingscomité.

Op basis van de ervaring en deskundigheid van de eerste proefprojecten werd in januari 2012 een nieuwe projectoproep gedaan. Het betreft een projectoproep voor "Optimale aanpak van de onco-geriatric patiënt".

Enerzijds beoogt deze projectoproep een ondersteuning van proefprojecten oncogeriatric die een optimale aanpak van de oncogeriatric patiënt moeten uitwerken, dankzij het invoeren van een organisatiemodel op het gebied van de oncogeriatric waarin de samenwerking tussen de oncoloog en de geriatric een centrale plaats inneemt. Anderzijds werd de selectie voorzien van een wetenschappelijk team voor de begeleiding en evaluatie van de projecten (2009-2011 + 2012-2015). De projecten moeten bovendien een sensibilisatie beogen van het personeel op het vlak van de noodzaak aan samenwerking tussen het geriatric en het oncologische team binnen en tussen ziekenhuizen.

Er werden 56 kandidaat-dossiers ingediend, waaronder 18 projecten werden uitgekozen die vanaf 1 juli 2012 gedurende drie jaar voor een jaarlijks bedrag van 1,5 miljoen euro financiële steun zullen krijgen. Het gaat om 17 projecten die een optimale aanpak van de oncogeriatric patiënt voorstellen en 1 project dat de oprichting van een wetenschappelijk team inhoudt voor de wetenschappelijke analyse oncogeriatric.

Het wetenschappelijk team zal enerzijds de proefprojecten 2009-2011 evalueren, en anderzijds voor de begeleiding en follow-up van de proefprojecten 2012-2015 zorgen.

## Actie 25: Het aanbod palliatieve zorgen voor kankerpatiënten verbeteren

### 1. Behoeftenstudie rond palliatieve zorg

Oorsprong

Kankerplan 2008

Het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) publiceerde in oktober 2009 een studie<sup>43</sup> over de situatie van de palliatieve patiënten in België, in samenwerking met de Federaties Palliatieve Zorg en universitaire teams.

Het KCE wijst er op dat het statuut van de palliatieve patiënt zou moeten worden erkend op basis van de behoeften van de persoon, veeleer dan op basis van zijn levensprognose.

De federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg telt vertegenwoordigers van 3 Belgische palliatieve zorgfederaties, van de verzekeringsinstellingen en van de commissie Euthanasie. Deze Evaluatiecel heeft de opdracht om een advies te geven dat de aanbevelingen uit de studie van het KCE verder uitwerkt. Het moet de volgende kwesties behandelen:

- de definitie van de palliatieve patiënt
- de overeenstemming van de definitie met de huidige regelgeving
- de continuïteit en transmurale palliatieve zorg
- de registratie van palliatieve zorg
- de programmering van de Sp-bedden voor palliatieve zorg

Er werd beslist om vertegenwoordigers van bepaalde adviesraden uit te nodigen om aan de vergaderingen van de Evaluatiecel Palliatieve Zorg deel te nemen. Het betreft in het bijzonder leden van de ziekenhuisinrichtingen en van het Verzekeringscomité en het raadgevend comité van het RIZIV voor chronische ziektes. De Evaluatiecel heeft zich tot taak gesteld om eerst over de definiëring van de palliatieve patiënt na te denken. In 2013 zal de Evaluatiecel een rapport uitbrengen met een voorstel voor een nieuwe definitie van de palliatieve patiënt. Het voorstel is gebaseerd op een Engelstalig instrument, het Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT). Het instrument werd vertaald en waar nodig aangepast. Het aangepaste instrument (de PICT) wordt vergezeld van een matrix die - afhankelijk van de plaats waar de palliatieve patiënt verblijft en zijn palliatief statuut (eenvoudig, verhoogd en volledig palliatief statuut)- het palliatieve zorgaanbod definieert waarvoor de patiënt in aanmerking komt.

De Evaluatiecel dringt erop aan dat deze voorstellen eerst in de praktijk zouden getest worden. In maart 2013 bereidde ze een onderzoeksvoorstel voor rond de definitie van de palliatieve patiënt. Het voorstel, dat een haalbaarheidsstudie en prevalentiestudie omvat, werd overgemaakt aan de minister. Mits enkele aanpassingen werd het onderzoeksvoorstel goedgekeurd. De studie kan vanaf oktober 2013 van start gaan. De resultaten worden ten laatste op 31 september 2014 verwacht.

Eenmaal het rapport met het voorstel van de nieuwe definitie klaar is, zal de Evaluatiecel een advies uitbrengen m.b.t. de programmatie van de Sp-bedden voor palliatieve zorg.

---

<sup>43</sup> KCE rapport 115: Organisatie van palliatieve zorg in België.

## 2. Versterking van de personeelsformatie voor de palliatieve zorgen in rusthuizen en RVT.

Oorsprong Kankerplan 2008  
Start 01/07/2008

Sinds 1 juli 2008 wordt het personeelsbestand voor palliatieve zorg in rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen versterkt.

Een jaarbudget van 8,2 miljoen euro maakt het mogelijk om de personeelsnorm voor gekwalificeerd personeel voor palliatieve zorg met 0,10 VTE per 30 zwaar afhankelijke patiënten (categorieën B, C en Cd) te verhogen en te financieren<sup>44</sup>.

## 3. Herwaardering van zorgforfaits in het kader van de palliatieve thuisverpleging

Oorsprong Kankerplan 2008  
Start 01/03/2009

De herwaardering van de zorgforfaits ondersteunt een betere thuiszorg voor palliatieve patiënten. De thuisverpleging ontlast de familie van de patiënt, in het bijzonder op het moment dat de familieleden hun professionele activiteiten terug opnemen.

De herwaardering met 15% van het forfait voor palliatieve zorg werd op 1 maart 2009 van kracht. Het forfait verhoogde van 512,44 euro naar 589,31 euro<sup>45</sup>. Sinds 1 januari 2013 bedraagt dat forfait 638,29 euro.

Onderstaande tabel geeft per jaar het aantal palliatieve thuiszorgforfaits weer.

	2008	2009	2010	2011	2012
Forfait palliatieve thuiszorg	19.752	20.464	20.728	21.072	22.638

Tabel 18: Aantal uitbetaalde palliatieve thuiszorgforfaits, per jaar.

## 4. Palliatieve dagzorgcentra

Oorsprong Kankerplan 2008

Een centrum voor dagverzorging voor personen die lijden aan een ernstige ziekte biedt overdag opvang en verzorging aan palliatieve patiënten. Het centrum maakt het voor een aantal mensen met een levensbedreigende aandoening mogelijk om thuis te blijven en dus niet in een ziekenhuis of rusthuis te worden opgenomen. Deze palliatieve zorgstructuur biedt ook een oplossing voor korte behandelingen zoals ontlastende puncties of parenterale voeding.

De specifieke erkenningsnormen om deze centra federaal te erkennen worden momenteel uitgewerkt. Daarnaast is er in het kader van de verplichte ziekteverzekering

<sup>44</sup> Ministerieel besluit van 4/07/2008 (Belgisch Staatsblad 10/07/2008).

<sup>45</sup> Koninklijk besluit van 12/02/2009 (Belgisch Staatsblad van 25/02/2009).



een financiering van deze centra voorzien: het ministerieel besluit van 14 maart 2012<sup>46</sup> beschrijft de financieringsvoorwaarden.

In 2013 is een budget van 741.000€ op jaarbasis voorzien, in 2014 een budget van 995.000€.

---

<sup>46</sup> Ministerieel besluit van 14 maart 2012 (Belgisch Staatsblad van 29/03/2012).

## Actie 26: Initiatieven te nemen in samenspraak met de bevoegde ministers op federaal niveau

### 1. Voor de patiënt het beroepsleven en de kanker beter met elkaar verzoenen

Oorsprong

Kankerplan 2008

In het kader van het programma "Voorrang aan de chronische zieken" buigt men zich over twee zaken. Het toekennen van het statuut van personen met een chronische aandoening en de hervorming van de uitkeringsverzekering.

1) De gezondheidszorgwet 2012<sup>47</sup> legt de wettelijke basis vast om de criteria voor de toekenning van het statuut van personen met een chronische aandoening technisch uit te werken.

De wet inzake toegankelijkheid van de gezondheidszorg van 27 december 2012<sup>48</sup> voegt het statuut voor personen met een chronische aandoening in met ingang van 01/01/2013. Het statuut voorziet een erkenning van de persoon met een chronische aandoening om hen financieel te ondersteunen. Het laat personen die lijden aan een ernstige chronische ziekte toe automatisch specifieke rechten te genieten die geleidelijk ontwikkeld zullen worden. Een werkgroep werd opgericht om voorstellen te doen. De werkgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen, FOD Sociale Zekerheid, FOD Volksgezondheid, verschillende diensten van het RIZIV en de verzekeringsinstellingen. Zij stelden een model op met drie criteria om een dergelijk statuut toe te kennen:

1° een minimumbedrag aan gezondheidszorguitgaven over een bepaalde periode, om het chronisch karakter van de ziekte aan te tonen: of

2° recht hebben op het huidige forfait chronisch zieke; of

3° rechthebbende zijn en aan een zeldzame ziekte of een weesziekte lijden.

Vanaf 1 januari 2015 krijgen de chronisch zieken ook recht op de sociale derdebetalersregeling

Het ontwerp van koninklijk besluit beschrijft de voorwaarden voor de opening, behoud en intrekking van het statuut. Registratie wordt voorzien om na 1 jaar toepassing het statuut te kunnen evalueren. Deze resultaten zullen ten vroegste beschikbaar zijn in 2015 -2016. De werkgroep 'Verzekerbaarheid' besprak dit voorstel in haar vergaderingen van 11/12/2012 en 17/01/2013 en gaf een gunstig advies. Op 8 juli 2013 keurde het Verzekeringscomité het ontwerp van koninklijk besluit goed. Dit voorstel werd ook goedgekeurd door de ministerraad van 13 september 2013.

2) De sociaalverzekerden met gezondheidsproblemen beroepsmatig aan het werk houden is één van de prioritaire aandachtspunten van de uitkeringsverzekering. Er is al

---

<sup>47</sup> Voorontwerp van wet werd goedgekeurd door Ministerraad van 15/06/2012.

<sup>48</sup> Wet houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg van 27/12/2012 - Art17 ingevoegd als Art.37 vices/1 in de wet van 14/07/1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (Belgisch Staatsblad van 31/12/2012).

met maatregelen in die zin begonnen. De mensen met het statuut "chronische zieke" zullen automatisch tot die maatregelen toegang hebben.

Het Beheercomité van de dienst Uitkeringen van het RIZIV kreeg de opdracht om na te denken over maatregelen om de socio-economische re-integratie van de chronische zieken te bevorderen. Het RIZIV heeft daartoe een task force "arbeidsongeschiktheid" opgericht met de bedoeling om die personen enerzijds andere voordelen te laten genieten dan die waarin de klassieke ziekte- en invaliditeitsverzekering voorziet, en anderzijds voor hun re-integratie in het sociale en actieve leven te zorgen.

De uitkeringsverzekering wordt hervormd in nauwe samenwerking met het kabinet van Philippe Courard, Staatssecretaris voor Sociale Zaken, Gezinnen en Personen met een handicap, belast met Beroepsrisico's.

Door de huidige wetgeving kunnen die personen, met de goedkeuring van de adviserend arts, tijdelijk werk verrichten. Deeltijds werken is een begrip dat gewoonlijk op een wekelijks uurrooster slaat. De lopende bespreking beoogt bij mensen met een wisselende gezondheidstoestand om het deeltijds werken over een arbeidsjaar te beschouwen. Volgens dat concept werkt de persoon voltijds wanneer zijn gezondheidstoestand het toestaat, terwijl hij nog altijd als arbeidsongeschikt wordt beschouwd en onderbreekt hij zijn activiteiten wanneer zijn gezondheid hem niet toestaat te werken.

Die denkoefening moet worden verdiept op het vlak van de wetgeving, voornamelijk met betrekking tot het gewaarborgd loon voor personen die wegens een medische behandeling of hun wisselende gezondheidstoestand regelmatig voor korte periodes arbeidsongeschikt zijn.

De door het beheerscomité van de dienst Uitkeringen van het RIZIV uitgewerkte voorstellen werden opgenomen in het aanvankelijk in 2011 geplande actieplan "back to work", dat zich nu in het uitvoeringsstadium bevindt. Het plan voorziet in maatregelen om de deeltijdse werkhervatting te bevorderen, maatregelen voor opleiding en in voorstellen om de kwaliteit van de medische evaluatie te verbeteren. De maatregelen van dat actieplan zouden in 2014 van toepassing moeten worden.

## **2. Voor de ouders het beroepsleven en de kanker beter met elkaar verzoenen**

<u>Oorsprong</u>	Kankerplan 2008
<u>Start</u>	01/2011

Door een verlenging van de huidige duur van het verlof voor medische bijstand zouden de ouders van een kind dat door een ernstige ziekte zoals kanker is getroffen zich gedurende een langere tijd over het kind kunnen ontfemen zonder een te groot inkomensverlies te moeten lijden.

Naar het voorbeeld van wat er voor een alleenstaande ouder bestaat, werd in 2010 al een eerste keer met de minister van Werk over de aanpassing van het verlof voor medische bijstand overlegd, opdat de ouders gedurende een langere periode verlof voor medische bijstand zouden kunnen nemen.

Analoog aan het systeem van de vervangende ondernemer<sup>49</sup> werd een wettelijke basis gecreëerd om de gevallen waarin een zelfstandige voor een periode van meer dan 30 dagen kan worden vervangen met twee soorten verlof te kunnen uitbreiden: het palliatief zorgverlof en het zorgverlof voor een zwaar ziek kind<sup>50</sup>. Deze maatregel is sinds januari 2011 van kracht.

Als gevolg van het advies van de Nationale Arbeidsraad werden de regels rond het ziekteverlof versoepeld. Sinds 1 november 2012 is het mogelijk om als werknemer het werk voor een week te onderbreken om voor een kind te zorgen dat wegens een zware ziekte in het ziekenhuis moet worden opgenomen<sup>51</sup>.

### 3. Een gemakkelijkere en aangepaste fiscale aftrekprocedure voor giften

Oorsprong

Kankerplan 2008

De procedure betreffende de fiscale aftrekbaarheid van giften werd vergemakkelijkt en aangepast, zodat de verenigingswereld van deze hulp zou kunnen profiteren. Sinds 1 januari 2011 werd het minimaal fiscaal aftrekbaar bedrag verhoogd en ging het door de indexering van 30 naar 40 euro.

---

<sup>49</sup> Het systeem bestaat erin dat een zelfstandige die met vakantie gaat of ziek is, zich kan laten vervangen door een andere zelfstandige..

<sup>50</sup> Diverse wettelijke bepalingen november 2010

<sup>51</sup> Koninklijk besluit van 10 oktober 2012 (Belgisch Staatsblad van 22/10/2012). Zie HDP-website:  
<http://www.hdp.be/nl/sociaalsecretariaat/nieuws-sociaalsecretariaat/actualiteit-sociaalsecretariaat/4688-conge-assister-donner-soins-derogations-hospitalisation-enfant>

## Bijkomende actie: Terugbetaling van vervoerskosten van kankerpatiënten

### 1. Vereenvoudiging van de terugbetalingsprocedure voor vervoerskosten

<u>Oorsprong</u>	Toevoeging 2011
<u>Start</u>	01/07/2008

Bepaalde kankerbehandelingen vergen veel verplaatsingen tussen de woonplaats van de patiënt en het ziekenhuis. De verplaatsingskosten kunnen hierbij hoog oplopen.

Bij chemotherapie, met bestraling of controleconsultaties, voorziet de verplichte ziekteverzekering in een gedeeltelijke of volledige terugbetaling. De verplaatsingen met het openbaar vervoer worden volledig terugbetaald. Voor andere vervoersmiddelen bedraagt de terugbetaling € 0,25 per afgelegde kilometer tussen de woonplaats en het zorgcentrum (heen en terug).

Sinds 1 juli 2008 laat een vereenvoudigde procedure de terugbetaling toe van het geheel of een gedeelte (afhankelijk van de vervoerswijze) van de individuele verplaatsingskosten. Het onderscheid tussen individueel of openbaar vervoer wordt opgeheven, evenals de maximumafstand van 2x30 km heen en terug.

### 2. Wijziging van de terugbetalingsvoorwaarden tijdens de ziekenhuisopname van een kind met kanker

<u>Oorsprong</u>	Toevoeging 2011
<u>Start</u>	01/08/2008

Sinds 1 juli 2007 is er een tegemoetkoming voor de verplaatsingskosten van de ouders of voogden van gehospitaliseerde minderjarige patiënten. De gewijzigde terugbetalingsvoorwaarden voor de verplaatsingskosten van de ouders bij een opname<sup>52</sup> zijn op 1 augustus 2008 van kracht geworden.

De ziekte- en invaliditeitsverzekering komt tegemoet in de kosten van een heen-en-terugtraject voor elke opnamedag van het minderjarig kind die minstens één nacht omvat, en dit voor een bedrag van € 0,25 per kilometer (werkelijke afstand tussen de woonplaats van het kind en het ziekenhuis waar het kind voor behandeling is opgenomen, met een beperking tot € 75 per dag, zijnde 300 km heen en terug). Om gebruik te maken van deze terugbetaling vult de behandelende arts een aanvraagformulier in. De rechthebbende moet dit formulier indienen bij zijn ziekenfonds.

<sup>52</sup> Koninklijk besluit van 30/06/2008 (Belgisch Staatsblad van 14/07/2008).



**Bijkomende actie: Betere behandeling inzake de voeding van kankerpatiënten**

**1. Financiering van diëtisten in de oncologische zorgprogramma's**

<u>Oorsprong</u>	Toevoeging 2011
<u>Start</u>	01/01/2011

Sinds 1 januari 2011 worden tussen 1 en 4 VTE diëtisten gefinancierd in de ziekenhuizen met een erkend oncologisch zorgprogramma. Het specifieke aantal werd berekend op basis van het aantal terugbetaalde multidisciplinaire oncologische consultaties (MOC) in 2008:

- 1 VTE diëtist voor zorgprogramma's met 1 tot 500 MOC's;
- 1/2 VTE diëtist per bijkomende 250 MOC's, beperkt tot een maximum van 4 VTE in totaal.

Er wordt hiervoor een jaarlijks budget van 7,6 miljoen euro uitgetrokken waarmee 163 VTE diëtisten kunnen gefinancierd worden.

In het kader van de evaluatie en follow-up van dit initiatief zal een jaarlijks activiteitenrapport worden opgevraagd. Daarnaast organiseert de cel Kankerplan van de FOD Volksgezondheid uitwisselingen van 'best practices' voor de diëtisten.

**2. Oproep voor projecten rond cachexie**

<u>Oorsprong</u>	Toevoeging 2011
<u>Start</u>	2011

Eind januari 2011 werd een projectoproep gelanceerd naar de ziekenhuizen met een erkend oncologisch zorgprogramma om innoverende en ambitieuze proefprojecten te starten die de preventie, de diagnose en de behandeling verbeteren van oncologische patiënten die een risico op cachexie lopen of er aan lijden. Er werden 53 kandidaat-dossiers ingediend.

Na onderzoek werden er 11 projecten geselecteerd, die sinds 1 juli 2011 gedurende 2 jaar voor een forfaitair bedrag van maximaal 150.000 euro per project (of 160.000 euro indien het een overkoepelend project gaat) worden gefinancierd.

De goedgekeurde projecten worden uitgevoerd door een multidisciplinair team dat minstens uit oncologen, verpleegkundigen en voedingsspecialisten bestaat. Het team moet aangepaste strategieën ontwikkelen om cachexie te voorkomen, te ontdekken en te bestrijden. Thematisch kunnen we de projecten als volgt opdelen:

- Fundamenteel/klinisch onderzoek (biomerkers)
- Ontwikkeling en follow-up van cachexie
- Tenlasteneming en begeleiding
- Gebruik van een nieuwe technologie



De evaluatie gebeurt op basis van de tussentijdse activiteitenrapporten, het eindrapport en de begeleidingscomités die de cel Kankerplan van de FOD organiseert.

**Domein III: ONDERZOEK, VERNIEUWENDE TECHNOLOGIEËN EN EVALUATIE**

**Actie 27: Oprichting van een tumorbank**

**1. Financiering van tumorbanken**

<u>Oorsprong</u>	Kankerplan 2008
<u>Start</u>	01/01/2009

De universitaire ziekenhuizen of gelijkgestelde ziekenhuizen<sup>53</sup> die al over een tumorbank met een gecentraliseerd beheer beschikken worden sinds 1 januari 2009 structureel gefinancierd. Elf tumorbanken voldeden aan de vereiste normen en worden thans gefinancierd (10 sinds maart 2009, een 11e sinds januari 2011). Er werd voor dit initiatief een budget op jaarbasis van 3,3 miljoen euro uitgetrokken.

Het betreft een forfaitaire financiering voor:

- 1 VTE tumorbankbeheerder
- 1 VTE laboratoriumtechnicus
- de kosten voor de werking, het personeel en de beveiliging.

Als bijdrage in de oprichting- en beheerskosten van een virtuele overkoepelende tumorbank, storten de betrokken ziekenhuizen 10% van het ontvangen bedrag aan het Kankerregister terug. Dat project bestaat hoofdzakelijk uit het delen van de gegevens uit de lokale databanken en het ontwikkelen van standaardprocedures.

In 2011 werd de door het Kankerregister beheerde virtuele elektronische tumorbank "Belgian Virtual tumourbank - BVT" ontwikkeld. Ze bevat 2 modules: een registratiemodule en een catalogusmodule. Op 4 oktober 2012 heeft het Kankerregister op een academische zitting de virtuele elektronische tumorbank ingehuldigd.

Op 01/09/2013 zijn gegevens van 7 van de 11 biobanken geüpload in de catalogus, goed voor 22.323 registraties.

De privacycommissie heeft toegestaan dat de partnerorganisaties toegang tot deze databank hebben. Een procedureaanvraag om ook andere onderzoekers toegang te geven is ook goedgekeurd. Uit een bevraging blijkt dat de meeste onderzoekers hun aanvraag direct doen bij de lokale biobank. Sinds januari 2013 hebben 2 onderzoekers de BVT-catalogoog geraadpleegd. Mogelijke verklaring voor het lage gebruik zijn het strikte toegangsbeleid of een te lage visibiliteit van de BVT. "Open access" werd niet toegelaten door de Privacycommissie. Men stelt voor geaggregeerde gegevens beschikbaar te stellen via de website zodat onderzoekers kunnen inschatten of de nodige gegevens te vinden zijn binnen de catalogus. Verschillende voorstellen om de visibiliteit te verhogen worden besproken.

---

<sup>53</sup> Dit zijn ziekenhuizen die een financiering krijgen voor nieuwe technologieën en die over een OZP beschikken.

De cel Kankerplan van de FOD Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de follow-up van de projecten. Zij organiseren begeleidingscomités met de verantwoordelijken van de gefinancierde eenheden en vragen jaarlijks een activiteitenrapport op.

De BVT is officieel toegelaten tot het BBMRI-ERIC consortium (Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure- European Research Infrastructure Consortium). Het BBMRI consortium heeft 54 leden met meer dan 225 geassocieerde organisaties (hoofdzakelijk biobanken) uit 30 landen.

## Actie 28: Structurele financiering van de coördinatie van het translationeel onderzoek in de ziekenhuizen

### 1. Structurele financiering van coördinatiecellen translationeel onderzoek

Oorsprong  
Start

Kankerplan 2008  
01/01/2009

De universitaire of gelijkgestelde ziekenhuizen die beschikken over een fundamentele expertise op het vlak van translationeel onderzoek kunnen sinds 1 januari 2009 een beroep doen op een structurele financiering. Er wordt in een budget van 1,4 miljoen euro voorzien.

Zeven ziekenhuizen die aan de financieringscriteria voldoen (op 9 aanvragen) krijgen een structurele financiering van de coördinatiecellen voor translationeel onderzoek.

Ze bestaat uit:

- Een arts-coördinator van het translationeel onderzoek in het ziekenhuis
- Een VTE secretariaat voor de administratieve en logistieke ondersteuning van de arts-coördinator
- Een VTE datamanager als hulp bij het coderen van de gegevens.

De cel Kankerplan van de FOD staat in voor de opvolging van de projecten. Jaarlijks wordt een activiteitenrapport gevraagd en worden de verantwoordelijken van de gefinancierde units uitgenodigd op een begeleidingscomité.

## Actie 29: Steun aan het translationeel onderzoek

### 1. Projecten translationeel oncologisch onderzoek

Oorsprong  
Start

Kankerplan 2008  
2008

Om de doelgroepen van de therapieën beter te bepalen en nieuwe diagnostische en therapeutische doelwitten te vinden, werd in juni 2008 een projectoproep gelanceerd voor translationeel oncologisch onderzoek. Er werden 61 projecten ingediend, waaruit een internationale en onafhankelijke jury een keuze maakte.

Er werden 29 projecten uitgekozen en tussen 1 januari 2009 en 31 december 2011 gesteund. Er werd in een budgettaire enveloppe van 14 miljoen euro voorzien.

Hoewel ze zeer gevarieerd zijn, kunnen de studieonderwerpen die door deze projecten ontwikkeld werden volgens drie grote thema's worden ingedeeld:

- De genetische kenmerken;
- De identificatie en/of validatie van de biomerkers;
- Het gebruik en de implementatie van de technieken van functionele beeldvorming.

Na een voorbereidende fase gingen de projecten in de loop van 2009 van start en kwamen in 2010 op volle kruissnelheid. Op basis van de activiteitenrapporten 2009 en 2010 kwamen de begeleidingscomités respectievelijk in juni 2010 en juni 2011 bijeen.

De financiering van de binnen Actie 29 geselecteerde projecten werd in 2011 verlengd, aangezien twee jaar niet voldoende bleek om de onderzoeksprojecten uit te voeren en af te ronden.

Op basis van de ervaring en deskundigheid vanuit de eerste projectoproep werd in februari 2012 een nieuwe projectoproep gelanceerd voor translationele onderzoeksprojecten.

Er werden in totaal 54 kandidaat-dossiers ingediend, waarvan er 31 projecten werden geselecteerd. Die nieuwe projecten gingen in juli 2012 van start, met een jaarlijks budget van 14 miljoen euro.

## Actie 30: Gebruik van de hadrontherapie in België

### 1. Haalbaarheidsstudie over de oprichting van een hadrontherapiecentrum in België

Oorsprong

Kankerplan 2008

We moeten in de eerste plaats de haalbaarheid en de meerwaarde van de oprichting van een dergelijk centrum in België onderzoeken, zowel met betrekking tot zijn openbaar nut, zijn activiteiten, zijn organisatie als zijn financiering.

In dit kader heeft de Stichting “Belgian Hadrontherapy Center Project” (BHTC) een studievoorstel uitgewerkt om de haalbaarheid van een dergelijk project in België te analyseren. De FOD Volksgezondheid onderzocht de voorwaarden van het studieproject en gaf zijn goedkeuring om vanaf juli 2011 met dit onderzoek van start te gaan.

Op het begeleidingscomité van 23 oktober 2012 werd een tussentijds rapport besproken. In mei 2013 werd het finale rapport voorgesteld.

Het rapport omvat 4 submodules: Welke indicaties komen in aanmerking? Hoeveel potentiële patiënten in België komen jaarlijks in aanmerking voor hadrontherapie? Welke technische specificaties zijn vereist voor hadrontherapie? Hoe ziet het financiële plaatje eruit? (kostenramingen, financiering en gezondheidseconomische evaluaties).

De belangrijkste conclusies en aanbevelingen worden hier kort aangehaald.

- Er gaan een aantal risico's gepaard met de ontwikkeling van een hadrontherapieproject: sommige uitrusting is nog onder ontwikkeling, niet alle uitrusting is al commercieel beschikbaar wat een correcte budgetraming bemoeilijkt en voor sommige indicaties is bijkomend klinisch onderzoek nodig.
- Volgens conservatieve schattingen komen elk jaar 223 volwassenen en 34 kinderen in België in aanmerking voor hadrontherapie. Onderzoek naar de behandeling van een aantal meer voorkomende kankers met hadrontherapie is lopende. Wanneer ook die indicaties in rekening gebracht worden, komen bijkomend 1820 Belgische patiënten in aanmerking.
- De voorkeur gaat uit naar 1 centrum, geïntegreerd in een groot algemeen universitair ziekenhuis dat kan instaan voor bijkomende medische dienstverlening en het nodige onderzoek.
- Om alle beschreven indicaties te kunnen behandelen is zowel proton als koolstofionen therapie nodig. Dit scenario vraagt wel meer investeringen dan het financieel meer aantrekkelijke alternatief van een two-room koolstofion centrum.
- De gezondheidseconomische evaluaties van de verschillende scenario's zijn op de grens van de huidige standaard van kosten-effectiviteit. In dit stadium kunnen echter geen doorslaggevende conclusies geformuleerd worden.
- In een 1<sup>ste</sup> fase moet het centrum alle standaard indicaties en de bijkomende indicaties met de minste technologische vereisten kunnen behandelen. Wel moet het centrum zo ontwikkeld worden dat het in een 2<sup>de</sup> fase kan uitgebouwd worden om ook die bijkomende indicaties te behandelen die meer technologie vereisen.

- Een precieze beschrijving van het nodige materieel met elke mogelijke leverancier is nodig om de investeringskosten preciezer te kunnen inschatten. Een correcte raming is immers moeilijk. Met het materieel dat momenteel al commercieel beschikbaar is kunnen de algemeen aanvaarde standaardindicaties behandeld worden, maar nog niet alle bijkomende indicaties die in deze studie aan bod kwamen.
- In de Europese en Japanse centra wordt 18.000 – 40.000€ per patiënt aangerekend, maar dit bedrag dekt niet alle kosten. Bijkomende financieringsbronnen zijn dus vereist. Publieke financiering lijkt de meest aangewezen bron.

## 2. Beter terugbetaling van zorg- en vervoerskosten van kankerpatiënten die hadrontherapie nodig hebben

Oorsprong

Kankerplan 2008

België beschikt over 25 radiotherapiecentra en 11 satellietcentra. Hadrontherapie wordt momenteel nog niet aangeboden in België.

Patiënten die in aanmerking komen voor hadrontherapie kunnen doorverwezen worden naar centra in het buitenland, zoals Orsay (Frankrijk), PSI (Zwitserland), Munchen en Heidelberg (Duitsland) en Pavia (Italië).

In 2007 beval het KCE aan dat het RIZIV op basis van de voldoende aangetoonde klinische indicaties een terugbetaling voorziet voor hadrontherapie. Een standaardprocedure binnen een wettelijk kader is de meest aangewezen procedure.

In afwachting van een wettelijk kader kunnen patiënten een dossier indienen bij het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF) voor terugbetaling van hadrontherapie in het buitenland.

Op 25 oktober 2010 keurde het Verzekeringscomité een overeenkomst goed met de Raad van universitaire ziekenhuizen van België om een wetenschappelijke raad en een akkoordraad op te richten voor de begeleiding van hadrontherapie. De Wetenschappelijke Raad legt inclusie- en exclusiecriteria voor hadrontherapie vast. De Akkoordraad zal volgens een vaste procedure de individuele dossiers moeten beoordelen. Deze overeenkomst<sup>54</sup> is in werking getreden op 1 november 2010 en werd beëindigd op 1 november 2011.

Het koninklijk besluit<sup>55</sup> van 18 juni 2013 beschrijft een wettelijk kader voor een standaardprocedure voor terugbetaling van een behandeling met hadrontherapie in een gespecialiseerd centrum. Dit besluit treedt in werking vanaf 25 juli 2013 en is geldig tot en met 30 september 2017.

---

<sup>54</sup> Met toepassing van artikel 56, §2, 1°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

<sup>55</sup> Koninklijk besluit van 18/06/2013 (Belgisch Staatsblad van 15/07/2013).



Op 17 juni 2013 keurde het Verzekeringscomité het ontwerp van een nieuwe overeenkomst met de Raad van universitaire ziekenhuizen van België over de Wetenschappelijke Raad en de Akkoordraad. Deze overeenkomst is geldig tot en met 30 september 2017. De Wetenschappelijke Raad (die op 4 oktober 2013 voor een eerste keer is bijeengekomen) stelt inclusie- en exclusiecriteria voor hadrontherapie vast, die op voorstel van de Akkoordraad door het Verzekeringscomité dienen te worden goedgekeurd. De Akkoordraad zal volgens een vaste procedure de individuele dossiers beoordelen.

Het Kankerplan begrootte oorspronkelijk een jaarlijks budget van maximaal 3.598.000 €. Na indexatie komt dit neer op 3.807.840 € voor 2013. Dit budget zou volstaan voor de behandeling van een 100-tal patiënten.

Van zodra de Akkoordraad bevoegd is voor de goedkeuring van de dossiers en de terugbetalingsprocedure operationeel is, zullen dossiers voor tegemoetkoming niet langer ingediend kunnen worden bij het BSF.

## Actie 31: De Stichting Kankerregister versterken

### 1. Oprichting via koninklijk besluit van de Stichting van openbaar nut Kankerregister

<u>Oorsprong</u>	Kankerplan 2008
<u>Start</u>	2008

De Stichting van openbaar nut Kankerregister werd opgericht bij koninklijk besluit van 23 december 2008<sup>56</sup>. Het moet de continuïteit van de registratie van kanker in België verzekeren en organiseren.

### 2. Oprichting van een raadgevend comité van de gebruikers van de gegevens van de Stichting van openbaar nut Kankerregister.

<u>Oorsprong</u>	Kankerplan 2008
<u>Start</u>	2009

Het koninklijk besluit van 10 december 2009<sup>57</sup> en 17 juni 2013<sup>58</sup> legt de samenstelling en de werking vast van het raadgevend comité van gebruikers van de gegevens van de Stichting van openbaar nut Kankerregister<sup>59</sup>. Het heeft in het bijzonder de opdracht om toe te zien op de kwalitatieve en kwantitatieve aspecten van de behandeling van zeldzame tumoren en die aspecten te evalueren, en om voorstellen te doen die de registratie en analyse van de gegevens kunnen verbeteren.

De benoeming bij koninklijk besluit van de leden van het raadgevend comité wordt voorbereid.

### 3. Financiering van de Stichting Kankerregister

<u>Oorsprong</u>	Kankerplan 2008
------------------	-----------------

Vanaf 2009 werd een bijkomend budget van 680.000 euro per jaar vrijgemaakt om de nieuwe activiteiten van de Stichting Kankerregister te ondersteunen. De eerste betreft de oprichting van een register voor de cytohistopathologische testen, en de tweede beoogt het team van het register met 2 VTE te versterken.

Het protocolakkoord van 24 juni 2013 behandelt de afspraken tussen de federale overheid en de Gemeenschappen over de financiering van de Stichting Kankerregister, voor de uitvoering van haar activiteiten en de gerelateerde rapportering. De financierende instanties voorzien samen in een jaarlijkse financiering van €3.023.000. Het akkoord treedt in werking vanaf 1 januari 2014.

<sup>56</sup> Koninklijk besluit van 23/12/2008 (Belgisch Staatsblad 10/02/2009).

<sup>57</sup> Koninklijk besluit van 10/12/2009 (Belgisch Staatsblad 08/04/2010).

<sup>58</sup> Koninklijk besluit van 17/06/2013 (Belgisch Staatsblad 11/07/2013)

<sup>59</sup> De wet van 24 juli 2008 houdende diverse niet-dringende bepalingen vormt de wettelijke grondslag om een raadgevend comité in de Stichting in te voeren. (Belgisch Staatsblad van 07/08/2008).

## Actie 32: Oprichting van een Referentiecentrum voor Kanker

### 1. Oprichting van het Kankercentrum

Oorsprong  
Start

Kankerplan 2008  
2008

Het Kankercentrum werd op 1 september 2008 opgericht door een overeenkomst tussen het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en het RIZIV. De overeenkomst voor de financiering van het Kankercentrum wordt verlengd tot eind 2014. Het Kankercentrum, dat een autonome afdeling van het WIV moet zijn, bestaat momenteel uit 9 medewerkers.

De belangrijkste opdrachten van het Kankercentrum zijn: inventariseren, aanbevelen en evalueren. Het vergemakkelijkt de samenwerking tussen de actoren, evalueert de inspanningen op het vlak van de strijd tegen kanker en adviseert op basis van wetenschappelijke gegevens en de verzamelde expertise uit het terrein.

Het Kankercentrum heeft de uitvoering van de maatregelen van het Kankerplan 2008-2010 geëvalueerd. De evaluatie werd op 26 november 2012 op het symposium "Evaluatie van het Kankerplan" voorgesteld en besproken.

In 2013 heeft het Kankercentrum 5 thematische werkgroepen opgestart. Volgende thema's komen aan bod:

1. Rehabilitatie van kankerpatiënten
2. De link tussen hospitaal en thuiszorg
3. Stamcelbanken en donaties
4. Kwaliteitssysteem in oncologie
5. Gepersonaliseerde geneeskunde

Leden van het Begeleidingscomité en Coördinatieplatform werden uitgenodigd deel te nemen aan de werkgroep(en) van hun voorkeur. In twee discussierondes de doelstellingen van elke werkgroep duidelijker afgebakend en een aantal onderwerpen vooropgesteld. Tegen begin 2014 zal het Kankercentrum, op basis van deze discussies, concreet een aantal pistes formuleren en deze verder uitwerken aan de hand van een evidence-based analyse tot SMART voorstellen voor toekomstige beleidsmaatregelen. .

Het Kankercentrum heeft in 2013 in ondersteuning van de FOD Volksgezondheid actief bijgedragen aan de activiteiten binnen de Europese Joint Action 'European Partnership for Action against Cancer (EPAAC). Vanaf maart 2014 zal België ook meewerken aan de nieuwe Joint Action 2014-2017 "Development of the European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control" (CANCON). Het Kankercentrum zal de leiding nemen van het werkpakket "Guide coordination" en is mede-coördinator van het werkpakket "Platform for Member States cooperation".

## BIJLAGE 1

In het kader van Actie 15 bevat deze bijlage tabellen met alle nieuwe tegemoetkomingen door de verplichte ziekteverzekering voor geneesmiddelen tegen kanker, voor het jaar 2013.

SPECIALITEIT	INDICATIE	DATUM IN WERKING TREDING
<p><b>CARBOPLATIN SANDOZ</b> 10 mg/ml oplossing voor intraveneuze infusie</p> <p>5 Injectieflacon 5 ml 1 Injectieflacon 45 ml 1 Injectieflacon 60 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>Carboplatine wordt alleen gebruikt of in combinatie met andere antitumorale middelen bij de behandeling van een <b>gevorderd ovariumcarcinoom</b>.</p>	<p>01-01-2013</p>
<p><b>GEMCITABINE SANDOZ</b> 10 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>1 Injectieflacon 25 ml 1 Injectieflacon 50 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>- behandeling van een <b>niet kleincellige longkanker</b></p> <p>- behandeling van een histologisch bewezen (biopsie) lokaal gevorderd of gemetastaseerd <b>adenocarcinoom van de pancreas</b></p> <p>- behandeling van rechthebbenden met lokaal gevorderde of gemetastaseerde <b>blaaskanker</b>.</p> <p>- behandeling van rechthebbenden met een gevorderd recidief van een <b>ovarieel epitheliaal carcinoom</b>, bij wie het recidief optrad méér dan 6 maanden na een eerste lijnsbehandeling met een platinum-derivaat.</p> <p>De specialiteit is vergoedbaar indien ze wordt toegediend in het volgende kader: In <b>associatie met paclitaxel</b> bij patiënten lijdend aan lokaal gevorderde, gemetastaseerde of lokaal recidiverende <b>borstkanker</b>, in geval van recidief na anthracycline-bevattende adjuvante/neoadjuvante chemotherapie of een andere soort adjuvante/neoadjuvante chemotherapie als de betreffende patiënte een gestaafde contra-indicatie vertoont voor het gebruik van een behandeling met anthracyclinen.</p>	<p>01-01-2013</p>
<p><b>DOCETAXEL SANDOZ</b> 10 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>1 Injectieflacon 2 ml 1 Injectieflacon 8 ml</p>	<p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking als ze is toegediend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in het raam van <b>lokaal gevorderd of gemetastaseerd borstcarcinoom</b> na aangetoonde mislukking van een behandeling met anthracyclinen, of bij rechthebbenden die niet met anthracyclinen kunnen worden behandeld op basis van een gestaafde contra-indicatie;</li> <li>- in het raam van de behandeling van <b>lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom</b>, nadat een voorafgaande standaard chemotherapie, platinahoudend of niet platinahoudend, heeft gefaald;</li> </ul>	<p>01-01-2013</p>

<p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in het raam van de behandeling <u>met een therapeutisch schema dat doxorubicine bevat</u>, van patiënten met <b>gemetastaseerde of lokaal gevorderde borstkanker</b>, die voor deze aandoening niet eerder chemotherapie hebben ontvangen;</li> <li>- in het raam van de behandeling van <b>metastatische hormono-resistente prostaatkanker</b> in associatie met prednisone;</li> <li>- in het raam van een adjuvante behandeling van een <b>opereerbare borstkanker</b>, bij patiënten die klierpositief zijn, <u>in een therapeutisch schema dat hetzij een anthracycline en cyclofosfamide bevat, hetzij enkel cyclofosfamide bevat (indien een behandeling met een anthracycline niet overwogen kan worden)</u>;</li> <li>- in het raam van de behandeling van een <b>lokaal gevorderde of gemetastaseerde niet-kleincellige longkanker</b> in combinatie met cisplatine bij patiënten die nog geen cytotoxische chemotherapie hebben gekregen voor deze aandoening;</li> <li>- in het kader van de behandeling met cisplatine en 5-fluorouracil van patiënten met <b>gemetastaseerde adeno-carcinoom van de maag</b>, inclusief adenocarcinoom van de gastro-oesofageale junctie die niet voorheen werden behandeld met chemotherapie voor hun metastatische ziekte. In deze situatie moet er een profylaxe met een groeifactor voor witte cellen (G-CSF) ingesteld worden;</li> <li>- in het raam van een inductiebehandeling in combinatie met cisplatine en 5-fluorouracil bij patiënten met <b>lokaal gevorderd niet gemetastaseerd plaveiselcelcarcinoom van de hypopharynx, larynx, mondholte of orofarynx</b>, dat door een multidisciplinair team bestaande uit een radiotherapeut, neus-keel-oorarts en medisch oncoloog en die allen het hieronder vermeld omstandig verslag ondertekenen, als inoperabel wordt beschouwd en die voor deze aandoening niet eerder cytotoxische chemotherapie hebben ontvangen.</li> </ul> <p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking als ze is toegediend: in het raam van een adjuvante behandeling van een <b>opereerbare borstkanker</b>, bij patiënten die kliernegatief zijn en beantwoorden aan één van de volgende eigenschappen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HER2 positief zijn,</li> <li>- Triple negatief zijn (ER, PR en HER2 negatief),</li> <li>- ER positief en HER2 negatief zijn en voldoen aan minstens 1 van de volgende risicofactoren: lage ER, histologische graad 3, hoge proliferatiegraad, belangrijke peritumorale vasculaire infiltratie, T &gt; 5 cm, hoge score in multigenische testen,</li> </ul>	
--	--	--

	<u>in een therapeutisch schema dat hetzij een anthracycline en cyclofosfamide bevat, hetzij enkel cyclofosfamide bevat (indien een behandeling met een anthracycline niet overwogen kan worden).</u>	
<p><b>PACLITAXEL ACCORD HEALTHCARE</b> 6 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>1 Injectieflacon 5 ml 1 Injectieflacon 16,7 ml 1 Injectieflacon 50 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking als ze is toegediend in het raam van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ovariumkanker, als eerstelijnsbehandeling</b>, bij de patiënten met een gevorderde extrapelvaire kanker (FIGO stadia III en IV van de rangschikking opgesteld door de «International Federation of Gynecology-Obstetrics») in combinatie met cisplatine;</li> <li>- <b>ovariumkanker, als tweedelijnsbehandeling</b>, in geval van mislukking of recidief, na een standaard chemotherapie met cisplatine of carboplatine;</li> <li>- <b>lokaal gevorderd of gemetastaseerd borstcarcinoom</b>, na aangetoonde mislukking van een behandeling met anthracyclinen, of bij patiënten die niet met anthracyclinen kunnen worden behandeld op basis van een gestaafde contra-indicatie.</li> </ul> <p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking als ze is toegediend in het raam van: <b>borstkanker met geïnvadeerde lymfeklieren</b>, ter aanvulling van chirurgie en/of radiotherapie, na behandeling met anthracycline en cyclophosphamide.</p>	01-02-2013
<p><b>GLIVEC</b></p> <p>100 mg 120 capsulen 400 mg 30 filmomhulde tabletten</p> <p>→ wijziging vergoedingsvoorwaarden: uitbreiding indicaties</p>	<p>De specialiteit wordt slechts vergoed als ze wordt gebruikt bij de behandeling van volwassen patiënten met Kit (CD 117) positieve <del>niet-reseceerbare en/of gemetastaseerde</del> <b>maligne gastro-intestinale stromale tumoren (GIST)</b> in één van de volgende situaties:</p> <p>a1) postoperatief-adjuvant met bovendien een hoog risico op herval berekend volgens de modified NIH-criteria uit Human Pathology 2008, gedurende maximaal 3 jaar vanaf het jaar van de resectie van GIST</p> <p>a2) niet-reseceerbaar en/of gemetastaseerd</p> <p>a3) bijzondere situatie van a1) en a2): de patiënt hervalt van GIST tijdens de adjuvante inname van imatinib.</p>	01-02-2013
<p><b>IDARUBIN</b> 1 mg/ml oplossing voor injectie</p> <p>1 injectieflacon 5 ml 1 injectieflacon 10 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>De specialiteit wordt alleen vergoed als ze is voorgeschreven voor de behandeling van acute <b>myeloblastische leukemie</b> of voor de <b>tweedelijnsbehandeling van acute lymfoblastische leukemie</b>.</p>	01-02-2013

<p><b>TOPOTECAN TEVA</b> 1mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>1 flacon 1 ml 5 flacons 1 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tweedelijnsbehandeling in het raam van de behandeling van <b>extrapelvair gevorderd ovariumcarcinoom</b> (FIGO stadia III en IV van de rangschikking opgesteld door de «International Federation of Gynecology-Obstetrics»), in geval van mislukking of recidief binnen een termijn van twaalf maanden, na een voorafgaande chemotherapie met de combinatie van cisplatine of carboplatine met paclitaxel;</li> <li>- in combinatie met cisplatine bij patiënten die zich presenteren met een recidief van <b>baarmoederhalskanker</b> na radiotherapie of bij patiënten die zich presenteren met een baarmoederhalskanker stadium IV-B.</li> </ul>	<p>01-02-2013</p>
<p><b>NEXAVAR</b></p> <p>200 mg 112 filmomhulde tabl</p> <p>→ wijziging vergoedingsvoorwaarden: verfijning van de vergoedingsvoorwaarden</p>	<p>De specialiteit komt in aanmerking voor vergoeding indien ze gebruikt wordt voor de behandeling van patiënten met een <b>gevorderd hepatocellulair carcinoom (HCC)</b> met een Child-Pugh A leverfunctie</p> <p>Indien het gaat om letsel(s) in een cirrotische lever of in geval van Hepatitis B kan de diagnose van hepatocellulair carcinoom gesteld te worden aan de hand van medische beeldvorming (dynamische NMR of CT-scan, met contrast en geanalyseerd over verschillende fazen) of een biopsie.</p> <p>In alle andere gevallen of in geval van twijfel, blijft een biopsie noodzakelijk voor de diagnose van HCC</p>	<p>01-02-2013</p>
<p><b>PACLITAXEL SANDOZ</b> 6 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>1 flacon 16,7 ml 1 flacon 50 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p><b>Ovariumcarcinoom:</b> als <b>eerstelijnschemotherapie</b> bij ovariumkanker is paclitaxel geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met een gevorderd ovariumcarcinoom of residuele ziekte (&gt; 1 cm) na een initiële laparotomie in combinatie met cisplatinum.</p> <p>Als <b>tweedelijnschemotherapie</b> bij ovariumkanker is paclitaxel geïndiceerd voor de behandeling van een gemetastaseerd ovariumcarcinoom na mislukken van een standaardtherapie op basis van platina.</p> <p><b>Borstkanker:</b> als adjuvante therapie is paclitaxel geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met lymfklierpositieve borstkanker na behandeling met een antracycline en cyclofosfamide (AC). Een adjuvante behandeling met paclitaxel dient te worden beschouwd als een alternatief voor een uitgebreide AC-therapie.</p> <p>Paclitaxel is geïndiceerd voor de initiële behandeling van plaatselijk gevorderde of gemetastaseerde borstkanker hetzij in combinatie met een antracycline bij patiënten bij wie een dergelijke behandeling geschikt is, hetzij in combinatie met trastuzumab bij patiënten met een 3+-overexpressie van HER-2 zoals bepaald met immunohistochemie en bij wie een antracycline niet geschikt is.</p>	<p>01-02-2013</p>



	<p>In monotherapie is paclitaxel geïndiceerd voor de behandeling van gemetastaseerde borstkanker bij patiënten bij wie een standaardbehandeling op basis van een antracycline mislukt is of die niet in aanmerking komen voor een dergelijke behandeling.</p> <p><b>Gevorderd niet-kleincellig longcarcinoom:</b> paclitaxel in combinatie met cisplatinum is geïndiceerd voor de behandeling van niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) bij patiënten die niet in aanmerking komen voor een potentieel curatieve chirurgie en/of radiotherapie.</p> <p><b>Aan aids gerelateerd Kaposisarcoom:</b> paclitaxel is geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met een gevorderd aan aids gerelateerd Kaposisarcoom (KS) dat niet reageert op een liposomale antracyclinetherapie.</p>	
<p><b>ETOPOSID SANDOZ</b> 20 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>1 flacon 5 ml 1 flacon 10 ml 1 flacon 20 ml 1 flacon 50 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>Etoposide is een antineoplastisch middel bestemd voor intraveneus gebruik. Het kan als monotherapie worden gebruikt of in combinatie met andere oncolytica.</p> <p>de behandeling van <b>kleincellig longkanker, resistent non-seminoma testis carcinoom, acute myelomonocytische en myelocytische leukemie</b> (AML, FAB subtype M4 of M5), als onderdeel van een combinatietherapie na het falen van inductie chemotherapie.</p>	01-03-2013
<p><b>CISPLATINE SANDOZ</b> 1 mg/ ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>1 flacon 100 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 2</p>	<p>Te gebruiken als monotherapie, of binnen een bestaande behandeling met chemotherapeutica bij uitgebreide of gemetastaseerde tumoren: <b>testiscarcinoom</b> (palliatieve en curatieve polychemotherapie) en ovariumcarcinoom (stadium III en IV) en <b>plaveiselcel epithelioom van hoofd en hals</b> (palliatieve therapie).</p> <p>Bij de behandeling van <b>kleincellig longcarcinoom</b>.</p> <p>Bij de behandeling van <b>geavanceerd niet-kleincellig longcarcinoom</b></p>	01-03-2013
<p><b>ZELBORAF</b></p>	<p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking indien ze wordt toegediend in monotherapie voor de behandeling van een volwassen patiënt met <b>een gevorderd (niet reseceerbare of gemetastaseerd)</b></p>	01-04-2013

240 mg 56 filmomhulde tabletten → aanvraag terugbetaling klasse 1	<b>melanoom</b> dat positief is voor de BRAFV600-mutatie zoals aangetoond door middel van een gevalideerde test uitgevoerd in een laboratorium met ervaring, dat de validiteit van de analyse kan garanderen	
<b>CAPRELSA</b>  100 mg 30 filmomhulde tabletten 300 mg 30 filmomhulde tabletten → aanvraag terugbetaling klasse 1	De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking indien ze wordt toegediend in monotherapie voor de behandeling van een patiënt met een <b>agressief, symptomatisch lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet reseceerbaar medullair schildkliercarcinoom</b> , bij wie de verdubbelingstijd van het CEA en/of calcitonine in het serum korter is dan 24 maanden en bij wie door middel van medische beeldvorming met CAT of MRI, tumorprogressie volgens de RECIST 1.1 criteria werd aangetoond binnen de 12 maanden voorafgaand aan het starten van de behandeling met CAPRELSA .	01-05-2013
<b>TEYSUNO</b>  126 harde capsules x 15 mg/4,35 mg/11,8 mg 84 harde capsules x 20 mg/5,8 mg/15,8 mg → aanvraag terugbetaling klasse 2	De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking indien ze, in doublet combinatie met cisplatine, wordt toegediend in de behandeling van <b>gevorderde maagkanker (stadium III of IV van de TNM classificatie)</b> welke niet in aanmerking komt voor chirurgische behandeling - Ofwel nadat een voorafgaande eerstelijnsbehandeling met capecitabine in combinatie met een op platinum gebaseerd regime diende te worden stopgezet o.w.v. het optreden van Hand Voet Syndroom. - Ofwel omdat een eerstelijnsbehandeling met capecitabine in combinatie met een op platinum gebaseerd regime niet mogelijk is omwille van aangetoonde contra-indicatie of intolerantie aan capectabine	01-05-2013
<b>VOTRIENT</b>  200 mg 90 filmomhulde tabletten 400 mg 60 filmomhulde tabletten  → wijziging van de vergoedingsvoorwaarden: uitbreiding van indicaties	De specialiteit komt voor terugbetaling in aanmerking indien ze wordt toegediend bij een volwassen patiënt met die lijdt aan een <b>gevorderd weke delen sarcoom</b> na falen van minstens één voorafgaande behandeling met chemotherapie voor gemetastaseerde ziekte of bij progressie binnen de 12 maanden na een (neo)adjuvante behandeling.	01-05-2013
<b>TOPOTECAN ACCORD HEALTHCARE</b> 1mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie  1 flacon 1 ml	De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking als ze is toegediend: - als tweedelijnsbehandeling in het raam van de behandeling van <b>extrapelvair gevorderd ovariumcarcinoom</b> (FIGO stadia III en IV van de rangschikking opgesteld door de «International Federation of Gynecology-Obstetrics»), in geval van mislukking of recidief binnen een termijn van twaalf maanden, na een voorafgaande chemotherapie met de combinatie van cisplatine of	01-05-2013

<p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>carboplatine met paclitaxel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in combinatie met cisplatine bij patiënten die zich presenteren met <b>een recidief van baarmoederhalskanker</b> na radiotherapie of bij patiënten die zich presenteren met een baarmoederhalskanker stadium IV-B</li> </ul>	
<p><b>CARBOPLATIN ACCORD HEALTHCARE</b> 10 mg/ml oplossing voor intraveneuze infusie</p> <p>1 Injectieflacon 60 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>Carboplatine wordt gebruikt voor de behandeling van:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Ovariumcarcinoom</b> van epitheliale oorsprong in een gevorderd stadium als:             <ol style="list-style-type: none"> <li>(a) eerstelijnsbehandeling</li> <li>(b) tweedelijnsbehandeling na het falen van andere behandelingsregimes.</li> </ol> </li> <li>2. <b>Kleincellig longcarcinoom</b></li> </ol>	<p>01-05-2013</p>
<p><b>IRINOTECAN HYDROCHLORIDE ACCORD HEALTHCARE</b> 20 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>1 injectieflacon 25 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- behandeling van een <b>gemetastaseerde colorectale kanker</b> in een dosis van maximum 180 mg/m<sup>2</sup> lichaamsoppervlakte, en in associatie met 5-fluorouracil en calciumleucovorin, bij rechthebbenden die voorafgaandelijk geen of hoogstens een adjuvante chemotherapie hebben gehad.</li> <li>- <b>tweedelijnsbehandeling</b> van een <b>gemetastaseerde colorectale kanker</b>, na een voorafgaande chemotherapie met 5-fluorouracil, in geval van mislukking of recidief binnen een termijn van zes maanden.</li> </ul>	<p>01-05-2013</p>
<p><b>DOCETAXEL KABI</b></p> <p>Injectieflacon 6 ml concentraat voor oplossing voor infusie 120 mg/6 ml          Injectieflacon 9 ml concentraat voor oplossing voor infusie 180 mg/9 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking als ze is toegediend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in het raam van <b>lokaal gevorderd of gemetastaseerd borstcarcinoom</b> na aangetoonde mislukking van een behandeling met anthracyclinen, of bij rechthebbenden die niet met anthracyclinen kunnen worden behandeld op basis van een gestaaftde contra-indicatie;</li> <li>- in het raam van de behandeling van <b>lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom</b>, nadat een voorafgaande standaard chemotherapie, platinahoudend of niet platinahoudend, heeft gefaald;</li> <li>- in het raam van de behandeling <u>met een therapeutisch schema dat doxorubicine bevat</u>, van patiënten met <b>gemetastaseerde of lokaal gevorderde borstkanker</b>, die voor deze aandoening niet eerder chemotherapie hebben ontvangen;</li> <li>- in het raam van de behandeling van <b>metastatische hormono-resistente prostaatkanker</b> in associatie met prednisone;</li> </ul>	<p>01-05-2013</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in het raam van een adjuvante behandeling van een <b>opereerbare borstkanker</b>, bij patiënten die klierpositief zijn, <u>in een therapeutisch schema dat hetzij een anthracycline en cyclofosfamide bevat, hetzij enkel cyclofosfamide bevat (indien een behandeling met een anthracycline niet overwogen kan worden)</u>;</li> <li>- in het raam van de behandeling van een <b>lokaal gevorderde of gemetastaseerde niet-kleincellige longkanker</b> in combinatie met cisplatine bij patiënten die nog geen cytotoxische chemotherapie hebben gekregen voor deze aandoening;</li> <li>- in het kader van de behandeling met cisplatine en 5-fluorouracil van patiënten met <b>gemetastaseerde adeno-carcinoom van de maag</b>, inclusief adenocarcinoom van de gastro-oesofageale junctie die niet voorheen werden behandeld met chemotherapie voor hun metastatische ziekte. In deze situatie moet er een profylaxe met een groeifactor voor witte cellen (G-CSF) ingesteld worden;</li> <li>- in het raam van een inductiebehandeling in combinatie met cisplatine en 5-fluorouracil bij patiënten met <b>lokaal gevorderd niet gemetastaseerd plaveiselcelcarcinoom van de hypopharynx, larynx, mondholte of orofarynx</b>, dat door een multidisciplinair team bestaande uit een radiotherapeut, neus-keel-oorarts en medisch oncoloog en die allen het hieronder vermeld omstandig verslag ondertekenen, als inoperabel wordt beschouwd en die voor deze aandoening niet eerder cytotoxische chemotherapie hebben ontvangen.</li> </ul>	
<p><b>GEMCITABINE ACCORD HEALTHCARE</b> 100 mg/ ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>1 injectieflacon 2ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-behandeling van een <b>niet kleincellige longkanker</b></li> <li>-behandeling van een histologisch bewezen (biopsie) lokaal gevorderd of gemetastaseerd <b>adenocarcinoom van de pancreas</b></li> <li>-behandeling van rechthebbenden met lokaal gevorderde of gemetastaseerde <b>blaaskanker</b>.</li> <li>-behandeling van rechthebbenden met een gevorderd recidief van een <b>ovarieel epitheliaal carcinoom</b>, bij wie het recidief optrad méér dan 6 maanden na een eerste lijnsbehandeling met een platinum-derivaat.</li> </ul> <p>De specialiteit is vergoedbaar indien ze wordt toegediend in het volgende kader: In <b>associatie met paclitaxel</b> bij patiëntes lijdend aan lokaal gevorderde, gemetastaseerde of lokaal recidiverende <b>borstkanker</b>, in geval van recidief na anthracycline-bevattende adjuvante/neoadjuvante chemotherapie of een andere soort adjuvante/neoadjuvante chemotherapie als de betreffende patiënte een gestaafde contra-indicatie vertoont voor het gebruik van een behandeling met anthracyclinen.</p>	01-06-2013

<p><b>CISPLATIN ACCORD HEALTHCARE</b> 1 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>1 injectieflacon 100 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>Cisplatine is bestemd voor de behandeling van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· uitgebreide of gemetastaseerde testistumoren</li> <li>· uitgebreide of gemetastaseerde ovariumkanker</li> <li>· uitgebreide of gemetastaseerde blaascarcinomen</li> <li>· uitgebreide of gemetastaseerde plaveiselcelcarcinomen van hoofd en hals</li> <li>· uitgebreid of gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom</li> <li>· uitgebreid of gemetastaseerd kleincellig longcarcinoom</li> <li>· Cisplatine is geïndiceerd voor de behandeling van cervix carcinomen in combinatie met andere chemotherapeutica of radiotherapie.</li> <li>· Cisplatine kan als monotherapie en in combinatietherapie worden gebruikt.</li> </ul>	<p>01-07-2013</p>
<p><b>CAPECITABINE EG</b></p> <p>150 mg 120 filmomhulde tablet</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking indien ze wordt toegediend in een van de volgende situaties:</p> <p>a) voor de behandeling van <b>gemetastaseerde colorectale kanker</b> in monotherapie of in combinatie met oxaliplatine;</p> <p>b) voor de behandeling van <b>lokaal gevorderde of gemetastaseerde borstkanker</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ofwel in associatie met docetaxel na falen van een anthracycline bevattende voorafgaande chemotherapie behalve in geval van gestaafde contra-indicatie voor anthracyclines ;</li> <li>- ofwel in monotherapie, na falen van een behandeling met taxanen en falen van een anthracycline bevattende chemotherapie behalve in geval van gestaafde contra-indicatie voor anthracyclines.</li> </ul> <p>c) als adjuvante behandeling van een <b>stadium III (Dukes C) colonkanker</b> na resectie van de primaire tumor;</p> <p>d) bij de eerstelijnsbehandeling van <b>gevorderde maagkanker</b> (stadium III of IV van de TNM classificatie) in combinatie met een op platinum gebaseerd regime.</p>	<p>01-07-2013</p>
<p><b>XALKORI</b></p> <p>200 mg 60 harde capsules 250 mg 60 harde capsules</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 1</p>	<p>behandeling van <b>niet-kleincellig, gevorderd longcarcinoom</b>, dat ALK-positief is zoals werd aangetoond door middel van een IHC test gevalideerd voor longcarcinoom die werd bevestigd door een gevalideerde FISH-test.</p> <p>De betrokken specialiteit komt in aanmerking voor terugbetaling bij volgende patiënten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- volwassenen die tumorprogressie hebben vertoond na minstens twee cycli van een standaard chemotherapie die minstens twee cytostatica bevat</li> </ul> <p>Of</p>	<p>01-08-2013</p>

	- patiënten > 65 jaar of volwassen patiënten met een 'Poor Performance Status' (PS) $\geq$ 2 die tumorprogressie vertoonden na minstens 2 cycli van een standaard chemotherapie die minstens 1 cytostaticum bevat.	
<b>AFINITOR</b> 5 mg 30 tabletten 10 mg 30 tabletten  → wijziging vergoedingsvoorwaarden: uitbreiding indicaties	Volgende specialiteit komt slechts in aanmerking voor vergoeding indien ze toegediend wordt voor de behandeling van een <b>niet operatief te verwijderen of gemetastaseerde goed gedifferentieerde neuro-endocriene tumor van de pancreas</b> die een ziekteprogressie vertoont. Een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) dat het akkoord geeft voor de behandeling met AFINITOR, is nodig om te kunnen starten met een vergoedbare behandeling. a') Indien het gaat om een rechthebbende die in het kader van een klinische studie, al eerder voor een periode van minstens 3 maanden zonder terugbetaling met AFINITOR behandeld werd, wordt de vergoeding van AFINITOR toegelaten voor zover de patiënt voor het begin van de behandeling aan de criteria beschreven in punt a) beantwoordde bij start van de behandeling en aan alle criteria van punt b) op moment van verderzetting	01-08-2013
<b>TOPOTECAN ACCORD HEALTHCARE</b> 1 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie  1 injectieflacon 4ml  → aanvraag terugbetaling klasse 3	De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking als ze is toegediend : - als tweedelijnsbehandeling in het raam van de behandeling van <b>extrapelvair gevorderd ovariumcarcinoom</b> (FIGO stadia III en IV van de rangschikking opgesteld door de «International Federation of Gynecology-Obstetrics»), in geval van mislukking of recidief binnen een termijn van twaalf maanden, na een voorafgaande chemotherapie met de combinatie van cisplatine of carboplatine met paclitaxel - in combinatie met cisplatine bij patiënten die zich presenteren met een <b>recidief van baarmoederhalskanker</b> na radiotherapie of bij patiënten die zich presenteren met een baarmoederhalskanker stadium IV-B	01-08-2013
<b>CARBOPLATIN FRESENIUS KABI</b> 10 mg/ml oplossing voor intraveneuze infusie  1 Injectieflacon 5 ml 1 Injectieflacon 15 ml 1 Injectieflacon 45 ml 1 Injectieflacon 60 ml	Carboplatine is geïndiceerd voor de behandeling van: 1. <b>Progressief ovariumcarcinoom</b> van epitheliale oorsprong als: - eerstelijnsbehandeling - tweedelijnsbehandeling, nadat andere behandelingen hebben gefaald. 2. <b>Kleincellig longcarcinoom</b>	01-09-2013

<p><b>CARBOPLATIN ACCORD HEALTHCARE</b> 10 mg/ml oplossing voor intraveneuze infusie</p> <p>1 Injectieflacon 15 ml 1 Injectieflacon 45 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>		
<p><b>MITOXANTRONE SANDOZ</b> 2mg/ml oplossing voor intraveneuze infusie</p> <p>1 Injectieflacon 5 ml 1 Injectieflacon 10 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>Mitoxantron, alleen of in combinatie met andere antineoplastische middelen, is aangewezen voor de behandeling van <b>metastatisch borstcarcinoom, non-Hodgkin lymfoom en acute niet-lymfocyttaire leukemie</b> bij volwassenen.</p> <p>Pijn als gevolg van een <b>gevoerd prostaatcarcinoom</b> refractair voor hormonen in combinatie met lage dosering corticosteroiden als de ingestelde analgetische behandeling onvoldoende of onaangepast is.</p>	01-09-2013
<p><b>EPIRUBICINE SANDOZ</b></p> <p>1 x 5 ml oplossing voor injectie en infusie 2 mg/ml 5 x 5 ml oplossing voor injectie en infusie 2 mg/ml 1 x 50 ml oplossing voor injectie en infusie 2 mg/ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>behandeling van <b>borst carcinomen</b> en <b>maagkanker</b></p>	01-10-2013
<p><b>CYTARABINE FRESENIUS KABI</b></p> <p>Injectieflacon 1 x 1ml 100 mg/ml Injectieflacon 1 x 5ml 100 mg/ml</p>	<p><b>Acute leukemie</b> bij volwassenen en kinderen, <b>non-Hodgkin lymfomen</b></p>	01-10-2013

→ aanvraag terugbetaling klasse 3		
<b>INLYTA</b>  56 filmomhulde tabletten 1 mg 56 filmomhulde tabletten 5 mg  → aanvraag terugbetaling klasse 2	2e lijnsbehandeling van een <b>gevorderd niercelcarcinoom</b> (stadium IV), bij een rechthebbende, bij wie een eerdere eerstelijns therapie met een tyrosine kinase inhibitor of een cytokine faalde.	01-10-2013
<b>HALAVEN</b>  Oplossing voor injectie 0,44 mg/ml flacon 1 x 2 ml  → aanvraag terugbetaling klasse 1	monotherapie voor de behandeling van patiënten met <b>lokaal gevorderde of gemetastaseerde borstkanker</b> , na progressie op tenminste drie voorafgaande chemotherapie-regimes voor de behandeling van het vergevorderd stadium.	01-10-2013
<b>METHOTREXATE ACCORD HEALTHCARE</b>  1 x 2 ml oplossing voor injectie 25 mg/ml 1 x 20 ml oplossing voor injectie 25 mg/ml 1 x 40 ml oplossing voor injectie 25 mg/ml  → aanvraag terugbetaling klasse 3	Methotrexaat is geïndiceerd voor de behandeling van verschillende maligne aandoeningen zoals <b>acute lymfatische leukemie (ALL), borstkanker en osteosarcoom</b>	01-11-2013
<b>GEMCITABINE FRESENIUS KABI</b> 40 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie  1 Injectieflacon 5 ml 1 Injectieflacon 25 ml	- behandeling van een <b>niet kleincellige longkanker</b> - behandeling van een histologisch bewezen (biopsie) lokaal gevorderd of gemetastaseerd <b>adenocarcinoom van de pancreas</b> - behandeling van rechthebbenden met lokaal gevorderde of gemetastaseerde <b>blaaskanker</b> . - behandeling van rechthebbenden met een gevorderd recidief van een <b>ovarieel epitheliaal carcinoom</b> , bij wie het recidief optrad méér dan 6 maanden na een eerste lijnsbehandeling met een platinum-	01-12-2013



1 Injectieflacon 50 ml → aanvraag terugbetaling klasse 3	derivaat. De specialiteit is vergoedbaar indien ze wordt toegediend in het volgende kader: In <b>associatie met paclitaxel</b> bij patiëntes lijdend aan lokaal gevorderde, gemetastaseerde of lokaal recidiverende <b>borstkanker</b> , in geval van recidief na anthracycline-bevattende adjuvante/neoadjuvante chemotherapie of een andere soort adjuvante/neoadjuvante chemotherapie als de betreffende patiënte een gestaafde contra-indicatie vertoont voor het gebruik van een behandeling met anthracyclinen.	
<b>DACOGEN</b> 1 injectieflacon 50 mg → aanvraag terugbetaling weesgeneesmiddel	De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking voor volwassen patiënten van 65 jaar en ouder met nieuw gediagnosticeerde de novo of secundaire <b>acute myeloïde leukemie (AML)</b> , volgens de classificatie van de Wereld gezondheidsorganisatie (WHO), die niet in aanmerking komen voor standaard inductie chemotherapie	01-12-2013
<b>CYTARABINE ACCORD HEALTHCARE</b> Injectieflacon 1 x 10 ml Injectieflacon 1 x 20 ml → aanvraag terugbetaling klasse 3	<b>Acute leukemie</b> bij volwassenen en kinderen, <b>non-Hodgkin lymfomen</b>	01-12-2013
<b>FLUDARABINE FRESENIUS KABI</b> injectieflacon 1 x 50 mg → aanvraag terugbetaling klasse 3	Behandeling van <b>B-cel chronische lymfatische leukemie (CLL)</b> bij patiënten met voldoende beenmergreserves.	01-12-2013
<b>PACLITAXEL ACCORD HEALTHCARE</b> 6 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie 1 Injectieflacon 25 ml → aanvraag terugbetaling klasse 3	<b>Ovariumcarcinoom:</b> in de eerstelijnschemotherapie van ovariumkanker is paclitaxel geïndiceerd voor de behandeling van patienten met gevorderd ovariumcarcinoom of met residuale tumor (> 1 cm) na aanvankelijke laparotomie, in combinatie met cisplatine of carboplatine. In de tweedelijnschemotherapie van ovariumkanker is paclitaxel geïndiceerd voor de behandeling van metastaserend carcinoom van het ovarium na het falen van standaard, platinabevattende therapie. <b>Mammacarcinoom:</b> In de adjuvante setting is paclitaxel geïndiceerd voor de behandeling van patienten met lymfeklier-positief mammacarcinoom na behandeling met anthracycline en	01-12-2013

	<p>cyclofosfamide (AC). Adjuvante behandeling met paclitaxel dient te worden gezien als een alternatief voor verlengde AC-behandeling. Paclitaxel is geïndiceerd voor de aanvankelijke behandeling van lokaal gevorderde of metastaserende borstkanker, in combinatie met een anthracycline bij patiënten voor wie behandeling met anthracycline geschikt is, of in combinatie met trastuzumab bij patiënten met overexpressie van HER-2 (humane epidermale groeifactorreceptor 2) op een niveau van 3+ zoals bepaald door immunohistochemie en voor wie een anthracycline niet geschikt is. Als monotherapie is paclitaxel geïndiceerd voor de behandeling van metastaserend mammacarcinoom bij patiënten bij wie standaard anthracyclinebevattende behandeling is mislukt, of die geen kandidaten zijn voor deze behandeling.</p> <p><b>Gevorderd niet-kleincellig longcarcinoom:</b> Paclitaxel in combinatie met cisplatine is geïndiceerd voor de behandeling van niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) bij patiënten die geen kandidaat zijn voor een potentieel curatieve chirurgische ingreep en/of radiotherapie.</p> <p><b>AIDS-gerelateerd kaposisarcoom:</b> Paclitaxel is geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met gevorderd AIDS-gerelateerd kaposisarcoom (KS) bij wie eerdere therapie met liposomaal anthracycline heeft gefaald. Beperkte gegevens over de werkzaamheid ondersteunen deze indicatie.</p>	
--	--	--