



BELGIË

Landenprofiel kanker

2025



European
Commission



BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Serie Landenprofiel Kanker

Het Europees register voor ongelijkheden bij kanker is een vlaggenschipinitiatief van het Europees kankerbestrijdingsplan. Dit register bevat solide en betrouwbare gegevens over kankerpreventie en kankerzorg, die kunnen worden gebruikt om trends, verschillen en ongelijkheden tussen lidstaten, regio's en bevolkingsgroepen in kaart te brengen. In de landenprofielen voor kanker wordt voor elk van de 27 lidstaten van de EU, IJsland en Noorwegen aandacht besteed aan sterke en zwakke punten, uitdagingen en specifieke actiegebieden. Het Europees register voor ongelijkheden bij kanker ondersteunt ook vlaggenschipinitiatief 1 van het actieplan om de verontreiniging tot nul terug te dringen.

De profielen zijn een samenwerking van de OESO en de Europese Commissie. Het team is dankbaar voor de waardevolle inbreng van nationale deskundigen en de opmerkingen van het Gezondheidscommissie van de OESO en de thematische werkgroep van de EU voor het register voor ongelijkheden bij kanker.

Gegevens- en informatiebronnen

De gegevens en informatie in de landenprofielen voor kanker zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de aan Eurostat en de OESO verstrekte officiële nationale statistieken, die zijn gevalideerd zodat zij aan de hoogste normen voor vergelijkbaarheid van gegevensvoldoen. De bronnen en methoden die aan deze gegevens ten grondslag liggen, zijn beschikbaar in de Eurostat-databank en in de gezondheidsdatabank van de OESO.

Aanvullende gegevens en informatie zijn afkomstig van het Gemeenschappelijk Centrum voor onderzoek (JRC) van de Europese Commissie, de enquête over EU-statistiek van inkomens en levensomstandigheden (EU-SILC), de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), het Internationaal Agentschap voor kankeronderzoek (IARC), de Internationale Organisatie voor Atoomenergie (IAEA), de Europese vereniging voor kinderoncologie (SIOPE), het Bureau van de Europese Unie voor de grondrechten (FRA), de enquête over gezondheidsgedrag bij schoolgaande kinderen (HBSC), alsook uit de landenprofielen voor gezondheid en kanker van 2023 en andere nationale bronnen (onafhankelijk van particuliere of commerciële belangen). De EU-gemiddelden betreffen gewogen gemiddelden van de 27 lidstaten, tenzij anders is vermeld. In deze EU-gemiddelden zijn IJsland en Noorwegen niet meegenomen. De sterfte- en incidentiecijfers zijn naar leeftijd gestandaardiseerd op basis van de Europese standaardpopulatie die Eurostat in 2013 heeft vastgesteld.

In de koopkrachtpariteit (KKP) worden de valuta zodanig omgerekend dat de koopkracht van de verschillende valuta gelijk is, doordat verschillen in prijsniveaus tussen de landen worden geëlimineerd.

Afwijzing van aansprakelijkheid: Dit werk is gepubliceerd onder de verantwoordelijkheid van de secretaris-generaal van de OESO en de voorzitter van de Europese Commissie. De hierin geuite meningen en argumenten geven niet noodzakelijkerwijs de officiële standpunten van de lidstaten van de OESO of van de Europese Unie weer. Met dit document en de daarin opgenomen gegevens en kaarten wordt geen standpunt ingenomen over de status of de soevereiniteit van enig gebied, noch over de afbakening van internationale grenzen of de naam van gebieden of steden. De namen van landen en gebieden en de kaarten die in deze gezamenlijke publicatie worden gebruikt, volgen de praktijk van de OESO.

Specifieke territoriale disclaimers die van toepassing zijn op de OESO:

Noot van de Republiek Turkije: De informatie in dit document met betrekking tot "Cyprus" heeft betrekking op het zuidelijke deel van het eiland. Er is geen enkele autoriteit die zowel het Turks- als het Grieks-Cypriotische volk op het eiland vertegenwoordigt. Turkije erkent de Turkse Republiek Noord-Cyprus (TRNC). Totdat in het kader van de Verenigde Naties een duurzame en billijke oplossing is gevonden, handhaaft Turkije zijn standpunt met betrekking tot de "kwestie Cyprus".

Noot van alle lidstaten van de Europese Unie van de OESO en de Europese Unie: De Republiek Cyprus wordt erkend door alle leden van de Verenigde Naties, met uitzondering van Turkije. De informatie in dit document heeft betrekking op het gebied waarover de regering van de Republiek Cyprus feitelijk het gezag uitoefent.

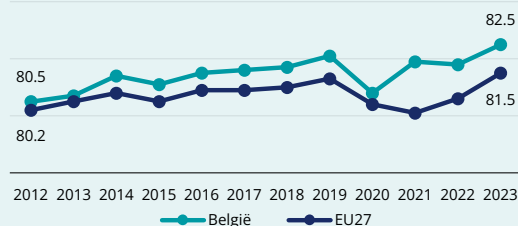
© OESO/Europese Unie 2025. Indien er verschillen zijn tussen het oorspronkelijke werk en de vertaalde versies van dit werk, moet alleen de tekst van het oorspronkelijke werk als geldig worden beschouwd.

Inhoud

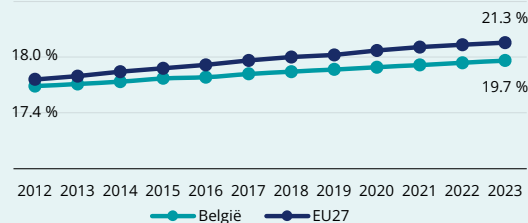
1. BELANGRIJKSTE PUNTEN	3
2. KANKER IN BELGIË	4
3. RISICOFACTOREN EN PREVENTIEBELEID	9
4. VROEGTIJDIGE OPSPORING	15
5. PRESTATIES OP HET GEBIED VAN KANKERZORG	19
5.1 Toegankelijkheid	19
5.2 Kwaliteit	23
5.3 Kosten en prijs-kwaliteitverhouding	26
5.4 Welzijn en levenskwaliteit	27
6. FOCUS OP KINDERKANKER	29

Belangrijkste kenmerken van het zorgstelsel

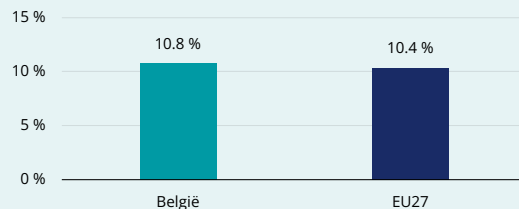
Levensverwachting bij de geboorte (in jaren)



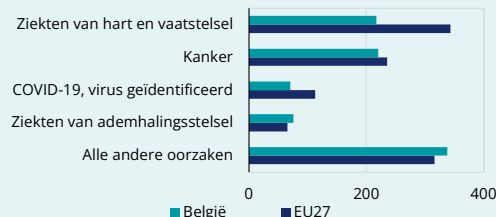
Aandeel 65-plussers in de bevolking (%)



Gezondheidszorguitgaven in % van het bbp, 2022 of dichtstbijzijnde jaar



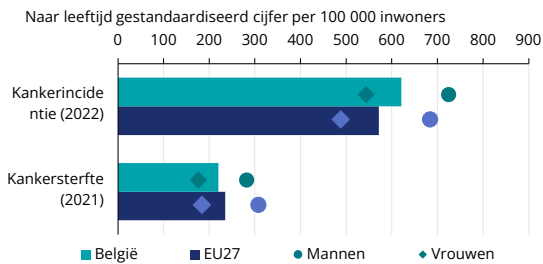
Naar leeftijd gestandaardiseerde sterfte per 100 000 inwoners, 2021



Bron: Eurostat-databank.

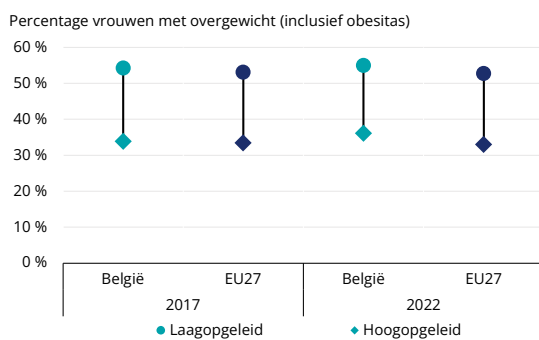
1. Belangrijkste punten

Kanker in België



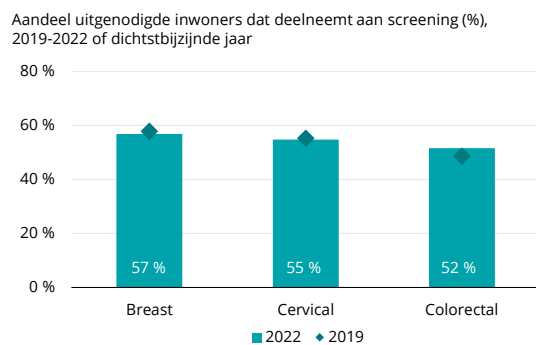
De geschatte incidentie van kanker in België is hoger dan het EU-gemiddelde, zowel onder mannen als onder vrouwen. De kankersterfte in België is de afgelopen tien jaar aanzienlijk afgenomen en ligt nu onder het EU-gemiddelde. De vermijdbare sterfte door long-, borst- en colorectale kanker is aanzienlijk gedaald. Onder personen met een lager opleidingsniveau — met name mannen — zijn de kankersterftecijfers hoger.

Risicofactoren en preventiebeleid



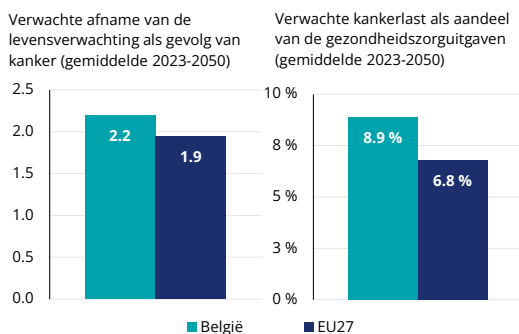
België presteert relatief goed op het gebied van het beheer van gedragsrisicofactoren, al zijn er nog uitdagingen. Binnen de Belgische bevolking zijn mannen en laagopgeleiden vaker dagelijkse rokers. Om daar iets tegen te doen, heeft België in 2024-2025 een alomvattend pakket van beleidsmaatregelen tegen tabaksgebruik uitgevoerd. Het alcoholgebruik is de afgelopen tien jaar licht gedaald en het eerste interfederale alcoholplan (2023-2025) is met brede steun op bestuurlijk niveau goedgekeurd. Op het gebied van overgewicht en obesitas bestaan er aanzienlijke gewestelijke en sociaaleconomische verschillen, met percentages die bij vrouwen met een lager opleidingsniveau 50 % hoger liggen dan bij vrouwen met een hoger opleidingsniveau.

Vroegtijdige opsporing



België voert bevolkingsonderzoeken naar kanker uit die op gewestelijk niveau worden georganiseerd. De meeste borstkankerscreening vindt echter buiten het programma plaats, waarbij de participatiegraad in Brussel en Wallonië lager is. Zelfafnametests op colorectale kanker zijn in het hele land beschikbaar. Vlaanderen voert al lange tijd bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker uit, en Wallonië is daar in januari 2024 mee begonnen. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werkt aan een screeningsprogramma voor baarmoederhalskanker. Alle gewesten in België organiseren initiatieven om het bewustzijn rond kankerscreening te vergroten.

Prestaties op het gebied van kankerzorg



De verplichte ziektekostenverzekering van België dekt bijna de hele bevolking, maar relatief hoge eigen bijdragen zijn gebruikelijk. De toegang tot radiologische onderzoeken en radiotherapie zonder eigen bijdragen varieert sterk tussen de gewesten. België scoort hoog op het gebied van toegang tot nieuwere kankergeneesmiddelen en innovatieve moleculaire hulpmiddelen. In algemene zin zijn de percentages voor vijfjaarsoverleving bij kanker in België de afgelopen twee decennia verbeterd. Op het gebied van geconcentreerde kankerzorg blijven er uitdagingen bestaan, hoewel recent beleid — zoals geconcentreerde behandeling voor jongeren en klinieken voor complexe borstkankerchirurgie — veelbelovend is. Tussen 2023 en 2050 zullen de totale uitgaven voor gezondheidszorg in België naar schatting 9 % hoger liggen als gevolg van de lasten van kanker.

2. Kanker in België

De incidentie van kanker is in België zowel bij mannen als bij vrouwen hoger dan het EU-gemiddelde

Volgens het Europees informatiesysteem voor kanker (ECIS) van het JRC werden in 2022 in België 72 680 nieuwe gevallen van kanker verwacht op basis van de incidentietrends uit de jaren vóór de pandemie — een hogere incidentie van kanker dan het EU-gemiddelde (Figuur 1). In overeenstemming met de trends in de EU is de incidentie van kanker hoger bij mannen dan bij vrouwen. Bij Belgische mannen bedroeg de naar leeftijd gestandaardiseerde incidentie in 2022 724 per 100 000 inwoners — het op elf na hoogste cijfer in de EU+2-landen¹. Bij Belgische vrouwen bedroeg de naar leeftijd gestandaardiseerde incidentie 544 per 100 000, wat circa 11 % hoger is dan het EU-gemiddelde van 488 per 100 000.

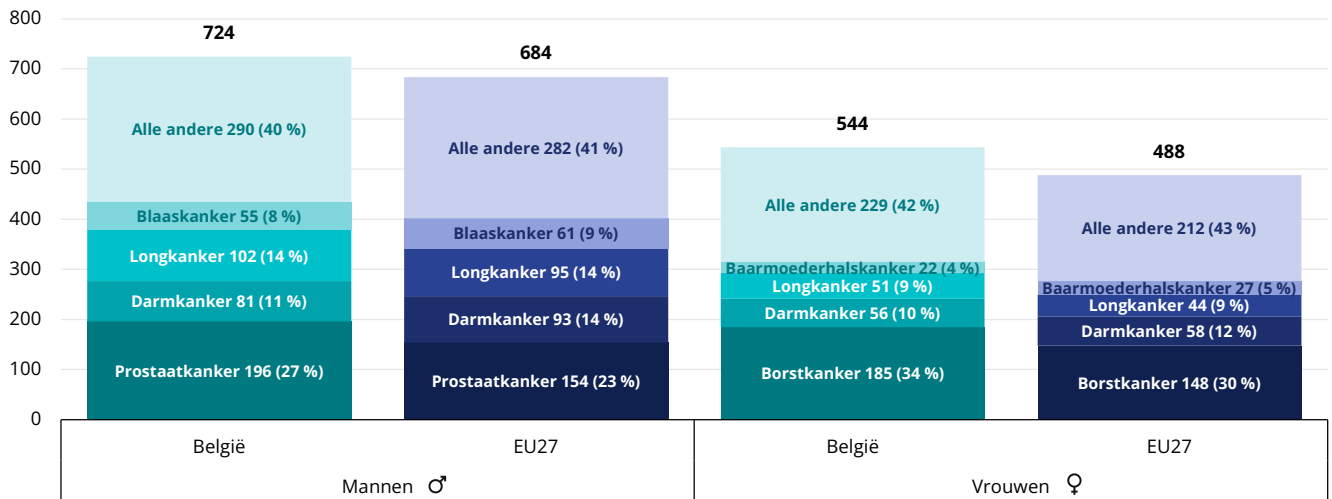
Het patroon van de meest voorkomende vormen van kanker bij mannen en vrouwen in België

komt overeen met dat van de hele EU. In 2022 was prostaatcancer de meest voorkomende nieuwe kankerdiagnose bij mannen in België (27 % van alle kankerdiagnosen, tegenover 23 % in de EU), gevolgd door longkanker² (14 % in België en in de EU) en colorectale kanker (11 %, tegenover 14 % in de EU). Blaaskanker en melanoom waren de vierde en vijfde meest voorkomende vormen van kanker bij mannen, met respectievelijk 8 % en 5 % van de gevallen, tegen respectievelijk 9 % en 4 % in de EU. Bij vrouwen kwam borstkanker het meest voor (34 %, tegen 30 % in de EU), gevolgd door colorectale kanker (10 %, tegen 12 % in de EU), longkanker (9 %, vergelijkbaar met het EU-gemiddelde) en melanoom (7 %, tegen 4 % in de EU).

Met het oog op de toekomst schat het ECIS dat het aantal gevallen van kanker tussen 2022 en 2040 met 21 % zal toenemen.

Figuur 1. De geschatte incidentie van kanker in België lag in 2022 boven het EU-gemiddelde, met name bij vrouwen

Naar leeftijd gestandaardiseerde incidentie per 100 000 inwoners, schattingen, 2022



Opmerkingen: De cijfers voor 2022 zijn schattingen die gebaseerd zijn op trends in de incidentie in voorgaande jaren en kunnen afwijken van de percentages die de afgelopen jaren zijn waargenomen. De cijfers omvatten alle vormen van kanker met uitzondering van non-melanoma huidkanker. Baarmoederkanker is exclusief baarmoederhalskanker.

Bron: Europees informatiesysteem voor kanker (ECIS), via <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, geraadpleegd op 10 maart 2024. © Europese Unie, 2024. De procentuele uitsplitsing naar incidentie is opnieuw berekend op basis van naar leeftijd gestandaardiseerde incidentiecijfers en wijkt als zodanig af van de procentuele uitsplitsing van de absolute aantallen zoals weergegeven op de ECIS-website.

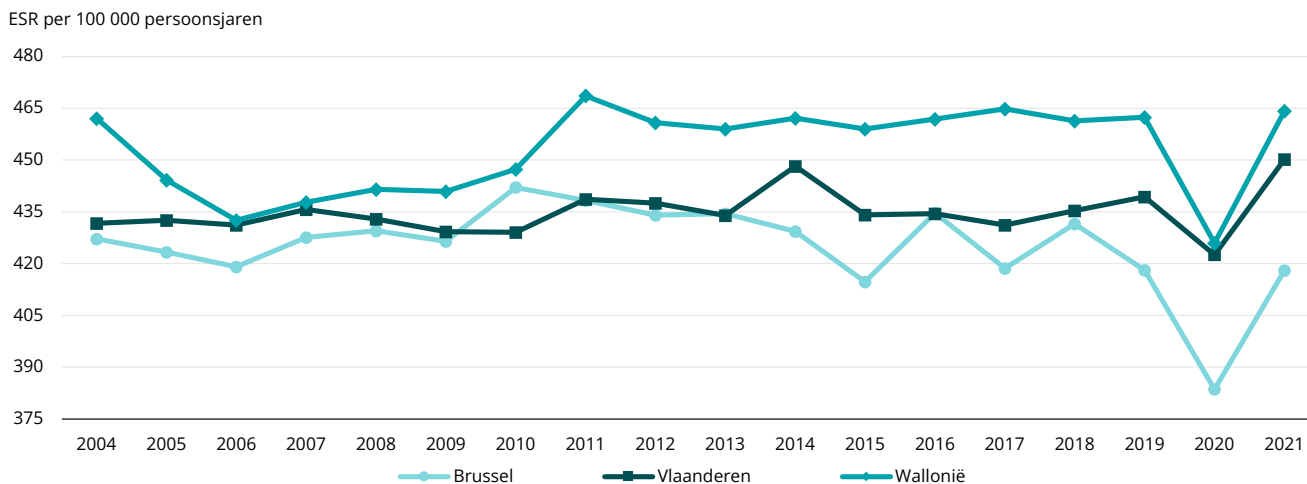
1 De EU+2-landen zijn de 27 EU-lidstaten (EU-27), plus IJsland en Noorwegen.

2 Longkanker omvat ook luchtpijp- en bronchuskanker.

Volgens het Belgisch Kankerregister lopen de kankerincidentiecijfers uiteen tussen de drie gewesten van België, waarbij de cijfers in 2021 het hoogst waren in Wallonië (464 per 100 000 persoonsjaren), gevolgd door Vlaanderen (450 per 100 000) en Brussel (418 per 100 000) (Figuur 2). In de periode 2004-2021 was de incidentie van kanker stabiel in Vlaanderen, terwijl

in Wallonië een stijgende trend en in Brussel een dalende trend te zien was³. In 2020, tijdens de COVID-19-pandemie, daalde de incidentie van kanker in alle gewesten: met 8 % in Wallonië en Brussel en met 4 % in Vlaanderen. In 2021 keerden de incidentiecijfers terug naar het niveau van vóór de pandemie.

Figuur 2. De afgelopen jaren zijn de verschillen in de incidentie van kanker tussen de gewesten meer geprononceerd geworden, met de hoogste percentages in Wallonië

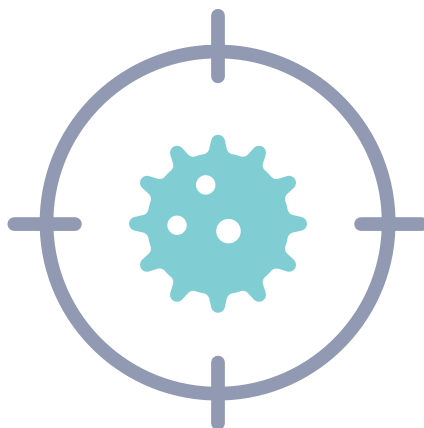


Opmerkingen: ESR — Europees gestandaardiseerd incidentiecijfer: omvat mannen en vrouwen, alle leeftijden, alle vormen van kanker (met uitzondering van non-melanoma huidkanker).
Bron: Belgisch Kankerregister.

De kankersterfte in België is de afgelopen tien jaar substantieel gedaald zowel bij mannen als bij vrouwen en is lager dan het EU-gemiddelde

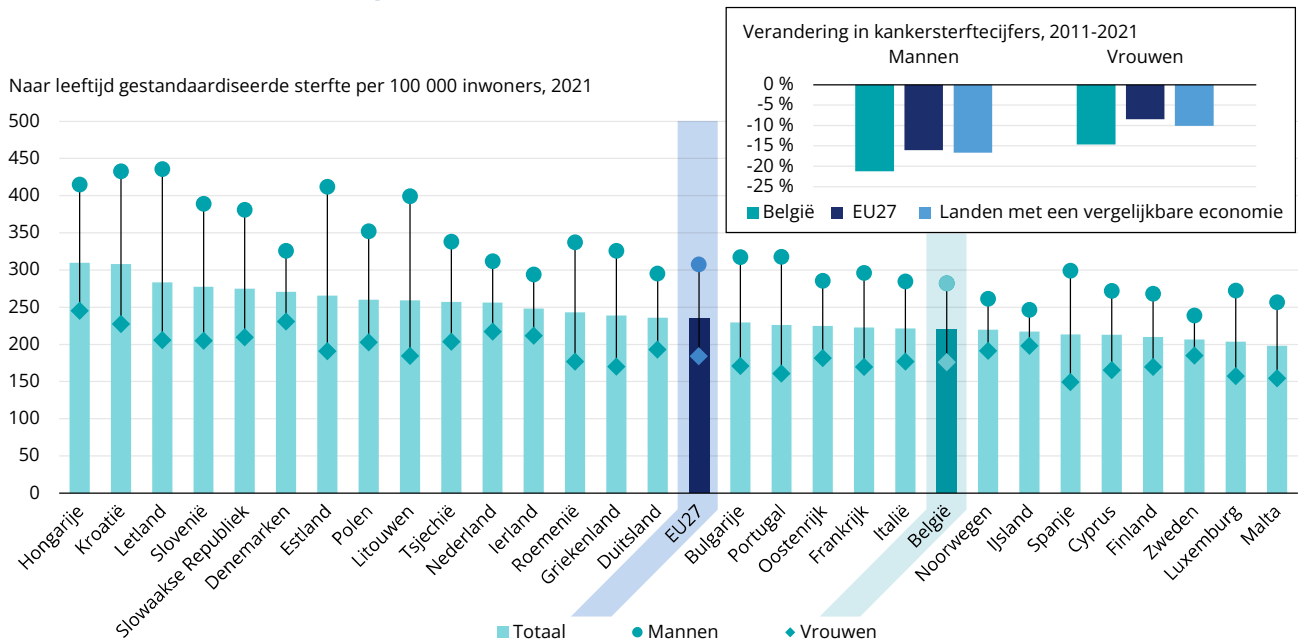
In België bedroeg het naar leeftijd gestandaardiseerde sterftecijfer 220 per 100 000 inwoners — 6 % onder het EU-gemiddelde (235 per 100 000) in 2021. Net als in andere EU-landen was het kankersterftecijfer aanzienlijk hoger bij mannen (282 per 100 000) dan bij vrouwen (176 per 100 000). Tussen 2011 en 2021 verbeterden

de sterftecijfers voor zowel mannen als vrouwen. De algehele verbetering in België was groter dan de gemiddelde verbeteringen in de EU en in landen met een vergelijkbare economie⁴. Zo daalde de kankersterfte bij mannen in België met 21 %, waar dat in landen met een vergelijkbare economie 17 % was en in de hele EU 16 %. Bij vrouwen daalde de sterfte in België met 15 %, tegenover 10 % in landen met een vergelijkbare economie en 9 % in de hele EU (Figuur 3).



3 De stijging kan worden verklaard door de verbeterde registratie in enkele Waalse ziekenhuizen die recentelijk met systematische registratie zijn begonnen, terwijl die systematische registratie in Vlaanderen al sinds 2004 plaatsvindt.
4 Landen met een vergelijkbare economie worden vastgesteld op basis van een driedeling naar bbp per hoofd van de bevolking in 2022 in termen van koopkrachtstandaard. Landen met een economie vergelijkbaar met die van BE zijn AT, DE, DK, IE, IS, LU, NL, NO en SE.

Figuur 3. De kankersterftecijfers in België vertoonden in dezelfde periode een grotere verbetering dan die in landen met een vergelijkbare economie, zowel voor mannen als voor vrouwen



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

Longkanker, colorectale kanker en borstkanker waren in 2021 de drie belangrijkste oorzaken van kankersterfte in België. 22 % van alle sterfgevallen aan kanker was het gevolg van longkanker, 9 % van colorectale kanker en 8 % van borstkanker.

De vermijdbare sterfte als gevolg van long-, borst- en colorectale kanker is de afgelopen tien jaar afgenomen

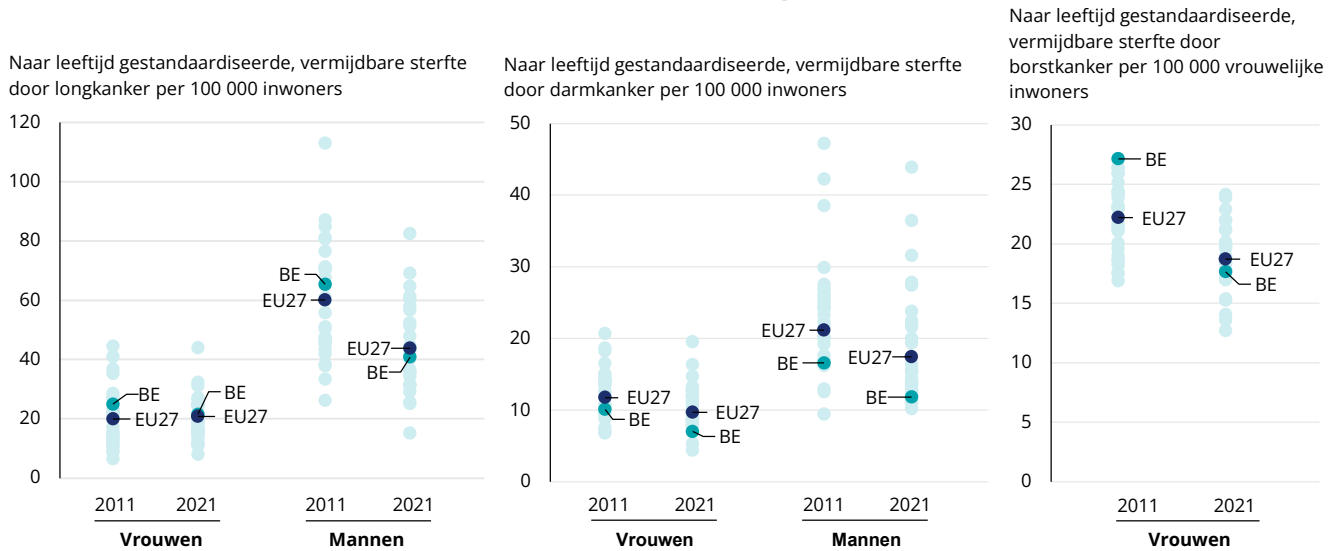
Dankzij verbetering van preventiestrategieën en behandelingsmogelijkheden wordt een groot deel van de sterfgevallen als gevolg van kanker bij personen jonger dan 75 jaar beschouwd als potentieel vermijdbaar⁵. In de periode 2011-2021 daalde de vermijdbare sterfte in België sterker dan de EU-gemiddelden (Figuur 4).

De (als vermijdbaar geclassificeerde) sterfte aan longkanker bedroeg in België in 2021 22 per 100 000 vrouwen (4 % hoger dan het EU-gemiddelde van 21 sterfgevallen per 100 000) en 41 per 100 000 mannen (7 % lager dan het EU-gemiddelde van 44 sterfgevallen per 100 000). Alleen de sterfte aan longkanker bij vrouwen was iets hoger dan het EU-gemiddelde. In de periode 2011-2021 daalde de sterfte aan longkanker in België met 14 % bij vrouwen en met 37 % bij mannen, terwijl het EU-gemiddelde voor vrouwen met 4 % steeg en het EU-gemiddelde voor mannen met 27 % daalde.

In 2021 rapporteerde België een sterftecijfer voor behandelbare borstkanker van 18 per 100 000 vrouwen, bijna 6 % onder het EU-gemiddelde (19 sterfgevallen per 100 000). Het Belgische cijfer was met 35 % gedaald (van 27 sterfgevallen per 100 000) ten opzichte van 2011, terwijl het EU-gemiddelde met 16 % was gedaald (van 22 sterfgevallen per 100 000). Deze dalingen kunnen hoofdzakelijk worden toegeschreven aan een hogere deelname aan screeningsprogramma's en initiatieven op het gebied van vroegtijdige diagnose (zie hoofdstuk 4). De sterfte aan (behandelbare) colorectale kanker bedroeg in 2021 in België 7 per 100 000 vrouwen (28 % hoger dan het EU-gemiddelde) en 12 per 100 000 mannen (32 % lager dan het EU-gemiddelde). In de periode 2011-2021 daalde dit sterftecijfer in België met 30 % voor vrouwen en met 29 % voor mannen, terwijl het EU-gemiddelde voor vrouwen met 18 % steeg en voor mannen met 17 % daalde.

⁵ Vermijdbare sterfte omvat zowel sterfgevallen die kunnen worden voorkomen door doeltreffende maatregelen op het gebied van volksgezondheid en preventie, als sterfgevallen die kunnen worden voorkomen door tijdige en doeltreffende behandelingen.

Figuur 4. België presteerde beter dan het EU-gemiddelde op het gebied van vermijdbare sterfte door colorectale kanker en borstkanker, na duidelijke dalingen in de periode 2011-2021



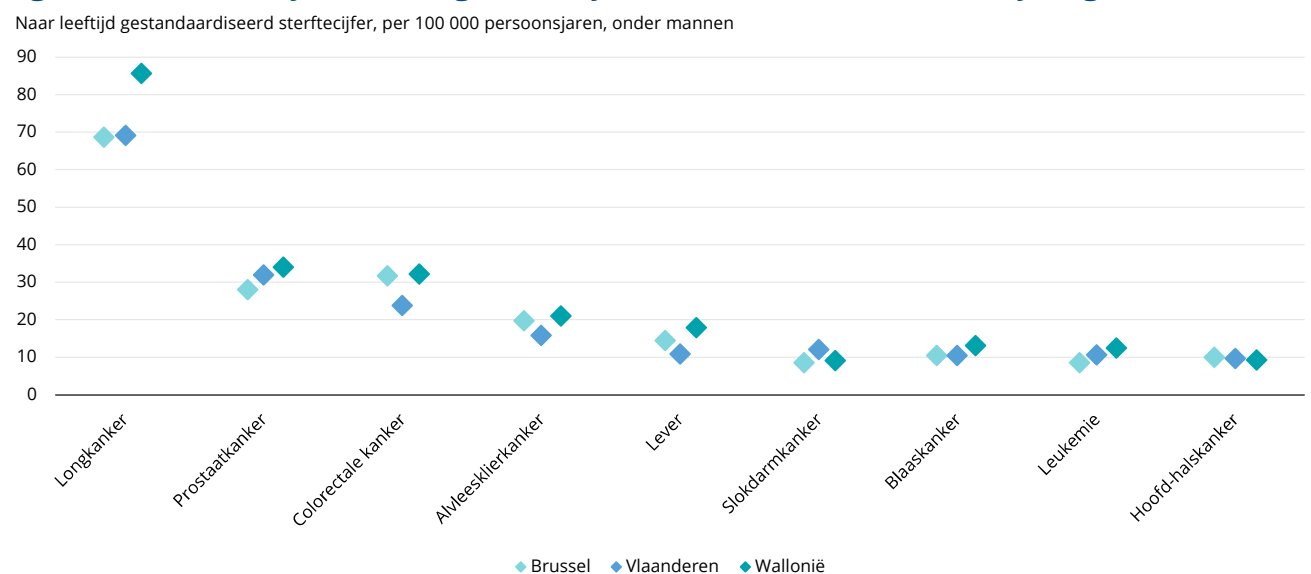
Opmerkingen: De cijfers van de vermijdbare sterfte hebben betrekking op sterfgevallen van personen tot 75 jaar.
Bron: Eurostat-databank. De gegevens hebben betrekking op het jaar 2021.

Mannen in Wallonië hebben een hoger sterftecijfer voor longkanker

De sterftecijfers per vorm van kanker lopen tussen de Belgische gewesten uiteen, met name voor mannen. Wallonië heeft voor de meeste vormen van kanker iets hogere naar leeftijd gestandaardiseerde sterftecijfers voor mannen, behalve voor hoofd-halskanker en slokdarmkanker (Figuur 5). In 2021 was longkanker de oorzaak van een aanzienlijk hoger sterftecijfer voor mannen in Wallonië (86 %) dan voor mannen in Vlaanderen en Brussel (beide 69 %). Deze verschillen kunnen worden verklaard door een hogere beroepsmatige

blootstelling in bijvoorbeeld de mijnbouw en door andere voor Wallonië specifieke factoren, die waarschijnlijk bijdragen tot de gedocumenteerde hogere incidentie van longkanker in Wallonië (61,1 per 100 000 persoonsjaren, tegenover 49,1 per 100 000 in Vlaanderen en 50,4 per 100 000 in Brussel in 2021, volgens het Belgisch Kankerregister). Hoewel vrouwen in Wallonië voor de meeste soorten kanker iets hogere naar leeftijd gestandaardiseerde sterftecijfers hebben, zijn de cijfers voor Belgische vrouwen voor de verschillende gewesten homogener dan die voor Belgische mannen.

Figuur 5. Het sterftecijfer door longkanker bij mannen in Wallonië is aanzienlijk hoger



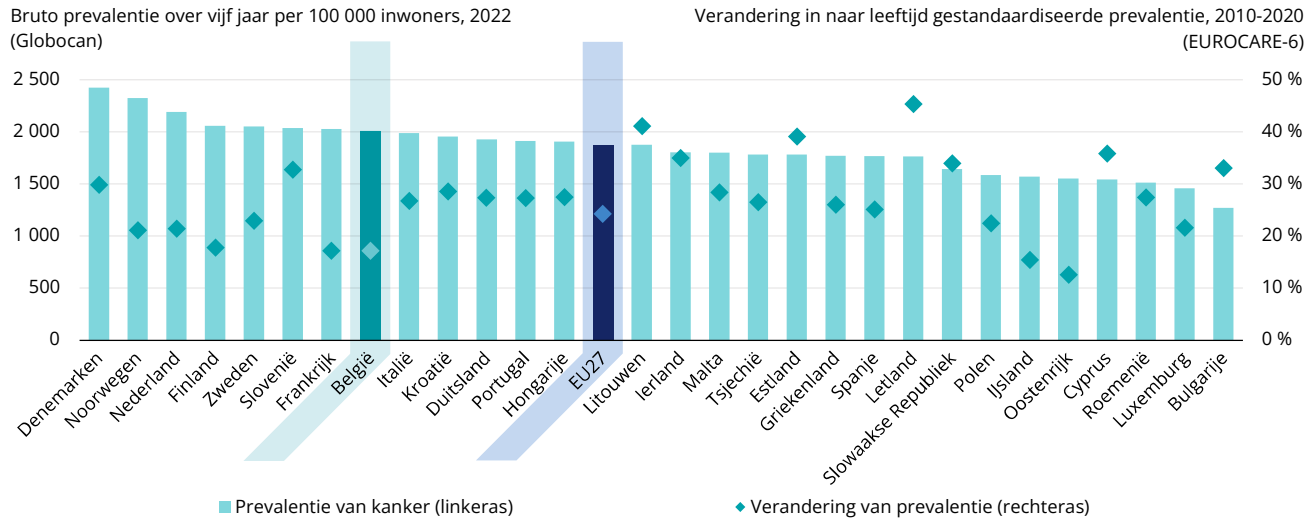
Opmerking: De naar leeftijd gestandaardiseerde sterfte wordt berekend op basis van de herziene Europese standaardpopulatie van Eurostat van 2013.
Bron: Belgisch statistiekbureau. De gegevens hebben betrekking op het jaar 2021.

De prevalentie van kanker in België is de op zeven na hoogste van alle EU+2-landen

In 2022 had België een vijfjaarsprevalentie⁶ van 2 007 kankergevallen per 100 000 inwoners, wat 7 % hoger is dan het EU-gemiddelde van 1 876 gevallen per 100 000 inwoners (Figuur 6). Tussen 2010 en 2020 steeg de levenslange kankerprevalentie

in België met 17 % en in de EU met 24 %. Deze stijging onderstreept het toenemende belang van een doeltreffende aanpak van risicofactoren voor het krijgen van kanker (zie punt 3) en van investeringen in levenskwaliteit en overleving (zie punt 5.4), aangezien mensen langer met kanker leven en meer mensen een voorgeschiedenis van de ziekte hebben.

Figuur 6. België heeft een hogere vijfjaarsprevalentie van kanker dan het EU-gemiddelde

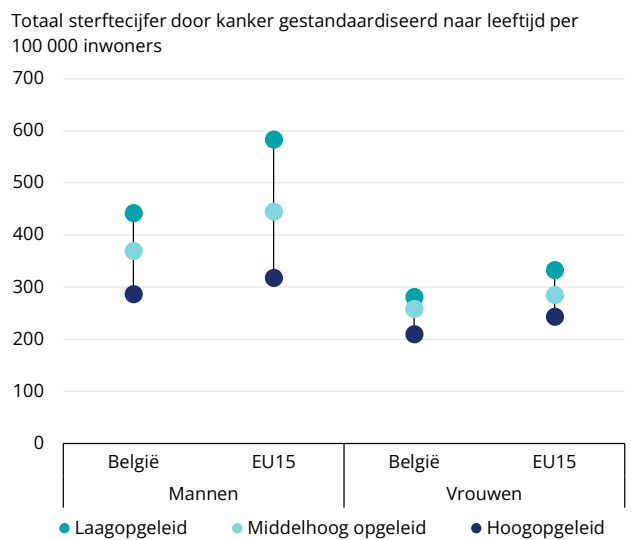


Bronnen: GLOBOCAN-databank van het IARC, 2024; studie EURO CARE-6 (De Angelis et al., 2024).

Voor personen met een lager opleidingsniveau is het sterftecijfer voor kanker in België hoger, vooral voor mannen

De naar leeftijd gestandaardiseerde algemene sterftecijfers voor kanker zijn hoger voor Belgische mannen en vrouwen met een lager opleidingsniveau dan voor hoger opgeleiden (Figuur 7). Deze kloof is meer uitgesproken bij Belgische mannen, waar het naar leeftijd gestandaardiseerde sterftecijfer 55 % hoger was voor mannen met een lager opleidingsniveau (442 sterfgevallen per 100 000) dan voor mannen met een hoger opleidingsniveau (286 sterfgevallen per 100 000). De kloof tussen vrouwen met een lager opleidingsniveau (281 sterfgevallen per 100 000) en vrouwen met een hoger opleidingsniveau (210 sterfgevallen per 100 000) bedroeg 34 %. De onderwijskloof is in België echter voor zowel mannen als vrouwen kleiner dan het EU-gemiddelde (84 % voor mannen en 37 % voor vrouwen).

Figuur 7. De opleidingskloof met betrekking tot kankersterfte is in België minder groot dan in de EU-15



Opmerking: De gegevens in de EU-CanIneq-studie hebben betrekking op de periode 2015-2019. "EU-15" verwijst naar het ongewogen gemiddelde van 14 EU-landen en Noorwegen. Bron: Europese Commissie/IARC/Erasmus MC (2024), Mapping socio-economic inequalities in cancer mortality across European countries. ECIR-factsheet over ongelijkheden.

⁶ Kankerprevalentie verwijst naar het deel van de bevolking bij wie kanker is vastgesteld en dat nog in leven is, waaronder zowel personen die momenteel een behandeling voor kanker ondergaan als personen die de behandeling hebben voltooid. Bij de vijfjaarsprevalentie van kanker gaat het om het aantal personen dat in de voorgaande vijf jaar een diagnose heeft gekregen, terwijl de levenslange prevalentie betrekking heeft op het aantal personen dat ooit een kankerdiagnose heeft gekregen.

België zal een nieuw kader voor het monitoren van de voortgang op het gebied van kankerbeleid invoeren

Na de vaststelling van het laatste nationale kankerplan van België in 2008 werden in een evaluatie van de uitvoering ervan, in 2012, specifieke gebieden voor verdere investeringen of verbetering geïdentificeerd. Vervolgens werden verschillende initiatieven gelanceerd, bijvoorbeeld om de concentratie van de zorg te verbeteren (zie paragraaf 5.2), de re-integratie van personen met een voorgeschiedenis van kanker op de arbeidsmarkt te vergemakkelijken (zie paragraaf 5.4) en de integratie van moleculaire diagnose in de zorgstandaard voor hemato-oncologie te vergemakkelijken.

Aansluitend op deze inspanningen heeft het Kankercentrum van Sciensano (het Belgische gezondheidsinstituut) van het federale kabinet de opdracht gekregen om de Belgische

kankerinventaris (Sciensano, 2024a) te ontwikkelen als kader om het Belgische beleid op het gebied van kankerzorg en -controle langs het hele continuüm van de kankerzorg te monitoren, en om transversale aangelegenheden zoals ongelijkheden en het centraal stellen van de patiënt aan te pakken. De Belgische kankerinventaris is afgestemd op de pijlers en doelstellingen van het Europees kankerbestrijdingsplan.

Dit kader werd ontwikkeld met input van Belgische experts om de meest relevante en bruikbare indicatoren voor beleidsvorming te identificeren en zal een toekomstverkennende component bevatten om de blijvende relevantie ervan te waarborgen. In 2025 zal een benchmarkingexercitie worden uitgevoerd om zinvolle doelstellingen vast te stellen. Voor deze werkzaamheden is ondersteuning nodig van de Belgische “spiegelgroep” van het Europees kankerbestrijdingsplan, die in 2021 werd opgericht als complementair initiatief (kader 1).

Kader 1. Om de uitvoering van het Europees kankerbestrijdingsplan in België te waarborgen, is een coalitie van diverse belanghebbenden opgericht

De Belgische spiegelgroep van het Europees kankerbestrijdingsplan (Sciensano, 2024b) bestaat uit een coalitie van meer dan 400 experts, waaronder vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, die wordt gecoördineerd door het Kankercentrum van Sciensano. De groep is onderverdeeld in thematische werkgroepen die adviezen uitbrengen over EU-oproepen tot het indienen van voorstellen die relevant zijn voor het aanpakken van de behoeften en uitdagingen op het gebied van kankerbestrijding in België, en die voorstellen doen met betrekking tot kwesties die in toekomstige EU-werkprogramma's zouden moeten worden opgenomen.

3. Risicofactoren en preventiebeleid

België presteert relatief goed bij het beheren van de prevalentie van gedragsrisicofactoren

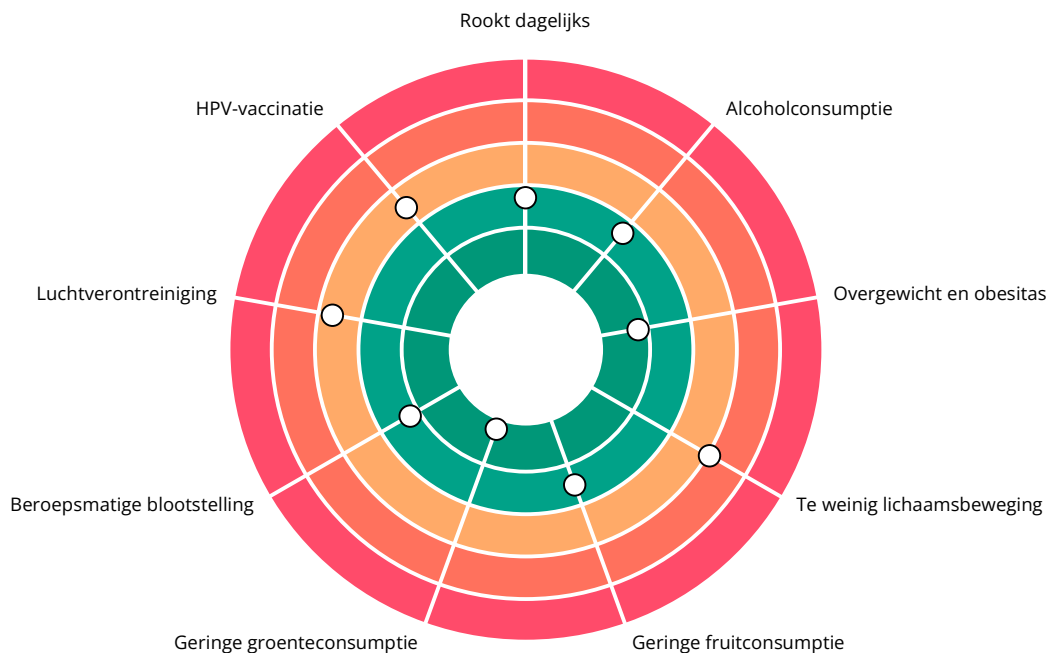
Uit de Europese gezondheidsenquêtes blijkt dat België in vergelijking met andere EU-lidstaten goed presteert waar het gaat om risicofactoren voor het krijgen van kanker, waaronder dagelijks roken, overgewicht en obesitas, alcoholgebruik, voedingsrisico's en beroepsmatige blootstelling (Figuur 8). Op het gebied van fysieke activiteit presteert België echter ondergemiddeld.

In 2021 vertegenwoordigden de Belgische preventie-uitgaven⁷ 3 % van de lopende uitgaven voor gezondheidszorg, wat lager is dan het EU-gemiddelde van 6 %. Volgens het Institute

of Health Metrics and Evaluation is het aantal sterfgevallen door kanker als gevolg van gedragsrisicofactoren in België de afgelopen tien jaar gedaald — van 105 per 100 000 inwoners in 2012 tot 88 per 100 000 inwoners in 2021. Het aantal sterfgevallen door kanker als gevolg van omgevingsfactoren daalde eveneens, van 37 per 100 000 inwoners in 2001 tot 29 per 100 000 in 2021.

⁷ De uitgaven voor preventie, zoals gerapporteerd in de gezondheidsrekeningen, moeten activiteiten omvatten die buiten de nationale programma's vallen (bv. opportunistische kankerscreening of begeleiding bij stoppen met roken tijdens een routinematig contact met een arts), maar in de praktijk hebben sommige landen moeite om preventie-uitgaven buiten die programma's te identificeren.

Figuur 8. België scoort goed op het gebied van dagelijks roken, overgewicht en obesitas, alcoholgebruik en voedingsrisicofactoren, maar slecht op fysieke activiteit



*Opmerkingen: Hoe dichter de bolletjes zich bij het midden bevinden, hoe beter het land presteert ten opzichte van andere EU-landen. Geen enkel land bevindt zich in het witte "streefgebied", omdat alle landen zich op alle terreinen kunnen verbeteren. Luchtverontreiniging wordt gemeten als zwevende deeltjes (fijnstof) met een diameter van minder dan 2,5 micrometer (PM_{2,5}).
Bronnen: OESO-berekeningen op basis van de EU-SILC-enquête van 2022 over overgewicht, obesitas, lichaamsbeweging, en fruit- en groenteconsumptie (bij volwassenen); Eurofound-enquête over beroepsmatige blootstelling; OESO-gezondheidsstatistieken voor roken, alcoholgebruik (bij volwassenen) en luchtverontreiniging; en WHO-gegevens over de vaccinatie tegen humaan papillomavirus (HPV) (15-jarige meisjes).*

Belgische mannen en laagopgeleiden zijn vaker dagelijkse rokers.

Volgens het Europees gezondheidsonderzoek door middel van interviews is het percentage personen van 15 jaar of ouder dat dagelijks rookt, in België gedaald van 19 % in 2014 tot 15,4 % in 2019. Deze trend werd waargenomen in alle drie de gewesten, hoewel de prevalentie van dagelijks roken hoger was in Wallonië (19 %) dan in Brussel (17 %) en Vlaanderen (13 %) (Sciensano, 2024c). Het percentage mannen dat in 2019 rookte (19 %), was hoger dan het percentage vrouwen (12 %), maar de daling van het aantal rokers tussen 2014 en 2019 was minder uitgesproken bij mannen (met 13 %) dan bij vrouwen (met 26 %).

De prevalentie van dagelijks roken was 9 % bij personen met een hoger opleidingsniveau, tegenover 29 % bij personen met een lagere middelbare opleiding en 21 % bij personen met een lagere opleiding of geen diploma (Sciensano, 2023a). Het gebruik van e-sigaretten (vapen) bij personen van 15 jaar of ouder kwam vaker voor bij mannen (6 %) dan bij vrouwen (3 %).

In december 2022 heeft de Belgische regering haar goedkeuring gehecht aan een Nationaal Tabaksplan, dat werd ontwikkeld in samenwerking met de gefedereerde entiteiten en dat door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid voorgestelde maatregelen bevat (kader 2).



Kader 2. België voert in de periode 2024-2025 een uitgebreid pakket aan beleidsmaatregelen tegen tabaksgebruik uit

Na de vaststelling van het eerste uitgebreide pakket maatregelen in het kader van het Nationaal Tabaksplan zijn in 2024 verschillende initiatieven gelanceerd, die in 2025 verder tot uitvoering zullen worden gebracht. Daarbij gaat het onder meer om belastingverhogingen op tabaksproducten en uitbreiding van het rookverbod in het vervoer, vanaf 2024, tot het beroepspersonenvervoer, een verbod op het uitstallen van tabaksproducten in winkels met ingang van januari 2025, een uitbreiding van de lijst van openbare ruimten waar roken verboden zal zijn, zoals op sportvelden en in zorgfaciliteiten en locaties die worden gefrequenteerd door kinderen en jongeren, met ingang van januari 2025, een verbod op de verkoop van tabaksproducten op tijdelijke verkooppunten zoals festivals, met ingang van juli 2025, de lancering van grootschalige controlecampagnes gericht op de verkoop van tabak en naleving van de reclamewetgeving, invoering van strengere regelgeving voor e-sigaretten en een verbod op de verkoop van nicotinezakjes, waaronder e-sigaretten. De onderhandelingen over de vergoeding van nicotinevervangende therapie zijn lopende, en de regelgevingsmaatregelen zullen in de loop van 2024-2025 worden uitgebreid van traditionele sigaretten naar alle tabaks- en soortgelijke producten.

Bron: Santé Publique (2022), *Stratégie Interfédérale 2022-2028 Pour Une Génération Sans Tabac*, beschikbaar op <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/strategie-interfederale-2022-2028-pour-une-generation-sans-tabac>.

Het alcoholgebruik bij de Belgische bevolking is de voorgaande tien jaar licht gedaald

Het alcoholgebruik in België is de voorgaande 10 jaar licht gedaald bij personen van 15 jaar en ouder, van 10 liter per persoon in 2012 tot 9 liter in 2019. Volgens Sciensano (Sciensano, 2023b) was het alcoholgebruik tussen 2013 en 2018 sterker gedaald bij vrouwen (met 12 %) dan bij mannen (met 8 %). In 2018 was de prevalentie van gevaarlijk alcoholgebruik⁸ hoger bij mannen (7 %) dan bij vrouwen (4 %) (Sciensano, 2023b) — vooral bij personen van 55 tot en met 64 jaar

(14 % bij mannen en 8 % bij vrouwen). Bij vrouwen was de prevalentie van gevaarlijk alcoholgebruik het hoogst in Brussel (6 %) en lager in Wallonië (5 %) en Vlaanderen (4 %). Bij mannen volgde de prevalentie van gevaarlijk alcoholgebruik een vergelijkbare verdeling: 10 % in Brussel, 8 % in Wallonië en 7 % in Vlaanderen. In de prevalentie van gevaarlijk alcoholgebruik werd geen relevante sociaaleconomische gradiënt op basis van opleidingsniveau waargenomen. In maart 2023 werd een actieplan voor 2023-2025 vastgesteld — het eerste interfederale alcoholplan (kader 3).

Kader 3. In België is het eerste interfederale alcoholplan (2023-2025) goedgekeurd met de steun van alle federale en gewestelijke ministeries

In het kader van de Interfederale Strategie inzake schadelijk gebruik van alcohol 2023-2028 hebben de Belgische autoriteiten het Interfederaal Alcoholplan 2023-2025 goedgekeurd. Dit actieplan omvat 75 acties voor het terugdringen van alcoholgebruik, waarbij prioriteit wordt gegeven aan geselecteerde groepen zoals zwangere vrouwen en adolescenten. Het actieplan is gebaseerd op aanbevelingen van de WHO en de Belgische Hoge Gezondheidsraad — het wetenschappelijk adviesorgaan van de Belgische Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De belangrijkste doelstellingen van het plan zijn intensivering van de inspanningen op het gebied van gezondheidsbevordering en preventie, verbetering van de toegang tot zorg, en regulering van de prijzen van en reclame voor alcoholhoudende dranken. Voor het houden van toezicht op het gevoerde beleid is een onafhankelijk orgaan opgericht.

Bron: Santé Publique (2023b), *Plan interfédéral 2023-2025 pour lutter contre la consommation nocive d'alcool*, beschikbaar op <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/plan-interfederale-2023-2025-pour-lutter-contre-la-consommation-nocive-dalcool>.

Slechts ongeveer een derde van de Belgen geeft aan de aanbevolen dagelijkse fysieke activiteit te halen, al zijn er gewestelijke en sociaaleconomische verschillen

De risicofactor waarop België slechter presteert dan het EU-gemiddelde, is fysieke activiteit. Volgens de EU-SILC-enquête gaf 74 % van de respondenten in 2022 aan minder aan lichaamsbeweging te doen dan het aanbevolen niveau (drie keer in een doorsneeweek). Meer mannen (29 %) dan

vrouwen (24 %) voldeden aan deze aanbeveling. Jongere bevolkingsgroepen, zoals personen in de leeftijdscategorie 16-24 jaar, voldeden vaker aan de aanbevolen niveaus van fysieke activiteit (34 %) dan personen in de leeftijdscategorie 25-64 jaar (24 %). Bij Belgen van 25-64 jaar kan een duidelijke sociaaleconomische gradiënt worden waargenomen: het deel van de respondenten dat niet voldeed aan de aanbeveling voor dagelijkse lichaamsbeweging, was hoger bij personen met

⁸ Gevaarlijk alcoholgebruik wordt gedefinieerd als de dagelijkse consumptie van meer dan 20 g pure alcohol door vrouwen en 30 g door mannen, wat overeenkomt met respectievelijk meer dan 14 en 21 standaarddrankjes (met een gehalte van 10 g pure alcohol) per week.

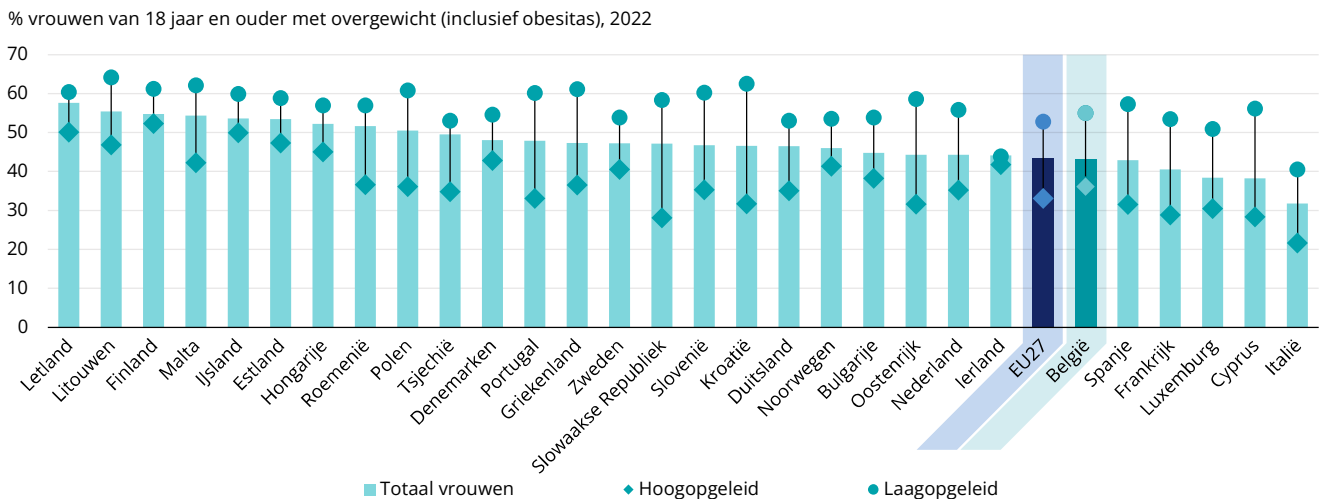
een lagere opleiding (84 %) dan bij personen met een hogere opleiding (73 %). In 2018 volgden meer personen in Vlaanderen de aanbevelingen voor lichaamsbeweging op (43 % van de mannen en 34 % van de vrouwen) dan in Brussel (29 % van de mannen en 18 % van de vrouwen) en Wallonië (27 % van de mannen en 15 % van de vrouwen) (Sciensano, 2021).

In het kader van MOVING, een initiatief van het World Cancer Research Fund International, is geconstateerd dat er in België onvoldoende beleidsmaatregelen zijn genomen op het gebied van financiële stimulansen ter bevordering van lichaamsbeweging, opleidingen voor relevante beroepen buiten de gezondheidszorg, en bevordering van openbaar vervoer en structuren die aanzetten tot lichaamsbeweging.

Ondanks de relatief goede prestaties bij het aanpakken van voedingsrisicofactoren in vergelijking met andere EU-landen, kampt bijna de helft van de Belgische bevolking met overgewicht

In 2022 had bijna de helft (49 %) van de Belgen van 18 jaar en ouder overgewicht, met een BMI (body mass index) van meer dan 25, en was 16 % zwaarlijvig (BMI boven 30). Bij vrouwen lag de prevalentie van overgewicht (inclusief obesitas) op hetzelfde niveau als het EU-gemiddelde (ongeveer 43 %) (Figuur 9), terwijl de prevalentie bij mannen 55 % bedroeg — iets onder het EU-gemiddelde (60 %). De prevalentie van overgewicht bleef in de periode 2017-2022 stabiel bij vrouwen en mannen. De prevalentie van overgewicht verschilt sterk naar opleidingsniveau, met een hogere prevalentie van overgewicht en obesitas bij Belgische vrouwen met een lager opleidingsniveau (55 %) dan bij vrouwen met een hoger opleidingsniveau (36 %).

Figuur 9. In België ligt de prevalentie van overgewicht bij vrouwen dicht bij het EU-gemiddelde



Opmerking: Overgewicht (inclusief obesitas) heeft betrekking op personen met een BMI van hoger dan 25.
Bron: Eurostat-databank.

Het percentage personen dat een lage consumptie van groenten rapporteert, is gestegen van 17 % in 2017 tot 20 % in 2022. De verschillen op basis van opleidingsniveau zijn aanzienlijk: zo gaf 13 % van de hoogopgeleiden aan niet dagelijks groenten te eten, tegen 30 % van de lager opgeleiden.

Het Waalse Plan voor preventie en gezondheidsbevordering (2023-2030) is gericht op verbetering van eetgewoonten, vermindering van de prevalentie van obesitas en overgewicht, en bevordering van regelmatige lichaamsbeweging onder de bevolking. Ook wordt ernaar gestreefd om sociale ongelijkheden terug te dringen. In Brussel is het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan 2023-2027 ook bedoeld om

sociaaleconomische ongelijkheden aan te pakken, met een focus op een gezonde levensstijl en gezondheidsgelletterdheid. Het Vlaams Instituut Gezond Leven, een onafhankelijk expertisecentrum, ondersteunt de Vlaamse overheid op het gebied van gezondheidspreventie, zoals voeding en lichaamsbeweging. Het instituut neemt deel aan regionale en Europese projecten en ontwikkelt hulpmiddelen voor bewustmaking van en voorlichting aan het publiek.

België presteert beter dan het EU-gemiddelde met betrekking tot gedragsrisicofactoren bij adolescenten, uitgezonderd alcoholgebruik

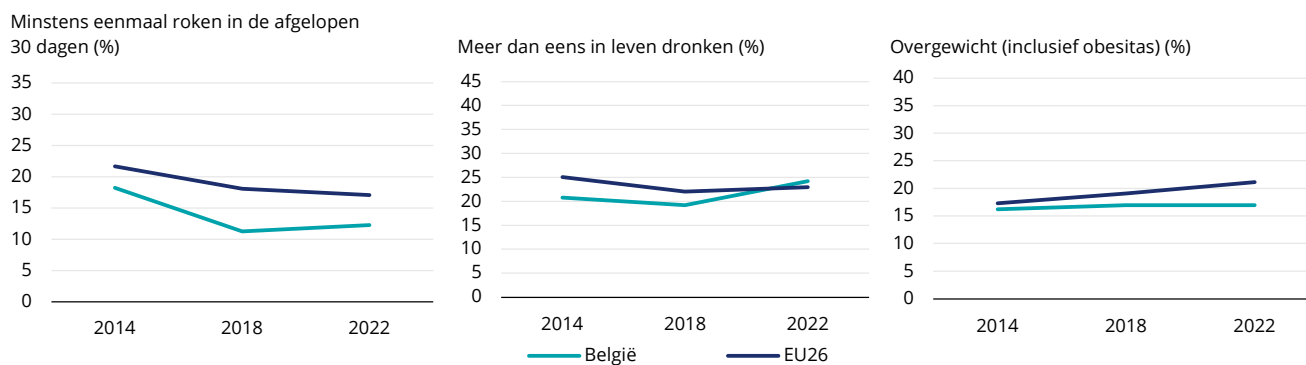
In 2022 bedroeg de prevalentie van gerapporteerd overgewicht bij 15-jarigen in België 17 %,

4 procentpunten lager dan het EU-gemiddelde (Figuur 10)⁹. Daarnaast consumeerde 31 % van de 15-jarigen in België dagelijks fruit (tegen gemiddeld 30 % in de EU) en consumeerde 52 % dagelijks groenten (tegen 34 % in de EU).

De prevalentie van dagelijks roken bij deze populatie was 5 procentpunten lager dan het EU-gemiddelde (12 % in België tegenover 17 % in de EU) en was vergelijkbaar bij jongens en

meisjes. De dagelijkse tabaksconsumptie bij 15-jarigen in België daalde met 6 procentpunten, van 18 % in 2014 tot 12 % in 2022. In 2022 bedroeg de prevalentie van het dagelijks gebruik van e-sigaretten (vape) bij jonge vrouwen 17 %, wat hoger was dan bij jonge mannen (15 %). Het alcoholmisbruik bij adolescenten steeg van 21 % in 2014 tot 24 % in 2022. In 2022 was de prevalentie van alcoholmisbruik bijna 2 procentpunten hoger dan het EU-gemiddelde.

Figuur 10. Roken en alcoholmisbruik bij 15-jarigen is tussen 2018 en 2022 toegenomen



Opmerkingen: De gegevens hebben betrekking op de gemiddelde waarde van het Vlaamse en het Waalse gewest. Het EU-gemiddelde is een ongewogen gemiddelde. Data zijn van 2022 en hebben betrekking op kinderen van 15 jaar.
Bron: Onderzoek gezondheidsgedrag bij schoolgaande kinderen.

Om overgewicht en obesitas bij jongeren in België te bestrijden, zijn verschillende beleidsmaatregelen genomen. Sinds april 2020 vergoedt het verplichte nationale stelsel van gezondheidszorg maximaal tien sessies met een diëtist gedurende een periode van twee jaar voor kinderen met overgewicht en kinderen met obesitas in de leeftijd van 6

tot en met 17 jaar. Vanaf december 2023 komen ook kinderen met overgewicht van 2 tot en met 5 jaar in aanmerking voor gratis voedingsadvies zonder eigen bijdrage. Daarnaast wordt in erkende expertisecentra multidisciplinaire zorg voor kinderen aangeboden (kader 4).

Kader 4. Multidisciplinaire zorg in expertisecentra voor obesitas bij kinderen zal naar verwachting de prevalentie van overgewicht en obesitas bij jongeren terugdringen

Het nationale stelsel van gezondheidszorg heeft een zorgmodel geïntroduceerd waarin kinderen en adolescenten van 2 tot en met 17 jaar regelmatig worden gecontroleerd. Deze nieuwe aanpak telt drie niveaus: eerstelijnsgezondheidszorg, multidisciplinaire pediatrie centra voor obesitas, en expertisecentra voor de behandeling van obesitas bij kinderen. Terwijl het eerste en het derde niveau al nationaal zijn uitgerold, is het opzetten van de centra van het tweede niveau momenteel aan de gang, waarbij het doel is om maximaal 25 centra in België op te richten (eind 2024 zijn er 22 centra operationeel). De toegang tot de behandeling is gratis voor kinderen van 2 tot en met 17 jaar (de eigen bijdragen zijn geschrapt). In een studie in opdracht van het Kenniscentrum Gezondheidszorg (KCE) (Primus-de Jong Céilia, 2023) is een eerste reeks van kwaliteitsindicatoren ontwikkeld voor het monitoren van dit tweede zorgniveau.

De Belgische luchtkwaliteit verbetert, hoewel er nog steeds grote gewestelijke en sociaaleconomische verschillen bestaan

België presteert iets beter dan het EU+2-gemiddelde op het gebied van blootstelling aan luchtverontreiniging in de vorm van fijnstof tot 2,5 micrometer (PM_{2,5}), met een geschatte gemiddelde blootstelling van de bevolking van 11 µg/m³ in 2020, tegenover 17 µg/m³ in 2010. Naar schatting waren

44 sterfgevallen per 100 000 inwoners te wijten aan blootstelling aan PM_{2,5}, wat minder is dan in de EU (57 sterfgevallen per 100 000 inwoners).

De blootstelling aan PM_{2,5} is het hoogst in Vlaanderen (11 µg/m³), terwijl de blootstelling aan stikstofdioxide (NO₂) het hoogst is in Brussel, te weten 20 µg/m³ in 2021 (Sciensano, 2024d), al moet gezegd dat de blootstelling aan NO₂ in alle gewesten afneemt. Omgekeerd neemt de

⁹ Volgens de enquête over voedselconsumptie van Sciensano (2022-2023) heeft 19 % van de Belgische kinderen en 21 % van de adolescenten overgewicht.

blootstelling aan ozon sinds 2016 juist toe, waarbij de blootstelling in 2021 het hoogst was in Wallonië (46 µg/m³) en het laagst in Brussel (43 µg/m³).

Om het bewustzijn van radon¹⁰ in België te vergroten en de blootstelling eraan te verminderen, organiseert het Federaal Agentschap voor nucleaire controle samen met federale en gewestelijke entiteiten jaarlijkse campagnes. Deze initiatieven moeten het publiek stimuleren en ondersteunen om het radonniveau thuis te meten en bieden zo nodig toegang tot hulp bij het nemen van corrigerende maatregelen.

Op het vlak van beroepsmatige blootstelling aan chemische producten of stoffen presteert België relatief goed in vergelijking met andere EU+2-landen. In 2021 was de blootstelling hoger bij mannen (25 %) dan bij vrouwen (18 %). België heeft beleid ontwikkeld om blootstelling aan asbest te voorkomen. Het Federaal Agentschap voor beroepsrisico's heeft een nationale campagne gelanceerd om burgers en bedrijven te helpen bij het opsporen van asbest en het verkrijgen van steun voor de verwijdering ervan. Vanaf 2022 vereist Vlaanderen een inspectie en certificering voor asbest en het veilige beheer ervan vóór de verkoop van een ouder gebouw. Belgische bedrijven die asbest verwijderen, moeten voldoen aan de certificeringsnormen, en de lijst van gecertificeerde bedrijven wordt periodiek herzien om de naleving van de normen te waarborgen. Ook in Wallonië mogen alleen gecertificeerde bedrijven asbest verwijderen, en de lijst wordt periodiek geëvalueerd om na te gaan of bedrijven nog steeds aan de certificeringsnormen voldoen. Het ontwerp van het derde Nationaal Milieu- en Gezondheidsplan is eind 2023 voorgelegd voor raadpleging en is gericht op het verminderen van de schadelijke effecten van chemische stoffen op de bevolking en het milieu.

Op het gebied van de vaccinatiegraad tegen het humaan papillomavirus blijven verschillen tussen de gewesten bestaan

Volgens gewestelijke schoolenquêtes in Brussel en Wallonië van 2019 en een algemene bevolkingsenquête in Vlaanderen van 2020, bedroeg de HPV-immunisatiegraad in België 69 % bij meisjes en 64 % bij jongens (Gerkens et al., 2024). In het schooljaar 2019/2020 bedroeg de dekkingsgraad (meisjes en jongens) 81 % in Vlaanderen en 48 % in Brussel en Wallonië (Grammens & Cornelissen, 2021). De HPV-immunisatieprogramma's worden georganiseerd door de gewestelijke overheden, en tot de bewustmakingsinitiatieven behoren een speciale website en de verspreiding van folders.

Vlaanderen is in 2010 begonnen met het vaccineren van meisjes van 12 jaar tegen HPV, terwijl Brussel en Wallonië in 2012 zijn begonnen met het vaccineren van meisjes van 13 en 14 jaar. In 2019 werd de HPV-vaccinatie uitgebreid naar jongens van 12 tot en met 18 jaar in Vlaanderen en naar jongens van 13 tot en met 18 jaar in Brussel en Wallonië (primaire cohort). Het inhaalcohort (jongens ouder dan het primaire cohort die de vaccinatie aanvankelijk hebben gemist) omvat jongens in de leeftijd van 12 tot en met 18 jaar in alle gewesten. De vaccinatie is gratis voor de doelgroepen.

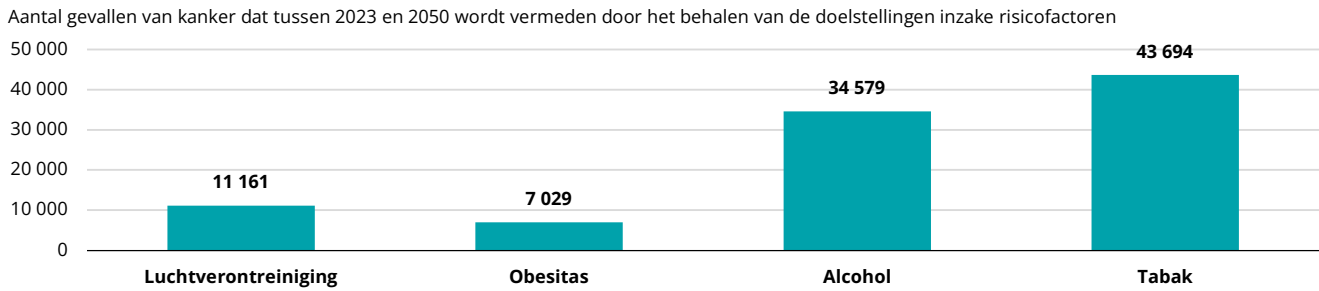
In Brussel en Wallonië worden de vaccins meestal toegediend via de gezondheidsdiensten van scholen. Schoolvaccinatie kan op verschillende niveaus worden gepromoot, zoals door de burgemeester of de gemeenteraad, en kan ook worden voorgeschreven door artsen. Vlaanderen hanteert een bevolkingsbrede aanpak voor alle meisjes die voor het eerst naar het secundair onderwijs gaan. Geselecteerde HPV-vaccins worden vergoed voor meisjes en jongens van 12 tot en met 18 jaar als zij niet zijn gevaccineerd in het kader van het programma van de gefedereerde entiteiten.

Door de doelstellingen voor risicofactoren voor kanker te bereiken, zouden veel nieuwe gevallen van kanker kunnen worden voorkomen

Volgens het modelleringswerk voor strategische planning van de volksgezondheid (Strategic Public Health Planning — SPHeP) van de OESO zou het behalen van de tabaksdoelstellingen in de periode 2023-2050 43 694 nieuwe kankergevallen in België kunnen voorkomen (Figuur 11). Evenzo zou het behalen van de alcoholdoelstellingen in dezelfde periode 34 579 nieuwe gevallen van kanker kunnen voorkomen. Voorts zouden 11 161 gevallen kunnen worden voorkomen door de doelstellingen op het gebied van verontreiniging te halen, en nog eens 7 029 gevallen door het bereiken van de doelstellingen met betrekking tot obesitas.

¹⁰ Radon is een radioactief, reukloos en kleurloos gas dat van nature voorkomt in de bodem en gesteente.

Figuur 11. België zou in de periode 2023-2050 meer dan 43 000 nieuwe gevallen van kanker kunnen voorkomen door de tabaksdoelstellingen te halen



Opmerkingen: De doelstelling voor tabak is een vermindering van het tabaksgebruik met 30 % tussen 2010 en 2025 en het terugdringen van het percentage tabaksgebruikers tot 5 % in 2040. Voor alcohol bestaan de doelstellingen erin om in de periode 2010-2030 het totale alcoholgebruik met ten minste 20 % te verminderen en het binge-drinken met 20 %. Voor luchtverontreiniging is de doelstelling een jaarlijks gemiddeld PM_{2.5}-niveau met een limiet van 10 µg/m³ in 2030 en van 5 µg/m³ in 2050. Voor obesitas bestaat de doelstelling erin om de prevalentie van obesitas tegen 2025 terug te dringen tot het niveau van 2010.
Bron: OESO (2024b), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

4. Vroegtijdige opsporing

België voert bevolkingsonderzoeken uit die op gewestelijk niveau worden georganiseerd

De screeningsprogramma's in België worden georganiseerd door gewestelijke instanties: het Centre Communautaire de Référence (CCR) in Wallonië, Bruprev in Brussel en het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) in Vlaanderen. Het door het CCR in Wallonië georganiseerde screeningsprogramma voor colorectale kanker bestrijkt ook de Duitstalige Gemeenschap van België. De screeningstests worden vergoed door het nationale stelsel van gezondheidszorg. De Waalse regering heeft bij koninklijk besluit van januari 2024 langetermijnstrategieën voor het uitvoeren van bevolkingsonderzoek naar borst-, colorectale en baarmoederhalskanker vastgesteld. Dit besluit regelt het operationeel maken van deze programma's, waaronder de rol van de centra voor preventieve geneeskunde en de uitnodigingsstrategieën. De financiering voor de screenings op borst-, colorectale en baarmoederhalskanker is door de Waalse regering vastgesteld voor onbepaalde tijd met ingang van juni 2024.

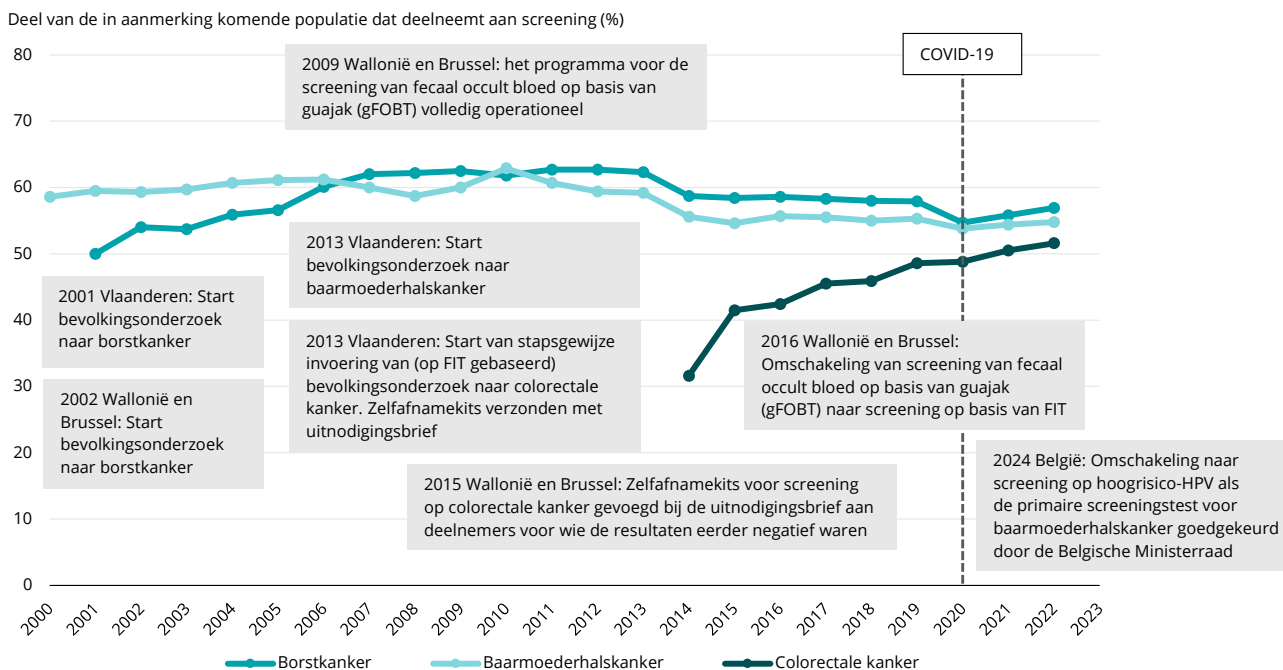
Alle drie de gewesten in België hebben een programma voor bevolkingsonderzoek naar borstkanker onder vrouwen van 50 tot en met 69 jaar, waarmee in 2001 is begonnen in Vlaanderen en in 2002 in Brussel en Wallonië. Vlaanderen doet sinds 2013 bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker op basis van

driejaarlijkse uitstrijkjes van vrouwen in de leeftijd van 25 tot en met 64 jaar. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt momenteel een screeningsprogramma voor baarmoederhalskanker ontwikkeld; in de tussentijd wordt deze screening aanbevolen voor vrouwen van 25 tot en met 64 jaar, waarbij één uitstrijkje per drie jaar wordt vergoed. In Wallonië zijn de uitnodigingen voor de screening op baarmoederhalskanker voor de doelpopulatie gepland voor 2025.

De screening op colorectale kanker is in 2009 van start gegaan in Brussel en Wallonië en in 2013 in Vlaanderen. De doelpopulatie, personen in de leeftijdscategorie 50 tot en met 74 jaar, kan elke twee jaar een gratis fecale immunochemische test (FIT) ondergaan.

Volgens het Belgisch Kankerregister is de deelname aan borstkankerscreening (57 % van de in aanmerking komende populatie) en de screening op baarmoederhalskanker (55 %) in 2022 teruggekeerd naar het niveau van vóór de COVID-19-pandemie, terwijl de screeningspercentages voor colorectale kanker hun opwaartse trend voortzetten, van 32 % in 2014 tot 52 % in 2022 (Figuur 12).

Figuur 12. De deelname aan de screenings op borst- en baarmoederhalskanker herstelt zich na de COVID-19-pandemie, terwijl de deelname aan de screening op colorectale kanker verder is toegenomen



Opmerkingen: Voor de screening op baarmoederhalskanker geldt dat vrouwen die om medische redenen niet in aanmerking komen, zijn uitgesloten van het gerapporteerde dekkingspercentage. Voor de screening op colorectale kanker wordt de participatiegraad berekend voor zowel de georganiseerde programma's als daarbuiten.
Bron: Belgisch Kankerregister.

In België worden de meeste vrouwen gescreend op borstkanker buiten het bevolkingsonderzoek om, en in Brussel en Wallonië is de participatiegraad lager

Volgens het KCE was het percentage vrouwen van 50 tot en met 69 jaar dat de voorgaande twee jaar ten minste één mammogram had ondergaan in het bevolkingsonderzoek in 2021, het hoogst in Vlaanderen (49 %), gevolgd door Brussel (9 %) en Wallonië (4 %) (Gerkens et al., 2024). De meeste vrouwen die in Brussel en Wallonië worden gescreend, ondergaan die screening buiten het bevolkingsonderzoek om (opportunistische screening). Zo werd in 2021 in Brussel 44 % extra mammogrammen gemaakt buiten het bevolkingsonderzoek, en in Wallonië 45 %. In Vlaanderen werden maar 20 % extra mammogrammen gemaakt buiten het programma.

De uitnodigingen voor borstscreening worden in België om de twee jaar verstuurd, met verklarende informatie, maar zonder vervolgherinneringen. In Vlaanderen omvatten de uitnodigingen een afspraak in een erkend mammografiecentrum. Volgens het Belgisch Kankerregister varieerde de participatiegraad in 2022 van gewest tot gewest (zowel binnen als buiten bevolkingsgebonden programma's): in Vlaanderen werd 64 % van de in

aanmerking komende vrouwen gescreend, tegen 46 % in Wallonië en 43 % in Brussel.

Belgische vrouwen met een hoger opleidingsniveau nemen vaker deel aan borstkankerscreening. Volgens de Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe wave 8 (2021/22) had 61 % van de Belgische vrouwen met een lager opleidingsniveau een mammogram ondergaan, vergeleken met 67 % van de vrouwen met een hoger opleidingsniveau. Deze kloof van zes procentpunten is lager dan de gemiddelde kloof van negen procentpunten in de EU, waardoor België de EU-lidstaat met de dertiende hoogste onderwijsgerelateerde ongelijkheid bij de deelname aan mammogrammen is.

In het hele land worden zelfafname tests op colorectale kanker gedistribueerd, maar de uitnodigingsstrategieën verschillen tussen de gewesten

De participatiegraad in het bevolkingsonderzoek naar colorectale kanker vertoont een algemene stijgende trend sinds de invoering van het bevolkingsonderzoek in Vlaanderen in 2013. Dit werd gevolgd door de omschakeling van screening van fecaal occult bloed op basis van guajak (gFOBT) naar een op FIT gebaseerde screening (zelfafname)

in Wallonië en Brussel in 2016 (Figuur 12). In 2022 was het gescreende deel van de in aanmerking komende populatie 52 %, een stijging van 20 procentpunten ten opzichte van 2014 (32 %). De dekking van de in aanmerking komende populatie was in 2022 lager in Brussel (32 %) en Wallonië (33 %) dan in Vlaanderen (63 %). Niettemin neemt de dekking in Brussel en Wallonië gestaag toe.

Zelfafnamekits worden in het hele land gedistribueerd, al verschillen de uitnodigingsstrategie en de manier waarop de zelfafnamekit wordt verspreid van gewest tot gewest. In Brussel ontvangt de doelpopulatie een testkit per post, maar kan men ook een gratis kit verkrijgen bij elke apotheek in de regio. In Wallonië ontvangt de doelgroep een uitnodiging voor de screening en kunnen personen online een zelfafnamekit bestellen of een kit afhalen bij hun huisarts of apotheek. In Vlaanderen worden de uitnodigingsbrief, de zelfafnamekit en een informatiefolder per post aan de doelgroep toegezonden.

Alleen Vlaanderen heeft bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, maar Wallonië is bezig met de invoering ervan

In 2022 bedroeg het deel van de in aanmerking komende populatie dat op baarmoederhalskanker werd gescreend 55 %, wat gelijk is aan het percentage in 2014 (55 %). De participatiegraad verschilt weinig tussen de gewesten: 52 % in Brussel, 53 % in Vlaanderen en 54 % in Wallonië. De nationale omschakeling van conventionele cytologische onderzoeken naar vijfjaarlijkse tests op hoogrisico-HPV, als de primaire screeningstest voor vrouwen van 30 tot en met 64 jaar, werd goedgekeurd door de Belgische Raad van Ministers in 2024. Sciensano en de gefedereerde entiteiten leggen momenteel de laatste hand aan een HPV-routekaart, die alle praktische aspecten van HPV-gebaseerde screening beschrijft, zoals de taakverdeling tussen de federale overheid en de gefedereerde entiteiten. In Vlaanderen loopt een proefproject met zelfafnamekits voor specifieke kwetsbare bevolkingsgroepen, en in Wallonië wordt dit overwogen. Aan een analyse van de mogelijke betrokkenheid van huisartsen en apothekers wordt momenteel gewerkt (kader 5).

Kader 5. In België wordt momenteel geanalyseerd of zelfafnamekits voor de screening op baarmoederhalskanker kunnen worden aangeboden aan ondergescreende categorieën vrouwen via huisartsen en apothekers

In Brussel en Wallonië zijn huisartsen en apothekers reeds betrokken bij het aanbieden van tests voor screening op colorectale kanker. De haalbaarheid en effectiviteit van het betrekken van huisartsen en apothekers bij de screening op baarmoederhalskanker wordt momenteel op nationaal niveau onderzocht. Daarbij wordt in het bijzonder gekeken naar de betrokkenheid van huisartsen bij zelfafname voor de screening op baarmoederhalskanker. In de ESSAG-studie, die loopt van 2021 tot 2025 onder leiding van de Universiteit Gent, wordt onderzoek gedaan naar het effect van huisartsinterventies op de dekking van de screening op baarmoederhalskanker in Vlaanderen, inclusief zelfafname voor HPV. De studie richt zich specifiek op vrouwen die de afgelopen zes jaar niet zijn gescreend. De controlegroep ontvangt de standaarduitnodiging van het CvKO (uitnodiging voor een cytologisch onderzoek door de huisarts of gynaecoloog), terwijl een andere groep de zelfafnamekit ontvangt van de huisarts op het huisadres, vergezeld van begrijpelijke informatie. Een derde groep bestaat uit in aanmerking komende vrouwen die om welke reden dan ook naar hun huisarts gaan en van hem of haar een zelfafnamekitkit ontvangt. De bevindingen van de studie zullen dienen als onderbouwing van de beleidsbeslissingen van de gefedereerde entiteiten.

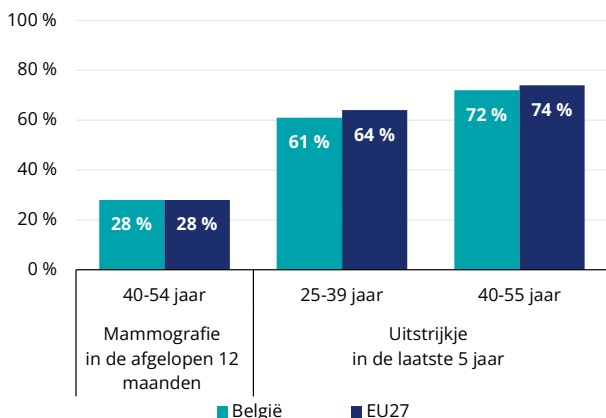
Bij lhbtq'ers is de deelname aan borstkankerscreening vergelijkbaar met het EU-gemiddelde, terwijl de screeningspercentages voor baarmoederhalskanker lager zijn

Volgens de derde lhbtq-enquête van de EU (EU LGBTIQ Survey III) is de deelname aan screening op baarmoederhalskanker bij lhbtq'ers in België lager dan in andere EU-lidstaten (Figuur 13). In 2023 meldde 61 % van de lhbtq-cisgender vrouwen, transvrouwen en intersekse personen in de leeftijd van 25 tot en met 39 jaar in België dat zij in de afgelopen 5 jaar een uitstrijkje hadden laten doen, wat minder is dan de 64 % die voor de hele EU werd gerapporteerd. Van de 40- tot 55-jarigen gaf 72 %

aan een uitstrijkje te hebben laten doen, vergeleken met 74 % in de EU. Voor borstkankerscreening gaf 28 % van de relevante lhbtq'ers in de leeftijd van 40 tot en met 54 jaar in België aan in de afgelopen twaalf maanden een mammogram te hebben laten maken, wat gelijk is aan het EU-gemiddelde.

Figuur 13. Lhbtqi'ers in België nemen minder vaak deel aan screening op baarmoederhalskanker dan lhbtqi'ers in de EU

Percentage LHBTIQ-personeel dat wordt gescreend op borst- of baarmoederhalskanker (%)



Opmerking: De resultaten van de lhbtqi-enquête hebben betrekking op leeftijdsgroepen en/of screeningsintervallen die niet overeenkomen met die in het bevolkingsonderzoek in andere EU-lidstaten en zijn daarom niet vergelijkbaar. Bronnen: Het Bureau van de Europese Unie voor de grondrechten (EU LGBTIQ Survey III).

In België wordt de mogelijkheid van een screeningsprogramma voor groepen met een hoger risico op longkanker overwogen

België heeft deelgenomen aan de NELSON-studie — een belangrijke studie naar longkanker-screening (De Koning et al., 2020). Dit was de grootste Europese gerandomiseerde gecontroleerde studie (in België en Nederland), waaruit naar voren kwam dat de sterfte bij personen met een hoger risico op longkanker die een screening met een lage-dosis-computertomografie (CT) hadden ondergaan, was verminderd. In een rapport van het KCE uit 2024 (Desimpel et al., 2024) werd geconcludeerd dat een screening met een lage-dosis-CT in België kosteneffectief zou kunnen zijn, uitgaande van een drempel voor betalingsbereidheid tussen 20 000 en 30 000 EUR per extra levensjaar in goede gezondheid. Niettemin moet

de afweging tussen klinische voordelen en de mogelijke schade zorgvuldig worden afgewogen, waarbij ook rekening moet worden gehouden met de capaciteit van het gezondheidszorgstelsel.

België neemt momenteel deel aan het EU4Health-project “Strengthening the Screening of Lung Cancer in Europe” (versterking van de screening van longkanker in Europa), dat tot doel heeft om de uitvoering van screeningsprogramma’s voor longkanker in heel Europa te ondersteunen en te optimaliseren. Daarnaast zijn er in de regio Antwerpen proefprojecten op het gebied van risicogebaseerde longkankerscreening uitgevoerd.

Alle Belgische gewesten organiseren initiatieven om het bewustzijn rond kankerscreening te vergroten

In België zijn verschillende beleidsmaatregelen ingevoerd om het bewustzijn rond kankerscreening te vergroten. In Vlaanderen onderhoudt de screeningsorganisatie een speciale website, die behalve in het Frans en het Nederlands in nog negen andere talen beschikbaar is. De Vlaamse overheid organiseert in samenwerking met het CvKO jaarlijks campagnes om borstkankerscreening te promoten. In Wallonië omvatten bewustmakingscampagnes voor screening op baarmoederhalskanker radio- en televisiespotjes en een speciale website over screening op baarmoederhalskanker.

België neemt deel aan verschillende EU-projecten die input moeten opleveren voor risicogebaseerde screeningsstrategieën. Een van die projecten is “Joint Action Prevent Non-Communicable Diseases” (gezamenlijke actie ter voorkoming van niet-overdraagbare ziekten), in het kader waarvan proefprojecten zijn ontwikkeld om de invoering van gepersonaliseerde risicostratificatie voor kankerscreening te beoordelen, waarbij gebruik wordt gemaakt van gegevens op individueel niveau, waaronder genetische en gedragsgegevens.

5. Prestaties op het gebied van kankerzorg

5.1 Toegankelijkheid

De verplichte ziektekostenverzekering dekt vrijwel de hele bevolking, maar de eigen bijdragen in België zijn hoog

In België is op ziekte gerichte zorg een federale bevoegdheid, terwijl preventie, screening en andere zorg onder de gewestelijke bevoegdheden vallen. Het verplichte nationale stelsel van gezondheidszorg, dat wordt beheerd door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), financiert de gezondheidszorg door een prospectief budget toe te kennen aan ziekenfondsen. Belgische ingezetenen moeten zich aansluiten bij een ziekenfonds naar keuze. De dekking van de zorgverzekering is bijna universeel (99 % in 2022) en is niet selectief op basis van gezondheidsrisico's. Sommige bevolkingsgroepen met een hoger risico op sociale kwetsbaarheid — zoals irreguliere migranten of personen zonder vast adres — worden echter niet gedekt door het nationale stelsel van gezondheidszorg.

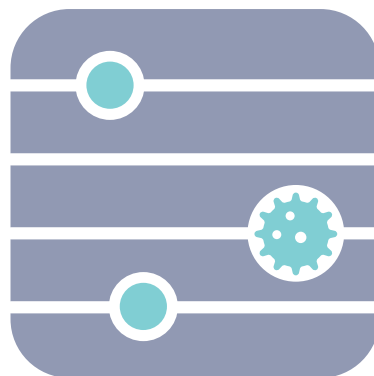
In 2022 bedroegen de uitgaven voor gezondheidszorg in België 11 % van het bbp. In 2022 dekten de overheidsuitgaven en de ziektekostenverzekering 74 % van de uitgaven voor gezondheidszorg in België. De kosten die rechtstreeks door de gebruikers van gezondheidsdiensten worden gedragen, in de vorm van eigen bijdragen, zijn tussen 2011 en 2021 met 30 % gestegen. In 2022 was het aandeel van de eigen bijdragen in de totale uitgaven aan gezondheidszorg 20 %, wat hoger is dan het EU-gemiddelde van 15 %. Eigen bijdragen kunnen gedeeltelijk worden vergoed door een particuliere verzekering.

Sinds oktober 2023 is de eerstelijnsgezondheidszorg gratis voor personen tot 24 jaar, soms in het kader van een multidisciplinair zorgtraject. In april 2024 is een begin gemaakt met de invoering van een nieuw organisatie- en financieringsmodel — de New Deal — met proefprojecten in 48 huisartsenpraktijken. Dit heeft tot doel om de financiering van de klinische werkzaamheden van huisartsen in evenwicht te brengen en de interdisciplinaire samenwerking, de continuïteit van zorg, preventie en de positie van de patiënt te verbeteren en tegelijkertijd de administratieve lasten te verminderen.

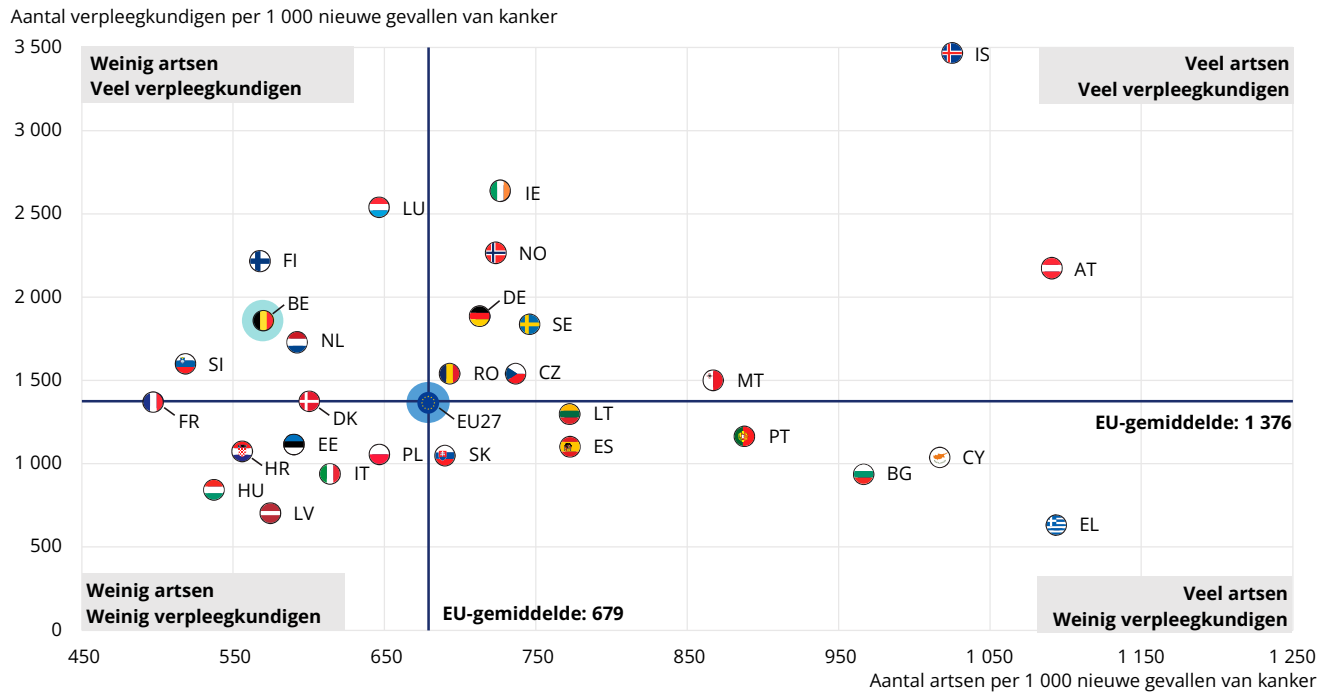
In 2003 is Belgische wetgeving voor welomschreven oncologische zorgprogramma's ingevoerd, met specifieke wettelijke normen waaraan elk ziekenhuis moet voldoen. De programma's worden gecategoriseerd als "oncologische basiszorg" (minder complexe behandeling en vervolghandelingen) en "oncologische zorg" (meer geavanceerde diagnostische en therapeutische opties). In 2020 telde België 62 programma's voor oncologische basiszorg en 84 programma's voor oncologische zorg.

België heeft minder artsen en meer verpleegkundigen per 1 000 nieuwe kankergevallen dan het EU-gemiddelde

De dichtheid aan artsen in België (571 per 1 000 nieuwe kankergevallen) is lager dan het EU-gemiddelde (679 per 1 000), terwijl de dichtheid van verpleegkundigen (1 859 per 1 000 nieuwe kankergevallen) hoger ligt dan het EU-gemiddelde (1 376 per 1 000) (Figuur 14). Per december 2023 telde België 371 oncologen (220 vrouwen en 151 mannen) en 3 395 geregistreerde kankerverpleegkundigen (2 030 vrouwen en 365 mannen). Deze laatste zijn vooral te vinden in Vlaanderen (0,33 gespecialiseerde kankerverpleegkundigen per 1 000 inwoners), gevolgd door Wallonië (0,26 per 1 000 inwoners) en Brussel (0,15 per 1 000 inwoners) (Santé Publique, 2023a).



Figuur 14. België heeft een laag aantal artsen en een hoog aantal verpleegkundigen per 1 000 nieuwe kankergevallen ten opzichte van het EU-gemiddelde



Opmerkingen: De gegevens over verpleegkundigen omvatten alle categorieën verpleegkundigen (niet alleen de categorieën die voldoen aan de EU-richtlijn betreffende de erkenning van beroepskwalificaties). De gegevens hebben betrekking op praktiserende verpleegkundigen, behalve in Portugal en Slowakije, waar zij betrekking hebben op beroepsmatig actieve verpleegkundigen. Voor Griekenland is het aantal verpleegkundigen onderschat, aangezien alleen verpleegkundigen die in ziekenhuizen werken, zijn meegeteld. In Portugal en Griekenland hebben de gegevens betrekking op alle artsen die een beroepsvergunning hebben, wat leidt tot een sterke overschatting van het aantal praktiserende artsen. Het EU-gemiddelde is een ongewogen gemiddelde. Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2024. De gegevens hebben betrekking op 2022 of op het laatst beschikbare jaar.

De dichtheid aan praktiserende artsen is de afgelopen tien jaar gestegen met bijna een kwart, van 2,9 per 1 000 inwoners in 2010 tot 3,6 per 1 000 in 2022. Ook is het aantal praktiserende verpleegkundigen toegenomen met bijna 20 %, van 9,6 per 1 000 inwoners in 2010 tot 11,6 per 1 000 inwoners in 2021. Rekening houdend met de dichtheid aan praktiserende artsen, gemeten in voltijdequivalenten (vte's), zijn de drie gewesten vergelijkbaar, met 2,2 vte's per 1 000 inwoners in Vlaanderen en Wallonië, en 2,1 per 1 000 in Brussel (Gerken et al., 2024). Het aantal praktiserende verpleegkundigen is hoger in Vlaanderen (9,7 vte's per 1 000 inwoners) dan in Brussel (9,4 per 1 000) en Wallonië (8,9 per 1 000).

Om personeelstekorten aan te pakken, worden nieuwe rollen voor verpleegkundigen, nieuwe taakverdelingen en -verschuivingen en financiële prikkels ingevoerd

België werkt aan een nieuwe invulling van de rollen en taken van verpleegkundigen, met als doel om hun administratieve lasten te verminderen en hun autonomie te vergroten. In maart 2024 heeft de ministerraad een ontwerpbesluit goedgekeurd waarin de opleiding, rollen en vereisten voor gevorderde praktijkverpleegkundigen, en de

vereisten voor in oncologie gespecialiseerde verpleegkundigen zijn vastgesteld. Dit maakt deel uit van bredere discussies over innovatieve zorgmodellen, zoals door verpleegkundigen geleide zorg, en de (geplande) erkenning van nieuwe rollen voor verpleegkundigen, bijvoorbeeld op het gebied van klinisch onderzoek.

Recentelijk zijn beleidsmaatregelen vastgesteld om de beroepsbevolking in de zorg te ondersteunen, waaronder financiële stimulansen voor het volgen van opleidingen en maatregelen om de arbeidsvoorwaarden te verbeteren. Medio 2021 is in de cao een nieuw beloningsmodel geïntroduceerd waarin zorgmedewerkers worden betaald op basis van hun taken. Dit model heeft loonsverhogingen van 6 % in de betrokken federale particuliere gezondheidssector met zich meegebracht, voor een totaalbedrag van meer dan 450 miljoen EUR in 2022, die vooral ten goede kwamen aan beginnende en gespecialiseerde verpleegkundigen. Daarnaast worden nieuwe taken overwogen, zoals het beoordelen van de medicatie van personen met polyfarmacie door apothekers. In 2022 werd 100 miljoen EUR geïnvesteerd om de arbeidsvoorwaarden te verbeteren, onder meer door een verhoging van de eindejaarsuitkeringen.

België neemt deel aan de gemeenschappelijke EU-actie “Strengthening eHealth for Cancer Prevention and Care” (versterking van e-gezondheid voor kankerpreventie en -zorg — eCAN), die telegeneeskunde en monitoring op afstand omvat. In dit tweejarige project, dat wordt gecoördineerd door Sciensano, wordt onderzoek gedaan naar de impact van consultatie en monitoring op afstand op verschillende populaties van mensen met kanker. De resultaten zullen naar verwachting de basis vormen voor een kader met aanbevelingen voor de integratie van telegeneeskunde en monitoring op afstand in het gezondheidszorgstelsel. De gemeenschappelijke vervolgactie, die naar verwachting in 2025 van start zal gaan, zal gericht zijn op het versterken van de digitale capaciteiten van kankercentra op het gebied van telegeneeskunde en de uitwisseling van gezondheidsgegevens. De actie is ook bedoeld om een vergoedingskader voor medische consulten op afstand te kunnen ontwikkelen.

De toegankelijkheid van radiologisch onderzoek en radiotherapie zonder eigen bijdrage varieert sterk tussen de gewesten

In december 2023 waren er in België 274 artsen-specialisten op het gebied van radiotherapie-oncologie (159 vrouwen en 115 mannen). Besluiten over de aanschaf en het gebruik van medische apparatuur waarvoor hoge investeringen nodig zijn, zoals CT/geïntegreerde positronemissietomografie (PET), eenheden voor beeldvorming met behulp van magnetische resonantie (MRI) en lineaire versnellers (Linac’s), worden centraal genomen en zijn beperkt tot ziekenhuizen.

In België is de hoeveelheid radiotherapieapparatuur tussen 2010 (15 per 1 000 000 inwoners) en 2017 (18 per 1 000 000) met 20 % toegenomen. Volgens gegevens van de Internationale Organisatie voor Atoomenergie (IAEA) uit 2024 is de meeste apparatuur relatief nieuw: 26 % is 5 tot 10 jaar oud en 24 % is 10 tot 15 jaar oud. Tussen 2012 en 2023 is de hoeveelheid CT-scanners met 70 % gestegen tot 26 per 1 000 000 inwoners (vergelijkbaar met het EU-gemiddelde) en is de hoeveelheid MRI-eenheden met 9 % gestegen tot 11,6 per 1 000 000 (lager dan het EU-gemiddelde van 18 per 1 000 000) (Tabel 1).

Tabel 1. Verschillen in de hoeveelheid apparatuur en persoonlijke bijdragen voor beeldvormende onderzoeken zouden ongelijkheden kunnen verergeren

Hoeveelheid CT scanners		Hoeveelheid MRI-eenheden	
2012	2023	2012	2023
België			
15,1 per 1 000 000 inwoners	26,1 per 1 000 000 inwoners	10,7 per 1 000 000 inwoners	11,6 per 1 000 000 inwoners
EU-gemiddelden			
21,4 per 1 000 000 inwoners	26,5 per 1 000 000 inwoners	12,4 per 1 000 000 inwoners	18,4 per 1 000 000 inwoners
Percentage radiologen per gewest dat zich volledig houdt aan conventionele prijzen			
Brussels	Vlaanderen	Wallonië	
62 % voor MRI’s	30 % voor MRI’s	88 % voor MRI’s	
61 % voor CT-scans	31 % voor CT-scans	89 % voor CT-scans	

Opmerkingen: De gegevens over de beschikbaarheid van medische technologie hebben betrekking op 2012 en 2023 (of de dichtstbijzijnde jaren). Het gemiddelde voor de EU is een ongewogen gemiddelde (berekend door de OESO).

Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2024 en De Wolf & Landtmeters (2023a).

In 2021 werd voor 44 % van de CT-scans en voor 21 % van de MRI-scans die in Belgische ziekenhuizen werden uitgevoerd, een toeslag in

rekening gebracht door radiologen die zich niet volledig aan de conventionele prijzen¹¹ houden (De Wolf & Landtmeters, 2023a). Het percentage

¹¹ In België hebben artsen de keuze om de tussen hun vertegenwoordigers en de ziekenfondsen gemaakte tariefafspraken te volgen of om aanvullende vergoedingen bovenop de officiële tarieven op te leggen. Artsen die zich aan de afspraken hebben verbonden, volgen de overeengekomen tarieven en brengen geen extra vergoedingen in rekening.

radiologen dat zich volledig aan de conventionele prijzen houdt, is in Wallonië hoger dan in de andere twee gewesten (Table 1). Aan bijna 5 % van de personen met kanker in België die in 2021 radiotherapie ondergingen, werden extra kosten in rekening gebracht, voornamelijk in Brussel (95 %) en in veel mindere mate in Vlaanderen (4 %) (De Wolf & Landtmeters, 2023b). In november 2023 heeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid alle ziekenhuizen verplicht om CT-scans en MRI's te verstrekken tegen de officiële tarieven.

België presteert goed op het gebied van toegang tot nieuwere kankergeneesmiddelen met openbare vergoedings- of dekkingsregelingen

De vergoedingen voor vroege toegang tot innovatieve geneesmiddelen zijn steeds vaker gebaseerd op populatie- en patiëntgerichte benaderingen, zowel voor als na het verlenen van een vergunning voor het in de handel brengen, en worden gefinancierd door overheden of verzekeraars. Momenteel profiteert minder dan 10 % van de klinisch in aanmerking komende patiënten van regelingen voor vroege toegang tot een bepaald geneesmiddel/een bepaalde indicatie.

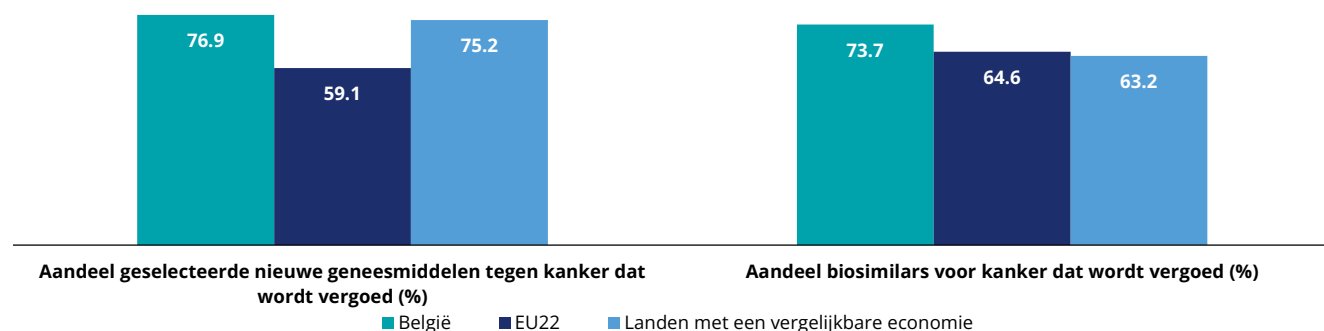
Van de geneesmiddelen tegen borst- en longkanker met een hoog klinisch voordeel wordt in België 77 % vergoed door de overheid, wat meer is dan het gemiddelde in de EU (60 %) en van landen met een vergelijkbare economie (75 %) (Figuur 15). België scoort goed (derde plaats in de EU) op de gemiddelde tijd tussen de verlening van een vergunning voor het in de handel brengen en de dekkingsaanvraag, die in België doorgaans 15 dagen

na de goedkeuring door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) bedraagt. Vergoedingsbesluiten voor geneesmiddelen of indicaties voor kanker perken de door het EMA gedefinieerde in aanmerking komende patiëntenpopulaties niet in. Bovendien vergoedt de nieuwe cao vanaf 2024 het gebruik van offlabelgeneesmiddelen bij kinderkanker.

Zogeheten “biosimilars” verlagen de behandelingskosten aanzienlijk door meer betaalbare alternatieven te bieden voor originele biologische geneesmiddelen. Het aandeel biosimilars voor kankergeneesmiddelen die in België worden vergoed, bedraagt 74 %, wat hoger is dan het EU-gemiddelde van 65 % en dat van landen met een vergelijkbare economie (63 %).

Naarmate vaker gepersonaliseerde kankertherapieën worden toegepast, wordt het testen van biomarkers steeds relevanter voor het bepalen van de optimale behandeling voor personen met kanker. Om de tijdige toegang tot dergelijke behandelingen zonder extra financiële lasten te garanderen, heeft België in 2019 een tweeledige vergoedingsprocedure ingevoerd. Deze procedure zorgt ervoor dat patiënten een vergoeding krijgen voor het testen van biomarkers en voor de desbetreffende geselecteerde behandeling. De Belgische routekaart voor de opname van innovatieve moleculaire hulpmiddelen (NGS) in de zorgstandaard, de Commissie Gepersonaliseerde Geneeskunde (ComPerMed) en het platform Companion Diagnostics (platform voor begeleidende diagnostiek) zijn andere initiatieven die de toegang tot innovatieve kankergeneesmiddelen bevorderen.

Figuur 15. In België is het aandeel van oncologische geneesmiddelen die worden vergoed hoger dan het gemiddelde in de EU en van landen met een vergelijkbare economie



Opmerkingen: De analyse omvat een steekproef van 13 indicaties voor 10 nieuwe geneesmiddelen tegen borst- en longkanker met een hoog klinisch voordeel en 19 biosimilars van 3 kankergeneesmiddelen (bevacizumab, rituximab, trastuzumab), waarvoor het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) op 26 maart 2023 toestemming heeft verleend voor het actief in de handel brengen. De gegevens vertegenwoordigen het aandeel van de indicaties of biosimilars die op 1 april 2023 op de vergoedingslijst stonden. Landen met een vergelijkbare economie worden vastgesteld op basis van een driedeling naar bbp per hoofd van de bevolking in 2022 in termen van koopkrachtstandaard. Landen met een vergelijkbare economie als BE zijn AT, DE, DK, IE, IS, NL, NO en SE. Het EU-gemiddelde is een ongewogen gemiddelde.
Bron: Hofmarcher, Berchet and Dedet (2024), "Access to oncology medicines in EU and OECD countries", OECD Health Working Papers, No. 170, OECD Publishing, Parijs, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.

5.2 Kwaliteit

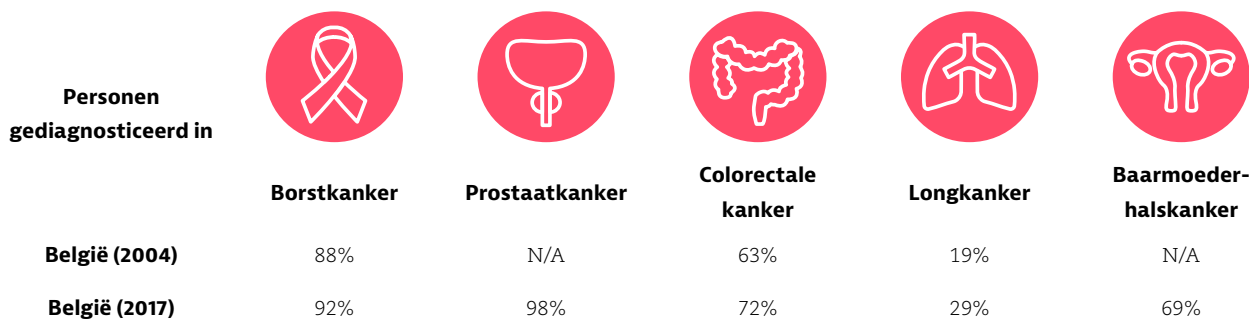
In de afgelopen twee decennia zijn de percentages voor vijfjaarsoverleving na kanker verbeterd

De relatieve vijfjaarsoverlevingspercentages voor borst-, colorectale en longkanker zijn toegenomen onder personen die in 2017 werden gediagnosticeerd ten opzichte van personen die in 2004 werden gediagnosticeerd (Figuur 16). Volgens het Belgisch Kankerregister is het algemene vijfjaarsoverlevingspercentage voor personen die tussen 2015 en 2019 zijn gediagnosticeerd, hoger voor vrouwen (72 %) dan voor mannen (64 %). Op het gebied van de relatieve overlevingspercentages voor borst-, baarmoederhals- en prostaat­kanker

bestaan er geen verschillen tussen de gewesten. De overlevingspercentages voor colorectale kanker zijn in Brussel (65 %) en Wallonië (66 %) echter lager dan in Vlaanderen (70 %).

Een betere screeningsdekking zou een positief effect kunnen hebben op deze percentages, aangezien Brussel en Wallonië een laag screeningcijfer voor colorectale kanker hebben in vergelijking met Vlaanderen (zie deel 4). Bovendien worden de meeste gevallen van borst-, baarmoederhals- en prostaat­kanker in België in een vroeg stadium (stadium I of II) gediagnosticeerd, waaronder 75 % van de vrouwen met borstkanker, 58 % van de vrouwen met baarmoederhalskanker en 64 % van de mannen met prostaat­kanker.

Figuur 16. De vijfjaarsoverlevingspercentages na long- en colorectale kanker in België vertonen een duidelijk opwaartse trend



Opmerkingen: De gegevens voor borst-, colorectale en longkanker hebben betrekking op het cohort van patiënten dat in 2004 en in 2017 is gediagnosticeerd; de gegevens voor baarmoederhals- en prostaat­kanker hebben betrekking op personen die tussen 2017 en 2021 zijn gediagnosticeerd; n.v.t = gegevens niet beschikbaar.

Bronnen: Belgisch Kankerregister voor borst-, colorectale, baarmoederhals- en prostaat­kanker; Ocak et al. (2021) voor longkanker.

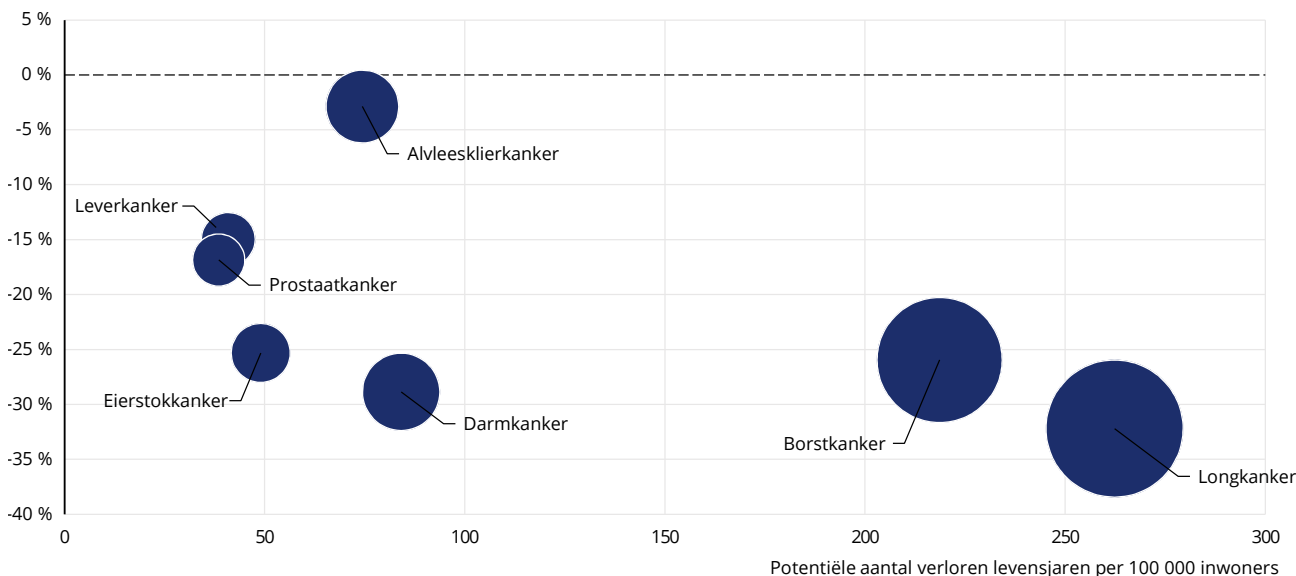
Het aantal verloren potentiële levensjaren is in België sterker gedaald dan het EU-gemiddelde

Verloren potentiële levensjaren (VPLJ) is een maatstaf die de impact van verschillende vormen van kanker op de samenleving weerspiegelt door meer gewicht te geven aan sterfgevallen als gevolg van kanker bij jongere individuen. Veranderingen in deze maatstaf in de tijd voor verschillende kankerlocaties kunnen wijzen op verbeteringen in kankerzorgstelsels in de vorm van vermindering van de vroegtijdige sterfte. In België bedroeg het

totale VPLJ-percentage als gevolg van kanker op alle locaties in 2020 1 113 per 100 000 inwoners — 18 % onder het EU-gemiddelde (1 355 per 100 000) (Figuur 17). Het VPLJ-percentage is sinds 2012 met 24 % gedaald, wat hoger is dan de daling voor de EU. In 2020 was de belangrijkste oorzaak van kankergelateerde VPLJ in België longkanker (262 VPLJ per 100 000 inwoners), al is dit cijfer tussen 2012 en 2022 met 32 % gedaald. Borstkanker is de oorzaak van 219 VPLJ per 100 000 vrouwen; dit cijfer is de afgelopen tien jaar met 26 % gedaald.

Figuur 17. Longkanker is de oorzaak van het hoogste aantal verloren potentiële levensjaren als gevolg van kanker per 100 000 inwoners

Procentuele verandering in potentiële aantal verloren levensjaren 2012-2022 (of het dichtstbijzijnde beschikbare jaar) (%)



Opmerkingen: Het potentiële aantal verloren levensjaren als gevolg van borst-, baarmoederhals- en eierstokkanker is alleen bij vrouwen berekend, terwijl het potentiële aantal verloren levensjaren als gevolg van prostaatcancer betrekking heeft op mannen. De roze bolletjes duiden op een toename van de procentuele verandering van het potentiële aantal verloren levensjaren in de periode 2012-2022 (of het laatst beschikbare jaar). De blauwe bolletjes duiden op een afname. De grootte van de bolletjes is evenredig aan het potentiële aantal verloren levensjaren in 2022.

Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2024.

België staat voor uitdagingen bij het concentreren van kankerzorg, maar recent beleid is veelbelovend

Sinds 2008 worden gespecialiseerde centra voor borstkanker wettelijk erkend op basis van criteria die zijn ontwikkeld door de European Society of Mastology. Deze normen hebben onder meer betrekking op het minimumaantal behandelde patiënten, de deskundigheid en ervaring van de medisch coördinator en andere artsen, en de aanwezigheid van een verpleegkundig coördinator. Ook zonder deze erkenning kunnen ziekenhuizen echter personen met borstkanker behandelen. Naar aanleiding van een rapport van het KCE uit 2023 waaruit bleek dat het sterftecijfer voor in niet-gespecialiseerde centra behandelde vrouwen 30 % hoger lag, vergoedt de Belgische overheid met ingang van augustus 2024 niet langer borstkankerbehandelingen die niet in volledig erkende klinieken plaatsvinden, met uitzondering van vervolgbehandeling. De volledige uitvoering van deze maatregel staat gepland voor januari 2026.

Sinds juli 2019 concentreert België complexe chirurgische ingrepen bij alvleesklier- en slokdarmkanker in erkende klinieken, met exclusieve vergoeding door het RIZIV. Ook wordt gewerkt aan centralisatie van de zorg voor hoofd-halstumoren. Voorts zijn enkele recente wetswijzigingen gericht op het concentreren van de

behandeling van kanker bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen (zie hoofdstuk 6).

In het kader van het project “Allesomvattende kankerinfrastructuur voor de Europese Unie”, dat wordt gefinancierd in het kader van de EU-missie inzake kanker, neemt België deel aan de ontwikkeling van een programma voor capaciteitsopbouw om ongelijkheden op het gebied van de toegang tot kankerzorg te verminderen door de EU-lidstaten en geassocieerde landen te ondersteunen bij het verbeteren of opzetten van allesomvattende kankerinfrastructuren. Dit project bouwt voort op afgeronde of lopende initiatieven, zoals de gezamenlijke actie CraNE, waar België ook bij betrokken is. Daarnaast nam België deel aan de door de EU gefinancierde gezamenlijke actie voor de oprichting van zeven nieuwe EU-expertisenetwerken (Joint Action Networks of Expertise — JANE), die in september 2024 werd afgesloten. Een vervolgvorstel, voor JANE-2, is in oktober 2024 ingediend en omvat de doelstelling om zeven nieuwe op kanker gerichte expertisenetwerken op te zetten.

In België worden de meeste kankergevallen besproken in multidisciplinaire teams

Het percentage kankergevallen dat wordt besproken in multidisciplinaire teams (MDT's), is gestegen van 83,4 % in 2012 tot 90,4 % in 2021. Deze

MDT's, waarin het zogenoemde multidisciplinair oncologisch overleg plaatsvindt, werden in 2002 ingevoerd bij koninklijk besluit en hebben een wettelijk vastgelegd minimumaantal deelnemers: vier artsen met verschillende specialismen, waaronder een oncoloog. Twee diepgaande gesprekken met de patiënt om de conclusies van het MDT te bespreken, inclusief uitleg over de diagnose en het behandelplan, komen in aanmerking voor vergoeding. De verslagen van de MDT's en van pathologielaboratoria vormen input voor de databank van het Belgisch Kankerregister.

Het Belgisch Kankerregister en de gefedereerde entiteiten werken aan een efficiëntere verstrekking en een doelmatiger gebruik van gegevens in kwaliteitsverbeteringscycli

Het Belgisch Kankerregister verzamelt nationale epidemiologische en kwaliteitsgegevens, waaronder gegevens over screenings, incidentie, stadiëring, biomarkers, behandelingen en overleving, alsmede door de patiënt gerapporteerde indicatoren, en sterftecijfers. Sinds december 2006 is deelname aan het register verplicht voor oncologische zorgprogramma's en pathologielaboratoria, waarbij het rijksregisternummer wordt gebruikt voor koppelingen met andere administratieve databanken. Ondanks de schat aan gegevens die door het register worden verzameld, is de uitsplitsing van gegevens naar sociaaleconomische status of achterstandsniveau nog steeds zeer beperkt.

Het Belgisch Kankerregister werkt samen met de gefedereerde entiteiten (Vlaanderen, Wallonië en Brussel) en de taalgemeenschappen (Vlaams, Frans en Duits) om gegevens te integreren in kwaliteitsverbeteringscycli en om de gegevensverzameling voor kwetsbare groepen te harmoniseren. Bij deze inspanningen wordt voortgebouwd op het inmiddels afgesloten project CanScreen-ECIS (Europees informatiesysteem voor kanker) en het lopende CanScreen5-project, dat gericht is op de ontwikkeling van een nieuw beheersysteem voor gegevens over kankerscreening die in het ECIS moeten worden opgenomen. Daarnaast hebben het Belgisch Kankerregister en het KCE initiatieven voor kwaliteitsverbetering genomen voor borst-, teelbal-, slokdarm-, maag-, long-, hoofd-hals- en eierstokkanker door klinische richtlijnen, prestatie-indicatoren en feedbacksystemen voor ziekenhuizen te ontwikkelen. Een nieuwe gezamenlijke actie voor de verdere ontwikkeling van kankerregisters zal een verbetering van de kwaliteit en de volledigheid van de populatie-gebaseerde kankerregisters ondersteunen.

Het kader voor het Belgisch geïntegreerd medisch dossier, dat onderdeel is van het Belgische actieplan eGezondheid 2022-2024, heeft tot doel om geïntegreerde en multidisciplinaire zorg te ondersteunen, met name door in te zetten op gegevensinteroperabiliteit, standaardisatie en patiëntenbetrokkenheid. In december 2022 hadden alle algemene ziekenhuizen in België unieke patiëntidentificatiecodes, allergielijsten en elektronische receptuur ingevoerd, ondersteund door financiële stimulansen. In maart 2023 werd het Belgisch Gezondheids(zorg)Data-Agentschap opgericht om de beschikbaarheid van gezondheidsgegevens te verbeteren en te zorgen voor veilige gegevensuitwisselingen ter ondersteuning van datagestuurde zorg, beleidsvorming, onderzoek en innovatie.

In België lopen verschillende initiatieven voor kwaliteitsverbetering, maar de ontwikkeling is ongelijk tussen gewesten en kankersoorten

Het "Pay for Performance"-programma, dat in 2018 werd gelanceerd voor algemene ziekenhuizen, voorziet in kankergerelateerde klinische en pathologische indicatoren over tumoren, met inbegrip van gegevens over sterfte. Ziekenhuizen worden financieel beloond voor het behalen van de accreditatiecertificering van de International Society for Quality in Healthcare (ISQua) en voor het implementeren van beheersystemen voor patiëntveiligheid. Aanvankelijk stegen de ISQua-accreditatiepercentages omdat ziekenhuizen ervoor kozen om deel te nemen aan het proces, waarna in 2020 65 % van de Belgische ziekenhuizen was geaccrediteerd. Dit cijfer daalde echter tot 46 % in 2022, na het besluit van sommige ziekenhuizen om te stoppen met hun deelname aan het accreditatieproces. Sinds 2018 heeft 94 % van de ziekenhuizen die aan het programma deelnemen (96 van de 102 Belgische ziekenhuizen), door de patiënt gerapporteerde ervaringsgegevens verzameld, waaronder enkele metingen van ervaringen met kanker.

Het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, dat in 2017 is opgericht, meet en publiceert kankergerelateerde indicatoren. In 2023 werden voor alle Vlaamse ziekenhuizen kwaliteitsindicatoren voor borstkanker gerapporteerd, waardoor vergelijking door het publiek mogelijk werd en er verschillen tussen hun algehele prestaties aan het licht kwam.

5.3 Kosten en prijs-kwaliteit-verhouding

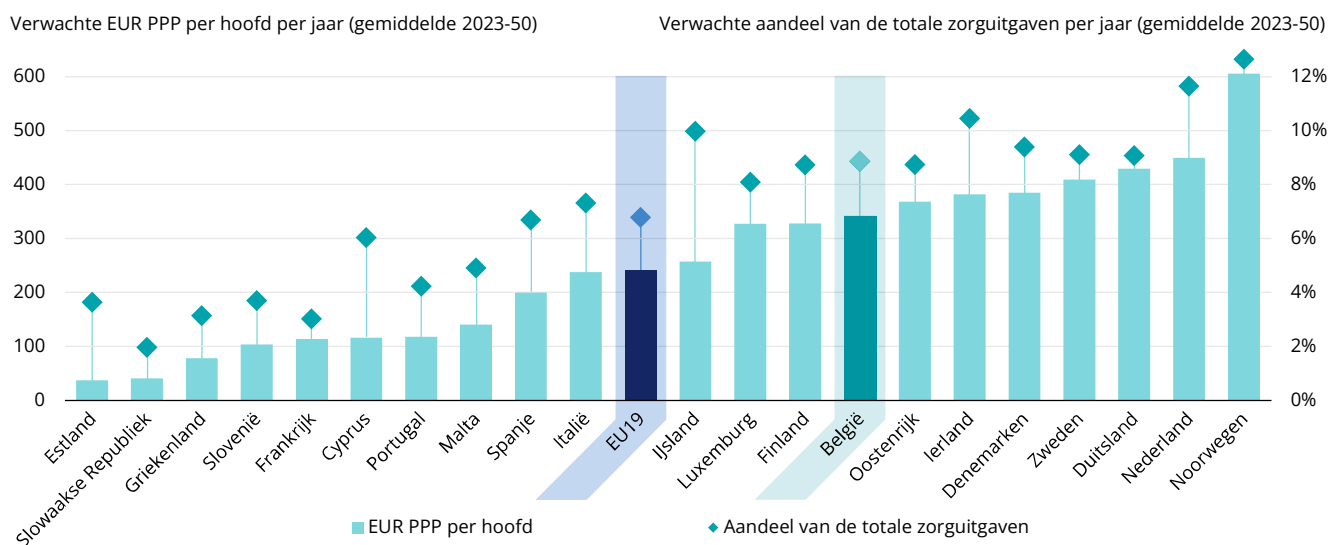
Schattingen duiden erop dat kanker in België een hogere druk op de uitgaven voor gezondheidszorg zal leggen dan in de EU

Volgens het SPHeP-modelleringswerk van de OESO zullen de totale uitgaven voor gezondheidszorg in België tussen 2023 en 2050 naar schatting 9 % hoger zijn als gevolg van de lasten van kanker. Dat komt neer op gemiddeld 342 EUR (koopkracht-pariteit) per persoon per jaar (Figuur 18). Dit cijfer

is veel hoger dan het gemiddelde van de EU-19 (242 EUR). In totaal zullen de uitgaven per hoofd van de bevolking voor kankerszorg in België tussen 2023 en 2050 naar verwachting met 53 % toenemen, tegen 59 % in de EU-27.

Wat de andere kosten betreft, wordt verwacht dat kanker in België tussen 2023 en 2050 zal leiden tot een verlies van 143 vte's per 100 000 personen als gevolg van de noodzaak om minder te gaan werken, wat lager is dan het EU-gemiddelde van 178 per 100 000. Ook wordt een verlies van 77 vte's per 100 000 personen verwacht als gevolg van absentieisme en presentieisme¹².

Figuur 18. De impact van kanker op de totale uitgaven aan gezondheidszorg zal in België tussen 2023 en 2050 naar verwachting hoger zijn dan in de EU



Opmerking: Het EU-gemiddelde is een ongewogen gemiddelde.

Bron: OESO (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

De uitgaven van ziekenhuizen aan te vergoeden antineoplastische middelen stijgen sinds 2017 jaarlijks met 15 tot 20 %

Volgens het Morse-rapport (Monitoring of Reimbursement Significant Expenses) van het RIZIV (RIZIV-INAMI, 2021) lieten de jaarlijkse uitgaven voor vergoedbare geneesmiddelen in 2021 een stijging van 7 % zien ten opzichte van het voorgaande jaar. Deze groei omvatte een stijging met 4 % in openbare apotheken en met bijna 10 % in ziekenhuizen. Met name de uitgaven in ziekenhuizen, gecategoriseerd volgens de ATC-classificatie (Anatomisch Therapeutisch Chemisch), wezen op een aanzienlijke groei in de L01X-klasse (antineoplastische middelen), met jaarlijks 15 % tot 20 % sinds 2017. In 2021 zette deze categorie haar

opwaartse trend voort met een stijging van 16 % ten opzichte van 2020.

Om de stijgende prijzen van geneesmiddelen tegen kanker aan te pakken, worden verschillende strategieën toegepast, met name overeenkomsten over gecontroleerde toegang

Door de hoge kosten van nieuwe geneesmiddelen en het toenemende aantal personen met kanker en behandelingen is de budgettaire impact van nieuwe kankergeneesmiddelen in België de afgelopen vijf jaar steeds belangrijker geworden voor dekkings- en vergoedingsbesluiten. Om onzekerheden in dekkings- en prijsbesluiten te verminderen, maakt België gebruik van strategieën zoals prestatiegebaseerde en financieel beheerde overeenkomsten over gecontroleerde toegang,

¹² Presenteisme heeft betrekking op productiviteitsverlies dat optreedt wanneer werknemers niet volledig functioneren op de werkplek vanwege een ziekte, letsel of een andere aandoening.

samen met het uitvoeren van studies na het in de handel brengen. Volgens het KCE (Neyt et al., 2021) komen overeenkomsten over gecontroleerde toegang in België steeds vaker voor, waarbij 58 % van de overeenkomsten tussen het RIZIV en farmaceutische bedrijven betrekking heeft op geneesmiddelen tegen kanker. In hetzelfde KCE-rapport wordt echter gewaarschuwd dat een wijdverbreid gebruik van overeenkomsten over gecontroleerde toegang het indienen van vergoedingsverzoeken kan stimuleren zonder dat er voldoende gegevens beschikbaar zijn over de voordelen voor de patiënt, waardoor de prikkel om tijdens het tijdelijke contract verder bewijs te genereren, mogelijk wordt beperkt.

België steunt het Beneluxa-initiatief en het internationale initiatief voor horizonverkenning

Het Beneluxa-initiatief, dat in 2015 is gelanceerd door de ministers van Volksgezondheid van België en Nederland, is vervolgens uitgebreid met de toetreding van Luxemburg in 2015, Oostenrijk in 2016 en Ierland in 2018. Deze landen werken samen aan proefprojecten op het gebied van de evaluatie van gezondheidstechnologie, prijzen en vergoedingen, informatie- en beleidsuitwisseling, en horizonverkenning. Horizonverkenning heeft tot doel om innovaties met een grote impact op gezondheidszorgstelsels te identificeren en de nationale besluitvorming over prijzen en vergoedingen te verbeteren. Daarnaast neemt België deel aan het International Horizon Scanning Initiative (internationale initiatief voor horizonverkenning), dat in 2017 werd gelanceerd. Dit initiatief, waarbij negen Europese landen zijn aangesloten, bundelt middelen om

uitgebreide gegevens te verzamelen over nieuwe geneesmiddelen en dient als instrument om prioriteit te geven aan vroege identificatie en evaluatie van innovatieve geneesmiddelen, waaronder geneesmiddelen voor kanker.

5.4 Welzijn en levenskwaliteit

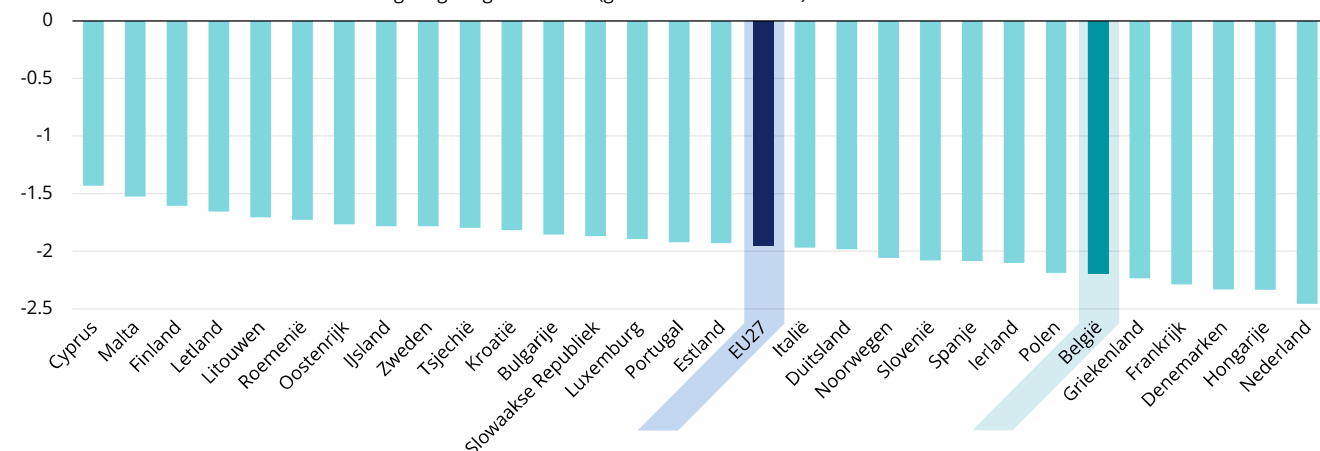
Kanker heeft substantiële invloed op de levensverwachting van de Belgische bevolking, gepaard met hoge depressiecijfers

Aangezien de incidentie van kanker naar verwachting zal blijven toenemen (zie deel 2), zullen de repercussies ervan voor de volksgezondheid steeds groter worden. Volgens het SPHeP-modelleringswerk van de OESO zal de levensverwachting van de Belgische bevolking tussen 2023 en 2050 naar verwachting met gemiddeld 2,2 jaar lager uitvallen als gevolg van kanker, vergeleken met een scenario zonder kanker, wat hoger is dan het EU-gemiddelde van bijna 2 jaar (Figuur 19). Om context te bieden: in de periode 2010-2019 is de levensverwachting in België met 2 jaar gestegen (van 80,3 tot 82,1 jaar).

Bovendien eist kanker een aanzienlijke tol van de geestelijke gezondheid van de bevolking in de vorm van de symptomen en bijwerkingen van de behandeling en heeft het een grote impact op het dagelijks leven, sociale rollen en werk. Volgens het SPHeP-model van de OESO wordt verwacht dat België veel hogere depressiecijfers zal hebben als gevolg van kanker, met een bijkomend naar leeftijd gestandaardiseerd cijfer van 13 gevallen per 100 000 inwoners per jaar. Dit ligt iets onder het EU-gemiddelde van 17 per 100 000.

Figuur 19. België staat op de zesde plaats van de EU-lidstaten wat betreft het effect van kanker op de levensverwachting

Verwachte afname van de levensverwachting als gevolg van kanker (gemiddelde 2023-2050)



Opmerking: Het EU-gemiddelde is een ongewogen gemiddelde.

Bron: OESO (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Vooruitgang in de thuiszorg en verbeterde toegang tot technologie en behandelingen zullen naar verwachting de kwaliteit van leven verbeteren en de bijwerkingen van chemotherapie doen verminderen

In België kunnen sinds juli 2023 bepaalde antibiotica en oncologische geneesmiddelen onder specifieke voorwaarden thuis worden toegediend, waaronder een beperkt aantal geneesmiddelen voor chemotherapie, doelgerichte therapie en immunotherapie. Het proces en de kosten hiervan worden geëvalueerd, in de verwachting dat deze maatregel het comfort voor personen met kanker zal verbeteren.

Het gebruik van technologie voor genexpressieprofielen (GEP) is uitgebreid om in bepaalde gevallen chemotherapie te kunnen vermijden, zoals bij sommige soorten borstkanker, met behoud van de gunstige resultaten en minder bijwerkingen. Sinds januari 2023 is er een nieuwe overeenkomst inzake de vergoeding van GEP-testen voor specifieke groepen vrouwen met borstkanker in een vroeg stadium van kracht tussen het RIZIV en erkende borstkankerklinieken. Naar verwachting zullen dankzij de GEP-tests jaarlijks minder dan 1 000 vrouwen bij wie borstkanker wordt vastgesteld, chemotherapie nodig hebben.

Verder zijn er in 2023 nieuwe vergoedingen ingevoerd voor behandelingen die gericht zijn op het verminderen van de bijwerkingen van chemotherapie. Die behandelingen omvatten procedures om ledematen af te koelen tijdens chemotherapie op basis van taxanen en hoofdhuidkoeling om haaruitval te voorkomen of te minimaliseren. Vanaf juli 2024 dekt de ziekteverzekering ook hoofdaccessoires en tandheelkundige zorg voor specifieke gevallen.

Het BeONCOsup-project, dat in 2023 werd gelanceerd met steun van het Belgische federale kabinet, heeft tot doel om de toegang tot en het bewustzijn van ondersteunende zorg voor personen met kanker of een voorgeschiedenis van kanker te verbeteren. Onder auspiciën van dit project ontwikkelt het Kankercentrum van Sciensano een innovatieve webtool om een lijst van verleners van ondersteunende kankerzorg in België op te stellen, met een focus op ondersteuning van personen met lage gezondheidsvaardigheden. België heeft ook diverse beleidsmaatregelen ingevoerd die voorzien in betaald en onbetaald verlof voor verzorgers van terminaal zieke en niet-terminaal zieke patiënten, waaronder verlof in noodgevallen voor naaste familieleden of huisgenoten.

Geavanceerde zorgplanning om de tijdige toegang tot hoogwaardige palliatieve zorg te verbeteren

Sinds 2002 waarborgt de Belgische federale wetgeving de toegang tot multidisciplinaire zorg als onderdeel van het algemene recht op gezondheidszorg. Sinds 2012 monitoren de Belgische autoriteiten belangrijke kwaliteitsindicatoren voor terminale zorg aan personen met kanker. Dit omvat het monitoren van het percentage personen met terminale kanker dat palliatieve zorg krijgt, dat is gestegen van 53 % in 2015 tot 57 % in 2020, waarbij er verschillen tussen de gewesten bestaan. Met behulp van de indicatoren wordt ook bepaald of er tijdig met palliatieve zorg is begonnen, hoe agressief de behandelingen, zoals chemotherapie, aan het einde van het leven zijn, en hoe hoog het percentage personen is dat thuis sterft. Dat percentage is gestegen van 23 % in 2008 tot bijna 29 % in 2020.

In mei 2022 is door een wijziging van de wet op de verplichte zorgverzekering een definitie van palliatieve statuten ingevoerd om ervoor te zorgen dat palliatieve zorg steeds aan de behoeften van de patiënt kan worden aangepast. Sinds november 2022 maakt volledig vergoede geavanceerde zorgplanning door huisartsen het voor patiënten mogelijk om plannen voor palliatieve zorg kosteloos te bespreken. Dit initiatief heeft tot doel om de tijdige toegang tot palliatieve zorg te verbeteren door in een vroeger stadium vast te stellen welke patiënten deze gespecialiseerde zorg nodig hebben.

In Belgische ziekenhuizen lopen verschillende projecten om overlevingskansen te verbeteren en de terugkeer naar werk na een diagnose van kanker te vergemakkelijken

Het Belgische parlement heeft in 2019 het “recht om vergeten te worden” wettelijk vastgelegd om de levenskwaliteit en de re-integratie van personen met een voorgeschiedenis van kanker in de samenleving te verbeteren door de aanpassing van verzekeringspremies te regelen. In 2022 werd deze wet uitgebreid om personen te dekken die kankervrij zijn verklaard, gedurende acht jaar in het geval van volwassenen of gedurende vijf jaar als zij jonger zijn dan 21 jaar. Vanaf 2025 wordt de standaardtermijn teruggebracht tot vijf jaar voor alle personen die genezen zijn van kanker. De lijst van kankerscenario's die door deze wet worden bestreken, zal geleidelijk worden uitgebreid en zal om de twee jaar door het KCE worden herzien om er nieuwe wetenschappelijke inzichten in op te nemen.

BelNetSup is een lopend initiatief om in Belgische ziekenhuizen verschillende projecten op het gebied van overlevingskansen te integreren, in samenwerking met het interfederale plan voor geïntegreerde zorg. Een van de initiatieven om de

terugkeer naar werk na kanker te ondersteunen, is de website van Kankerwerk, die wordt gefinancierd door de niet-gouvernementele organisatie Kom op tegen Kanker, die voorlichtingssessies organiseert voor werkgevers en werknemers.

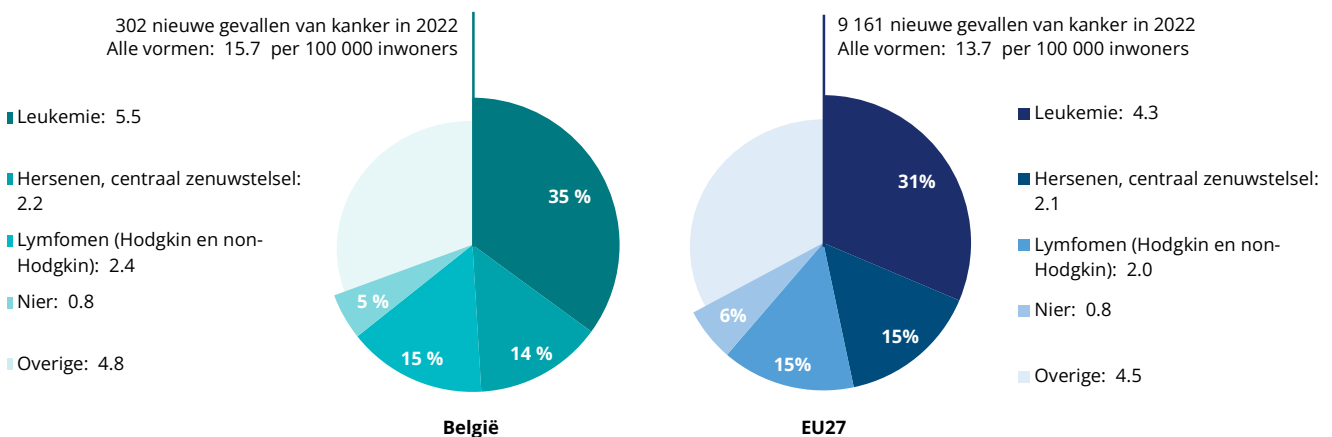
6. Focus op kinderkanker

Volgens het ECIS werd in 2022 in België naar schatting bij 302 kinderen en adolescenten tot 15 jaar de diagnose kanker gesteld. België had een incidentie van 15,7 per 100 000 kinderen van 0 tot en met 14 jaar, terwijl het EU-27-gemiddelde 13,7 bedroeg (figuur 20). In België, net zoals in de meeste andere EU-lidstaten, zijn de incidentiecijfers hoger voor jongens dan voor meisjes. De meest voorkomende vormen van kanker zijn leukemie, met 5,5 gevallen per 100 000 kinderen (35 %),

lymfeklierkanker, met 2,4 gevallen per 100 000 (16 %), kanker in de hersenen en het centrale zenuwstelsel, met 2,2 gevallen per 100 000 (14 %), en nierkanker, met 0,8 gevallen per 100 000 (5 %). Hoewel België een hogere incidentie van kanker bij kinderen heeft dan het EU-gemiddelde, heeft het land een lagere kankersterfte, met een gemiddeld sterftecijfer over 3 jaar van 1,8 per 100 000 kinderen, tegenover 2,1 in de EU, volgens Eurostat.

Figuur 20. De incidentie van kanker bij kinderen in België is hoger dan die in de EU

Naar leeftijd gestandaardiseerde incidentie per 100 000 inwoners (0-14 jaar), schattingen, 2022



Opmerkingen: De schattingen voor 2022 zijn schattingen op basis van incidentietrends van voorgaande jaren en kunnen afwijken van de in recentere jaren waargenomen percentages. "Alle vormen" omvat alle vormen van kanker met uitzondering van non-melanoma huidkanker.

Bronnen: Europees informatiesysteem voor kanker (ECIS) voor de incidentie van kanker, via <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, geraadpleegd op 10 maart 2024. © Europese Unie, 2024.

In het OCEAN-project van de Europese vereniging voor kinderoncologie (SIOPE) is vastgesteld dat België zeven instellingen heeft die kinderen en jongeren met kanker behandelen. Daarvan bevinden zich er vier in Vlaanderen, twee in Wallonië en één in Brussel (SIOPE, 2024). Tot die instellingen behoren zowel kinderziekenhuizen (universitaire en algemene) als ziekenhuizen met kinderafdelingen. Wetswijzigingen hebben gezorgd voor een concentratie van de behandeling voor

kinderen van 0 tot en met 15 jaar met kanker, waarbij het doel is om in 2027 drie pediatrie hemato-oncologische referentiecentra in België te hebben. Deze centra zullen voldoen aan de normen voor toezicht, infrastructuur en activiteitsniveaus om complexe kinderkankerzorg te kunnen bieden. Zij zullen exclusief bevoegd zijn voor specifieke behandelingen, met inbegrip van de mogelijkheid van thuiszorg, en zullen worden gekoppeld aan door de gefedereerde entiteiten aangewezen

satellietcentra, die moeten voldoen aan specifieke normen, teneinde zorg dicht bij huis te waarborgen. Adolescenten en jongvolwassenen van 16 tot en met 35 jaar bij wie kanker is vastgesteld, worden sinds december 2023 behandeld in een van de zes aangewezen referentiecentra, die moeten voldoen aan welomschreven criteria en die een overeenkomst met het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) hebben gesloten.

Alle 13 infrastructurele aspecten en behandelingsmodaliteiten — zoals brachytherapie,

stamceltransplantatie, protonen- en fotonenbestraling, en nazorg — zijn in België beschikbaar voor kinderen met kanker. Van de 436 tussen 2010 en 2022 uitgevoerde klinische studies naar kinderen en adolescenten met kanker in Europa werden er 84 (19 %) uitgevoerd in België. Daarnaast was in 2018 85 % van de 68 geneesmiddelen die essentieel werden geacht voor de behandeling van kanker bij patiënten van 0 tot en met 18 jaar beschikbaar in België, tegen gemiddeld 76 % in de EU (Vassal et al., 2021).

Verwijzingen

De Angelis, R. et al. (2024), Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCare-6): a population-based study, *Lancet Oncology*, 25(3):293-307. doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0.

De Koning, H.J. et al. (2020), Reduced lung-cancer mortality with volume CT screening in a randomized trial, *New England Journal of Medicine*, 382(6):503-13. doi:10.1056/NEJMoa1911793.

De Wolf, F., Landtmeters B (2023a), Accessibilité financière aux examens RMN et CT-scan ambulatoires. Brussel, Agence Intermutualiste.

De Wolf, F., Landtmeters B (2023b), Accessibilité financière aux examens RMN et CT-scan ambulatoires. Brussel, Agence Intermutualiste.

Desimpel, F. et al. (2024), Lung cancer screening in a high-risk population. Brussel, Belgisch Kenniscentrum Gezondheidszorg (KCE). doi:10.57598/R379C.

Gerken, S. et al. (2024), Performance of the Belgian health system: Report 2024. Brussel, Belgisch Kenniscentrum Gezondheidszorg (KCE). doi:10.57598/R376C.

Grammens, T., Cornelissen, L. (2021), Vaccinatiegraad. Brussels, Sciensano, https://www.sciensano.be/sites/default/files/vaccine_coverage_2020-21_nl_final.pdf.

Neyt, M. et al. (2021), Benefits and costs of innovative oncology drugs in Belgium (2004-2017). Brussel, Belgisch Kenniscentrum Gezondheidszorg (KCE). doi:10.57598/R343C.

Ocak, S. et al. (2021), Lung cancer in Belgium, *Journal of Thoracic Oncology*, 16(10):1610-21. doi:10.1016/j.jtho.2021.07.022.

Volksgezondheid (2023a), HWF Jaarstatistieken 2022 (detailstatistieken), beschikbaar op <https://5199.f2w.fedict.be/nl/documenten/hwf-jaarstatistieken-2022-detailstatistieken>.

Sciensano (2021), Determinanten van Gezondheid: Lichaamsbeweging. Brussel, Sciensano, <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/lichaamsbeweging>.

Sciensano (2023a), Determinanten van Gezondheid: Tabaksgebruik. Brussel, Sciensano, <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/tabaksgebruik>.

Sciensano (2023b), Determinanten van Gezondheid: Alcoholgebruik. Brussel, Sciensano, <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/alcoholgebruik>.

Sciensano (2024a), Belgische kankerinventaris: <https://www.sciensano.be/nl/projecten/belgische-kankerinventaris>.

Sciensano (2024b), BE EBCP — Belgische spiegelgroep van het Europese kankerbestrijdingsplan: <https://www.sciensano.be/nl/projecten/belgische-spiegelgroep-van-het-europese-kankerbehandelingsplan>.

Sciensano (2024c), Gezondheidsenquête: <https://www.sciensano.be/nl/projecten/gezondheidsenquete-0>.

Sciensano (2024d), Determinanten van Gezondheid: Luchtkwaliteit. Brussel, Sciensano, <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/luchtkwaliteit>.

SIOPE (2024), Childhood cancer country profile: Belgium. Brussel, SIOP Europe, <https://siope.eu/media/documents/ocean-projectbelgium.pdf>.

Vassal, G. et al. (2021), "Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe", *Annals of Oncology*, Vol. 32/4, blz. 560-568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

Landenafkortingen

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

Landenprofiel kanker 2025

Het Europees register voor ongelijkheden bij kanker is een vlaggenschipinitiatief van het Europees kankerbestrijdingsplan. Dit register bevat solide en betrouwbare gegevens over kankerpreventie en kankerzorg, die kunnen worden gebruikt om trends, verschillen en ongelijkheden tussen lidstaten en regio's in kaart te brengen. Het register bevat een website en een gegevensstool die zijn ontwikkeld door het Gemeenschappelijk Centrum voor onderzoek van de Europese Commissie (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), alsook een wisselende reeks twejaarlijkse landenprofielen voor kanker en een overkoepelend verslag over ongelijkheden bij kanker in Europa.

In de landenprofielen voor kanker wordt voor elk van de 27 lidstaten van de EU, IJsland en Noorwegen aandacht besteed aan sterke en zwakke punten, uitdagingen en specifieke actiegebieden. Deze informatie kan worden gebruikt bij de besluitvorming over maatregelen en investeringen in de EU, de lidstaten en de regio's in het kader van het Europees kankerbestrijdingsplan. Het Europees register voor ongelijkheden bij kanker ondersteunt

ook vlaggenschipinitiatief 1 van het actieplan om de verontreiniging tot nul terug te dringen.

De OESO stelt de profielen op in samenwerking met de Europese Commissie. Het team is dankbaar voor de waardevolle opmerkingen en suggesties van het Gezondheidscomité van de OESO en de thematische werkgroep van de EU voor het register voor ongelijkheden bij kanker.

In elk landenprofiel voor kanker wordt een korte samenvatting gegeven van:

- de nationale ziektelast door kanker;
- risicofactoren voor kanker, gericht op gedrags- en milieurisicofactoren;
- programma's voor vroegtijdige opsporing;
- prestaties op het gebied van kankerzorg, met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid, zorgkwaliteit, kosten en levenskwaliteit.

Gelieve deze publicatie te citeren als:

OECD/European Commission (2025), EU-landenprofiel voor kanker: België 2025, EU-landprofielen over kanker, OECD Publishing, Parijs, <https://doi.org/10.1787/5c4dfa17-nl>.

Oorspronkelijk gepubliceerd in het Engels onder de title: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Belgium 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/744aaaba-en>.

In geval van enige discrepantie geldt alleen de tekst van de Engelse versie als geldig.

© OECD/European Union 2025 voor deze Nederlandse uitgave.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

Attribution – you must cite the work.

Translations – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

Adaptations – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD or of its Member countries or of the European Union.*

Third-party material – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD's or European Commission's logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or European Commission endorses your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.

