



Het Kankerplan
Stand van zaken
November 2012

Sinds het lanceren van het Kankerplan, al weer vier jaar geleden, blijft de kankerbestrijding voor de volksgezondheid een prioriteit. We registreren in België jaarlijks ongeveer 60.000 nieuwe kankergevallen¹. Vóór ze 75 jaar zijn, zullen 1 man op 3 en 1 vrouw op 4 in België met kanker te maken krijgen. De Stichting Kankerregister voorziet voor 2020 dat kanker door de vergrijzing met 18.5% bij de mannen en met 11% bij de vrouwen zal toenemen. Dat zal niet zonder gevolgen blijven voor ons gezondheidszorgsysteem, en ook niet voor het daarvoor toegekende financieringsbudget.

Het Kankerplan

Ik wenste de strijd tegen kanker te verbeteren door een strategie te kiezen die de wil, de competentie en de expertise van alle betrokken actoren verenigt, zonder de verschillende beleidsniveaus waartoe ze behoren tegen elkaar uit te spelen.

Hieruit ontstond een Kankerplan: een ambitieus project op lange termijn, maar dat in ons land echt een belangrijke prioriteit inzake volksgezondheid is. Dit initiatief wordt op internationaal vlak aangemoedigd, aangezien de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)² en de Europese Unie³ het goedkeuren van een dergelijk plan in elk land ondersteunen.

Elke maatregel die we op 8 maart 2008 voorstelden vertrok van de behoeften op het terrein die we tijdens bezoeken, rondetafels en ontmoetingen verzamelden. Dit Kankerplan was aanvankelijk bedoeld voor de periode 2008-2010, en werd daarna voortgezet. Het strekt zich, binnen een meerjarenbegroting van 380 miljoen euro, over een dertigtal initiatieven uit om kanker te bestrijden, voor de medische tenlasteneming, voor het onderzoek en om de levenskwaliteit van de kankerpatiënten te verbeteren.

Het Kankerplan verloopt volgens drie grote krachtlijnen, of gebieden:

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

Het RIZIV en de FOD Volksgezondheid (cel "Kankerplan") coördineren de uitvoering van het Kankerplan. Om de acties van het Kankerplan te volgen, werden begeleidingscomités opgezet.

Onder de hoede van de interministeriële conferentie Volksgezondheid werkt men samen met de interkabinettenwerkgroep "kanker" en de verschillende publieke overheden aan het op punt stellen en optimaliseren van het kankerbeleid, met eerbied voor ieders bevoegdheden.

¹ Volgens de laatste gepubliceerde Kankerregister cijfers waren 62.017 nieuwe kankergevallen in 2010 gediagnosticeerd.

² Met de goedkeuring van de resolutie "Preventie en kankerbestrijding" op de 58e wereldassemblee Gezondheid (mei 2005) wil de WHO de uitwerking en uitvoering bevorderen van nationale plannen om kanker onder controle te krijgen: <http://www.who.int/cancer/eb1143/fr/index.html>.

³ Gezien het grote aantal burgers in Europa dat aan kanker lijdt, besliste de Europese Commissie om voor de periode 2009-2013 een Europees partnerschap voor de kankerbestrijding op te zetten: Mededeling van de Commissie aan de Raad, het Europees Parlement, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de regio's over kankerbestrijding: een Europees partnerschap" [COM(2009) 291 definitief] - <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0291:FIN:NL:PDF>.

Balans en stand van zaken

Het Kankerplan zorgde op het terrein voor een constante dynamiek:

- Bewustmaking van de bevolking voor de kankerbestrijding in België;
- Grote belangstelling en positief onthaal door de veldwerkers en het brede publiek;
- Deelname en betrokkenheid van vele veldwerkers bij de uitwerking en uitvoering van de verschillende acties;
- Talrijke geplande acties werden verwezenlijkt of worden uitgevoerd.

Om de stand van zaken voor te stellen, somt een tabel bij het begin van elk van de drie krachtlijnen de verschillende initiatieven op waaruit ze bestaan en geeft aan of ze uitgevoerd of in uitvoering zijn.

De voorgestelde maatregelen worden in drie categorieën gerangschikt:

- Maatregelen die bij de start van het Plan op 8 maart 2008 werden voorgesteld;
- Tussen 2008 en 2010 toegevoegde bijkomende maatregelen;
- Nieuwe gebudgetteerde initiatieven in 2011.

Men mag niet uit het oog verliezen dat de meeste maatregelen van het Kankerplan structurele maatregelen zijn. Dat betekent dat ze, eenmaal ingevoerd, ook doorlopen. Het gaat bijvoorbeeld om nieuwe vergoedingen voor kankerbehandelingen, een langdurige raadpleging om de diagnose mee te delen, de financiering van tumorbanken, of de financiering van diëtisten, verpleegkundigen en psychologen in het kader van oncologische zorgprogramma's. Al deze initiatieven werden gestart en zullen verder jaar na jaar worden gefinancierd.

De in het Kankerplan begonnen "proefprojectinitiatieven" worden voortgezet. In januari 2012 werden er oproepen tot projecten gelanceerd om de initiatieven rond de psychosociale steun voor kankerpatiënten en hun naasten verder te zetten, net als die rond de steun voor de klinische onco-geriatrie en voor het translationeel oncologisch onderzoek.

Er werden meer dan honderd projecten gekozen en op 1 juli 2012 voor een periode van 3 jaar gestart. Er werd voor die acties ook een wetenschappelijk team gekozen dat enerzijds voor de evaluatie van 2009-2011 en anderzijds voor de begeleiding en follow-up van de projecten 2012-2015 moet zorgen.

U krijgt ook bijkomende inlichtingen over bepaalde maatregelen of initiatieven die buiten de geplande concrete acties in het kankerplan werden uitgevoerd. Zo krijgt men een vollediger en samenhangend beeld van de strijd tegen kanker in België.

Vervolg

Het Kankercentrum, opgericht in het kader van het Kankerplan (initiatief 32), heeft met de verschillende actoren die bij de strijd tegen kanker betrokken zijn een breed overleg opgezet om aanbevelingen en voorstellen uit te werken om het Kankerplan te versterken.

Het Kankercentrum heeft onlangs de uitvoering van de initiatieven van het Kankerplan geëvalueerd. De evaluatie zal op 26 november 2012 naar aanleiding van het symposium "Evaluatie van het Kankerplan" worden voorgesteld en besproken. Het Kankercentrum ontwikkelde een methodologie die de uitgevoerde maatregelen kwantitatief en kwalitatief beoordeelt.

De gedane inspanningen ten gunste van de patiënten en van de strijd tegen kanker mogen daar niet stoppen. Ik heb er in het kader van de onderhandelingen over het regeerakkoord immers voor gezorgd dat de genomen initiatieven niet alleen constant moeten worden geëvalueerd, maar dat ze ook moeten worden voortgezet en eventueel versterkt.

Ik wens u veel leesplezier.

Laurette Onkelinx

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen

Domein I: "Preventie en opsporing"

1. Terugbetaling van de raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning	blz. 9
2. Opsporing en begeleiding van risicopersonen die een genetische aanleg hebben om kanker te ontwikkelen	blz. 13
3. Uitbreiding van de leeftijdscategorie voor vaccinatie tegen het papillomavirus voor meisjes van 12 tot 18 jaar	blz. 16
4. Betere opsporing en vroegtijdige diagnose van borstkanker	blz. 18
5. Programma voor systematische opsporing van baarmoederhalskanker	blz. 21
6. Consultatie om gezondheidsrisico's te voorkomen	blz. 24
+ Campagne om colorectale kanker te laten opsporen	blz. 26
+ Kanker en leefmilieu	blz. 27
+ Kanker en voedingsgewoonten	blz. 32

Domein II: "Zorg, behandeling en steun voor de patiënten"

7. Specifieke steun op het moment van de mededeling dat bij de patiënt kanker werd vastgesteld	blz. 40
8. Opwaardering van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC)	blz. 42
9. Invoeren van zorgtrajecten voor kankerpatiënten	blz. 45
10. Verpleegkundige en psychosociale steun voor de patiënten in het kader van het oncologisch zorgprogramma (OZP)	blz. 47
11. Financiering van een datamanager in het kader van de oncologische zorgprogramma's (OZP)	blz. 49
12. Definitie en financiering van een oncologisch zorgprogramma in de pediatrie	blz. 50
13. Behandeling van zeldzame tumoren	blz. 52
14. Erkenning van de titel van verpleegkundige oncologie	blz. 53
15. Verbetering van de dekking door de verplichte ziekteverzekering van de geneesmiddelen tegen kanker	blz. 54
16. Ondersteuning van radiotherapie en oncologische medische beeldvorming	blz. 56
17. Structurele steun aan de celbanken en eenheden voor celtherapie met bloedvormende stamcellen en navelstrengbloed	blz. 58

18. Betere terugbetaling van sommige bijkomende kosten die met kankerbehandelingen gepaard gaan	blz. 59
19. De functionele revalidatie van de herstellende kankerpatiënt uitwerken	blz. 61
20. De voorwaarden vastleggen voor de erkenning van een handicap als gevolg van een kankerbehandeling	blz. 62
21. Steun aan ouders van kinderen met kanker	blz. 63
22. Toegang tot psychologische steun of deelname aan praatgroepen of ondersteuningsactiviteiten	blz. 63
23. Structurele financiering van de keten van pediatrische zorgen « Voortgezette Zorg Kinderen»	blz. 65
24. Ondersteuning voor proefprojecten inzake klinische oncogeriatric	blz. 66
25. Het aanbod palliatieve zorgen voor kankerpatiënten verbeteren	blz. 68
26. Initiatieven te nemen in samenspraak met de bevoegde ministers op federaal niveau	blz. 70
+ Terugbetaling van vervoerskosten van kankerpatiënten	blz. 73
+ Betere tenlasteneming van de voeding van kankerpatiënten	blz. 74

Domein III: "Onderzoek, vernieuwende technologie en evaluatie"

27. Oprichting van een tumorbank	blz. 77
28. Structurele financiering van de coördinatie van het translationeel onderzoek in de ziekenhuizen	blz. 78
29. Ondersteuning bij het translationeel onderzoek	blz. 79
30. Gebruik van de hadrontherapie in België	blz. 81
31. De Stichting Kankerregister versterken	blz. 82
32. Oprichting van een Referentiecentrum voor Kanker	blz. 83

Domein I: PREVENTIE EN OPSPORING

Tabel 1: Stand van zaken van het domein "preventie en opsporing"

<i>Nr.</i>	<i>Actie</i>	<i>Oorsprong</i>	<i>Stand van zaken</i>
1	Terugbetaling van de raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning		
	Terugbetaling van de raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning	Kankerplan 2008	OK
	Versterking tabakscontrole	Kankerplan 2008	OK
	Steun aan het organiseren van de opleidingen tabakologie	Toevoeging	OK
2	Opsporing en begeleiding van risicopersonen die een genetische aanleg hebben om kanker te ontwikkelen		
	Terugbetaling van nieuwe genetische tests	Kankerplan 2008	OK
	Herwaardering van genetische counseling	Kankerplan 2008	OK
	Terugbetaling van naar het buitenland gezonden DNA-tests	Nieuw 2011	OK
3	De leeftijdscategorie voor vaccinatie tegen het papillomavirus voor meisjes van 12 tot 18 jaar uitbreiden		
	De terugbetaling van het anti-HPV vaccin tot 18 jaar uitbreiden	Kankerplan 2008	OK
	Campagne om meisjes van 12 jaar tegen het papillomavirus te vaccineren	Toevoeging	OK
4	Verbetering van de opsporing en vroegtijdige diagnose van borstkanker		
	Kwaliteitscontrole van de screeningapparatuur	Kankerplan 2008	OK
	Gratis bijkomende onderzoeken na een screening	Kankerplan 2008	OK
	Gratis screening voor vrouwen met een hoog risico	Kankerplan 2008	OK
5	Programma voor systematische opsporing van baarmoederhalskanker		
	Programma voor systematische opsporing van baarmoederhalskanker	Kankerplan 2008	Start in

			Vlaanderen in 2013.
	Verhoogde terugbetaling voor de bijkomende onderzoeken	Kankerplan 2008	Wordt uitgevoerd
	Integratie van de registratie van de resultaten van de screeningtests	Kankerplan 2008	OK
6	Consultatie om gezondheidsrisico's te voorkomen		
	Gratis preventieve gezondheidscheck-up bij de huisarts	Kankerplan 2008	OK
	Opleiding van geneesheren inzake het voorkomen van gezondheidsrisico's	Kankerplan 2008	Wordt uitgevoerd
+	Campagne om colorectale kanker te laten opsporen	Toevoeging	Start in Vlaanderen in 2013

Actie 1: Terugbetaling van de raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning

Initiatieven van maart 2008

1. Forfaitaire terugbetaling van de raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning

De forfaitaire terugbetaling van de raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning voor alle sociaal verzekerden is sinds 1 oktober 2009 van kracht⁴. Er is in een jaarlijks budget van 2,5 miljoen euro voorzien om deze begeleiding bij het stoppen met roken te ondersteunen.

Deze maatregel maakt de terugbetaling mogelijk van een forfait van € 30 voor de eerste raadpleging voor hulp bij tabaksontwenning bij een arts of een tabacoloog voor alle rokers, terwijl die terugbetaling voordien alleen voor zwangere vrouwen en hun partner was bedoeld⁵. Die eerste sessie duurt minimaal 45 minuten. De volgende 7 sessies worden terugbetaald aan € 20 per sessie over een periode van twee kalenderjaren voor eenzelfde rechthebbende. Deze sessies duren minimaal 30 minuten. Voor zwangere vrouwen blijft de terugbetaling vastgelegd op € 30 en dit voor een totaal van maximum 8 sessies per zwangerschap.

Van oktober 2009 tot 31 december 2010 telde men in totaal 27.613 sessies (eerste sessie, volgende sessies en sessie voor zwangere vrouwen samen, dus voor alle sessies). Ze omvatten 10.025 eerste sessies voor hulp bij tabaksontwenning, 16.920 volgsessies en 668 sessies voor zwangere vrouwen.

In 2011 telde men 12.500 eerste sessies, 22.050 volgsessies en 766 sessies voor zwangere vrouwen. Dat brengt het totaal op 35.316 sessies bij een tabakoloog.⁶

We stellen vast dat sinds het invoeren van deze maatregel het aantal sessies bij de tabakoloog is gestegen.

2. Strenger toezicht op het naleven van de tabakswetgeving

In het kader van een algemene verstrakking van het toezicht en in aanvulling op de controles die het FAVV (Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen) uitvoert, kregen de diensten van de FOD Volksgezondheid (Directoraat-generaal Dier, Plant en Voeding van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu) de opdracht om gerichte controles op het naleven van de tabakswetgeving uit te voeren. In september 2008 wierf de FOD Volksgezondheid zes extra controleurs aan om de controles op de naleving van de tabakswetgeving te versterken (ca. € 350.000 op jaarbasis).

⁴ Koninklijk besluit van 31/08/09, bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 15/09/2009.

⁵ Erkend als tabacoloog zijn: de licentiaten in de psychologie en de beoefenaars van een gezondheidszorgberoep bedoeld in het KB nr. 78 van 10 november 1967 (uitoefening van de gezondheidszorgberoepen), die voldeden aan de eindtest van een opleiding in de tabacologie georganiseerd door FARES of de VRGT.

⁶ Deze cijfers gelden alleen voor de in rekening gebrachte sessies waarvoor al een terugbetaling gebeurde.

In 2009 voerden de controleurs van de FOD Volksgezondheid 19.800 en die van het FAVV 11.738 controles uit (= samen 31.538).

Als gevolg van de inwerkingtreding op 1 januari 2010 van de wet die het rookverbod tot de kleine restauratie uitbreidt, werd de financiering van de extra controleurs verlengd. In 2010 voerden de controleurs van de FOD Volksgezondheid en van het FAVV 38.269 controles uit. Daarvan namen de controleurs van de FOD Volksgezondheid er 25.500 voor hun rekening, tegen 12.769 controles door die van het FAVV.

In 2011 voerden de controleurs van de FOD Volksgezondheid 24.450 controles uit, en die van het FAVV 10.381 (= samen 34.831).

Na het invoeren van het algemeen rookverbod in de horecasector stelden de FOD, het FAVV en de politie, van juli tot december 2011 inbegrepen, 695 pv's op (416 tegen eigenaars, 279 tegen rokers). Van juli 2011 tot juni 2012 ontving het contactcentrum van de FOD Volksgezondheid 907 vragen en 1.243 meldingen van inbreuken op het algemeen rookverbod.

Bijkomend initiatief

3. Steun aan de opleidingen tabakologie

Een van de initiatieven om het roken te bestrijden en te voorkomen van het FARES (Fonds des Affections Respiratoires) en de VRGT (Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding) bestaat uit het organiseren van opleidingen tabakologie. Deze interuniversitaire postgraduaatsopleidingen lopen over één schooljaar en bieden gezondheidswerkers een opleiding over tabak en zijn gebruik aan van ongeveer 50 uren (tussen 7 en 10 zaterdagen per jaar), waardoor ze de specifieke competenties verwerven om voornamelijk rokers bij het stoppen met roken te begeleiden.

Deze verenigingen werden in dat kader sinds 2009 via een jaarlijks budget van € 65.000 ondersteund om deze opleidingen in te richten en te organiseren (schooljaren 2009-2010 en 2010-2011).

Tijdens het schooljaar 2009-2010 volgden 79 gezondheidswerkers een opleiding tabakologie (55 bij het FARES en 24 bij de VRGT). Tijdens dit schooljaar 2010-2011 volgen momenteel 115 personen deze opleiding (56 bij het FARES en 59 bij de VRGT). België telt momenteel dus 194 gekwalificeerde tabakologen.

Tijdens dit schooljaar 2011-2012 volgen momenteel 103 personen deze opleiding (63 bij het FARES en 40 bij de VRGT).

Bijkomende inlichtingen

Strijd tegen het roken

Bij de aanvang van de legislatuur werd met het Parlement overeengekomen dat laatstgenoemde het initiatief zou nemen om wetsvoorstellen inzake het rookverbod te

doen. Na vele debatten werd de wet van 22 december betreffende een algemene regeling voor rookvrije gesloten plaatsen toegankelijk voor het publiek en ter bescherming van werknemers tegen tabaksrook gestemd, en kwam er een algemeen rookverbod, met uitzondering voor:

- gesloten drankgelegenheden waar men geen maaltijden opdient en die niet van een sportinrichting deel uitmaken. Laatstgenoemde zaken kunnen een duidelijk afgebakende rookzone (blijven) hebben of inrichten.
- Men mag onder bepaalde voorwaarden ook een rookkamer inrichten.

Deze nieuwe wetgeving werd een eerste keer geëvalueerd, waardoor duidelijk werd welke moeilijkheden de sector ondervond en welke maatregelen men moest nemen om tegen ten laatste 1 juli 2014 tot een algemeen rookverbod te komen. Door een arrest van 15 maart 2011 van het Grondwettelijk Hof werden de uitzonderingen uit de wet van 22 december 2009 echter opgeheven. Het Hof handhaafde echter wel de gevolgen van de opgeheven bepalingen tot 30 juni 2011. Met andere woorden, het algemeen rookverbod geldt sinds 1 juli 2011 voor alle gesloten plaatsen die voor het publiek toegankelijk zijn. De laatste uitzonderingen voor de drankgelegenheden en casino's werden opgeheven.

Er werden verschillende maatregelen genomen die ernaar streven de rokers te doen stoppen of de niet-rokers te ontmoedigen, en die sinds 1 januari 2011 van kracht zijn. België was het eerste land om de gecombineerde waarschuwingen (foto's + tekst) op de sigarettenpakjes te gebruiken. Een wijziging van het KB van 13/08/1990 betreffende het fabriceren en verkopen van producten op basis van tabak en soortgelijke producten verplichtte deze waarschuwingen ook voor de andere tabaksproducten (roltabak).

Een wijziging van het MB van 11 juli 2006 tot vastlegging van gecombineerde waarschuwingen voor alle in de handel gebrachte verpakkingseenheden van sigaretten legde ook een rotatiesysteem tussen de reeksen gecombineerde waarschuwingen op.

Bovendien moesten alle pakjes en alle tabaksproducten de Tabakstoplijn vermelden.

Het Tabaksfonds ondersteunt verder verschillende concrete en vernieuwende initiatieven om de tabaksontwenning te stimuleren en/of de blootstelling aan het passief roken te verminderen. Deze initiatieven betreffen voornamelijk:

- Tabaksontwenning voor iedereen
- Tabakstoplijn
- Tabaksvrije moederschap
- Nationale Coalitie tegen Tabak: overlegde mobilisatie rond de Werelddag zonder tabak van 31 mei
- Uitvoering van een onlinevakrichting voor hulpverleners om patiënten in het kader van een tabaksontwenning te motiveren.
- Opleiding van gezondheidswerkers voor het motivatiegesprek met rokers
- Programma ter ondersteuning van tabaksontwenning in de beroepsomgeving
- Programma ter ondersteuning van tabaksontwenning bij jongvolwassenen (18-25 jaar)
- Programma ter ondersteuning van tabaksontwenning bij een kansarme bevolking: werklozen
- Optimaal beleid inzake tabaksontwenning in psychiatrische instellingen en diensten

- Ontwikkeling van een methodologie ter preventie en vermindering van het roken bij psychiatrische patiënten

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

In maart 2008 voorgestelde maatregelen

1. Terugbetaling van nieuwe genetische tests

In het kader van de terugbetaling van verschillende nieuwe en bijzonder kostelijke genetische testen die de aanleg tot het ontwikkelen van kanker onderzoeken (zoals het onderzoek naar BRCA 1-2 mutatie voor borst- en eierstokkanker of mutaties van erfelijke vormen van dikkedarmkanker) heeft de Hoge Raad voor de antropogenetica in de loop van 2009 de werkgroep "klinische biologie" van de Geneeskundig-Technische Raad (RIZIV) een nieuwe formulering van de nomenclatuur voor menselijke genetica voorgesteld.

Het RIZIV heeft op basis van dat voorstel in september 2011 een wijziging van de nomenclatuur voor genetische tests goedgekeurd. Het Verzekeringscomité (RIZIV) keurde in maart 2012 de nieuwe nomenclatuur en de overeenkomst met de 8 Centra voor Menselijke Erfelijkheid goed. Het koninklijk besluit verschijnt binnenkort en zal begin 2013 in werking treden.

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

Binnenkort wordt er een College voor de Genetica opgericht, dat de huidige Hoge Raad voor Anthropogenetica zal vervangen.

2. Herwaardering van genetische counseling

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

De huidige 30 euro zou tot maximum 150 euro kunnen worden opgetrokken, zonder dat dit de patiënt meer zou kosten. Voor 2012 werd hiervoor opnieuw een budget van € 536.000 uitgetrokken.

In de gezondheidswet van 22 december 2008 werd een wettelijke basis gelegd om tussen het RIZIV en de centra voor menselijke erfelijkheid een overeenkomst te sluiten om de genetische raadplegen te herwaarderen.

Het is gebleken dat men niet alleen de raadpleging moet herwaarderen, maar ook dat

men de paramedische omkadering van de genetische counseling moet versterken. Om aan deze behoeften te beantwoorden, werd de commissie geneesheren-ziekenfondsen een uitgebreider voorstel voorgelegd om zowel de genetische counseling als haar omkadering te laten erkennen. Tijdens de besprekingen over de menselijke genetica werd voor dit uitgebreide initiatief een bijkomend budget van ongeveer 3,75 miljoen euro uitgetrokken.

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

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

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

Nieuwe maatregel 2011

3. Terugbetaling van naar het buitenland gezonden DNA-tests

In het kader van de genetische screening in het buitenland uitgevoerde analyses van DNA-stalen worden nu niet terugbetaald.

De terugbetaling van een dergelijke analyse is maar mogelijk indien de patiënt zelf naar het buitenland gaat (S2) en de test in het land van bestemming wordt terugbetaald.⁷ De verplaatsing van een patiënt (en van een begeleider wanneer het om een kind gaat) naar het buitenland om er genetische tests te ondergaan impliceert reis- en/of verblijfkosten, tijdsinvestering, een hogere kost voor de ziekteverzekering en het jaagt de patiënt en zijn gezin angst aan.

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

Deze nieuwe maatregel ligt in de lijn van de werkzaamheden van het Fonds zeldzame ziekten en weesgeneesmiddelen en komt in de ontwerpovereenkomst die in het kader van de herwaardering van de genetische raadpleging met de centra voor

⁷ Voorheen E112.

menselijke erfelijkheid wordt uitgewerkt. Het Verzekeringscomité (RIZIV) heeft dat voorstel in maart 2012 goedgekeurd.

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

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

In maart 2008 voorgestelde maatregel

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

De inenting tegen het HPV maakt deel uit van een globale preventiestrategie tegen baarmoederhalskanker, die in België jaarlijks bij meer dan 600 vrouwen wordt vastgesteld⁸. De leeftijdsgroep van 12 tot 15 jaar die sinds november 2007 een terugbetaling van het vaccin tegen het humaan papillomavirus (HPV) genoot, werd sinds 1 december 2008 tot alle adolescenten van 12 tot 18 jaar uitgebreid. Dat betekent concreet dat de kostprijs voor de vaccinatie van deze meisjes gedaald is van 412 euro tot 33 euro⁹.

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

In de periode van november 2007 tot november 2011 kregen 280.317 meisjes minstens één van de drie inspuitingen voor de leeftijdscategorie van 12 tot 18 jaar, voor ¹⁰een totaal aantal van 760.847 terugbetaalde doses¹¹. Van september 2010 tot november 2011 kregen ongeveer 58.660 meisjes van 12 tot 18 jaar minstens één inspuiting met het HPV-vaccin.

Bijkomende maatregel 2010

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

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

De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 8 december 2008 keurde een asymmetrische benadering goed waardoor men "kankerpreventieprogramma's" kan organiseren die van de ene tot de andere gemeenschap verschillen. Het preventieprotocolakkoord dat op 28 september 2009 in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid ondertekend werd biedt een kader voor de cofinanciering door de federale overheid van preventieprogramma's die een of meer gemeenschappen organiseren. Dat akkoord werd tot eind 2013 verlengd.

⁸ Statistieken van het Kankerregister (643 gevallen van baarmoederhalskanker in 2008)

⁹ 11 euro per dosis

¹⁰ De leeftijd van het meisje kan bij de inenting niet nauwkeurig worden bepaald (Vaccinnet noteert alleen het geboortjaar). Daarom moet men in de steekkaart de veronderstelde leeftijden als "bereikt in de loop van het leeftijdsjaar" lezen. In die context kunnen meisjes in 2012 21 jaar zijn geworden (maar hun echte leeftijd zal op het ogenblik van de inenting hoogstens 20 jaar zijn).

¹¹ = CLB = centrum dat de gezondheid op school moet bevorderen (Centra voor Leerlingbegeleiding)

De Vlaamse Gemeenschap startte in de loop van het schooljaar 2010-2011 een eerste HPV-vaccinatiecampagne voor de groep meisjes van het eerste middelbaar of die in 1998 geboren waren. Zij die bij de inenting betrokken waren (CLB¹² dat wil zeggen de centra die de gezondheid op school moeten bevorderen, de huisartsen en de pediaters) ontvingen gratis vaccins. Er werd hiervoor een budget van 1,3 miljoen euro uitgetrokken.

Uit de analyse van de vaccinatiegegevens van Vaccinnet¹³ blijkt dat de CLB's aan 85 tot 90% van de doelgroep HPV-vaccindoses hebben toegediend. We stellen bij 80 tot 83% van deze doelgroep een volledige vaccinatie van 3 doses vast. De meeste vaccins (ongeveer 90%) werden door de CLB's toegediend.

In 2012 wordt voor de vaccinatiecampagne in Vlaanderen een identiek budget van 1,3 miljoen euro uitgetrokken.

Ook de Duitstalige Gemeenschap integreert de HPV-vaccinatie in haar vaccinatiebeleid, in samenwerking met de Franse Gemeenschap. In september 2011 ging in de Franse en Duitstalige Gemeenschap een HPV-vaccinatiecampagne van een schoolcohort van meisjes van 13 jaar van start. Er wordt hiervoor een budget van 909.000 euro uitgetrokken. In 2012 werd hiervoor een gelijkaardig jaarbudget toegekend.

¹² Uitslag op basis van de gegevens van Vaccinnet, beschikbaar op www.zorg-en-gezondheid.be/HPV

¹³ Koninklijk besluit van 01/09/2011, bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 30/09/2011.

Actie 4: Betere opsporing en vroegtijdige diagnose van borstkanker

In maart 2008 voorgestelde maatregelen

1. Kwaliteitscontrole van de screeningapparatuur

Het gaat erom te garanderen dat zowel de apparatuur voor diagnostische mammografieën als die voor de mammotest dezelfde kwaliteitscontrole ondergaan en dat voor zowel de analoge als de digitale apparatuur twee keer per jaar in een officiële controle wordt voorzien. Het zijn voornamelijk de gemeenschappen die, in samenhang met het FANC (Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle), hiervoor bevoegd zijn.

De Technisch Medische Raad (TMR) van het RIZIV werkte op 18 mei 2010 een voorstel uit om alle mammotestinstallaties dezelfde basiskwaliteitseisen op te leggen (Europese aanbevelingen inzake borstkankerscreening).

2. Gratis bijkomende onderzoeken na een screening

Het Kankerplan heeft in een jaarlijks budget van 9 miljoen euro voorzien om sommige onderzoeken voor patiënten die positief uit de mammotest kwamen gratis te maken.

De Technisch Medische Raad van het RIZIV heeft een voorstel uitgewerkt om de nomenclatuur te wijzigen. Het voegt 4 nieuwe verstrekkingen toe in verband met invasieve diagnostische onderzoeken bij borststpathologie (artikel 11). Men heeft deze wijziging op ongeveer 2,5 miljoen euro geraamd.

Omdat deze nieuwe geneeskundige verstrekkingen met verrichtingen voor het materiaal verbonden zijn, moeten de artikelen 35 en 35bis van de nomenclatuur (implantaten) worden aangepast. Men heeft deze aanpassingen op ongeveer 6,5 miljoen euro geraamd. Omdat het overblijvende budget van 3,5 miljoen euro ontoereikend was, kende de Algemene Raad van het RIZIV tijdens de vastlegging van de begroting 2011 deze maatregel een bijkomend budget van 3 miljoen euro toe.

De commissie geneesheren-ziekenfondsen keurde deze beoogde terugbetalingen voor medische prestaties en voor materiaal voor borstpunctie respectievelijk op 27 september en 13 december 2010 goed. De respectievelijke besluiten betreffende de nomenclatuur van de biopsieën en implantaten verschenen in september 2011 en werden op 1 november 2011 van kracht.¹⁴ Zo voorziet men in een volledige terugbetaling van borstbiopsieën en van het daarvoor benodigde materiaal.

In de eerste twee maanden na de inwerkingtreding van deze nomenclatuur werden er 472 borstbiopsieën geregistreerd.

¹⁴ Schatting op basis van de algemene bevolkingsgegevens en GMD-registraties in 2009.

3. Gratis screening voor vrouwen met een hoog risico

Er werd in een jaarlijks budget van 2 miljoen euro voorzien om voor vrouwen met een verhoogd risico op borstkanker volledige senologische onderzoeken (echografie en mammografie) integraal ten laste te kunnen nemen.

Een door de Technisch Medische Raad (TMR) van het RIZIV opgerichte werkgroep heeft dit initiatief verschillende keren besproken. Op basis daarvan werd een voorstel tot wijziging van de nomenclatuur gedaan, dat de voltallige TGR op 18 mei 2010 goedkeurde. Naast de integrale terugbetaling van het volledige senologische onderzoek bij vrouwen met een verhoogd risico op borstkanker wil dit voorstel de twee screeningsystemen (de mammotest en de diagnostische mammografieën) op hetzelfde kwaliteitspeil brengen en de deelname van de vrouwen aan de georganiseerde borstkankerscreening verhogen.

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

Het KCE maakte een studie over de opsporing van borstkanker en de risicogroepen voor borstkanker. De resultaten daarvan verschenen in januari 2012. Het rapport vermeldt de groepen vrouwen die een hoog risico op borstkanker lopen (bv. familiale voorgeschiedenis, blootstelling van het bovengedeelte van het lichaam op vroege leeftijd, zware borsten), wat een voordeel zou kunnen opleveren tijdens een bijkomende screening buiten de georganiseerde campagnes. Men stelt overigens een buitensporig gebruik van echografieën, zonder dat die een aangetoonde meerwaarde hebben. Het afzonderlijk bekijken van de mammografieën door twee radiologen draagt duidelijk bij tot de kwaliteit van het onderzoek en wordt bijgevolg sterk aanbevolen.

Gezien de meningsverschillen rond het GMD-voorstel werd er op verzoek van minister Onkelinx op 6 september 2011 met alle betrokken partijen een eerste rondetafelgesprek gehouden. Deze vergadering was bedoeld om samen na te denken over het beste door te voeren beleid om het opsporen en vroegtijdig diagnosticeren van borstkanker te verbeteren. Op 13 maart 2012 vond er een tweede rondetafel plaats, met de bedoeling de verschillende visies over dit dossier te stroomlijnen. Men besprak er de conclusies en aanbevelingen van de recente rapporten van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en er werd een consensusvoorstel van het RIZIV voorgelegd met betrekking tot de aanpassing van de nomenclatuur rond de mammografieën. Dat wordt thans op het kabinet bestudeerd. Er zal in dat verband binnenkort een beslissing vallen. Om die maatregelen uit te voeren, zullen er nieuwe nomenclatuurcodes moeten worden opgesteld.

Bijkomende inlichtingen

Campagne borstkankerscreening bij vrouwen van 50 tot 69 jaar

Voor de door de Gemeenschappen georganiseerde kankerscreeningprogramma's komt het RIZIV tussenbeide voor de terugbetaling van de screeningtests die in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen voorkomen. Het protocolakkoord van 25/10/2000 tussen de federale overheid en de Gemeenschappen inzake de grootschalige mammografische borstkankerscreening kreeg een addendum dat dit akkoord vanaf 1 januari 2009 met 5 jaar verlengt (B.S. 16/04/2009).

Analyse van de georganiseerde borstkankerscreening tussen 40 en 49 jaar

Op verzoek van het RIZIV onderzocht het KCE (het federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) of het opportuun is om systematisch borstkanker op te sporen bij vrouwen tussen 40 en 49 jaar die geen symptomen of familierisico vertonen.

Een dergelijke screening zou betekenen dat ongeveer achthonderdduizend vrouwen zouden worden gevraagd om een jaarlijkse mammografie te ondergaan (rapport 129B - 07/07/2010).

Het KCE besloot in zijn rapport dat een dergelijke screening in deze leeftijdsgroep meer nadelen dan voordelen zou kunnen hebben. Het risico om aan een borstkanker te overlijden is in deze leeftijdsgroep al relatief laag. De systematische screening zou jaarlijks ongeveer 24 overlijdens kunnen voorkomen, maar de straling ten gevolge van de mammografieën zou tot 40 bijkomende kankers en 16 doden kunnen leiden. Bovendien zou deze screening tot de ontdekking en behandeling van een aantal kleine letsels leiden die zich nooit tot een dodelijke kanker zouden hebben ontwikkeld. Dat zou dan weer aanleiding geven tot onnodige ongerustheid en oppervlakkige en schadelijke geneeskundige ingrepen zoals (volledige of gedeeltelijke) mastectomieën en radiotherapieën bij tientallen vrouwen.

Analyse van de georganiseerde borstkankerscreening tussen 70 en 74 jaar

Het KCE publiceerde eind april 2012 de resultaten van zijn studie naar de "het uitbreiden van de georganiseerde borstkankerscreening naar vrouwen van 70-74 jaar: meerwaarde niet bewezen" en raadt op basis van wetenschappelijke bewijzen (risico op vals positieven en overdiagnose, verlies van de levenskwaliteit) af om de georganiseerde screening naar de leeftijdsgroep 70-74 jaar uit te breiden.

Actie 5: Programma voor systematische opsporing van baarmoederhalskanker

In maart 2008 voorgestelde maatregelen

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

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

Het op 28 september 2009 in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid ondertekende preventieprotocolakkoord biedt een kader om de preventiecampagnes die de gemeenschappen organiseren door de federale overheid te laten cofinancieren.

Dat akkoord werd tot eind 2013 verlengd.

Omdat de gemeenschappen momenteel andere kankerpreventieprogramma's aan het uitvoeren zijn, zoals de colorectale kankerscreening en de HPV-vaccinatie, werd er nog geen screeningprogramma voor baarmoederhalskanker ontwikkeld. De interkabinettenwerkgroep "Kanker" van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid is toch al gesprekken begonnen om een dergelijke campagne te starten en om in de voorwaarden te voorzien om de resultaten van de opsporingstests in de gegevens van het Kankerregister op te nemen. Die gesprekken vinden plaats in de door het Kankercentrum gecoördineerde technische werkgroep "preventie", een subgroep van de IKW (interkabinettenwerkgroep) "kanker".

De uiteindelijke beslissing om die campagne te starten ligt bij de Gemeenschappen. Elke gemeenschap bepaalt of zij een programma opzet. De Duitstalige Gemeenschap is van plan om dat screeningprogramma in nauwe samenwerking met de Franse Gemeenschap in te voeren. Ze heeft daarvoor een samenwerkingsakkoord op het gebied van de gezondheidszorg gesloten. De invoering van het programma en al wat daarbij komt kijken (call-recallsysteem, follow-up, ...) zal in nauwe samenwerking met het referentiecentrum voor kankerscreening van de Franse Gemeenschap gebeuren.

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

Het screeningprogramma zal vanaf 2013 in de Vlaamse Gemeenschap worden ingericht, na een startfase, eind 2012, van een proefproject in een deel van Vlaanderen.

2. Verhoogde terugbetaling voor de bijkomende onderzoeken

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

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

Eind maart 2010 heeft de Stichting Kankerregister de leden van de interkabinettenwerkgroep "Kanker" van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een generisch model voor de registratie van de gegevens betreffende de opsporingsprogramma's voorgesteld.

Het Kankerregister en het Kankercentrum ontwikkelden een eerste registratiemodel. Zodra de Gemeenschappen met hun voorbereidingen voor de screeningprogramma's zullen zijn gevorderd, zal dat voorstel in 2013 in de door het Kankercentrum georganiseerde technische werkgroep "screening", een subgroep van de interkabinettenwerkgroep "kanker", worden besproken.

CERVIBASE werd na een haalbaarheidsstudie in de loop van 2011 ingevoerd, Het betreft een centraal myto- en histopathologisch register voor alle cervixstalen. Deze centrale registratie zal ervoor zorgen dat de kwaliteit van de screening wordt gevolgd. Daartoe werden eerst de testresultaten van de vroegtijdige opsporing (2008-2012) retrospectief opgevraagd. Het Kankerregister vertaalde die resultaten in de CERVIBASE 2011 registratie en ontwikkelde een geautomatiseerd verwerkingssysteem. Dat systeem is in de loop van 2012 volledig operationeel geworden.

Bijkomende inlichtingen

Aanpassing van de terugbetalingsregels voor het uitstrijkje

De uitvoeringsvoorwaarden van een cervicovaginaal uitstrijkje met het oog op een cytopathologisch onderzoek werden in samenhang met de internationale aanbevelingen betreffende de baarmoederhalskankerscreening aangepast, maar met minder beperkingen dan de huidige wetenschappelijke aanbevelingen om vrouwen van 20 tot 64 jaar met een regelmaat van één test om de drie tot zelfs vijf jaar op baarmoederhalskanker te screenen. Verschillende epidemiologische studies hebben aangetoond dat een frequentere screening de maatschappij te veel kost en ondoeltreffend is.

De toepassingsregels voor het opsporen van neoplastische cellen zijn sinds 1 juli 2009 gewijzigd, waarbij één enkel uitstrijkje voortaan om de twee jaar wordt terugbetaald. Er bestaat een specifieke code voor de cytopathologisch onderzoeken voor een diagnostische of therapeutische follow-up, en deze verrichting mag twee keer per jaar worden aangerekend, tot de anomalie verdwenen is (Koninklijk besluit van 04/05/2009 - Belgisch Staatsblad 19/05/2009).

Het Verzekeringscomité van het RIZIV keurde op 23 oktober 2013 een voorstel goed om de regelmaat van de terugbetaling van de verrichtingen in het kader van de baarmoederhalskankerscreening aan te passen: van 1 keer om de twee jaar naar één keer om de drie jaar. Het koninklijk besluit zal op 1 januari 2013 in werking treden.

Actie 6: Consultatie om gezondheidsrisico's te voorkomen

In maart 2008 voorgestelde maatregelen

1. Gratis preventieve gezondheidscheck-up bij de huisarts

Het eind december 2008 getekende akkoord ziekenfondsen-geneesheren 2009-2010 bevatte een project voor een gratis preventieve gezondheidscheck-up, waardoor personen tussen 45 en 75 jaar met een Globaal Medisch Dossier (GMD) sinds april 2011 bij de huisarts voor een gratis preventieve consultatie kunnen langsgaan.

In België beschikken zowat 1.690.458 personen tussen 45 en 75 jaar bij hun huisarts over een GMD.¹⁵ Het GMD bevat alle gezondheidsgegevens van de patiënt, zoals de medische voorgeschiedenis, de gevolgde behandelingen, de verslagen van specialisten en van andere zorgverstrekkers.

Op 8 februari 2010 werd de NCZG het eens om aan de huidige GMD-verrichting een preventiemodule met een gratis raadpleging bij de huisarts toe te voegen. De module bevat een checklist met criteria. Deze lijst bevat verschillende criteria met betrekking tot de levensstijl (voeding, roken, alcohol, lichaamsbeweging, stress, ...), onderzoek van het cardiovasculair systeem, screenings (colorectale kanker, baarmoederhals- en borstkanker, ...), vaccinatie (difterie, tetanus, griep, pneumokok, ...), de biologische doseringen (bloedsuikerspiegel, creatinine en proteïnurie, cholesterol, ...), enz. Om de preventiemodule zoveel mogelijk met de gezondheidsdoelstellingen van de Gemeenschappen te laten overeenstemmen, werd het extra thema geestelijke gezondheid toegevoegd.

Concreet ontvangt een huisarts die de verzekeringsinstelling meedeelt dat er bij zijn patiënt met een GMD een preventiemodule is gestart bovenop de honoraria voor het beheer van het globaal medisch dossier een jaarlijkse forfaitaire preventiehonoraarium, waarvan het bedrag op 10 euro is vastgelegd. Deze nieuwe honoraria kunnen de rechthebbenden tussen 45 en 75 jaar in de beperkte toepassingsperiode van de verrichting één keer per kalenderjaar worden aangerekend.

In 2011 (van 1 april tot 31 december) werden er 159.052 preventieve consultaties geregistreerd.

Er wordt in een jaarlijks budget van 22,5 miljoen euro voorzien.

Het systeem zal tot 31 december 2013 worden verlengd, en daarna op basis van de gegevens van de eerste toepassingsjaren worden geëvalueerd. Eenmaal die evaluatie achter de rug is, zal men ook de beheersprocedure van het GMD vereenvoudigen.

¹⁵ De FOBT-test spoort bloed in de stoelgang op.

2. Opleiding van geneesheren inzake het voorkomen van gezondheidsrisico's

Deze maatregel had de bedoeling om, in het kader van de accreditatie van de artsen, een module voortgezette opleiding inzake het voorkomen van gezondheidsrisico's punten te kunnen geven.

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

Bijkomende actie: Campagne om colorectale kanker op te sporen

Bijkomende maatregel 2010

1. Campagne om colorectale kanker op te sporen

België registreerde in 2009 8.230 nieuwe gevallen van colorectale kanker. De laattijdige diagnose van dergelijke kanker leidt nog altijd tot een belangrijk sterftecijfer.

De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 8 december 2008 keurde een asymmetrische benadering goed, d.w.z. waarbij men "kankerpreventieprogramma's" kan organiseren die van de ene tot de andere gemeenschap verschillen. Het preventieprotocolakkoord dat op 28 september 2009 in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid ondertekend werd biedt een kader voor de cofinanciering door de federale overheid van preventieprogramma's die een of meer gemeenschappen organiseren. Dat akkoord werd tot eind 2013 verlengd.

Sinds 1 maart 2009 organiseert de Franse gemeenschap in samenwerking met de Duitstalige Gemeenschap voor mannen en vrouwen van 50 tot 74 jaar een screeningprogramma voor colorectale kanker. Dat gebeurt via het tweejaarlijks opsporen van occult bloed in de stoelgang (FOBT-test¹⁶). In Brussel en Wallonië spelen de huisartsen een centrale rol in de informatie-uitwisseling en het toekennen van de geschikte screeningtest, en ze zorgen ook voor de terugkoppeling en de follow-up van de patiënten. Op basis van het risicoprofiel van de patiënt beslist de huisarts of een iFOB-test (middelmatic risico) of een coloscopie (hoog risico) het meest aangewezen is. De ziekenfondsen worden bij dit programma betrokken, vanaf het concept tot de communicatie, onder andere via de verspreiding van brochures aan de loketten. Het RIZIV heeft in 2011 deze FOBT-tests ten belope van 1,5 miljoen euro bekostigd. Het Verzekeringscomité keurde op 18 juli 2011 een overeenkomst in die zin tussen het RIZIV en de Franse Gemeenschap goed.

Voor de financiering van de campagne in 2012 wordt eveneens een budget van 1,5 miljoen euro uitgetrokken.

In de Vlaamse Gemeenschap werden twee screeningproefprojecten uitgevoerd. De Vlaamse Gemeenschap bestudeerde de haalbaarheid van de invoering van dat onderzoek voor haar bevolking, en zal een screeningprogramma voor de groep van 50 tot 74-jarigen in 2014 starten, met een voor het einde van 2013 geplande opstartfase.

¹⁶ *Goedkeuring van het Children Environmental Health Action Plan (Actieplan kinderen, leefmilieu en gezondheid), CEHAPE, Boedapest 2004.*

Kanker en leefmilieu

Bijkomende inlichtingen

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

In 2004 spraken de Europese partners van de WHO af om in de toekomst rond problemen leefmilieu-gezondheid samen te werken.¹⁷ De complexe verhouding tussen kanker bij kinderen en het leefmilieu werd er als één van de prioriteiten naar voor geschoven. Men vermoedt dat de leefmilieufactoren een rol spelen, in combinatie en, zeer waarschijnlijk, in interactie met andere factoren. In dat kader zou een systematische registratie een beter algemeen beeld kunnen geven en ook tot een beter begrip van de banden tussen kanker bij kinderen en het leefmilieu leiden.

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

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

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

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

Dat door het WIV in samenwerking met het Kankerregister en het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (FANC) uitgevoerde onderzoek moest een

¹⁷ *Financiering via het DG "Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer" in de FOD VVL en de dienst "Multilaterale en Strategische Zaken" van het DG Leefmilieu.*

eerste evaluatie maken van de mogelijke gezondheidsrisico's van mensen die in de buurt van nucleaire sites wonen. De analyses baseerden zich op de laatste statistische gegevens van de Stichting Kankerregister, namelijk de gegevens met betrekking tot de incidentie van schildklierkanker en leukemie (voor de periode 2000-2008 voor het Vlaamse Gewest, en voor de periode 2004-2008 voor het Waalse Gewest en het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest). Een begeleidingscomité van nationale en internationale deskundigen heeft de resultaten van de studie gevalideerd.

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

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

De definitieve resultaten van de parallelle KCE-studie over de kankerdiagnose en -behandeling verschenen op 24 mei 2012. Er werd op nationaal en regionaal vlak een retrospectieve cohortestudie uitgevoerd. In zijn rapport merkt het KCE op dat er in Brussel en in Wallonië voor de diagnose en behandeling van schildklieraandoeningen meer onderzoeken met medische beeldvorming en heelkundige ingrepen gebeuren. Het verslag geeft aan dat dit de tussen de gewesten vastgestelde incidentieverschillen zou kunnen verklaren, maar dat er nog een diepgaander onderzoek nodig is om dat besluit te bevestigen. Het KCE pleit voor een betere follow-up van de internationale aanbevelingen in de behandeling van schildklieraandoeningen, wat er volgens het onderzoek toe zou kunnen bijdragen dat de regionale verschillen sterk verminderen en dat men meer van de aanbevolen pre-operatieve technieken zou gebruikmaken.

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

Kennis van sommige leefmilieufactoren met een grote invloed op de gezondheid kan ertoe bijdragen dat de arts symptomen beter begrijpt en een betere diagnose kan stellen. Het elektronisch medisch dossier (EMD) biedt in dat verband mogelijkheden. Het gaat om een computerprogramma waarmee de artsen de medische geschiedenis van de patiënt kunnen opslaan.

In het kader van het Federaal Plan voor Duurzame Ontwikkeling 2, in partnership met de andere bij de uitvoering van het NEHAP betrokken instanties en met de Hoge Raad voor Hygiëne, wil de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en

Leefmilieu de variabelen van het elektronisch medisch dossier tot leefmilieudeterminanten in de brede zin uitbreiden.

In de herfst van 2010 werd een overheidsopdracht via de onderhandelingsprocedure zonder bekendmaking voor een studie van de haalbaarheid om leefmilieufactoren in het elektronisch medisch dossier te integreren gelanceerd en aan de Universiteit Gent toegekend. Die wetenschappelijke studie betreft het eerste onderdeel van het project.

Er wordt in een budget van bijna 62.000 euro voorzien voor een onderzoek dat de artsen een gestructureerd systeem moet bieden om via het elektronisch medisch dossier (EMD) relevante leefmilieugegevens te verzamelen¹⁸. Het lopende onderzoek, dat een realistisch en vooraf uitgetoet voorstel voor de registratie van leefmilieufactoren in het EMD zal moeten opleveren, bestaat uit twee delen:

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

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

4. Campagne "Veilig in de zon"

Te lange blootstelling aan de zon is één van de belangrijkste oorzaken van huidkankers. Volgens de laatste cijfers van het Kankerregister worden in België elk jaar 1.500 nieuwe gevallen van kwaadaardige melanomen gediagnosticeerd, waarvan er bijna één vijfde een noodlottige afloop heeft.

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

De campagne wordt via diverse kanalen gevoerd, zoals het internet en met informatiebrochures, en loopt sinds de zomer van 2009 in samenwerking met de dienst weerberichten van de RTBF. Het is een initiatief van het OIVO, DETIC, FEDIS en van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, met de steun van de RTBF.

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

De FOD Volksgezondheid (Directoraat-generaal Dier, Plant en Voeding) geeft financiële steun voor het systematisch overzicht van de epidemiologische studies

¹⁸ Van Maele-Fabry G et al. Residential exposure to pesticides and childhood leukaemia: a systematic review and meta-analysis. *Environ Int.* 2011 Jan; 37(1):280-91.

naar een mogelijk verband tussen de blootstelling aan pesticiden voor de landbouw en het ontstaan van kankers en andere ziekten bij de mens.

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

Het federale beleid inzake de problematiek kanker-pesticide-kinderen zal in het kader van het beleidscomité van het Programma voor de Reductie van Pesticiden en Biociden (PRPB) worden besproken. Het programma heeft als uitgangspunt dat men het risico op directe of indirecte blootstelling aan fyto-sanitaire producten moet verminderen.

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

Kinderen die in utero of in de eerste levensjaren overvloedig aan pesticiden (fytofarmaceutische en kiemdodende producten) worden blootgesteld zouden een groter risico op leukemie kunnen lopen. Zo luidt de conclusie van een studie¹⁹ die de KU Leuven op verzoek van de FOD Volksgezondheid uitvoerde. Dat resultaat zet de FOD er toe aan om de ouders van kleine kinderen en ongeboren kinderen aan te raden zo weinig mogelijk met die producten in aanraking te komen. De artsen zijn het best geplaatst om met de ouders over de risico's van pesticidegebruik van te spreken.

De studie "Residential exposure to pesticides and childhood leukaemia : a systematic review and meta-analysis" wilde een onderlinge vergelijking maken tussen gegevens uit gepubliceerde studies en uit verschillende landen over de huiselijke blootstelling aan pesticiden en het voorvallen van leukemie bij kinderen, en zo het risico inschatten.

De resultaten bewijzen dat er een statistisch significante band bestaat tussen de huiselijke blootstelling aan pesticiden en kinderleukemie. Maar er is geen bewijs dat er een oorzakelijk verband is. Dat geldt zowel voor de blootstelling tijdens de zwangerschap als tijdens de eerste levensjaren.

De FOD baseert zich op die resultaten en vanuit het voorzorgsprincipe om ouders van kleine kinderen en ongeboren kinderen sterk aan te raden om zo weinig mogelijk met die producten in aanraking te komen. Bijgevolg neemt men beter voorzorgsmaatregelen, zoals:

- gebruik eerder een muskietennet dan een spuitbus
- maak geregeld het huis schoon om schadelijke insecten te weren
- dicht kieren en spleten af om mieren buiten te houden
- plaats insectenvallen

¹⁹ Koninklijk besluit van 18/08/2010, bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 24/09/2010.

- in het bijzonder voor de professionals: berg kledij die tijdens behandelingen met pesticiden gedragen werd apart op, en was haar niet samen met de kleren van het gezin.

Als men toch pesticiden wil gebruiken, moet men het etiket aandachtig lezen en de voorzorgsmaatregelen strikt volgen om de risico's te verminderen.

Kleine kinderen lopen door zowel hun fysiologie als hun gedrag meer gezondheidsrisico's dan volwassenen wanneer ze aan pesticiden worden blootgesteld.

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

Kanker en voedingsgewoonten

Bijkomende inlichtingen

1. Alcoholplan

De Belgische ministers voor Volksgezondheid keurden op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 17 juni 2008 een "Gemeenschappelijke verklaring over het toekomstige alcoholbeleid" goed. De ondertekenaars onderstrepen in die tekst de noodzaak van een geïntegreerd, efficiënt en gecoördineerd beleid inzake de strijd tegen het problematische alcoholgebruik in België. De algemene doelstellingen betreffen de preventie en vermindering van de aan alcohol gerelateerde schade en het bestrijden van onaangepaste, buitensporige, problematische en risicovolle gebruik van alcohol en niet alleen de afhankelijkheid ervan. De ondertekenaars beklemtoonden ook dat men een beleid nodig heeft dat zich op risicogroepen en -situaties richt.

Deze verklaring pleit voor een hele reeks maatregelen waarbij de jongeren de eerste doelgroep vormen. De wet van 10 december 2009 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid verbiedt (in de horeca en de handel) enerzijds de verkoop van wijn en bier aan minderjarigen jonger dan 16 jaar en anderzijds de verkoop van sterkedranken aan minderjarigen jonger dan 18 jaar. De bepalingen zijn sinds 10 januari 2010 van kracht.

De inspectiedienst van de FOD Volksgezondheid, die zijn sporen al heeft verdiend in het toezicht houden op het verbod op de tabaksverkoop aan minderjarigen, ziet toe op het geheel van de verbodsmaatregelen rond alcoholverkoop aan minderjarigen.

Daarnaast wordt de gedragscode rond alcoholreclame momenteel grondig herzien, in overleg met de sector en met het oog op de officialisering door een koninklijk besluit. Alcoholreclame zal zo beter worden afgebakend.

2. Nationaal Voedings- en gezondheidsplan (NVGP)

Sommige evoluties in onze levensstijl leiden er toe dat we slechte voedingsgewoontes aannemen en minder bewegen. Deze risicofactoren zorgen op hun beurt voor meer gevallen van overgewicht, obesitas en een aantal daarmee verbonden chronische aandoeningen, zonder dat de bevolking zich daarvan bewust is.

Het Nationaal Voeding- en gezondheidsplan voor België (NVGP-B) is een initiatief van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en wil deze problematiek aanpakken en het gezondheidspeil van de Belgische bevolking opkrikken. Het stoelt op de bestaande internationale initiatieven op het vlak van de Europese Unie en de Wereldgezondheidsorganisatie, meer bepaald op de globale strategie van de WHO inzake voeding, lichaamsbeweging en gezondheid.

Het NVGP-B werd in nauwe samenwerking met de Gemeenschappen ontwikkeld.

Het Nationaal Voedings- en gezondheidsplan (NVGP-B) pakt niet alleen de problematiek van de voeding en het overgewicht aan, maar ook de problemen van ondervoeding, selectieve voedingstekorten en problemen in verband met communicatie en reclame. De evaluatie van het eerste NVGP begon in 2010. De FOD Volksgezondheid maakte in oktober 2011 een interne evaluatie, en onderzoekers van de ULG rondden in juni 2011 een externe evaluatie af. Verschillende openbare en privébelanghebbenden werden bevraagd om de relevantie van het initiatief van het NVGP op het terrein en het beheer en de inhoud ervan te evalueren. De externe evaluatie van het NVGP ligt bij de FOD Volksgezondheid ter beschikking. Het NVGP werd voor een nieuwe periode tot eind 2014 hernieuwd, waarna het naar de Gemeenschappen zal worden overgedragen. Het normatief deel, met name rond de samenstelling van de voedingswaren, blijft echter onder federale vleugels.

Enkele uitgevoerde maatregelen van het NVGP-B 2006-2010:

- Vermindering van het zoutgebruik
Volgens de WHO consumeert 90% van de mannen en 59% van de vrouwen méér dan het toegestane maximum van 5 g per dag.
De campagne "Zout: top? Stop het zout!" » werd in mei 2009 gelanceerd en wil de burger over de zoutproblematiek informeren.
Omdat 75% van het geconsumeerde zout van voedingsproducten afkomstig is, beloofden de Belgische producenten en handelaars om tegen 2012 de consumptie met 10% te doen dalen, door de inspanningen van de privésector, consumenten en overheden te bundelen.
Op 2 april 2009 tekenden de federaties van ambachtelijke en industriële bakkers met de Minister een overeenkomst waarin ze beloofden om hun leden aan te moedigen om jodiumzout te gebruiken.
- Voedingsteams in de ziekenhuizen
Het proefproject "voedingsteam in de ziekenhuizen", dat de bij de patiënten vaak voorkomende problemen van ondervoeding wil voorkomen en beter behandelen, werd naar meerdere ziekenhuizen uitgebreid. In totaal nemen al 96 ziekenhuizen aan dit project deel. Een eerste analyse toonde het belang aan van een dergelijk project. In samenwerking met Nubel werd een softwareprogramma ontwikkeld om de gezondheidswerkers te helpen bij het analyseren van het risico op ondervoeding (NubelPro).
- Initiatief Babyvriendelijk ziekenhuis
Het "initiatief babyvriendelijk ziekenhuis" werd in samenwerking met het Federaal Borstvoedingscomité in 21 materniteiten opgezet. Dit label staat borg voor een onthaalbeleid van de mama's en de baby's en stimuleren de borstvoeding. Vandaag wordt 25% van de baby's in een IBVZ-materniteit geboren. Bovendien zal dankzij een financiële steun aan de deelnemende ziekenhuizen het ziekenhuispersoneel dat bij bevallingen betrokken is (verpleegkundigen, vroedvrouwen, kinderartsen en gynaecologen) ook een betere opleiding over borstvoeding krijgen. Het NVGP werkt in nauwe samenwerking met het Federaal Borstvoedingscomité aan verschillende acties rond borstvoeding, zoals het respecteren van het in het openbaar de borst geven, het naleven van de Internationale Gedragscode voor het op de markt brengen van

vervangingsmiddelen voor moedermelk, het respecteren van de keuze van de moeders om borstvoeding te geven of niet, ...

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

- **De verbetering van het voedingsaanbod.** We moeten het overleg met de Belgische privésector (voedingsindustrie, groothandel, horecasector) voortzetten, in het bijzonder met betrekking tot het gehalte aan zout, toegevoegde suikers, verzadigde en transvetzuren van de voedingswaren. Het spreekt vanzelf dat, gezien de gevolgen voor de Belgische markt, de hervorming van de normen een federale benadering vereist. De vraagstukken rond **marketing en reclame**, etikettering en gezondheidsaanspraken en over een profileringsstelsel van voedingswaren om de consumenten bij hun keuze te helpen zijn belangrijke aspecten die we moeten aansnijden en ophelderen.
- Het invoeren van een **monitoringsstelsel van de voedingsgewoonten** van de bevolking om de voedingspatronen te analyseren (de laatste enquête over de voedingsgewoonten van de bevolking dateert van 2004 en sloeg alleen op de bevolking ouder dan 16 jaar). We moeten prioritair en dringend over nationale gegevens over de voedingsconsumptie bij jongeren beschikken om risicoanalyses te maken ten aanzien van de macro- en micronutriënten, additieven, verontreinigende stoffen en pesticiden. België heeft zich daartoe bij de EFSA (European Food Safety Authority) verbonden.
- **De zorgkwaliteit verbeteren**, in het bijzonder:
 - o 1) op het vlak van de opleiding van het (medisch en paramedisch) ziekenhuispersoneel en personeel van de eerste lijn, door een betere kennis van de voeding en in het bijzonder van de borstvoeding (voortgezette opleiding via e-learning en opname in de programma's van de toekomstige gediplomeerden);
 - o 2) op het vlak van de voedingsteams voor het opsporen, behandelen en transmuraal volgen van de ondervoeding;
 - o 3) op het vlak van de uitbreiding van het Babyvriendelijk Ziekenhuis-label in de materniteiten van het land;
 - o 4) op het vlak van de geschikte behandelingswijze van de obesitaspatiënt;
 - o 5) op het vlak van het opsporen en behandelen van diabetespatiënten (in België lijden 500.000 personen aan diabetes, waarvan 80% diabetes type 2).
- **De integratie van de dimensie "Health in all policies" in de andere federale beleidsdomeinen** om de beleidsdaden (financies, economische zaken, werk, maatschappelijke integratie, gelijke kansen...) doeltreffender te maken.
- **De integratie van de duurzaamheidsdimensie in het voedingsbeleid.** De landbouwproductiewijzen van de afgelopen vijftig jaar mikten vooral op de productiviteit (hoeveelheid) in plaats van op een landbouwproductie die aan onze voedingsbehoeften (kwaliteit) beantwoordt. Zo verkoos men groentevariëteiten te produceren die veel opbrachten, en niet zozeer wegens hun belang voor de voeding (maïs, soja, palm...), met dramatische gevolgen voor de voeding (een verbroken evenwicht aan essentiële vetzuren, een overconsumptie van suikers...), het milieu (ontbossing, biodiversiteitsverlies, verarming en vervuiling (pesticiden) van de grond, uitstoot van broeikasgassen (koolzuurgassen, methaan...) en voor

de mens (verarming van de gezinslandbouw ten voordele van de grote exploitaties, het verdwijnen van de biotoop van de equatoriale en Indonesische oerwouden). Zo is volgens de FAO 18% van de broeikasgassen (niet alleen CO₂) te wijten aan de veeteelt, wat een hoger percentage is dan dat van de transportsector. Zo komt bijvoorbeeld de productie van 1 kg rood vlees overeen met de productie van 8 kg CO₂, en dit voornamelijk door de hoeveelheid graangewassen die men voor dat vee moet produceren en vervoeren. Vandaag neemt de productie van die voedingswaren wereldwijd meer dan drie vierde (78%) van de landbouwgronden in beslag. Daarom werd er dus een *8e voedingsdoelstelling* betreffende de vermindering van de consumptie van dierlijke eiwitten toegevoegd.

- De **voortzetting van de** door de federale overheden **ondernomen acties** op het gebied van het onderzoek, de herformulering, de normering, de etikettering, de fiscale maatregelen en de kwaliteitsverbetering. Deze acties vullen de actieplannen van de Gemeenschappen aan. Het federaal niveau kan overigens op vraag van de Gemeenschappen een coördinerende of ondersteunende rol spelen. Om een samenhangend beleid te voeren, een brede steun te verwerven en de acties op alle niveaus efficiënt uit te voeren moeten we een overleg en samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus tot stand brengen.

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

Domein II: ZORG, BEHANDELING EN STEUN VOOR DE PATIËNTEN

Tabel 2: Stand van zaken van het domein "zorg, behandelingen en steun voor de patiënten"

<i>Nr.</i>	<i>Actie</i>	<i>Oorsprong</i>	<i>Stand van zaken</i>
7	Specifieke steun op het moment van de mededeling dat bij de patiënt kanker werd vastgesteld		
	Invoering van een consultatie van lange duur voor de mededeling van de diagnose	Kankerplan 2008	OK
	Opleiding voor artsen over communicatie naar patiënten en hun omgeving toe	Kankerplan 2008	OK
	Uitwerking van een mededelingsprotocol	Kankerplan 2008	Wordt uitgevoerd
8	Opwaardering van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC)		
	Verplicht multidisciplinair oncologisch consult (MOC) voor alle nieuwe kankergevallen	Kankerplan 2008	OK
	Opwaardering met 5% van de prestaties die in het kader van het MOC worden uitgevoerd	Kankerplan 2008	OK
	Opwaardering van de specifieke raadplegingen van medische oncologen, hematologen en Endocrinologen	Toevoeging	OK
	De deelname van huisartsen aan het MOC bevorderen	Toevoeging	OK
9	Invoeren van zorgtrajecten voor kankerpatiënten		
	De deelname van de huisarts aan het tenlastenemingsproces van kanker bevorderen	Kankerplan 2008	OK
10	Verpleegkundige en psychosociale steun voor de patiënten in het kader van het oncologisch zorgprogramma (OZP)		
	Financiering van verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen in de OZP	Kankerplan 2008	OK
	Interuniversitaire opleiding in de psycho-oncologie	Toevoeging	OK
11	Financiering van een datamanager in het kader van de oncologische zorgprogramma's (OZP)		
	Financiering van datamanagers in het kader van de OZP	Kankerplan 2008	OK

12	Definitie en financiering van een oncologisch zorgprogramma in de pediatrie		
	Erkenning van de huidige centra voor pediatrie oncologie Financiële steun voor de synergieën tussen de centra voor pediatrie oncologie Uitvoering van een oncologisch zorgprogramma in de pediatrie	Kankerplan 2008	Wordt uitgevoerd
	Financiering vanaf 2009 van een versterking met 2 VTE's voor de paramedische omkadering	Kankerplan 2008	OK
13	Behandeling van zeldzame tumoren		
	Start van een studie door het KCE om kwalitatieve en kwantitatieve criteria voor de tenlasteneming van zeldzame tumoren vast te leggen.	Kankerplan 2008	Wordt uitgevoerd
14	Erkenning van de titel van verpleegkundige oncologie	Kankerplan 2008	OK
15	Betere dekking door de verplichte ziekteverzekering van de geneesmiddelen tegen kanker gezondheidszorg		
	Terugbetaling van geneesmiddelen tegen kanker	Kankerplan 2008	OK
	Terugbetaling van geneesmiddelen tegen kanker voor borstkanker bij mannen	Kankerplan 2008	OK
	Snelle toegang tot geneesmiddelen voor de "unmet medical needs"	Kankerplan 2008	Wordt uitgevoerd
	Snellere terugbetaling voor bepaalde farmaceutische specialiteiten of vernieuwende therapieën buiten indicatie	Nieuw 2011	Wordt uitgevoerd
16	Ondersteunen van radiotherapie en oncologische beeldvorming		
	Kwaliteitscontrole van alle screeningapparatuur	Kankerplan 2008	OK
	Nieuwe programmatie indien gewenst	Kankerplan 2008	Wordt onderzocht
	Financiering in de financiële middelenbegroting (FMB)	Kankerplan 2008	Wordt onderzocht
17	Structurele steun aan de celbanken en eenheden voor celtherapie voor de hematopoïetische stamcellen en navelstrengbloed	Kankerplan 2008	OK

18	Betere terugbetaling van sommige bijkomende kosten die met kankerbehandelingen gepaard gaan		
	Voor patiënten bij wie het strottenhoofd is weggenomen	Kankerplan 2008	OK
	Voor mensen die door de kankerbehandeling hun haar verliezen	Kankerplan 2008	OK
	Voor mensen bij wie een borst moet worden afgezet	Kankerplan 2008	OK
19	De functionele revalidatie van de herstellende kankerpatiënt uitwerken		
	Proefprojecten om het soort multidisciplinaire revalidatiezorgprogramma's te bepalen die nodig zijn om de genezen of herstellende patiënten hun plaats in de maatschappij te laten innemen	Kankerplan 2008	OK
20	De voorwaarden vastleggen voor de erkenning van een handicap als gevolg van een kankerbehandeling		
	Versnelde behandelingsprocedure van de aanvragen voor een uitkering voor mensen met een handicap	Kankerplan 2008	OK
21	Steun aan de ouders van kinderen met kanker		
22	Toegang tot psychologische steun of deelname aan gespreksgroepen of ondersteuningsactiviteiten		
	Oproep voor projecten die de ouders en de kinderen in hun omgaan met de ziekte ondersteunen en begeleiden. Oproep voor projecten die de patiënten (volwassenen, adolescenten of kinderen) en/of gezinsleden van patiënten psychologische bijstand of begeleiding bieden De identificatie en/of validatie van de biomerkers;	Kankerplan 2008	OK
23	Structurele financiering van de keten van pediatrie « Voortgezette Zorg Kinderen »		
	Oprichting van een pediatrie verbindingsfunctie	Kankerplan 2008	OK
24	Ondersteuning voor proefprojecten inzake klinische oncogeriatric		
	Oproep voor projecten in de oncogeriatric	Kankerplan 2008	OK

25	Het aanbod palliatieve zorgen voor kankerpatiënten verbeteren		
	Behoeftenstudie rond palliatieve zorgen	Kankerplan 2008	OK
	Versterking van de omkadering voor de palliatieve zorgen in rusthuizen en RVT.	Kankerplan 2008	OK
	Opwaardering van het vaste bedrag voor palliatieve thuiszorgen	Kankerplan 2008	OK
	Dagstructuren palliatieve zorgen	Kankerplan 2008	OK
26	Initiatieven te nemen in samenspraak met de bevoegde ministers op federaal niveau		
	Voor de ouders het beroepsleven en de kanker beter met elkaar verzoenen	Kankerplan 2008	OK
	Een gemakkelijkere en aangepaste fiscale aftrekprocedure voor giften	Kankerplan 2008	OK
+	Terugbetaling van vervoerskosten van kankerpatiënten		
	Vereenvoudiging van de terugbetalingsprocedure van vervoerskosten	Toevoeging	OK
+	Betere behandeling inzake de voeding van kankerpatiënten		
	Financiering van datamanagers in de OZP's	Nieuw 2011	OK
	Oproep voor projecten rond cachexie	Nieuw 2011	OK

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

In maart 2008 voorgestelde maatregelen

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

De aanmaak van een nieuwe nomenclatuur voor een consultatie van lange duur voor de tijd waarin de arts de patiënt vertelt dat laatstgenoemde kanker heeft werd ingevoegd in het door het RIZIV ontwikkelde project voor de herwaardering van het multidisciplinaire oncologisch consult.

De langdurige consultatie voor de mededeling van de kankerdiagnose wordt sinds 1 november 2010 terugbetaald²⁰. Die nieuwe verrichting beoogt concreet dat de arts de patiënt uitleg kan geven over de diagnose, de voorgestelde bijkomende onderzoeken en het behandelingsplan zoals beschreven in het verslag van het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC) dat daaraan moet voorafgaan.

Deze volledig terugbetaalde consultatie kost ongeveer 56 euro. De erkende behandelende huisarts en/of de behandelende geneesheer-specialist die aan dit MOC hebben meegewerkt kunnen hiervoor maar één attest uitreiken, en alleen na een eerste MOC.

In 2011 werden in totaal 13.316 langdurige consultaties gedaan, waarvoor de behandelende specialist 12.900 attesten uitreikte en de erkende behandelende huisarts 416.

2. Opleiding voor artsen over communicatie naar patiënten en hun omgeving toe

Om de kwaliteit van het diagnosegesprek te waarborgen wordt er ook in een financiering van een opleiding communicatie met patiënten en hun omgeving voorzien.

Na een oproep tot kandidaatstelling in juli 2008 richtte de FOD Volksgezondheid een consortium van 29 experts op om voorstellen te doen voor een opleiding psycho-oncologie (zie initiatief 10) en een communicatieopleiding. Het consortium bezorgde in juli 2009 twee opleidingsvoorstellen:

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

Na een oproep tot kandidaatstelling werden het Cédric Hèle Instituut (CHI) en het Centre de Psycho-oncologie (CPO) gekozen om deze opleiding te organiseren. In 2010 schreven iets meer dan 300 gezondheidswerkers zich voor de communicatieopleidingsmodules in, waaronder 156 Nederlandstaligen (87 verpleegsters en paramedici en 69 dokters) en 150 Franstaligen (113 verpleegsters, 26 paramedici en 11 dokters). In 2011 schreven 322 gezondheidswerkers zich voor de communicatieopleidingsmodules in, waaronder 154 Nederlandstaligen (27 dokters,

¹⁸ Koninklijk besluit van 18/08/2010, bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 24/09/2010.

82 verpleegkundigen en 45 andere beroepen) en 168 Franstaligen (163 verpleegsters, 2 paramedici en 3 dokters).

In 2012 werden de opleidingen ook financieel ondersteund.

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

Omdat het hier vooral de psychosociale steun in de OZP's betreft, wordt dit initiatief als een bijkomende actie voorgesteld in initiatief 10.

3. Uitwerking van een mededelingsprotocol

Men vroeg het College oncologie van de FOD Volksgezondheid om een mededelingsprotocol uit te werken, zowel voor de mededeling van de aanvankelijke diagnose van de ziekte als voor het overbrengen van slecht nieuws tijdens de behandeling of voor de mededeling van een hervallen. Het moet de zorgverleners ondersteunen en de kwaliteit garanderen op het moment dat men de diagnose van kanker aankondigt.

Een werkgroep van het College oncologie deed in september 2010 een voorstel rond het mededelingsprotocol. Op basis van de analyse van dat voorstel gaf het Kankercentrum in het najaar van 2010 een advies en deed het verschillende aanbevelingen om een dergelijk mededelingsmechanisme op te zetten. Men is de haalbaarheid en nodige middelen om deze verscheidene voorstellen concreet te maken nog aan het bestuderen.

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

In maart 2008 voorgestelde maatregelen

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

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

Sinds 1 november 2010 heeft men de MOC-prestaties aangepast, zodat kankerpatiënten voor nieuwe gevallen een diagnose en kwaliteitsvolle behandeling kunnen krijgen. Er werd in een budget van bijna 6,58 miljoen euro voorzien.²¹

De wijziging van de nomenclatuur heeft verschillende aspecten:

- Een "eerste" verplicht MOC voor de nieuwe kankergevallen;
- Na een "eerste" MOC kan er een vervolg-MOC komen.
- De mogelijkheid om naar een bijkomend MOC in een ander ziekenhuis door te verwijzen.

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

In 2011 werden er in totaal 98.696 MOC's geregistreerd. Ze waren als volgt verdeeld: 72.452 eerste MOC's, 25.760 vervolg-MOC's en 484 bijkomende MOC's.

Door het succes van het PROCARE-project²² zal de optimalisering van de koppeling van de registratie met het MOC worden uitgebaut. Men zoekt een praktische registratiemogelijkheid om een kwaliteitsvolle follow-up te garanderen.

2. Opwaardering met 5% van de prestaties die in het kader van het MOC worden uitgevoerd

Sinds 1 maart 2010 gelden er twee nieuwe verrichtingen in het kader van het MOC: een bijkomend honorarium tijdens een multidisciplinair oncologisch consult gecoördineerd door de geneesheer-specialist medische oncologie of door de geneesheer-specialist met de bijzondere beroepstitel klinische hematologie of pediatrie hematologie, en een bijkomend honorarium tijdens een multidisciplinair oncologisch consult waaraan de artsen met één van de vernoemde specialiteiten deelnemen.²³

²¹ PROCARE is een multidisciplinair project dat de kwaliteit van de rectumkankerbehandeling in België wil verbeteren. Het project wil onder andere rectumtumoren registreren.

²² Koninklijk besluit van 18/12/2009 (Belgisch Staatsblad van 28/01/2010).

²³ Koninklijk besluit van 18/12/2009, bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 28/01/2010.)

In 2011 werden er 60.852 bijkomende honoraria geregistreerd voor de coördinatie van het MOC door een medische oncologie of een pediatrie/klinische hematoloog, en 47.084 voor de bijstand van die specialisten aan het MOC.

De verrichting "deelname MOC" werd 342.435 keer geattesteerd. In 2011 registreerde men 20.227 keer een deelname aan het MOC door een arts van buiten het ziekenhuis (met inbegrip van de huisartsen).

Bijkomende maatregelen 2010

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

Als gevolg van de erkenning van geneesheer-specialist in de medische oncologie en in het kader van de herwaardering van de medische oncologen, hematologen en endocrinologen werden sinds 1 maart 2010 nieuwe verrichtingen van specifieke consultaties aan de nomenclatuur toegevoegd.²⁴

Om de stijging van het remgeld van de patiënten als gevolg van de herwaardering van de consultaties van de medische oncologen, hematologen en endocrinologen te beperken, begrenste men het remgeld voor de consultaties van geneesheren-specialisten tot 15,15 euro. Dat werd op 1 oktober 2010 van kracht.²⁵

In 2010 registreerde men bij medische oncologen 160.869 raadplegingen, 98.611 bij klinische hematologen, en 444.720 bij endocrinologen-diabetologen.

In 2011 registreerde men bij medische oncologen 250.492 raadplegingen, 164.051 bij klinische hematologen, en 484.699 bij endocrinologen-diabetologen.

4. De deelname van huisartsen aan het MOC bevorderen

Sinds 27 juli 2009 werden, via een RIZIV-overeenkomst, twee proefprojecten van videoconferenties en gegevensuitwisseling gefinancierd om de huisartsen meer aan het multidisciplinair oncologisch consult te laten deelnemen.

De deelname van de huisarts tijdens het MOC is, net als de bijdrage van de verschillende specialisten, ook belangrijk omdat ze bijkomende informatie over de patiënt kan opleveren. De deelnemingsgraad van de huisarts aan het MOC is eerder beperkt. Het verschilt per regio, maar over het algemeen en vooral in de steden komt het maar weinig voor dat de arts fysiek aanwezig is op de MOC van zijn patiënt. Deze beperkte deelnemingsgraad is aan verschillende factoren te wijten, zoals het ogenblik van het MOC, de vereiste verplaatsingen om er naartoe te gaan, en de al bestaande werklast.

Het RIZIV evalueert thans de projecten, maar we kunnen toch al enkele gedeeltelijke inlichtingen geven:

- Het eerste project beoogt met een elektronische gegevensuitwisseling in twee richtingen de deelnemingsgraad van de huisarts te verhogen. De voorlopige besluiten, op basis van een tussentijds rapport, tonen aan dat de interactiviteit tussen de huisartsen en de MOC's intra muros een opmerkelijk groter succes hebben dan de projecten die de fysieke aanwezigheid vereisen. De IT-procedure zou echter

²⁴ Koninklijk besluit van 26/08/2010, bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 15/09/2010.

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

weinig aantrekkelijk zijn en zou moeten worden vereenvoudigd. Omdat het project bovendien nog onvoldoende gekend is bij de artsendoelgroep, gingen zijn promotoren opnieuw contact opnemen met de huisartsenkringen om die bekendheid te vergroten.

- Het tweede project wil de deelnemingsgraad van de huisarts verhogen door communicatiemiddelen onder de vorm van videoconferenties aan te bieden. Het werd in het AZ Maria Middelaars (Gent) uitgeprobeerd, waarbij na het inrichten van videoconferentiesystemen de deelname van de huisartsen aan het MOC toenam (waarvan één derde via teleconferenties en twee derde via fysieke aanwezigheid).

Doorgedreven analyses moeten uitvissen welke factoren de deelname van de huisartsen aan het MOC vergemakkelijken of bemoeilijken.

Actie 9: Invoeren van zorgtrajecten voor kankerpatiënten

In maart 2008 voorgestelde maatregelen

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

Het is belangrijk dat we de rol van de huisarts in de oncologische zorgketen bepalen en herbekijken. Zijn betrokkenheid in het behandelingsproces van zijn patiënt kan op verschillende manieren worden vergroot: dankzij de informatie over de behandelingsparameters, het ontwikkelen van zijn competenties via regelmatige opleidingen en het versterken van zijn rol in de follow-up van zijn patiënt wanneer die uit een ziekenhuisbehandeling komt.

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

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

2. Definitie van de zorgtrajecten voor kankerpatiënten

In het kader van het invoeren van een gepersonaliseerd zorgprogramma voor alle nieuwe kankerpatiënten publiceerde het KCE in januari 2011 rapporten over de evaluatie van de haalbaarheid en relevantie van een kwaliteitsindicatorensysteem voor een veelvoorkomende kanker, nl. borstkanker, en voor een zeldzame kanker, nl. teelbalkanker (zoals het dat al had gedaan voor colorectale kanker).

In april 2011 publiceerde het KCE het onderzoeksrapport 152 over de invoering in België van een kwaliteitssysteem met behulp van indicatoren. Een systeem dat de zorgkwaliteit monitort kan effectief bijdragen aan een betere kwaliteit en doeltreffendheid van de oncologische zorg. Een duidelijke omschrijving van de doelstellingen van dat systeem en van de rol van de betrokken actoren is onontbeerlijk om tot een correcte werking te komen. Daarnaast zijn er nog andere essentiële elementen vereist, zoals het uitwerken van aanbevelingen en de daarmee samenhangende kwaliteitsindicatoren, het efficiënt verzamelen van gegevens, een analyse en interpretatie van die gegevens en de mogelijkheid voor feedback en door corrigerende acties aanpassingen te kunnen uitvoeren.

Men zal zich over het invoeren van zorgtrajecten voor kankerpatiënten beraden en, gelet op de centrale plaats die de arts in die trajecten inneemt, de commissie geneesheren-ziekenfondsen daarbij betrekken. Maar alvorens nieuwe voorstellen voor het definitief invoeren van dergelijke zorgtrajecten te lanceren, moeten we de evaluatie afwachten van de eerste zorgtrajectprojecten die in juni en september 2009 van start gingen (respectievelijk voor nierfalen en diabetes). Die evaluatie moet in 2013 gebeuren.

Ondertussen plant het KCE, met of zonder de samenwerking van het College oncologie, de volgende publicaties die, in het kader van de omschrijving van de zorgtrajecten voor kankerpatiënten, een aanvullende bijdrage zullen leveren:

Publicatienummer	Titel	Gepland:
2009-02-GCP	Zorgkwaliteit voor keel- en maagkanker	Aanbevelingen gepubliceerd in mei 2012, kwaliteitsindicatoren tegen december 2012
2010-03-03-GCP	Uitbreiding van de borstkankerscreening naar vrouwen ouder dan 69 jaar	Studie gepubliceerd in april 2012
2010-06-GCP	Zorgkwaliteit voor schildklierkanker	Studie gepubliceerd in mei 2012
2011-01-GCP	Praktische aanbevelingen voor de aanpak van gelokaliseerde prostaatkanker	December 2012
2011-10-GCP	Praktische aanbevelingen voor de ondersteuningsbehandeling van kankerpatiënten	Oktober 2012
2010-03-04-GCP	Evaluatie van de middelen waardoor vrouwen bij het opsporen van borstkanker een weloverwogen keuze kunnen maken	Mei 2013
2011-24-HSR	Zorgorganisatie voor zeldzame tumoren en tumoren die een complexe behandeling vereisen	September 2013
2011-26-HTA	Vernieuwende radiotherapietechnieken	Maart 2013
2012-01 (GCP)	Aanbeveling inzake de tenlasteneming van dikkedarmkanker	Oktober 2013
2012-02 (GCP)	Praktische aanbeveling inzake de tenlasteneming van longkanker	December 2013
2012-04 (GCP)	Praktische aanbeveling inzake de tenlasteneming van hoofd- en halstumoren	December 2013
2012-10 (HTA)	Prostate-specific-antigen (PSA) voor de update van de prostaatkankerscreening	Juni 2013

Het College oncologie wijdt zich momenteel aan de evaluatie van de zorgprogramma's.

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

In maart 2008 voorgestelde maatregel

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

Om de gehospitaliseerde kankerpatiënten beter te omringen en te verzorgen, is de financiering van extra verpleegkundigen, maatschappelijk assistenten en psychologen sinds 1 juli 2008 van kracht.

Tot op heden berekende men de financiering op basis van het aantal MOC's die 2 jaar daarvoor door het RIZIV waren terugbetaald:

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

De financiering gaat naar ziekenhuizen met een erkend oncologisch zorgprogramma.

In 2011 werd voor deze maatregel meer dan 44 miljoen euro uitgetrokken. Voor 2012 voorziet men identiek bedrag. Wegens het stijgend aantal MOC's zal de berekeningsmethode van deze financiering in 2012 worden geëvalueerd.

Op basis van het aantal terugbetaalde MOC's bedraagt het aantal posten die sinds 2011 gefinancierd werden 797 VTE's, onderverdeeld in 159 VTE maatschappelijk werkers, 319 VTE verpleegkundigen en 319 VTE psychologen. Sinds 2012, bedraagt het aantal posten 825 VTE's, onderverdeeld in 165 VTE maatschappelijk werkers, 330 VTE verpleegkundigen en 330 VTE psychologen.

Bijkomende maatregel 2010

2. Interuniversitaire opleiding psycho-oncologie

Bij het uitwerken van voorstellen voor communicatieopleidingen voor het verzorgend personeel stelde men voor om het invoeren van een opleiding psycho-oncologie te ondersteunen (zie initiatief 7).

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

Langs Nederlandstalige kant organiseert het Cédric Hèle Instituut (CHI) om de twee jaar een nieuwe opleidingscyclus voor 35 studenten. Langs Franstalige kant start het Centre de Psycho-Oncologie (CPO) jaarlijks een nieuwe opleidingscyclus voor 25 studenten. Deze organisaties organiseren elk jaar een internationaal symposium, dat open staat voor de studenten die zich voor de Nederlandstalige of Franstalige cyclus hebben ingeschreven. In 2010 schreven zich voor de opleiding van het Cédric Hèle Instituut 35 deelnemers in (34 psychologen, 1 spoedarts), waarvan er 34 de opleiding afmaakten.

De opleidingscyclus van het Centre de Psycho-Oncologie werd door 20 van de 25 deelnemers volledig gevolgd.

Het CHI organiseerde op 25 november 2011 een symposium waarvoor 190 deelnemers zich inschreven. Het had met name de bedoeling om “American Psychosocial Oncology Society (APOS) Quick Reference for Oncology Clinicians”²⁶ een Amerikaans handboek met aanbevelingen inzake psycho-oncologie te verspreiden. Het CHI kreeg de toestemming om het in het Nederlands te vertalen. Het CPO zal overigens voor een Franse vertaling van dat handboek zorgen.

Het CPO organiseerde op 12 en 29 mei 2012 een gelijkaardig symposium.

²⁶ http://www.riziv.be/care/nl/doctors/promotion-quality/medical_imagery/index.htm

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

In maart 2008 voorgestelde maatregel.

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

Er wordt sinds 1 juli 2008 in de financiering van datamanagers voorzien. Het moet de kwaliteit van de oncologische zorgprogramma's en van de behandelingsresultaten van de kankerpatiënten volgen. De datamanagers moeten de gegevens van kankergevallen registreren en nagaan of de beslissingen van de multidisciplinaire oncologische consults en de aanbevelingen uit het handboek oncologie worden nageleefd.

De financiering werd als volgt berekend: 1 VTE datamanager / 1.000 MOC
Het wordt toegekend aan de ziekenhuizen met een erkende OZP, op basis van het aantal terugbetaalde multidisciplinaire oncologische consults (MOC) (gegevens van het RIZIV). Omdat men een verhoging van het aantal MOC's verwacht, werd er tot 2011 in een jaarlijkse aanpassing van de financiering voorzien, op basis van de meest recente beschikbare cijfers.

Op basis van de gegevens van 2007 werden in 2009 54 VTE's datamanagers gefinancierd. Op basis van de gegevens van 2008 werden in 2010 66 VTE's gefinancierd, of 12 bijkomende VTE's en een verhoging van bijna 20% in vergelijking met 2009.

Op basis van het aantal terugbetaalde MOC's in 2009 werden vanaf 2011 79 VTE's gefinancierd, een verhoging met 17% in vergelijking met 2010.

Sinds 2012, bedraagt het aantal posten 82 VTE's datamanagers.

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

In maart 2008 voorgestelde maatregelen

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

De uitvoering van een hemato-oncologisch zorgprogramma in de pediatrie (HOP), met zijn financieringsbehoeften en op basis van de ervaring van de huidige centra voor pediatrie oncologie, moet ervoor zorgen dat kinderen met kanker een gespecialiseerde behandeling en een kwaliteitsvolle omkadering krijgen. Steun voor de synergieën tussen de centra voor pediatrie oncologie zal ervoor zorgen dat men de zorgkwaliteit verbetert en dat elkeen zich kan specialiseren.

Een door de FOD Volksgezondheid opgezette werkgroep van deskundigen uit de centra voor pediatrie oncologie heeft meegewerkt aan de behoeftenanalyse en aan het identificeren van criteria voor een kwaliteitsvolle behandeling en begeleiding. In dat verband is gebleken dat indien men de zorgkwaliteit op een aanvaardbaar peil wil handhaven, een verdeling volgens het activiteitsniveau van de centra een essentiële factor vormt om kwaliteitscriteria uit te werken. Op basis van die discussies werd een voorstel gedaan met betrekking tot de erkenningsnormen van pediatrie hemato-oncologische zorgprogramma's. Een ontwerp van koninklijk besluit dat dit voorstel vertaalt, zal binnenkort verschijnen.

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

Om het klinisch onderzoek te bevorderen en te coördineren is men ook van plan om een cel voor wetenschappelijk onderzoek tussen de verschillende erkende pediatrie oncologische zorgprogramma's op te richten. Het Kankerregister is bij de uitvoering van dat initiatief betrokken om voor een aangepaste registratie van de pediatrie hemato-oncologische tumoren te zorgen.

Men kondigde de publicatie aan van een gemeenschappelijk HOP-handboek aan met aanbevelingen rond de tenlasteneming van hemato-oncologische ziektes, vaste tumoren en hersentumoren. Die protocollen staan eveneens op de website van de BSPHO.

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

De financiering van 2 bijkomende personeelsleden voor de paramedische omkadering in de pediatrie hemato-oncologische centra loopt sinds 1 juli 2008.

Het zoals gezegd binnenkort te verschijnen ontwerp betreffende de pediatrie hemato-oncologische zorgprogramma's omvat die versterking.

Actie 13: Behandeling van zeldzame tumoren

In maart 2008 voorgestelde maatregel.

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

De geplande studie moet de drempel bepalen om de zeldzame kankers en de kankers die een ingewikkelde behandeling vergen te definiëren. Op basis van een beschrijving van de Belgische situatie en de internationale ervaringen ("2011-024 HSR Organisation of care for rare tumours and tumours with complex treatment") moet hij nieuwe zorgorganisatievormen voorstellen. De resultaten van die studie worden tegen de tweede helft van 2013 verwacht.

Bijkomende inlichting

Studie over de oncologische kwaliteitsindicatoren voor een zeldzame kanker

In het kader van de instelling van een gepersonaliseerd zorgprogramma voor alle nieuwe kankerpatiënten kreeg het KCE de opdracht om de haalbaarheid en relevantie na te gaan van een systeem van kwaliteitsindicatoren voor een veelvoorkomende kanker, nl. borstkanker, en voor een zeldzame kanker, teelbalkanker, zoals het dat al had gedaan voor colorectale kanker in het kader van het PROCARE-project.

Een volgend rapport van het KCE zal daarna een analyse maken van het verfijnen van een operationeel systeem om de kwaliteit van de oncologische zorg te kunnen volgen, vooral wat de zeldzame kankers betreft.

In het op 17 januari 2011 gepubliceerde rapport over de kwaliteitsindicatoren voor teelbalkanker suggereert een voorlopige analyse een behoorlijke veranderlijkheid tussen de centra op het vlak van de zorgkwaliteit, hoewel men geen betrouwbare vergelijking tussen de centra heeft kunnen uitvoeren. Het KCE merkt op dat de versnippering van de zorg en het lage aantal patiënten met teelbalkanker dat jaarlijks in de vele centra behandeld wordt vragen doet rijzen over de zorgorganisatie voor deze patiënten, en over de noodzaak om deze zorgen in een beperkt aantal centra te centraliseren.

Actie 14: Erkenning van de titel van verpleegkundige oncologie

In maart 2008 voorgestelde maatregel.

1. Erkenning van de titel van verpleegkundige in de oncologie

Het ministerieel besluit van 29 januari 2009 (BS 18/02/2009) definieert de nodige criteria volgens dewelke de houder van een diploma of een titel van gegradueerde verpleegkundige of bachelor in de verpleegkunde kan erkend worden om de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de oncologie te kunnen voeren.

In 2010 ontvingen 481 verpleegkundigen (266 Nederlandstaligen en 215 Franstaligen) de erkenning van de titel van verpleegkundige in de oncologie.

In 2011 ontvingen 615 verpleegkundigen de titel van erkende verpleegkundige in de oncologie (371 Nederlandstaligen en 244 Franstaligen), waarmee het totaal aantal verpleegkundigen in de oncologie op 11.540 komt.

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

In 2008 voorgestelde maatregelen

1. Terugbetaling van de geneesmiddelen tegen kanker

Op het vlak van de terugbetaling van geneesmiddelen tegen kanker werden 3 prioriteiten vastgelegd:

- AVASTIN wordt sinds 1 december 2008 terugbetaald.
- BUSULFAN IV wordt sinds 1 oktober 2008 terugbetaald.
- De terugbetalingsvoorwaarden voor RITUXIMAB werden op 1 juni en op 1 oktober 2009 gewijzigd.

Sinds 1 maart 2008 betaalt de verplichte ziekteverzekering FASLODEX voor 100% terug (458,97 € voor een vooraf gevulde injectiespuit met 5 ml product). Het is een van de geneesmiddelen die het bij bepaalde indicaties mogelijk maken om borstkanker te bestrijden.

Sinds 2008 worden meer dan 75 nieuwe indicaties voor geneesmiddelen tegen kanker terugbetaald. Die geneesmiddelen en hun indicaties betreffen verschillende soorten kanker: verschillende soorten kankergezwollen, longkanker, colorectale kanker, borstkanker, osteosarcoom, verschillende vormen van leukemie...

Achteraan vindt u tabellen met alle door de verplichte ziekteverzekering terugbetaalde nieuwe geneesmiddelen tegen kanker voor 2011 en 2012 (bijlage 1). De inspanningen voor de terugbetaling van geneesmiddelen tegen kanker worden verdergezet.

2. Terugbetaling van geneesmiddelen tegen kanker voor borstkanker bij mannen

Bij gebrek aan een registratie voor deze indicatie neemt het Bijzondere Solidariteitsfonds van het RIZIV de terugbetaling van de geneesmiddelen tegen kanker voor de zeldzame gevallen van borstkanker bij mannen voor zijn rekening.

Het RIZIV heeft het FAGG om advies gevraagd met betrekking tot de terugbetaling van de therapieën voor borstkanker bij mannen.

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

Op initiatief van het RIZIV, en in samenwerking met het federaal geneesmiddelenagentschap, werd onderzocht waarom de snelheid van de toegang tot kankerbehandelingen, hun prijzen en terugbetalingsvoorwaarden verschillen tussen België en zijn buurlanden. Als gevolg daarvan werden er voorstellen gedaan. In samenwerking met de bestaande Europese hadrontherapiecentra zal de terugbetaling worden verbeterd van de zorg- en vervoerskosten van kankerpatiënten die deze nieuwe vorm van radiotherapie nodig hebben om een snelle toegang tot de geneesmiddelen voor de "unmet medical needs" mogelijk te maken.

In dat verband werd een werkgroep opgericht, samengesteld uit het RIZIV, het FAGG en het kabinet, om de Belgische realiteit te onderzoeken en concrete aanbevelingen te doen. Dat beraad kreeg zijn weerslag in een nieuw initiatief met betrekking tot een snellere terugbetaling voor bepaalde farmaceutische specialiteiten of vernieuwende therapieën buiten indicatie (zie verder).

Nieuwe maatregel 2011

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

De toegang tot behandelingen tegen kanker of weesziekten is moeilijk, en de termijn voor de verkoop of eventuele terugbetaling van weesgeneesmiddelen of geneesmiddelen tegen kanker duurt vaak lang, om verscheidene redenen.

Wanneer een behandeling nog in ontwikkeling is, kan maar een klein aantal patiënten er al gebruik van maken door aan klinische tests deel te nemen, of ook dankzij een "compassionate use" of dankzij medische spoedprogramma's.

Tegelijk blijven er op het ogenblik dat er over de terugbetaling, en dus over de reële toegang voor de patiënt, wordt beslist nog veel vragen onbeantwoord met betrekking tot de werkzaamheid en de waarde van de therapie in de klinische praktijk, de veiligheid op lange termijn, de financiële weerslag, ... Bovendien vertragen de strategieën van de moederbedrijven met betrekking tot het op de Europese markt brengen dikwijls de toegang. Het is echter belangrijk om de termijn vóór de behandeling, de toegang tot de behandeling en de terugbetaling aan de patiënten te verbeteren.

Deze nieuwe maatregel ligt in de lijn van de werkzaamheden van het Fonds zeldzame ziekten en weesgeneesmiddelen, en spiegelt zich voornamelijk aan het ATU-model dat men in Frankrijk toepast. Een tijdelijke gebruiksvergunning (autorisation temporaire d'utilisation - ATU) is een Franse procedure waarbij men voor bepaalde ziektecategorieën geneesmiddelen mag gebruiken die nog niet verkocht worden.

De Algemene Raad van het RIZIV voorzag tijdens het vastleggen van de begroting 2011 en 2012 systematisch in een budget van 3,5 miljoen euro om de eerste maatregelen te kunnen uitvoeren om de toegang en snellere terugbetaling mogelijk te maken voor bepaalde farmaceutische specialiteiten of vernieuwende therapieën buiten indicatie of die nog niet verkocht noch terugbetaald worden.

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

Actie 16: Ondersteunen van radiotherapie en oncologische beeldvorming

In maart 2008 voorgestelde maatregelen

1. Kwaliteitscontrole van alle screeningapparatuur
2. Nieuwe programmatie indien gewenst.
3. Financiering in de financiële middelenbegroting (FMB)

Op het gebied van de radiotherapie

De FOD Volksgezondheid ontwikkelde in samenspraak met het College voor radiotherapie en het FANC een proefproject om de kwaliteit in de Belgische radiotherapeutische diensten te bevorderen. Het project ging in 2010 van start en voorziet in het geleidelijke invoeren van aan de radiotherapeutische omgeving aangepaste kwaliteitsbeheersystemen en in het ontwikkelen van interne systemen om de incidenten in de Belgische radiotherapeutische diensten te registreren en te analyseren. In 2010 werden de eerste 5 diensten ondersteund. In 2011 werden 5 bijkomende diensten ondersteund. In 2012 werden nog 5 andere diensten ondersteund.

Het College voor radiotherapie gaf een advies over de programmering en erkenningscriteria van de radiotherapeutische diensten. Het vermeldt onder andere dat het invoeren van satellietdiensten de infrastructuur doet verdubbelen, wat meer kost dan een bestaande dienst uit te breiden. Het wijst er ook op dat de wildgroei van diensten de kwaliteit van de zorg bedreigt omdat het minimale activiteitsniveau niet zou worden gehaald. Eind 2012 zal de NRZV om advies worden gevraagd.

Op het gebied van de medische beeldvorming

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

Op medisch vlak is een uitbreiding van de programmering noodzakelijk. De discussies lopen in afwachting van het advies van de NRZV. In 2013 zal over het budget worden beslist.

Bijkomende inlichting

Bewustmakingscampagne rond medische beeldvorming

De cijfers over de blootstelling aan ioniserende stralen in België veel hoger liggen dan in de buurlanden. In 2010 startte een brede bewustmakingscampagne rond medische beeldvorming. Ze werd ontwikkeld op basis van de aanbevelingen rond het goede gebruik van onderzoeken via medische beeldvorming die de gezondheidswerkers hadden geüpdatet en gevalideerd.

Deze campagne was het resultaat van een overleg tussen het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het FANC, en omvatte verschillende onderdelen:

- het RIZIV zond de artsen een brochure opdat ze, op basis van die richtlijnen, hun voorschriften voor medische beeldvorming zouden kunnen aanpassen;
- een bewustmakingscampagne van de patiënten en het brede publiek;
- een ruime informatiecampagne van de FOD Volksgezondheid over het goed gebruik van de onderzoeken medische beeldvorming (de richtlijnen zijn online beschikbaar en worden regelmatig bijgewerkt);
- gepersonaliseerde informatie voor elke gezondheidswerker, op basis van zijn eigen praktijk (specifiek hoofdstuk rond de problematiek van het voorschrijven van medische beeldvorming in individuele profielen);
- voorstellen om een specifieke module in de medische software te integreren om de elektronische verzending van de resultaten van onderzoeken van en naar het globaal medisch dossier te vergemakkelijken en overbodige onderzoeken te vermijden. Die software zal tevens de aanbevelingen omvatten, als hulpmiddel bij de beslissing over het voorschrift.

In 2010 startte het RIZIV een sensibiliseringscampagne²⁷ die op de voorschrijvers/beroepsbeoefenaars mikte: « Onnodige blootstelling aan stralingen vermijden ». Een brochure, opgesteld op initiatief van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, bevat ondermeer een selectie van onderzoeken met zeer beperkte indicaties, volgens de meest recente aanbevelingen.

In 2010 werden aanbevelingen inzake medische beeldvorming²⁸ op de website van de FOD Volksgezondheid gepubliceerd. Ze beogen (1) de referentieartsen te helpen om medische beeldvorming optimaal te gebruiken, (2) de klinische praktijk te verbeteren door aanbevelingen te formuleren, en (3) dankzij een verantwoordelijk gebruik de blootstelling aan bestraling te vermijden.

In juni 2012 lanceerde de FOD Volksgezondheid de bewustmakingscampagne voor het brede publiek onder de slagzin "Medische beelden zijn geen familiekiekjes. Wees er zuinig mee". Er kwam een internetsite (<http://www.zuinigmetstraling.be>) die de bezoekers uitleg geeft over het belang van een goed gebruik en de risico's van medische beeldvorming.

Het RIZIV keurde in 2012 het ontwerp van een gestandaardiseerd aanvraagformulier voor medische beeldvorming goed. De aanvragende artsen moeten alle relevante medische inlichtingen, diagnosevragen en relevante bijkomende inlichtingen (zoals allergieën, zwangerschap, implantaten, enz.) duidelijk meedelen. Het koninklijk besluit moet tegen eind 2012 verschijnen.

27

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

²⁸ Van die 13 ziekenhuizen worden er 12 sinds 2009 en 1 andere sinds 2011 gefinancierd.

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

In maart 2008 voorgestelde maatregel

- 1. Structurele basissteun voor bloedvormende stamcel- en navelstrengbloedbanken**
Sinds 1 januari 2009²⁹ genieten 13 ziekenhuizen met erkende celbanken en eenheden voor celtherapie met bloedvormende stamcellen, waaronder 5 ook over een navelstrengbloedbank beschikken, een structurele financiering. Die gebeurt op basis van de volgende criteria:

Voor de hematopoïetische stamcelbanken:

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

Voor de bloedvormende stamcelbanken en navelstrengbloedbank:

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

Wat de follow-up van het project aangaat, wordt er een jaarlijks activiteitenrapport gevraagd en organiseert de cel "kankerplan" van de FOD Volksgezondheid met de verantwoordelijken van de gefinancierde eenheden een begeleidingscomité. Voor dit initiatief wordt jaarlijks 3,42 miljoen euro uitgetrokken.

²⁹ Koninklijk besluit van 19/12/2008 (Belgisch Staatsblad van 16/01/2009).

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

In maart 2008 voorgestelde maatregelen

1. Voor patiënten bij wie het strottenhoofd is weggenomen

De veiligheidsmarge op de stemvervangende implant wordt sinds 1 november 2009 terugbetaald (49,07 euro). Dat budget zal vanaf 2011 verhogen en van 120.000 euro naar 139.000 euro per jaar gaan.

Gezien de vervangingsfrequentie van de stemvervangende implant (2 à 3 keer per jaar) en van de onderhoudskit voor de laryngectomie (4 à 5 keer per jaar), en gezien de hoogte van de afgiftemarge, neemt de verplichte ziekteverzekering die marge ten laste voor wat de prestaties betreffende de stemvervangende prothese en de toebehoren aangaat.

In 2011 werden er 1.201 afgiftemarges voor stemvervangende implantaten geregistreerd (niet alleen voor kankerpatiënten).

2. Voor mensen die door een kankerbehandeling hun haar verliezen

De verhoging van de forfaitaire tegemoetkomingen voor de personen die door een kankerbehandeling hun haar verliezen werd op 1 februari 2009 van kracht.³⁰ Er werd hiervoor een jaarlijks budget van 500.000 euro uitgetrokken.

Deze herwaardering betreft de volgende twee forfaitaire tegemoetkomingen:

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

Deze forfaitaire tegemoetkoming kan maar opnieuw worden toegekend na een wachttijd van 2 jaar. In 2010 waren er 6.832 forfaitaire tegemoetkomingen voor haarprothesen. In 2011 waren er dat 7.2015, of 383 meer dan in 2010.

3. Voor mensen bij wie een borst moet worden afgezet (mastectomie)

Sinds 1 december 2008 is er een betere terugbetaling van borstreconstructies, met inbegrip van de terugbetaling voor de meest recente technieken³¹. Het akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2008 voorziet in een budget van 600.000 euro om de huidige terugbetaling van borstreconstructies te verbeteren.

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

³⁰ Koninklijk besluit van 18/10/2008 (Belgisch Staatsblad van 10/09/2008).

³¹ Koninklijk besluit van 14 oktober 2008 (Belgisch Staatsblad van 07/11/2008).

Tegemoetkomingen van de ziekteverzekering voor externe borstprothesen bij unilaterale agenesie.³²

Voordien was er enkel een terugbetaling na een volledige of gedeeltelijke mammectomie. Mensen met unilaterale agenesie hadden recht op een terugbetaling voor een interne borstprothese, maar niet voor een externe borstprothese. Om aan dit probleem te verhelpen werd een nieuwe terugbetaling ingevoerd: voor externe prothesen voor de mensen met unilaterale agenesie die geen heelkundige ingreep willen ondergaan.

Tegemoetkomingen van de ziekteverzekering voor 2 externe borstprothesen na amputatie van de tweede borst

Na amputatie van de tweede borst heeft de persoon recht op een externe borstprothese. Daar de tweede borstprothese slechts zelden tegelijk afgeleverd wordt met de eerste, vallen de vernieuwingstermijnen van de twee prothesen niet samen. De persoon moet de aanvraagprocedure dan twee keer opstarten. In een terugbetaling voorzien voor 2 externe prothesen bij de amputatie van de tweede borst maakt het mogelijk om de vernieuwingstermijnen wel te doen samenvallen, en zo vermijdt men dat de persoon de aanvraagprocedure twee keer moet opstarten. Door deze wijziging kan de persoon ook van zware borstprothesen op lichtere overschakelen.

³² Koninklijk besluit van 16 april 2008 (Belgisch Staatsblad van 19.05.2008).

Actie 19: De functionele revalidatie van de kankerpatiënt ontwikkelen

In maart 2008 voorgestelde maatregel.

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

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

Er kwam een modelonderzoeksproject om met behulp van lichaamstraining en levensstijlmanagement de levenskwaliteit en de re-integratie van vrouwen met borstkanker te verbeteren. Tijdens de in 2007-2008 uitgevoerde voorbereidende fase werden een gestandaardiseerd revalidatieprogramma en handboeken voor de zorgverleners en voor de patiënten uitgewerkt. Er vond een haalbaarheidsstudie met 7 ziekenhuizen plaats (gecoördineerd door het UZ Gent). Na die haalbaarheidsstudie is men met de eigenlijke uitvoering van de studie begonnen (eveneens door het UZ Gent gecoördineerd).

De eigenlijke studie zal in drie fasen worden uitgevoerd:

- Fase 1: voorbereidende fase (Fase 1 - art. 56 § 1 - al uitgevoerd);
- Fase 2: eigenlijke studiefase met de ziekenhuizen die al in 2007-2008 aan de haalbaarheidsstudie deelnamen (Fase 2 - art. 56 § 2 - zie KB dat in juni 2012 verscheen);
- Fase 3: fase waarin de eigenlijke studie tot 15 ziekenhuizen wordt uitgebreid (Fase 3 - art. 56 § 2 - zie KB dat in juni 2012 verscheen).

Het koninklijk besluit van 26 mei 2012 (Belgisch Staatsblad van 14 juni 2012) beschrijft de voorwaarden waaronder het RIZIV een overeenkomst kan sluiten om de uitvoering van het onderzoeksproject rond oncologische revalidatie te betalen.

Het RIZIV sloot in juli 2012 met het UZ Gent een overeenkomst. Fase 2 begon op 1 september 2012 in 7 ziekenhuizen die al bij de voorbereidende fase betrokken waren. De studie zal de werkzaamheid van een gestandaardiseerd multidisciplinair oncologisch revalidatieprogramma moeten nagaan.

Fase 3 zal op 1 september 2013 in 15 geselecteerde ziekenhuizen aanvangen en tot 31 juli 2015 worden verlengd. Men verwacht het eindrapport tegen 29 februari 2016.

Het totale budget van 300.000 euro dat voor die maatregel werd uitgetrokken blijft onveranderd.

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

In maart 2008 voorgestelde maatregel.

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

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

Een wijziging van de procedure³³ betreffende de behandeling van de dossiers inzake tegemoetkomingen voor mensen met een handicap is op 1 januari 2008 in werking getreden.

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

³³ Ministerieel besluit van 04/07/2008 (Belgisch Staatsblad van 10/07/2008).

Actie 21: Steun aan ouders van kinderen met kanker

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

In maart 2008 voorgestelde maatregelen

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

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

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

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

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

Op basis van de ervaring en deskundigheid die deze proefprojecten in de afgelopen drie jaar ontwikkelden, werden in januari 2012 projectoproepen gedaan om die initiatieven verder te zetten en er zo voor te zorgen dat de al of niet reeds ondersteunde ziekenhuizen de kwaliteit van dergelijke projecten konden ontwikkelen en verbeteren. Het gaat om de volgende projectoproepen:

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

In 2012 werden er in totaal 141 kandidaat-dossiers ingediend, waaronder 65 projecten werden uitgekozen die vanaf 1 juli 2012 gedurende drie jaar voor een jaarlijks bedrag van 4 miljoen euro financiële steun zullen krijgen. Het gaat om de volgende projecten:

- 25 projecten betreffen de organisatie van lotgenotencontacten;
- 23 projecten gaan over het inrichten van onthaalruimtes voor de kinderen van kankerpatiënten;
- 16 projecten betreffen innovatieve benaderingen;
- 1 project bestaat uit de wetenschappelijke analyse van de psychosociale steun.

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

Bijkomende inlichting

Respijthuizen voor kinderen en adolescenten

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

Zorgeenheden voor respijtzorg voor kinderen en adolescenten met kanker of een ongeneeslijke ziekte met een onzeker vooruitzicht. Buiten het verblijf of verblijven in de eenheid moeten deze kinderen thuis verzorgd worden, en daar de frequente en noodzakelijke medische zorg krijgen. Deze eenheden willen de ouders van deze kinderen en adolescenten een moment van respijt bieden, waarbij de continuïteit van de zorg en de kwaliteit van de opvang gewaarborgd zijn. Zij moeten over een multidisciplinaire equipe beschikken, die aan de ontvangen doelgroep is aangepast en in staat is om 24 uur op 24, 7 dagen op 7, de diversiteit van pathologieën aan te kunnen. De onmisbare vakgebieden zijn: geneesheer-specialist, psycholoog, verpleegkundige, animator en logistiek en administratief personeel. Een kinesitherapeut, ergotherapeut en logopedist kunnen hier nog bij komen.

Het RIZIV trekt een totaalbudget van 2,1 miljoen euro uit, in gelijke delen van € 700.000 over de 3 Gewesten van het land verdeeld, om een deel van de personeelskosten te dekken, evenals bepaalde algemene kosten, behalve de bouwkosten die ten laste van de Gewesten vallen.

Er werden in overleg met de aanvaarde projecten (1 à 2 structuren per gewest) modelovereenkomsten uitgewerkt voor eenheden met 10 of 5 bedden. De eerste afgewerkte structuren (1 eenheid van 10 bedden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 2 eenheden van 5 bedden in Vlaanderen) zijn in de loop van 2011 van start gegaan. Het respijthuis in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ("Villa Indigo") tekende een overeenkomst voor een eenheid van 10 bedden (februari 2011). In Vlaanderen konden overeenkomsten worden getekend voor eenheden van 5 bedden voor de projecten Villa Rozerood (De Panne) en Pulderbos/Limmerik (Zandhoven) (juli 2011). In juli 2012 keurde het RIZIV de hernieuwing tot 30 april 2014 van de overeenkomsten met die drie respijteenheden goed.

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

**Actie 23: Structurele financiering van de keten van pediatrische zorgen
"Voortgezette Zorg Kinderen"**

In maart 2008 voorgestelde maatregel.

1. Oprichting van een pediatrische verbindingfunctie

Sinds 2004 hebben 7 multidisciplinaire verbindingsteams (4 Nederlandstalige en 3 Franstalige) een subsidie van de FOD Volksgezondheid gekregen om "voortgezette zorgen" en de globale aanpak van het ernstig zieke kind thuis te financieren. Deze teams belichamen de band tussen het ziekenhuis en thuis en staan borg voor de continuïteit van de zorg en de globale tenlasteneming thuis van het zwaar zieke kind.

De overeenkomsten van de multidisciplinaire verbindingsteams, die eind 2008 afliepen, werden verlengd. Sinds 2010 genoten 5 verbindingsteams (2 Nederlandstalige en 3 Franstalige) in afwachting van een structurele financiering een financiering dankzij het Budget Financiële Middelen van de ziekenhuizen, op basis van de erkenningsnormen van het KB van 15 november 2010.

De erkenningsnormen worden in samenspraak met de deskundigen van de bestaande verbindingsteams opgesteld en baseren zich in het bijzonder op het activiteitsniveau.

Het koninklijk besluit van 15 november 2010 legt de normen vast waaraan de functie "pediatrische verbinding" moet voldoen om te kunnen worden erkend (verschenen op 30 december 2010). De teams die een door de Gemeenschappen/Gewesten uitgereikte erkenning als "functie pediatrische verbinding" zullen krijgen, moeten enerzijds het ziekenhuisteam van de gehospitaliseerde jonge patiënt met een ernstige chronische aandoening ondersteunen, en anderzijds de continuïteit van de ziekenhuisbehandeling verzekeren wanneer de jongere weer naar huis gaat. Er werd een jaarlijks totaalbudget van 1,4 miljoen euro uitgetrokken.

Actie 24: Ondersteuning voor proefprojecten inzake klinische oncogeriatricie

In maart 2008 voorgestelde maatregel.

1. Oproep voor projecten oncogeriatricie

Met het oog op het optimaliseren van de opvang van oudere kankerpatiënten en met het vooruitzicht om later gespecialiseerde teams klinische oncogeriatricie op te richten, werd in juni 2008 een projectoproep gedaan. Die projectoproep beoogt een oncogeriatrisch organisatiemodel op te zetten waarin de samenwerking tussen het oncologisch zorgprogramma en het geriatrisch zorgprogramma een centrale plaats inneemt. Er dienden zich in totaal 27 kandidaten aan.

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

Ze kunnen worden onderverdeeld in 3 soorten studies en 1 soort proefprojecten rond oncogeriatricie:

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

Na een voorbereidende fase gingen de projecten in de loop van 2009 van start en kwamen in 2010 op volle kruissnelheid. Het bleek dat 2 jaar niet genoeg was om de projecten af te ronden en te kunnen evalueren. Bijgevolg werd de financiering van de gekozen projecten voor initiatief 24 in 2011 verlengd. Het jaarlijks activiteitenverslag werd in maart 2011 gevraagd, en het evaluatierapport in november 2011. De cel "Kankerplan" van de FOD organiseerde daarnaast in juni 2010 en in april 2011 een begeleidingscomité.

Op basis van de ervaring en deskundigheid die deze proefprojecten in de afgelopen drie jaar ontwikkelden, werd in januari 2012 een projectoproep gedaan om dat initiatief verder te zetten en er zo voor te zorgen dat de al of niet reeds ondersteunde ziekenhuizen de kwaliteit van dergelijke projecten konden ontwikkelen en verbeteren. Het betreft een projectoproep voor "Optimale aanpak van de onco-geriatrische patiënt".

Eenzijds beoogt de projectoproep de proefprojecten oncogeriatricie te ondersteunen die een optimale aanpak van de oncogeriatrische patiënt moeten uitwerken, dankzij het invoeren van een organisatiemodel op het gebied van de oncogeriatricie waarin de samenwerking tussen de oncoloog en de geriator een centrale plaats inneemt. Anderzijds mikt de projectoproep op de aanwijzing van een wetenschappelijk team voor de formatie, begeleiding en evaluatie van de proefprojecten "organisatiemodel". De projecten moeten bovendien een sensibilisatie van het personeel op het vlak van de noodzaak aan samenwerking tussen het geriatrische en het oncologische team beogen.

In 2012 werden er 57 kandidaat-dossiers ingediend, waaronder 18 projecten werden uitgekozen die vanaf 1 juli 2012 gedurende drie jaar voor een jaarlijks bedrag van 1,5 miljoen euro financiële steun zullen krijgen. Het gaat om 17 projecten die een optimale aanpak van de oncogeriatrische patiënt voorstellen en 1 project dat een wetenschappelijke analyse oncogeriatricie uitvoert.

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

Actie 25: Het aanbod palliatieve zorgen voor kankerpatiënten verbeteren

In maart 2008 voorgestelde maatregelen

De uitbouw van de palliatieve zorg, waarvan 80% met kanker te maken heeft, zal actief worden ondersteund.

1. Behoeftenstudie rond palliatieve zorg

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

Het KCE wijst er in de conclusies van deze studie op dat het statuut van de palliatieve patiënt zou moeten worden erkend op basis van de behoeften van de persoon, veeleer dan op basis van zijn levensprognose. De patiënten zouden vaak graag thuis willen verzorgd worden en daar hun laatste dagen doorbrengen. De opleiding van de verzorgenden, in het bijzonder over communicatie en de zorg verstrekt door een multidisciplinair team, zijn sleutelementen voor een kwalitatieve palliatieve zorg.

De federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg heeft momenteel de opdracht om een advies te geven dat de aanbevelingen uit de studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) verder uitwerkt. Het moet de volgende kwesties behandelen:

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

De evaluatiecel - die vertegenwoordigers telt van de 3 Belgische palliatieve zorgfederaties en van de verzekeringsinstellingen en een vertegenwoordiger van de commissie Euthanasie - besliste om vertegenwoordigers van bepaalde adviesraden uit te nodigen om aan het overleg deel te nemen. Het betreft in het bijzonder leden van de ziekenhuisinrichtingen en van het raadgevend comité van het RIZIV voor chronische ziektes. De evaluatiecel heeft zich tot taak gesteld om eerst over de definiëring van de palliatieve patiënt na te denken. De andere vraagstukken zullen in 2013 worden behandeld. Tegen eind 2012 zou er een eerste voorlopig rapport moeten worden bezorgd.

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

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

Een jaarbudget van 8,2 miljoen euro maakt het mogelijk om de personeelsnorm voor gekwalificeerd personeel voor palliatieve zorg met 0,10 VTE per 30 zwaar afhankelijke patiënten (categorieën B, C en Cd) te verhogen en te financieren.³⁴

³⁴ Koninklijk besluit van 12/02/2009 (Belgisch Staatsblad van 25/02/2009).

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

In het kader van de palliatieve thuiszorg aan het levenseinde, ondersteunt de herwaardering van de zorgforfaits een betere thuiszorg om de familie van de patiënten te ontlasten, in het bijzonder op het moment dat de familieleden hun professionele activiteiten terug moeten opnemen.

De herwaardering met 15% van het forfait voor palliatieve zorg werd op 1 maart 2009 van kracht, waardoor dat zorgforfait kon verhogen en van 512,44 euro naar 589,31 euro is gegaan.³⁵ Op 1 januari 2012 verhoogde dat forfait tot 615,15 euro. In 2011 registreerde men 21.072 palliatieve thuiszorgforfaits.

4. Palliatieve dagzorgcentra

Uitbouw van meer palliatieve zorgstructuren die noch ziekenhuis noch rusthuis zijn: de palliatieve dagzorgcentra vormen eveneens een oplossing voor korte behandelingen zoals ontlastende puncties of parenterale voeding...

Het MB van maart 2012 (Belgisch Staatsblad van 23.03.2012) beschrijft de financieringsvoorwaarden voor de erkende palliatieve zorgcentra. De specifieke normen om die centra te erkennen worden momenteel uitgewerkt.

Bijgevolg moet de geldigheidsperiode van het koninklijk besluit van 8 december 2006 met een jaar worden verlengd, tot 31 december 2012. Het Verzekeringscomité keurde op 21 mei 2012 het ontwerp van koninklijk besluit goed dat de 6 lopende palliatieve zorgprojecten (5 in Vlaanderen en 1 in Wallonië) verlengt.

In 2011 werd het budget van 572.000 euro naar boven toe herzien. In 2012 is het tot 1,1 miljoen euro gestegen.

³⁵ *Diverse wettelijke bepalingen - januari 2011*

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

In maart 2008 voorgestelde maatregelen

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

Op het vlak van de arbeidsongeschiktheid krijgen mensen die regelmatig afwezig zijn wegens een geplande medische behandeling vaak te maken met een administratief kluwen en grote financiële verliezen.

Elke nieuwe behandelingsfase vereist een nieuwe aangifte van arbeidsongeschiktheid. Tijdens de eerste afwezigheid en daarna, wanneer de periode van de werkhervatting tussen twee behandelingen in langer dan 14 dagen duurt, moet de werkgever het gewaarborgd inkomen betalen en krijgen de werknemers een carensdag opgelegd. Ten slotte kan de behandelingsduur ervoor zorgen dat die personen op invaliditeit terugvallen.

Een specifiek systeem van ziekteverlof en ziekte-uitkering voor de chronisch zieken die een behandeling volgen (bv. chemotherapie) en die daardoor regelmatig afwezig moeten zijn, zou een betere financiële regeling kunnen garanderen.

In het kader van het programma "Voorrang aan de chronische zieken" buigt men zich thans over twee zaken. De eerste betreft het toekennen van het toekomstig statuut van de persoon met een chronische aandoening, en de tweede slaat op de hervorming van de uitkeringsverzekering.

1) De gezondheidszorgwet 2012 (door de Ministerraad van 15 juni 2012 goedgekeurd voorontwerp van wet) legt thans de wettelijke basis om de criteria voor de toekenning van het toekomstig statuut van personen met een chronische aandoening technisch uit te werken.

Het RIZIV buigt zich momenteel over de uitwerking van een voorstel over een voor het statuut van chronische zieke bedoelde specifieke maximumfactuur (MAF). Dat voorstel zal de MAF chronische ziekten en nieuwe verrichtingen moeten omvatten. De werkgroep verzekerbaarheid (WGV) van het RIZIV buigt zich momenteel over de voorwaarden om dat statuut te verkrijgen, te houden of in te trekken. De uitvoering van die maatregel wordt in 2013 verwacht.

Een koninklijk besluit zal de voorwaarden tot het verkrijgen, houden en intrekken van dat statuut verduidelijken, en door dat statuut zal zo een categorie gerechtigden worden bereikt waaraan bepaalde rechten automatisch zullen worden toegekend. Er worden drie criteria vastgelegd om een dergelijk statuut toe te kennen:

- 1° een minimumbedrag aan gezondheidszorguitgaven over een bepaalde periode, om het chronisch karakter van de ziekte aan te tonen; of
- 2° recht hebben op het huidige forfait chronisch zieke; of
- 3° rechthebbende zijn en aan een zeldzame ziekte of een weesziekte lijden.

Bij het uitwerken van de specifieke voordelen van het toekomstige statuut, zou de verplichte toepassing door de zorgverleners van de derdebetalersregeling voor de

verrichtingen voor de rechthebbenden van het statuut "chronische zieke" één van de eerste rechten zijn die laatstgenoemden zouden krijgen. Door de derdebetalersregeling moet de verzekerde geen voorschot betalen voor de gezondheidszorgen die door de verplichte verzekering ten laste worden genomen, en wordt de financiële toegang tot de terugbetaalde gezondheidszorg verbeterd.

Er zal voor het statuut in een inlooperperiode worden voorzien, met een verplichte evaluatie.

2) De sociaalverzekerden met gezondheidsproblemen beroepsmatig aan het werk houden is één van de prioritaire aandachtspunten van de uitkeringsverzekering. Er is al met maatregelen in die zin begonnen. De mensen met het statuut "chronische zieke" zullen automatisch tot die maatregelen toegang hebben.

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

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

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

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

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

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

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

Naar het voorbeeld van wat er voor een alleenstaande ouder bestaat, werd in 2010 al een eerste keer met de minister van Werk over de aanpassing van het verlof voor medische bijstand overlegd, opdat de ouders van een kind met kanker gedurende een langere periode verlof voor medische bijstand zouden kunnen nemen. Er zal worden onderzocht of die discussies in deze nieuwe legislatuur kunnen worden voortgezet.

In het kader van het systeem van de vervangende ondernemer werd een wettelijke basis gecreëerd om de gevallen waarin een zelfstandige voor een periode van meer dan 30 dagen kan worden vervangen tot twee soorten verlof te kunnen uitbreiden: het palliatief zorgverlof en het zorgverlof voor een zwaar ziek kind.³⁶ Deze maatregel is sinds januari 2011 van kracht.

Als gevolg van het advies van de Nationale Arbeidsraad werden de regels rond het ziekteverlof versoepeld. Sinds 1 november 2012 is het mogelijk om als werknemer zijn werk voor een week te onderbreken om zich over een kind te ontfermen dat wegens een zware ziekte in het ziekenhuis moet worden opgenomen³⁷.

3. Een gemakkelijkere en aangepaste fiscale aftrekprocedure voor giften

In de strijd tegen kanker speelt de verenigingswereld een belangrijke rol, zowel voor de informatie en preventie of sociale ondersteuning voor de zieken als voor de ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek. De werking van de verenigingswereld is voor een groot deel gebaseerd op de gulheid van de burgers en op de aanmoedigingen van deze gulheid door de overheid via de mogelijkheid om de giften en legaten aan erkende verenigingen fiscaal af te trekken.

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

³⁶ De wijziging werd ingevoerd in het koninklijk besluit van 10 oktober 2012, B.S. 22 oktober 2012 (tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 augustus 1998). Zie de HDP-website: http://www.hdp.be/nl/sociaalsecretariaat/nieuws-sociaalsecretariaat/actualiteit-sociaalsecretariaat/4688-conge_assister_donner_soins_derogations_hospitalisation_enfant

³⁷ Ministerieel besluit van 28/05/2008 (Belgisch Staatsblad van 09/06/2008).

Bijkomende actie: Terugbetaling van vervoerskosten van kankerpatiënten

Bijkomende maatregelen

1. Vereenvoudiging van de terugbetalingsprocedure voor vervoerskosten

Bepaalde kankerbehandelingen gaan voor de patiënt met veel verplaatsingen tussen zijn woonplaats en het ziekenhuis gepaard, wat voor grote verplaatsingskosten zorgt.

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

Sinds 1 juli 2008 laat een vereenvoudigde procedure de terugbetaling toe van het geheel of een gedeelte (afhankelijk van de vervoerswijze) van de individuele verplaatsingskosten. Het onderscheid tussen individueel of openbaar vervoer wordt opgeheven, evenals de maximumafstand van 2x30 km heen en terug³⁸.

De lijst met terugbetalingen voor vervoerskosten bevat tevens een terugbetaling in het kader van de dringende geneeskundige hulp en voor de rechthebbenden die in een centrum voor dagverzorging worden opgenomen.

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

Sinds 1 juli 2007 is er een tegemoetkoming voor de verplaatsingskosten van de ouders of voogden van gehospitaliseerde min-18-jarige kankerpatiëntjes. De gewijzigde terugbetalingsvoorwaarden voor de verplaatsingskosten van de ouders bij een opname³⁹ zijn op 1 augustus 2008 van kracht geworden.

De ziekte- en invaliditeitsverzekering komt tegemoet in de kosten van een heen-en-terugtraject voor elke opnamedag van het minderjarig kind die minstens één nacht omvat, en dit voor een bedrag van € 0,25 per kilometer (werkelijke afstand tussen de woonplaats van het kind en het ziekenhuis waar het kind voor behandeling is opgenomen, met een beperking tot € 75 per dag, zijnde 300 km heen en terug).

³⁸ Koninklijk besluit van 30/06/2008 (Belgisch Staatsblad van 14/07/2008).

³⁹ De wet van 24 juli 2008 houdende diverse niet-dringende bepalingen vormt de wettelijke grondslag om een raadgevend comité in de Stichting in te voeren. Deze wet verscheen in het Belgisch Staatsblad van 07/08/2008.

Bijkomende actie: Betere behandeling inzake de voeding van kankerpatiënten

Nieuwe maatregelen 2011

1. Financiering van diëtisten in de oncologische zorgprogramma's

De voeding kan tijdens de kankerbehandeling een ondersteunende rol spelen, en daarom is het belangrijk om de voedingsondersteuning in de oncologische zorgprogramma's te versterken.

Door de diëtisten te financieren kan men de voedingsondersteuning in de programma's voor oncologische zorg (POZ) verbeteren. Deze maatregel inspireert zich op de initiatieven 10 en 11 van het Kankerplan met betrekking tot de financiering van psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijke assistenten en datamanagers in de oncologische zorgprogramma's.

Op basis van het aantal terugbetaalde multidisciplinaire oncologische consultaties (MOC) (gegevens van het RIZIV voor 2008) worden in de ziekenhuizen met een erkend oncologisch zorgprogramma sinds 1 januari 2011 tussen 1 en 4 VTE diëtisten gefinancierd.

De financiering wordt als volgt berekend:

- 1 VTE diëtist tussen 1 en 500 MOC;
- 1/2 VTE diëtist per extra 250 MOC (beperkt tot maximum 4 VTE).

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

De gefinancierde diëtisten beschikken bij voorkeur over een professionele ervaring in de oncologische diëtetiek of, bij gebrek hieraan, over een professionele ervaring in de dieetleer die nuttig is voor de behandeling van oncologische patiënten. Ze moeten deel uitmaken van het multidisciplinaire team van het oncologische zorgprogramma. Als het ziekenhuis een voedingsverantwoordelijke en een multidisciplinair voedingsteam heeft aangeduid, moeten die diëtisten aan de activiteiten van dat team deelnemen.

In het kader van de evaluatie en follow-up van dit initiatief zal een jaarlijks activiteitenrapport worden opgevraagd. Daarnaast organiseert de cel Kankerplan van de FOD Volksgezondheid uitwisselingen van 'best practices' en zal de diëtisten daarop uitnodigen. In 2011 werden er in totaal 191 contactgegevens geregistreerd, op basis waarvan de uitnodigingen werden verzonden, in het bijzonder voor de informatiedagen rond de registratie van de activiteiten van diëtisten. In juni 2011 vond een eerste studiedag plaats, en een tweede in december 2011.

Op 11 december 2012 wordt er een studiedag ingericht.

2. Oproep voor projecten rond cachexie

Cachexie is een frequent verschijnsel bij de oncologische patiënt, en eveneens bij verschillende andere chronische ziekten. Het is een van de meest uitputtende en ergste symptomen van kanker die de patiënt letterlijk van zijn energie berooft. Deze ernstige aandoening beïnvloedt zowel de levenskwaliteit als de levensverwachtingen van de patiënt. Dit is niet alleen moeilijk om te verwerken voor de patiënt, maar eveneens voor zijn omgeving, voor wie het zeer hard is om een dierbare op dergelijke wijze te zien aftakelen.

Het voornaamste symptoom van cachexie is gewichtsverlies, zowel onder de vorm van verlies van spieren als van vet en zelfs botmassa. Om cachexie te behandelen volstaat het niet om meer te eten. Het onderzoek en de vooruitgang inzake de oorzaken, preventie, diagnose en behandeling van cachexie blijven vandaag nieuwe elementen aanbrengen en laten toe om nieuwe inzichten te verwerven.

Eind januari 2011 werd naar de voor een oncologische zorgprogramma erkende ziekenhuizen een projectenoproep gedaan. Het moet innoverende en ambitieuze proefprojecten ondersteunen die de preventie, de diagnose en de behandeling willen verbeteren van oncologische patiënten die een risico op cachexie lopen of er aan lijden. Tegen 31 maart 2011 werden er 53 kandidaat-dossiers ingediend.

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

De goedgekeurde projecten worden uitgevoerd door een multidisciplinair team dat minstens uit oncologen, verpleegkundigen en voedingsspecialisten bestaat en moeten aangepaste strategieën ontwikkelen om cachexie te voorkomen, te ontdekken en te bestrijden. Ze kunnen in de volgende soorten projecten worden onderverdeeld:

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

Er zal tevens een grondige evaluatie moeten gebeuren, op basis van de tussentijdse activiteitenrapporten, het eindrapport en de begeleidingscomités die de cel "Kankerplan" van de FOD zal organiseren. In juni 2011 vond een eerste inleidende bijeenkomst plaats met alle projectverantwoordelijken.

Domein III: ONDERZOEK, VERNIEUWENDE TECHNOLOGIEËN EN EVALUATIE

Tabel 3: Stand van zaken van het domein "onderzoek, vernieuwende technologieën en evaluatie"

<i>Nr.</i>	<i>Actie</i>	<i>Oorsprong</i>	<i>Stand van zaken</i>
27	Oprichting van een tumorbank		
	Structurele financiering van de tumorbanken	Kankerplan 2008	OK
28	Structurele financiering van de coördinatie van het translationeel onderzoek in de ziekenhuizen		
	Structurele financiering van coördinatiecellen translationeel onderzoek	Kankerplan 2008	OK
29	Ondersteuning bij het translationeel onderzoek		
	Projecten translationeel onderzoek	Kankerplan 2008	OK
30	Gebruik van de hadrontherapie in België		
	Haalbaarheidsstudie over de oprichting van een hadrontherapiecentrum in België	Kankerplan 2008	Wordt uitgevoerd
	Betere terugbetaling van zorg- en vervoerskosten van kankerpatiënten die hadrontherapie nodig hebben	Kankerplan 2008	OK
31	De Stichting Kankerregister versterken		
	Oprichting via koninklijk besluit van de Stichting van openbaar nut Kankerregister	Kankerplan 2008	OK
	Oprichting van een raadgevend comité van de gebruikers van de gegevens van de Stichting van openbaar nut Kankerregister	Kankerplan 2008	OK
	Structurele financiering van de Stichting Kankerregister	Kankerplan 2008	OK
32	Oprichting van een Referentiecentrum voor Kanker		
	Oprichting van het Kankercentrum	Kankerplan 2008	OK

Actie 27: Oprichting van een tumorbank

In maart 2008 voorgestelde maatregel

1. Financiering van tumorbanken

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

Het betreft een forfaitaire financiering voor:

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

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

In 2011 werd de door het Kankerregister beheerde virtuele elektronische tumorbank "Belgian Virtual tumourbank - BVT" ontwikkeld. Ze bevat 2 modules: een registratiemodule en een catalogusmodule. Eind 2011 hadden 9 betrokken ziekenhuizen hun gegevens gedeeltelijk aan de virtuele tumorbank meegedeeld. Het project is zich nu volop aan het ontwikkelen, in samenwerking met alle verantwoordelijken.

De privacycommissie heeft toegestaan dat de partnerorganisaties toegang tot deze databank hebben. Een procedureaanvraag om ook andere onderzoekers toegang te geven is eveneens goedgekeurd.

Wat de follow-up van het project aangaat, wordt er een jaarlijks activiteitenrapport gevraagd en organiseert de cel "kankerplan" van de FOD Volksgezondheid met de verantwoordelijken van de gefinancierde eenheden een begeleidingscomité.

Op 4 oktober 2012 heeft het Kankerregister op een academische zitting de virtuele elektronische tumorbank ingehuldigd.

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

In maart 2008 voorgestelde maatregel

1. Structurele financiering van coördinatiecellen translationeel onderzoek

De universitaire of gelijkgestelde ziekenhuizen met een volledig OZP en die van een verregaande expertise op het vlak van translationeel onderzoek getuigen, kunnen sinds 1 januari 2009 een beroep doen op een structurele financiering. Er wordt in een budget van 1,4 miljoen euro voorzien.

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

Ze bestaat uit:

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

Wat de follow-up van het project aangaat, wordt er een jaarlijks activiteitenrapport gevraagd en organiseert de cel "kankerplan" van de FOD Volksgezondheid met de verantwoordelijken van de gefinancierde eenheden een begeleidingscomité.

Actie 29: steun aan het translationeel onderzoek

In maart 2008 voorgestelde maatregel.

1. Projecten translationeel oncologisch onderzoek

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

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

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

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

Deze studieprojecten kunnen betrekking hebben op verschillende soorten kankers, zoals borstkanker, leukemie, longkanker, neuroblastoom, baarmoederhalskanker, colorectale kanker of kanker tijdens de zwangerschap.

Meer concreet slaan de door deze projecten ontwikkelde onderzoeksthema's op:

- Functionele beeldvorming
- Genvolgordebepaling
- Interactie van acute lymfoblastische leukemiecellen bij kind en adolescent
- Innovatie in de associatie van meerdere geneesmiddelen
- Identificatie van micro-RNA's waarvan de aan- of afwezigheid de ontwikkeling van een tumor markeren
- Vaccinatie tegen kanker
- Onderzoek naar aangepaste behandelingen voor zwangere vrouwen

Na een belangrijke voorbereidende en opstellende fase gingen de projecten in de loop van 2009 van start en kwamen in 2010 op volle kruissnelheid. Op basis van de activiteitenrapporten 2009 en 2010 kwamen de begeleidingscomités respectievelijk in juni 2010 en juni 2011 bijeen. De jury maakte van elk project een aparte evaluatie, op basis van de volgende criteria: uitvoering/resultaten, weerslag op de zorgkwaliteit, duidelijkheid van de doelstellingen, medewerking, methodologie en weerslag op de kosten van de volksgezondheid.

De financiering van de voor het initiatief 29 gekozen projecten werd in 2011 verlengd. Het bleek dat 2 jaar niet volstond om de onderzoeksprojecten uit te voeren en af te ronden.

Op basis van de ervaring en deskundigheid die deze proefprojecten in de afgelopen drie jaar opleverden, werd in februari 2012 een projectoproep gedaan om dat initiatief verder te zetten, opdat de al of niet reeds ondersteunde ziekenhuizen de kwaliteit van

dergelijke projecten verder zouden kunnen ontwikkelen en verbeteren. Het betreft een projectoproep voor "translationele onderzoeksprojecten".

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

Binnenkort zitten wetenschappelijke deskundigen samen om de begeleiding, follow-up en evaluatie van de voor het initiatief 29 van het Kankerplan gefinancierde projecten te bespreken.

Actie 30: Gebruik van de hadrontherapie in België

In maart 2008 voorgestelde maatregelen

1. Haalbaarheidsstudie over de oprichting van een hadrontherapiecentrum in België

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

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

Men besliste dat het onderzoek zich vooral op de wetenschappelijke bewijzen moet richten die de ontwikkeling van een dergelijke techniek in België al of niet verantwoorden, en op de organisatie en de financieringsbronnen van een centrum in België. Het gaat bijvoorbeeld over de aandoeningen en het aantal patiënten voor wie een dergelijke therapie zou zijn aangewezen. Naar aanleiding van het begeleidingscomité van 23 oktober 2012 werd een tussentijds rapport besproken. Men verwacht het eindrapport tegen begin 2013.

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

In samenwerking met de bestaande Europese hadrontherapiecentra zal de terugbetaling worden verbeterd van de zorg- en vervoerskosten van kankerpatiënten die deze nieuwe vorm van radiotherapie nodig hebben.

In 2009 rondde het RIZIV een standaard terugbetalingsprocedure af voor de kankerpatiënten die een hadrontherapiebehandeling in het buitenland volgen. Er werd voor die maatregel voor 2011 een bijkomend budget van 3.5 miljoen euro uitgetrokken. Voor 2012 heeft men in eenzelfde bedrag voorzien.

Een overeenkomstvoorstel van het RIZIV met een nationaal radiotherapiecentrum bevat de voorwaarden voor zowel een behandeling in België als in het buitenland, de evaluatieprocedure van het wetenschappelijk rapport door de overeenkomstenraad, de aanvraagprocedure voor de individuele dossiers, de definities en tarieven voor honoraria en terugbetaalde verrichtingen en ook de financiële regels voor de betaling van de tegemoetkoming van de verzekering. Het Verzekeringscomité (RIZIV) keurde op 21 mei 2012 het ontwerp van koninklijk besluit goed. De uitvoering van deze maatregel wordt in 2012 verwacht.

In afwachting daarvan kan men nog altijd een beroep doen op het Bijzondere Solidariteitsfonds.

Actie 31: De Stichting Kankerregister versterken

In maart 2008 voorgestelde maatregelen

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

De Stichting van openbaar nut Kankerregister werd opgericht bij koninklijk besluit van 23 december 2008 (Belgisch Staatsblad van 10 februari 2009). Het moet de continuïteit van de registratie van kanker in België verzekeren en organiseren.

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

Het koninklijk besluit van 10 december 2009 (Belgisch Staatsblad van 8 april 2010) legt de samenstelling en de werking vast van het raadgevend comité van gebruikers van de gegevens van de stichting van openbaar nut Kankerregister.⁴⁰ Het heeft in het bijzonder de opdracht om toe te zien op de kwalitatieve en kwantitatieve aspecten van de behandeling van zeldzame tumoren en die aspecten te evalueren, en om voorstellen te doen die de registratie en analyse van de gegevens kunnen verbeteren.

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

3. Financiering van de Stichting Kankerregister

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

In de in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid opgerichte interkabinettenwerkgroep "Kanker" debatteert men nu over de uitwerking van een gemeenschappelijke, coherente visie en over een vereenvoudiging van de financiering van het Kankerregister.

Actie 32: Oprichting van een Referentiecentrum voor Kanker

In maart 2008 voorgestelde maatregel

1. Oprichting van het Kankercentrum

Het Kankercentrum werd op 1 september 2008 opgericht door het afsluiten van een overeenkomst tussen het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en het RIZIV. De verlenging van de overeenkomst voor de financiering van het Kankercentrum tot eind 2013 wordt thans uitgewerkt. Het Kankercentrum, dat een autonome afdeling van het WIV moet zijn, bestaat momenteel uit 7 medewerkers.

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

Het Kankercentrum organiseerde van november 2009 tot maart 2010 meerdere praatgroepen om met de veldwerkers te overleggen en aanbevelingen en voorstellen uit te werken om het Kankerplan verder te zetten en te versterken. De aangeboorde thema's handelden onder meer over de primaire en secundaire preventie, de diagnose, de zorg en behandelingen, de revalidatie en re-integratie, evenals de ondersteunende en palliatieve zorg. In totaal hebben meer dan 300 veldwerkers met zeer uiteenlopende achtergrond aan dit overleg deelgenomen.

Vanuit het overleg met het terrein en de analyse van de verschillende nationale en internationale documenten en rapporten werkte het Kankercentrum een langetermijnvisie uit voor het bestrijden van kanker in België, evenals eerste voorstellen en aanbevelingen voor geïntegreerde acties om het Kankerplan verder te zetten.

Het Kankercentrum heeft de uitvoering van de initiatieven van het Kankerplan 2008-2010 geëvalueerd. De evaluatie zal op 26 november 2012 naar aanleiding van het symposium "Evaluatie van het Kankerplan" worden voorgesteld en besproken.

BIJLAGE 1

In het kader van initiatief 15 bevat deze bijlage tabellen met alle nieuwe tegemoetkomingen door de verplichte ziekteverzekering voor geneesmiddelen tegen kanker, van januari 2011 tot november 2012.

SPECIALITEIT	INDICATIE	DATUM INWERKINGSTREDING
<p>HERCEPTIN poeder voor oplossing voor infusie 1 flacon 150 mg</p> <p>→ wijziging van de vergoedingsvoorwaarden: uitbreiding van indicaties</p>	<p>- behandeling van patiënten met een gemetastaseerde borstkanker met een amplificatie van het gen van de Humane Epidermale groeifactor Receptor-2 (HER2 of Human Epidermal growth factor Receptor-2).</p> <p>-adjuvante behandeling van patiënten met borstkanker met een amplificatie van het gen van de Humane Epidermale groeifactor Receptor-2 (HER2 of Human Epidermal growth factor Receptor-2).</p>	01-01-2011
<p>DOCETAXEL HOSPIRA 10 mg/ml 1 flacon 2 ml 1 flacon 8 ml 1 flacon 16 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>behandeling van lokaal gevorderd of gemetastaseerd borstcarcinoom na aangetoonde mislukking van een behandeling met anthracyclinen, of bij rechthebbenden die niet met anthracyclinen kunnen worden behandeld op basis van een gestaafe contra-indicatie;</p> <p>behandeling van lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom, nadat een voorafgaande standaard chemotherapie, platinahoudend of niet platinahoudend, heeft gefaald;</p> <p>behandeling in combinatie met doxorubicine van patiënten met gemetastaseerde of lokaal gevorderde borstkanker, die voor deze aandoening niet eerder chemotherapie hebben ontvangen;</p> <p>behandeling van metastatische hormono-resistente prostaatkanker in associatie met prednisone;</p> <p>adjuvante behandeling van een opereerbare borstkanker, bij patiënten die klierpositief zijn, hetzij in associatie met een anthracycline en cyclofosfamide, hetzij in associatie met enkel cyclofosfamide bij die patiënten bij wie een behandeling met een anthracycline niet overwogen kan worden;</p> <p>behandeling van een lokaal gevorderde of gemetastaseerde niet-kleincellige longkanker in combinatie met cisplatine bij patiënten die nog geen cytotoxische chemotherapie hebben gekregen voor deze aandoening;</p> <p>behandeling met cisplatine en 5-fluorouracil van patiënten met gemetastaseerde adeno-carcinoom van de maag, inclusief adenocarcinoom van de gastro-oesofageale junctie die niet voorheen werden behandeld met chemotherapie voor hun metastatische ziekte. In deze situatie moet er een profylaxe met een groeifactor voor witte cellen (G-CSF) ingesteld worden;</p> <p>inductiebehandeling in combinatie met cisplatine en 5-fluorouracil bij patiënten met lokaal gevorderd niet gemetastaseerd plaveiselcelcarcinoom van de hypopharynx, larynx, mondholte of orofarynx, dat door een multidisciplinair team bestaande uit een radiotherapeut, neus-keel-oorarts en medisch oncoloog en die allen het hieronder vermeld omstandig verslag ondertekenen, als inoperabel wordt beschouwd en die voor deze aandoening niet eerder cytotoxische chemotherapie hebben ontvangen.</p>	01-01-2011
<p>EBETREXAT 100 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie 1 flacon 500 mg 1 flacon 1000 mg 1 flacon 5000 mg</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>Methotrexaat is aangewezen voor de behandeling van verschillende kwaadaardige aandoeningen zoals acute lymfatische leukemie (ALL), borstkanker en osteosarcoom.</p>	01-01-2011
<p>CARBOPLATIN EBEWE concentraat voor oplossing voor infusie</p>	<p>Carboplatine is aangewezen voor de behandeling van een gevorderd ovariumcarcinoom (van epitheliale oorsprong), als initiële behandeling of tweedelijnsbehandeling wanneer andere therapeutische middelen hebben gefaald.</p>	01-02-2011

injectieflacon 5 x 50 mg injectieflacon 1 x 150 mg injectieflacon 1 x 450 mg → aanvraag terugbetaling klasse 3		
SUTENT 12,5 mg 30 capsules 25 mg 30 capsules 50 mg 30 capsules → individuele herziening	Behandeling van een gevorderd en/of gemetastaseerd niercelcarcinoom (stadium IV) ofwel bij een rechthebbende die voor deze kanker nog geen antineoplastische behandeling heeft gekregen; ofwel bij een rechthebbende bij wie eerdere therapie gebaseerd op interfon-alfa of interleukine-2 faalde of ernstige bijwerkingen heeft veroorzaakt en die, bij het starten van de therapie, een performantie status ECOG 0 of 1 (Karnofsky \geq 80) vertoont.	01-02-2011

<p>YONDELIS concentraat voor oplossing voor infusie 0,05 mg/ml</p> <p>0,25 mg 1 flacon 0,05 mg/ml 1 mg 1 flacon 0,05 mg/ml</p> <p>→ wijziging van de vergoedingsvoorwaarden: uitbreiding van indicaties</p>	<p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking indien ze wordt toegediend in associatie met liposomaal gepegyleerd doxorubicine bij patiënten bij wie een platinum gevoelig recidief epitheliaal ovariumcarcinoom is opgetreden na voorafgaande behandeling met cisplatine of carboplatine en bij wie het interval tussen de laatste toediening van carboplatine of cisplatine en het begin van de behandeling met Yondelis minstens zes maanden en niet langer dan twaalf maanden is.</p>	01-02-2011
<p>VOTRIENT</p> <p>200 mg 90 filmomhulde tabletten 400 mg 60 filmomhulde tabletten</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 2</p>	<p>Eerstelijnsbehandeling van een gevorderd en/of gemetastaseerd niercelcarcinoom (stadium IV) ofwel voor de behandeling van patiënten die hiervoor eerder een behandeling met cytokinen ontvingen.</p>	01-03-2011
<p>TAXOTERE</p> <p>20 mg/1 ml concentraat voor oplossing voor infusie 80 mg/4 ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>→ wijziging van de vergoedingsvoorwaarden: uitbreiding van indicaties</p>	<p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking als ze is toegediend in het raam van een adjuvante behandeling van een opereerbare borstkanker, bij patiënten die klierpositief zijn, of bij patiënten die kliernegatief zijn en beantwoorden aan één van de volgende eigenschappen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HER2 positief zijn • Triple negatief zijn (ER, PR en HER2 negatief) • ER positief en HER2 negatief zijn en voldoen aan minstens 1 van de volgende risicofactoren: lage ER, histologische graad 3, hoge proliferatiegraad, belangrijke peritumorale vasculaire infiltratie, T > 5 cm, hoge score in multigenische testen, <p>in een therapeutisch schema dat hetzij een anthracycline en cyclofosfamide bevat, hetzij enkel cyclofosfamide bevat (indien een behandeling met een anthracycline niet overwogen kan worden).</p>	01-04-2011
<p>MYOCET liposomaal colloïde voor infusie 2 vials 50 mg</p> <p>→ wijziging van de vergoedingsvoorwaarden: uitbreiding van indicaties</p>	<p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking als ze is toegediend in associatie met cyclofosfamide voor de behandeling van gemetastaseerd mammacarcinoom, in geval van verhoogd risico op cardiotoxiciteit, in één van de volgende situaties: patiënten met sterk verhoogd cardiaal risico: patiënten ≥ 65 jaar met een sterk verhoogd cardiovasculair risico, gedefinieerd door een SCORE ≥ 5% binnen de 10 jaar en patiënten ≥ 65 jaar met een bevestigde diagnose van diabetes mellitus.</p>	01-05-2011
<p>GEMCITABINE ACTAVIS 38 mg/ml, injectieflacon poeder voor oplossing voor infusie</p> <p>1 flacon 2000 mg</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>-De specialiteit wordt terugbetaald indien ze gebruikt wordt door een geneesheer-specialist in het kader van een behandeling van een niet-kleincellige longkanker.</p> <p>-De specialiteit wordt terugbetaald indien ze gebruikt wordt voor de behandeling van een histologisch bewezen (biopsie) lokaal gevorderd of gemetastaseerd adenocarcinoom van de pancreas.</p> <p>-De specialiteit wordt terugbetaald indien ze gebruikt wordt voor de behandeling van rechthebbenden met lokaal gevorderde of gemetastaseerde blaaskanker.</p> <p>-De specialiteit wordt terugbetaald indien ze gebruikt in associatie met carboplatine, voor de behandeling van rechthebbenden met een gevorderd recidief van een ovarieel epitheliaal carcinoom, bij wie het recidief optrad méér dan 6 maanden na een eerste lijnsbehandeling met een platinum-derivaat.</p> <p>-De specialiteit wordt ook terugbetaald indien toegediend in associatie met paclitaxel bij patiënten lijdend aan lokaal gevorderde, gemetastaseerde of lokaal recidiverende borstkanker, in geval van</p>	01-05-2011

	<p>recidief na anthracycline-bevattende adjuvante/neoadjuvante chemotherapie of een andere soort adjuvante/neoadjuvante chemotherapie als de betreffende patiënte een gestaafde contra-indicatie vertoont voor het gebruik van een behandeling met anthracyclinen.</p>	
<p>PACLITAXEL ACTAVIS 6mg/ml</p> <p>concentraat voor oplossing voor infusie 25 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>Ovariumcarcinoom: In de eerstelijnschemotherapie van ovariumcarcinoom is paclitaxel bestemd voor de behandeling van patiënten met vergevorderd ovariumcarcinoom of met een resttumor (>1 cm) na initiële laparotomie, in combinatie met cisplatine.</p> <p>In de tweedelijnschemotherapie van ovariumcarcinoom is paclitaxel bestemd voor de behandeling van gemetastaseerd ovariumcarcinoom na het falen van de standaard, platinabevattende therapie.</p> <p>Mammacarcinoom: Als adjuvante behandeling is Paclitaxel Actavis geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met klierpositief mammacarcinoom na behandeling met antracycline en cyclofosfamide (AC). Adjuvante behandeling met Paclitaxel Actavis dient beschouwd te worden als een alternatief voor een verlengde AC behandeling. De adjuvante behandeling met Paclitaxel Actavis moet als een alternatief voor een verlengde behandeling met AC worden beschouwd.</p> <p>Paclitaxel Actavis is geïndiceerd voor de initiële behandeling van lokaal vergevorderde of gemetastaseerd mammacarcinoom in combinatie met antracycline bij patiënten voor wie antracycline therapie is aangewezen, of in combinatie met trastuzumab bij patiënten bij wie met behulp van de immunochemische bepalingmethode overexpressie van humane epidermale groeifactor receptor 2 (HER-2) op 3+ niveau is vastgesteld, en voor wie antracycline niet geschikt is (zie rubrieken 4.4 en 5.1).</p> <p>Als monotherapie is Paclitaxel Actavis geïndiceerd voor de behandeling van gemetastaseerd mammacarcinoom bij patiënten die niet reageren op of niet in aanmerking komen voor een standaard antracycline-bevattende therapie.</p> <p>Vergevorderde niet-kleincellig longcarcinoom: Paclitaxel, in combinatie met cisplatine, is geïndiceerd voor de behandeling van niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) bij patiënten die niet in aanmerking komen voor potentieel curatieve chirurgie en/of radiotherapie.</p> <p>Aan AIDS gerelateerd Kaposi-sarcoom: Paclitaxel Actavis is aangewezen voor de behandeling van patiënten met vergevorderde, aan AIDS gerelateerde Kaposi-sarcoom (KS) waarbij een eerdere behandeling met een liposomaal antracycline gefaald heeft.</p>	01-06-2011
<p>LEVACT</p> <p>100 mg /5 flacons 25 mg /20 flacons 25 mg /5 flacons</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 1</p>	<p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking indien zij wordt toegediend voor de behandeling van een patiënt die lijdt aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - chronische lymfatische leukemie (Binet B of C) waarvoor hij/zij nooit eerder werd behandeld met chemotherapie en die niet in aanmerking komt voor een fudarabine combinatiebehandeling en die niet behandeld wordt met rituximab en die ouder is dan 18 jaar - - of indolent non hodgkin lymfoom dat ziekteprogressie vertoont tijdens of binnen 6 maanden na behandeling met rituximab of een rituximab bevattend schema en die behandeld wordt met Levact in monotherapie en die ouder is dan 18 jaar - - of multipeel myeloom (Durie-Salmon stadium II met progressie of III) waarvoor hij/zij nooit eerder werd behandeld met chemotherapie en die niet in aanmerking komt voor een autologe stamceltransplantatie en die bij de diagnose een klinische neuropathie vertoont die een thalidomide of bortezomib bevattende behandeling verhindert en die ouder is dan 65 jaar. 	01-06-2011
	De vergoeding wordt toegekend in combinatie met een aromatase	01-06-2011

<p>TYVERB</p> <p>250 mg 140 tabletten</p> <p>→ wijziging van de vergoedingsvoorwaarden: uitbreiding van indicaties</p>	<p>remmer voor postmenopauzale patiënten met hormoonreceptorpositieve gemetastaseerde borstkanker, die op dit moment niet in aanmerking komen voor chemotherapie die nog geen hormoontherapie, geen trastuzumab noch chemotherapie hebben gekregen voor hun metastatische toestand.</p>	
<p>TEMOZOLOMIDE TEVA</p> <p>harde capsules 5 x 140 mg harde capsules 5 x 180 mg</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - eerstelijnsbehandeling van een maligne glioom (WHO graad IV) bij rechthebbenden die, onmiddellijk na een chirurgische verwijdering en/of een biopsie, TEMODAL ontvangen in concomitante behandeling met radiotherapie gedurende 6 weken, en vervolgens, in adjuvante monotherapie, gedurende 6 cycli van 28 dagen waarbij elke cyclus 5 dagen toediening omvat - tweedelijnsbehandeling van een maligne glioom (WHO graad IV), met een maximum van 12 cycli van 28 dagen, waarbij elke cyclus 5 dagen toediening omvat, bij rechthebbenden die een volledige behandeling gekregen hebben zoals vermeld in punt a) 1° en die een recidief of een progressie vertonen nadat een respons werd verkregen die aanhield gedurende minstens 3 maanden na het stoppen van de behandeling. - tweedelijnsbehandeling van een maligne glioom, zoals anaplastisch astrocytoom of multiform glioblastoom (WHO graad III of IV of getransformeerde graad II), met een maximum van 12 cycli van 28 dagen waarbij elke cyclus 5 dagen toediening omvat, bij rechthebbenden die een recidief vertonen na een behandeling zonder TEMODAL. 	<p>01-06-2011</p>
<p>DOCETAXEL ACTAVIS 20 mg/ml</p> <p>DOCETAXEL EG 20 mg/ml</p> <p>1 flacon 1 ml concentraat voor oplossing voor infusie 1 flacon 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie 1 flacon 7 ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>behandeling van lokaal gevorderd of gemetastaseerd borstcarcinoom na aangetoonde mislukking van een behandeling met anthracyclinen, of bij rechthebbenden die niet met anthracyclinen kunnen worden behandeld op basis van een gestaafde contra-indicatie;</p> <p>behandeling van lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom, nadat een voorafgaande standaard chemotherapie, platinahoudend of niet platinahoudend, heeft gefaald;</p> <p>behandeling in combinatie met doxorubicine van patiënten met gemetastaseerde of lokaal gevorderde borstkanker, die voor deze aandoening niet eerder chemotherapie hebben ontvangen;</p> <p>behandeling van metastatische hormono-resistente prostaatkanker in associatie met prednisonen;</p> <p>adjuvante behandeling van een opereerbare borstkanker, bij patiënten die klierpositief zijn, hetzij in associatie met een anthracycline en cyclofosfamide, hetzij in associatie met enkel cyclofosfamide bij die patiënten bij wie een behandeling met een anthracycline niet overwogen kan worden;</p> <p>behandeling van een lokaal gevorderde of gemetastaseerde niet-kleincellige longkanker in combinatie met cisplatine bij patiënten die nog geen cytotoxische chemotherapie hebben gekregen voor deze aandoening;</p> <p>behandeling met cisplatine en 5-fluorouracil van patiënten met gemetastaseerde adeno-carcinoom van de maag, inclusief adenocarcinoom van de gastro-oesofageale junctie die niet voorheen werden behandeld met chemotherapie voor hun metastatische ziekte.</p> <p>In deze situatie moet er een profylaxe met een groeifactor voor witte cellen (G-CSF) ingesteld worden;</p> <p>inductiebehandeling in combinatie met cisplatine en 5-fluorouracil bij patiënten met lokaal gevorderd niet gemetastaseerd plaveiselcelcarcinoom van de hypopharynx, larynx, mondholte of orofarynx, dat door een multidisciplinair team bestaande uit een radiotherapeut, neus-keel-oorarts en medisch oncoloog en die allen het hieronder vermeld omstandig verslag ondertekenen, als inoperabel wordt beschouwd en die voor deze aandoening niet eerder cytotoxische chemotherapie hebben ontvangen.</p>	<p>01-06-2011</p>

<p>IRINOTECAN KABI 20 mg/ ml</p> <p>concentraat voor oplossing voor infusie 1 flacon 25 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>- behandeling van een gemetastaseerde colorectale kanker in een dosis van maximum 180 mg/m² lichaamsoppervlakte, en in associatie met 5-fluorouracil en calciumleucovorin, bij rechthebbenden die voorafgaandelijk geen of hoogstens een adjuvante chemotherapie hebben gehad.</p> <p>- tweedelijnsbehandeling van een gemetastaseerde colorectale kanker, na een voorafgaande chemotherapie met 5-fluorouracil, in geval van mislukking of recidief binnen een termijn van zes maanden</p>	<p>01-07-2011</p>
<p>TASIGNA</p> <p>150 mg 112 capsules</p> <p>→ aanvraag terugbetaling: weesgeneesmiddel</p>	<p>Behandeling van een nieuw gediagnosticeerde (<6 maanden), Philadelphia chromosoom positieve, chronische myeloïde leukemie (aanwezigheid van het Bcr/Abl of Breakpoint cluster region/Abelson gen) aangetoond door middel van cytogenetische analyse en/of door middel van PCR (polymerase chain reaction), bij een rechthebbende vanaf de leeftijd van 18 jaar, bij wie de chronische myeloïde leukemie zich in chronische fase bevindt.</p>	<p>01-07-2011</p>
<p>CISPLATINE SANDOZ 1 mg/10 ml</p> <p>10 ml te verdunnen oplossing voor infusie 50 ml te verdunnen oplossing voor infusie 100 ml te verdunnen oplossing voor infusie</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 2</p>	<p>Te gebruiken als monotherapie, of binnen een bestaande behandeling met chemotherapeutica bij uitgebreide of gemetastaseerde tumoren: testiscarcinoom (palliatieve en curatieve polychemotherapie) en ovariumcarcinoom (stadium III en IV) en plaveiselcel epithelioom van hoofd en hals (palliatieve therapie).</p> <p>Bij de behandeling van kleincellig longcarcinoom.</p> <p>Bij de behandeling van geavanceerd niet-kleincellig longcarcinoom.</p>	<p>01-07-2011</p>
<p>GEMCITABINE SANDOZ 40 mg/ml</p> <p>200 mg concentraat voor oplossing voor infusie 1000 mg concentraat voor oplossing voor infusie 2000 mg concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>-De specialiteit wordt terugbetaald indien ze gebruikt wordt door een geneesheer-specialist in het kader van een behandeling van een niet-kleincellige longkanker.</p> <p>-De specialiteit wordt terugbetaald indien ze gebruikt wordt voor de behandeling van een histologisch bewezen (biopsie) lokaal gevorderd of gemetastaseerd adenocarcinoom van de pancreas.</p> <p>-De specialiteit wordt terugbetaald indien ze gebruikt wordt voor de behandeling van rechthebbenden met lokaal gevorderde of gemetastaseerde blaaskanker.</p> <p>-De specialiteit wordt terugbetaald indien ze gebruikt in associatie met carboplatine, voor de behandeling van rechthebbenden met een gevorderd recidief van een ovarieel epitheliaal carcinoom, bij wie het recidief optrad méér dan 6 maanden na een eerste lijnsbehandeling met een platinum-derivaat.</p> <p>De specialiteit wordt ook terugbetaald indien toegediend in associatie met paclitaxel bij patiëntes lijdend aan lokaal gevorderde, gemetastaseerde of lokaal recidiverende borstkanker, in geval van recidief na anthracycline-bevattende adjuvante/neoadjuvante chemotherapie of een andere soort adjuvante/neoadjuvante chemotherapie als de betreffende patiënte een gestaafde contra-indicatie vertoont voor het gebruik van een behandeling met anthracyclinen.</p>	<p>01-07-2011</p>
<p>TOPOTECAN EBewe 1mg/ml</p> <p>5 x 3 ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>-tweedelijnsbehandeling in het raam van de behandeling van extrapelvair gevorderd ovariumcarcinoom (FIGO stadia III en IV van de rangschikking opgesteld door de «International Federation of Gynecology-Obstetrics»), in geval van mislukking of recidief binnen een termijn van twaalf maanden, na een voorafgaande chemotherapie met de combinatie van cisplatine of carboplatine met paclitaxel;</p> <p>-in combinatie met cisplatine bij patiënten die zich presenteren met een recidief van baarmoederhalskanker na radiotherapie of bij patiënten met een baarmoederhalskanker stadium IV-B.</p>	<p>01-07-2011</p>
	<p>Borstkanker, neo-adjuvante en adjuvante therapie van osteosarcoom;</p>	<p>01-07-2011</p>

<p>DOXORUBICINE TEVA 2mg/ml</p> <p>1 flacon 5 ml 1 flacon 25 ml 1 flacon 100 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>gevorderd weke-delensarcoom bij volwassenen; kleincellig longcarcinoom (SCLC); Hodgkin lymfoom ; zeer maligne non-Hodgkin lymfoom; Inductie- en consolidatietherapie bij acute lymfatische leukemie; acute myeloblastische leukemie; gevorderd multipel myeloom ; gevorderd of recidiverend endometriumcarcinoom ; gevorderd of gerecidiveerd papillair/folliculair schildklier carcinoom ; anaplastisch schildklier carcinoom; systemische behandeling van lokaal gevorderd of gemetastaseerd blaascarcinoom ; intravesicale profylaxe van recidieven van oppervlakkig blaascarcinoom na transurethrale resectie ; recidiverend ovariumcarcinoom; Wilms tumor (in stadium II bij zeer maligne varianten, alle gevorderde stadia [III – IV]) ; gevorderd neuroblastoom.</p>	
<p>GEMCITABINE ACTAVIS 40 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>1 flacon 5 ml 1 flacon 25 ml 1 flacon 50 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>-De specialiteit wordt terugbetaald indien ze gebruikt wordt door een geneesheer-specialist in het kader van een behandeling van een niet-kleincellige longkanker.</p> <p>-De specialiteit wordt terugbetaald indien ze gebruikt wordt voor de behandeling van een histologisch bewezen (biopsie) lokaal gevorderd of gemetastaseerd adenocarcinoom van de pancreas.</p> <p>-De specialiteit wordt terugbetaald indien ze gebruikt wordt voor de behandeling van rechthebbenden met lokaal gevorderde of gemetastaseerde blaaskanker.</p> <p>-De specialiteit wordt terugbetaald indien ze gebruikt in associatie met carboplatine, voor de behandeling van rechthebbenden met een gevorderd recidief van een ovarieel epitheliaal carcinoom, bij wie het recidief optrad méér dan 6 maanden na een eerste lijnsbehandeling met een platinum-derivaat.</p> <p>De specialiteit wordt ook terugbetaald indien toegediend in associatie met paclitaxel bij patiëntes lijdend aan lokaal gevorderde, gemetastaseerde of lokaal recidiverende borstkanker, in geval van recidief na anthracycline-bevattende adjuvante/neoadjuvante chemotherapie of een andere soort adjuvante/neoadjuvante chemotherapie als de betreffende patiënte een gestaafde contra-indicatie vertoont voor het gebruik van een behandeling met anthracyclinen.</p>	01-07-2011
<p>SUTENT</p> <p>12,5 mg 30 capsules 25 mg 30 capsules 50 mg 30 capsules</p> <p>→ wijziging van de vergoedingsvoorwaarden: beperking van de vergoedingsvoorwaarden</p>	<p>De specialiteit komt in aanmerking voor vergoeding indien ze gebruikt wordt voor de behandeling van een gevorderd en/of gemetastaseerd niercelcarcinoom (stadium IV): ofwel bij een rechthebbende die voor deze kanker nog geen antineoplastische behandeling heeft gekregen, ofwel bij een rechthebbende bij wie eerdere therapie gebaseerd op interferon-alfa of interleukine-2 faalde of ernstige bijwerkingen heeft veroorzaakt en die, bij het starten van de therapie, een performantie status ECOG 0 of 1 (Karnofsky \geq 80) vertoont</p>	01-08-2011
<p>IDARUBICIN EBewe 1mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>1 flacon 20 ml 5 flacon 10 ml 5 flacon 5 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>Behandeling van acute myeloblastische leukemie of voor de tweedelijnsbehandeling van acute lymfoblastische leukemie</p>	01-08-2011
<p>MABTHERA</p> <p>500 mg/50 ml, oplossing voor infusie 1 flacon van 50 ml</p>	<p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking indien ze wordt toegediend aan een maximale dosis van 375 mg/m² per toediening, in het kader van de behandeling van een patiënt die lijdt aan een non hodgkin lymfoom met CD-20 expressie: In de onderhoudsbehandeling, bij niet eerder met chemotherapie behandelde patiënten, die een</p>	01-08-2011

<p>100 mg/10 ml, oplossing voor infusie 2 flacons van 10 ml</p> <p>→ wijziging van de vergoedingsvoorwaarden: uitbreiding van indicaties</p>	<p>respons vertoonden op de inductie behandeling; In de onderhoudsbehandeling, bij patiënten met een herval na of refractair aan een voorgaande chemotherapie, die een respons vertoonden op de inductiebehandeling</p>	
<p>TOPOTECAN TEVA 1mg/ml</p> <p>1 x 1 ml concentraat voor oplossing voor infusie 5 x 1 ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>-tweedelijnsbehandeling in het raam van de behandeling van extrapelvair gevorderd ovariumcarcinoom (FIGO stadia III en IV van de rangschikking opgesteld door de «International Federation of Gynecology-Obstetrics»), in geval van mislukking of recidief binnen een termijn van twaalf maanden, na een voorafgaande chemotherapie met de combinatie van cisplatine of carboplatine met paclitaxel;</p> <p>-in combinatie met cisplatine bij patiënten die zich presenteren met een recidief van baarmoederhalskanker na radiotherapie of bij patiënten met een baarmoederhalskanker stadium IV-B.</p>	<p>01-08-2011</p>
<p>DOCETAXEL RATIOPHARM 20 mg/ml</p> <p>1 flacon 1 ml 1 flacon 4 ml 1 flacon 7 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>behandeling van lokaal gevorderd of gemetastaseerd borstcarcinoom na aangetoonde mislukking van een behandeling met anthracyclinen, of bij rechthebbenden die niet met anthracyclinen kunnen worden behandeld op basis van een gestaafde contra-indicatie;</p> <p>behandeling van lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom, nadat een voorafgaande standaard chemotherapie, platinahoudend of niet platinahoudend, heeft gefaald;</p> <p>behandeling in combinatie met doxorubicine van patiënten met gemetastaseerde of lokaal gevorderde borstkanker, die voor deze aandoening niet eerder chemotherapie hebben ontvangen;</p> <p>behandeling van metastatische hormono-resistente prostaatkanker in associatie met prednisone;</p> <p>adjuvante behandeling van een opereerbare borstkanker, bij patiënten die klierpositief zijn, hetzij in associatie met een anthracycline en cyclofosfamide, hetzij in associatie met enkel cyclofosfamide bij die patiënten bij wie een behandeling met een anthracycline niet overwogen kan worden;</p> <p>behandeling van een lokaal gevorderde of gemetastaseerde niet-kleincellige longkanker in combinatie met cisplatine bij patiënten die nog geen cytotoxische chemotherapie hebben gekregen voor deze aandoening;</p> <p>behandeling met cisplatine en 5-fluorouracil van patiënten met gemetastaseerde adeno-carcinoom van de maag, inclusief adenocarcinoom van de gastro-oesofageale junctie die niet voorheen werden behandeld met chemotherapie voor hun metastatische ziekte. In deze situatie moet er een profylaxe met een groeifactor voor witte cellen (G-CSF) ingesteld worden;</p> <p>inductiebehandeling in combinatie met cisplatine en 5-fluorouracil bij patiënten met lokaal gevorderd niet gemetastaseerd plaveiselcelcarcinoom van de hypopharynx, larynx, mondholte of orofarynx, dat door een multidisciplinair team bestaande uit een radiotherapeut, neus-keel-oorarts en medisch oncoloog en die allen het hieronder vermeld omstandig verslag ondertekenen, als inoperabel wordt beschouwd en die voor deze aandoening niet eerder cytotoxische chemotherapie hebben ontvangen.</p>	<p>01-08-2011</p>
<p>PACLITAXEL FRESENIUS KABI 6mg/ml</p> <p>te verdunnen oplossing voor infusie 150 mg/25 ml te verdunnen oplossing voor infusie 600 mg/100 ml</p>	<p>Ovariumcarcinoom: In de eerstelijnschemotherapie van ovariumcarcinoom is paclitaxel bestemd voor de behandeling van patiënten met vergevorderd ovariumcarcinoom of met een resttumor (>1 cm) na initiële laparotomie, in combinatie met cisplatine.</p> <p>In de tweedelijnschemotherapie van ovariumcarcinoom is paclitaxel bestemd voor de behandeling van gemetastaseerd ovariumcarcinoom na het falen van de standaard, platinabevattende therapie.</p> <p>Mammacarcinoom: Als adjuvante behandeling is Paclitaxel Actavis geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met klierpositief mammacarcinoom na behandeling met antracycline en cyclofosfamide</p>	<p>01-08-2011</p>

<p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>(AC). Adjuvante behandeling met Paclitaxel Actavis dient beschouwd te worden als een alternatief voor een verlengde AC behandeling. De adjuvante behandeling met Paclitaxel Actavis moet als een alternatief voor een verlengde behandeling met AC worden beschouwd.</p> <p>Paclitaxel Actavis is geïndiceerd voor de initiële behandeling van lokaal vergevorderde of gemetastaseerd mammacarcinoom in combinatie met antracycline bij patiënten voor wie antracycline therapie is aangewezen, of in combinatie met trastuzumab bij patiënten bij wie met behulp van de immunochemische bepalingsmethode overexpressie van humane epidermale groeifactor receptor 2 (HER-2) op 3+ niveau is vastgesteld, en voor wie antracycline niet geschikt is (zie rubrieken 4.4 en 5.1).</p> <p>Als monotherapie is Paclitaxel Actavis geïndiceerd voor de behandeling van gemetastaseerd mammacarcinoom bij patiënten die niet reageren op of niet in aanmerking komen voor een standaard antracycline-bevattende therapie.</p> <p>Vergevorderde niet-kleincellig longcarcinoom: Paclitaxel, in combinatie met cisplatine, is geïndiceerd voor de behandeling van niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) bij patiënten die niet in aanmerking komen voor potentieel curatieve chirurgie en/of radiotherapie.</p> <p>Aan AIDS gerelateerd Kaposi-sarcoom: Paclitaxel Actavis is aangewezen voor de behandeling van patiënten met vergevorderde, aan AIDS gerelateerde Kaposi-sarcoom (KS) waarbij een eerdere behandeling met een liposomaal antracycline gefaald heeft.</p>	
<p>TORISEL 25 mg/ml</p> <p>10 mg/ml 3 ml oplossing voor infusie</p> <p>→ wijziging van de vergoedingsvoorwaarden: uitbreiding van indicaties</p>	<p>De specialiteit wordt vergoed als ze toegediend wordt aan een patiënt met mantelcellymfoom (MCL). De vergoeding is toegestaan voor zover de patiënt zich bevindt hetzij in recidiverende toestand hetzij in refractaire toestand en hij voorafgaand minstens 2 lijnen chemotherapie heeft gekregen (de inductie-behandeling en de consolidatiebehandeling voor een beenmergtransplantatie tellen voor één enkele therapeutische lijn).</p>	<p>01-09-2011</p>
<p>GETMISI 40 mg/ml</p> <p>1 flacon 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie 1 flacon 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie 1 flacon 50 ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> -De specialiteit wordt terugbetaald indien ze gebruikt wordt door een geneesheer-specialist in het kader van een behandeling van een niet-kleincellige longkanker. -De specialiteit wordt terugbetaald indien ze gebruikt wordt voor de behandeling van een histologisch bewezen (biopsie) lokaal gevorderd of gemetastaseerd adenocarcinoom van de pancreas. -De specialiteit wordt terugbetaald indien ze gebruikt wordt voor de behandeling van rechthebbenden met lokaal gevorderde of gemetastaseerde blaaskanker. -De specialiteit wordt terugbetaald indien ze gebruikt in associatie met carboplatine, voor de behandeling van rechthebbenden met een gevorderd recidief van een ovarieel epitheliaal carcinoom, bij wie het recidief optrad méér dan 6 maanden na een eerste lijnsbehandeling met een platinum-derivaat. <p>De specialiteit wordt ook terugbetaald indien toegediend in associatie met paclitaxel bij patiëntes lijdend aan lokaal gevorderde, gemetastaseerde of lokaal recidiverende borstkanker, in geval van recidief na antracycline-bevattende adjuvante/neoadjuvante chemotherapie of een andere soort adjuvante/neoadjuvante chemotherapie als de betreffende patiënte een gestaafde contra-indicatie vertoont voor het gebruik van een behandeling met antracyclinen.</p>	<p>01-09-2011</p>
<p>CARBOPLATIN SANDOZ 10 mg/ml</p> <p>injectieflacon 1 x 60 ml injectieflacon 1 x 100 ml</p>	<p>Carboplatine wordt alleen gebruikt of in combinatie met andere antitumorale middelen bij de behandeling van een gevorderd ovariumcarcinoom.</p>	<p>01-09-2011</p>

<p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>		
<p>DOCETAXEL EBEWE PHARMA 10 mg/ml</p> <p>1 flacon 160 mg</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>behandeling van lokaal gevorderd of gemetastaseerd borstcarcinoom na aangetoonde mislukking van een behandeling met anthracyclinen, of bij rechthebbenden die niet met anthracyclinen kunnen worden behandeld op basis van een gestaafde contra-indicatie;</p> <p>behandeling van lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom, nadat een voorafgaande standaard chemotherapie, platinahoudend of niet platinahoudend, heeft gefaald;</p> <p>behandeling in combinatie met doxorubicine van patiënten met gemetastaseerde of lokaal gevorderde borstkanker, die voor deze aandoening niet eerder chemotherapie hebben ontvangen;</p> <p>behandeling van metastatische hormono-resistente prostaatkanker in associatie met prednisone;</p> <p>adjuvante behandeling van een opereerbare borstkanker, bij patiënten die klierpositief zijn, hetzij in associatie met een anthracycline en cyclofosfamide, hetzij in associatie met enkel cyclofosfamide bij die patiënten bij wie een behandeling met een anthracycline niet overwogen kan worden;</p> <p>behandeling van een lokaal gevorderde of gemetastaseerde niet-kleincellige longkanker in combinatie met cisplatine bij patiënten die nog geen cytotoxische chemotherapie hebben gekregen voor deze aandoening;</p> <p>behandeling met cisplatine en 5-fluorouracil van patiënten met gemetastaseerde adeno-carcinoom van de maag, inclusief adenocarcinoom van de gastro-oesofageale junctie die niet voorheen werden behandeld met chemotherapie voor hun metastatische ziekte.</p> <p>In deze situatie moet er een profylaxe met een groeifactor voor witte cellen (G-CSF) ingesteld worden;</p> <p>inductiebehandeling in combinatie met cisplatine en 5-fluorouracil bij patiënten met lokaal gevorderd niet gemetastaseerd plaveiselcelcarcinoom van de hypopharynx, larynx, mondholte of orofarynx, dat door een multidisciplinair team bestaande uit een radiotherapeut, neus-keel-oorarts en medisch oncoloog en die allen het hieronder vermeld omstandig verslag ondertekenen, als inoperabel wordt beschouwd en die voor deze aandoening niet eerder cytotoxische chemotherapie hebben ontvangen.</p>	<p>01-09-2011</p>
<p>SUTENT</p> <p>12,5 mg 30 capsules 25 mg 30 capsules 50 mg 30 capsules</p> <p>→ wijziging van de vergoedingsvoorwaarden: uitbreiding van indicaties</p>	<p>Behandeling van een niet operatief te verwijderen of gemetastaseerde goed gedifferentieerde neuro-endocriene tumor van de pancreas die een ziekteprogressie vertoont.</p>	<p>01-10-2011</p>
<p>LYSODREN</p> <p>100 tabletten 500 mg</p> <p>→ individuele herziening: geen nieuwe patiënten meer; geen gratis startverpakking meer</p>	<p>De terugbetaling wordt slechts toegekend aan rechthebbenden die voor de inwerkingtreding van de huidige reglementering, terugbetaling van LYSODREN kregen conform de voorwaarden van § 4450000 (symptomatische behandeling van gevorderd (niet resectabel, metastatisch of recidief) functioneel bijnierschorscarcinoom).</p>	<p>01-10-2011</p>
<p>LITAK 2 mg/ml</p> <p>injectieflacon 1 x 5 ml</p>	<p>Behandeling van tricholeucocyten-leukemie (haarcelleukemie).</p>	<p>01-10-2011</p>

→ aanvraag terugbetaling: weesgeneesmiddel		
<p>TAXOTERE</p> <p>160 mg/8 ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>→ wijziging van de vergoedingsvoorwaarden: uitbreiding van indicaties</p>	<p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking als ze is toegediend in het raam van een adjuvante behandeling van een opereerbare borstkanker, bij patiënten die klierpositief zijn, of bij patiënten die kliernegatief zijn en beantwoorden aan één van de volgende eigenschappen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HER2 positief zijn • Triple negatief zijn (ER, PR en HER2 negatief) • ER positief en HER2 negatief zijn en voldoen aan minstens 1 van de volgende risicofactoren: lage ER, histologische graad 3, hoge proliferatiegraad, belangrijke peritumorale vasculaire infiltratie, T > 5 cm, hoge score in multigenische testen, <p>in een therapeutisch schema dat hetzij een anthracycline en cyclofosfamide bevat, hetzij enkel cyclofosfamide bevat (indien een behandeling met een anthracycline niet overwogen kan worden).</p>	01-10-2011
<p>IRINOTECAN ACTAVIS 20 mg/ml</p> <p>concentraat voor oplossing voor infusie 1 flacon 15 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - behandeling van een gemetastaseerde colorectale kanker in een dosis van maximum 180 mg/m² lichaamsoppervlakte, en in associatie met 5-fluorouracil en calciumleucovorin, bij rechthebbenden die voorafgaandelijk geen of hoogstens een adjuvante chemotherapie hebben gehad. - tweedelijnsbehandeling van een gemetastaseerde colorectale kanker, na een voorafgaande chemotherapie met 5-fluorouracil, in geval van mislukking of recidief binnen een termijn van zes maanden 	01-10-2011

<p>VIDAZA</p> <p>poeder voor suspensie voor injectie 100 mg poeder voor suspensie voor injectie 100 mg/flacon</p> <p>→ wijziging van de vergoedingsvoorwaarden: verduidelijking van de vergoedingsvoorwaarden</p>	<p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking indien zij wordt toegediend voor de behandeling van een patiënt die lijdt aan: 1. van een myelodysplastisch syndroom met intermediair-2 of hoog risico volgens de internationale prognostische index (International Prognostic Scoring System, IPSS) ; 2. van een chronische myelomonocyttaire leukemie met 10-29 % blasten in het beenmerg zonder myeloproliferatief syndroom ; 3. van een acute myeloblastenleukemie met 20-30 % blasten en dysplasie van meerdere cellijnen.</p> <p>Bovendien, onder de patiënten die zich in één van de situaties 1, 2 of 3 hierboven vermeld bevinden, zijn deze uitgesloten van terugbetaling die zich bevinden in één of meer van de volgende situaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten die in aanmerking komen voor transplantatie van hematopoietische stamcellen; • Patiënten met een myelodysplastisch syndroom of een acute myeloblastenleukemie, die hiervoor eerder werden behandeld met een cytotoxische therapie of een hematopoietische stamceltransplantatie; • Herval van myelodysplastisch syndroom of acute myeloblastenleukemie, waarbij de voorgaande episode(s) behandeld werd(en) met een andere behandeling dan 5-azacitidine; • Myelodysplastisch syndroom volgend op een acute leukemie. 	<p>01-11-2011</p>
<p>SPRYCEL</p> <p>20 mg 60 filmomhulde tabletten 50 mg 60 filmomhulde tabletten 70 mg 60 filmomhulde tabletten 100 mg 30 filmomhulde tabletten</p> <p>→ wijziging van de vergoedingsvoorwaarden: uitbreiding van indicaties</p>	<p>Behandeling van een Philadelphia chromosoom positieve chronische myeloïde leukemie (aanwezigheid van Bcr/Abl gen, of Breakpoint cluster region/Abelson gen), nieuw gediagnosticeerd (< 6 maanden)</p>	<p>01-12-2011</p>
<p>TASIGNA</p> <p>150 mg 112 capsules 200 mg 112 capsules</p> <p>→ wijziging van de terugbetaling</p>	<p>Behandeling van een nieuw gediagnosticeerde (<6 maanden), Philadelphia chromosoom positieve, chronische myeloïde leukemie (aanwezigheid van het Bcr/Abl of Breakpoint cluster region/Abelson gen) aangetoond door middel van cytogenetische analyse en/of door middel van PCR (polymerase chain reaction), bij een rechthebbende vanaf de leeftijd van 18 jaar, bij wie de chronische myeloïde leukemie zich in chronische fase bevindt; het gaat om een rechthebbende, al eerder behandeld met niet-terugbetaald TASIGNA 150 mg, in het kader van de ENEST first klinische studie, die bij het begin van de behandeling met Tasigna aan de criteria beschreven in punt a) 1) beantwoordde en die geen resistentie en/of intolerantie aan TASIGNA ontwikkeld heeft.</p>	<p>01-12-2011</p>
<p>TOPOTECAN EBEWE 1mg/ml</p> <p>5 x 1 ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>-tweedelijnsbehandeling in het raam van de behandeling van extrapelvair gevorderd ovariumcarcinoom (FIGO stadia III en IV van de rangschikking opgesteld door de «International Federation of Gynecology-Obstetrics»), in geval van mislukking of recidief binnen een termijn van twaalf maanden, na een voorafgaande chemotherapie met de combinatie van cisplatine of carboplatine met paclitaxel;</p> <p>-in combinatie met cisplatine bij patiënten die zich presenteren met een recidief van baarmoederhalskanker na radiotherapie of bij patiënten met een baarmoederhalskanker stadium IV-B.</p>	<p>01-12-2011</p>

<p>DOCETAXEL ACTAVIS 20 mg/ml</p> <p>1 x 1 ml concentraat voor oplossing voor infusie 1 x 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie 1 x 7 ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>→ wijziging van de vergoedingsvoorwaarden: uitbreiding van indicaties</p>	<p>Adjuvante behandeling van een opereerbare borstkanker, bij patiënten die kliernegatief zijn en beantwoorden aan één van de volgende eigenschappen: HER2 positief zijn, Triple negatief zijn (ER, PR en HER2 negatief), ER positief en HER2 negatief zijn en voldoen aan minstens 1 van de volgende risicofactoren: lage ER, histologische graad 3, hoge proliferatiegraad, belangrijke peritumorale vasculaire infiltratie, T > 5 cm, hoge score in multigenische testen, in een therapeutisch schema dat hetzij een anthracycline en cyclofosfamide bevat, hetzij enkel cyclofosfamide bevat (indien een behandeling met een anthracycline niet overwogen kan worden).</p>	<p>01-12-2011</p>
<p>TEMOZOLOMIDE HOSPIRA</p> <p>harde capsules 5 x 5 mg harde capsules 5 x 20 mg harde capsules 5 x 100 mg harde capsules 5 x 140 mg harde capsules 5 x 180 mg harde capsules 5 x 250 mg</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - eerstelijnsbehandeling van een maligne glioom (WHO graad IV) bij rechthebbenden die, onmiddellijk na een chirurgische verwijdering en/of een biopsie, TEMODAL ontvangen in concomitante behandeling met radiotherapie gedurende 6 weken, en vervolgens, in adjuvante monotherapie, gedurende 6 cycli van 28 dagen waarbij elke cyclus 5 dagen toediening omvat - tweedelijnsbehandeling van een maligne glioom (WHO graad IV), met een maximum van 12 cycli van 28 dagen, waarbij elke cyclus 5 dagen toediening omvat, bij rechthebbenden die een volledige behandeling gekregen hebben zoals vermeld in punt a) 1° en die een recidief of een progressie vertonen nadat een respons werd verkregen die aanhield gedurende minstens 3 maanden na het stoppen van de behandeling. - tweedelijnsbehandeling van een maligne glioom, zoals anaplastisch astrocytoom of multiform glioblastoom (WHO graad III of IV of getransformeerde graad II), met een maximum van 12 cycli van 28 dagen waarbij elke cyclus 5 dagen toediening omvat, bij rechthebbenden die een recidief vertonen na een behandeling zonder TEMODAL. 	<p>01-12-2011</p>
<p>PACLITAXEL EG 6mg/ml</p> <p>concentraat voor oplossing voor infusie 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie 16,7 ml concentraat voor oplossing voor infusie 50 ml</p> <p>PACLITAXEL FRESENIUS KABI 6mg/ml</p> <p>concentraat voor oplossing voor infusie 1 x 5 ml en 5 x 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie 1 x 16,7 ml en 5 x 16,7 ml concentraat voor oplossing voor infusie 1 x 50 ml en 5 x 50 ml</p> <p>PACLITAXEL HOSPIRA 6 mg/ml</p> <p>concentraat voor oplossing voor infusie 25 ml</p>	<p>Ovariumcarcinoom: In de eerstelijnschemotherapie van ovariumcarcinoom is paclitaxel bestemd voor de behandeling van patiënten met vergevorderd ovariumcarcinoom of met een resttumor (>1 cm) na initiële laparotomie, in combinatie met cisplatine.</p> <p>In de tweedelijnschemotherapie van ovariumcarcinoom is paclitaxel bestemd voor de behandeling van gemetastaseerd ovariumcarcinoom na het falen van de standaard, platinabevattende therapie.</p> <p>Mammacarcinoom: Als adjuvante behandeling is Paclitaxel Actavis geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met klierpositief mammacarcinoom na behandeling met antracycline en cyclofosfamide (AC). Adjuvante behandeling met Paclitaxel Actavis dient beschouwd te worden als een alternatief voor een verlengde AC behandeling. De adjuvante behandeling met Paclitaxel Actavis moet als een alternatief voor een verlengde behandeling met AC worden beschouwd.</p> <p>Paclitaxel Actavis is geïndiceerd voor de initiële behandeling van lokaal vergevorderde of gemetastaseerd mammacarcinoom in combinatie met antracycline bij patiënten voor wie antracycline therapie is aangewezen, of in combinatie met trastuzumab bij patiënten bij wie met behulp van de immunochemische bepalingsmethode overexpressie van humane epidermale groeifactor receptor 2 (HER-2) op 3+ niveau is vastgesteld, en voor wie antracycline niet geschikt is (zie rubrieken 4.4 en 5.1).</p> <p>Als monotherapie is Paclitaxel Actavis geïndiceerd voor de behandeling van gemetastaseerd mammacarcinoom bij patiënten die niet reageren op of niet in aanmerking komen voor een standaard antracycline-bevattende therapie.</p> <p>Vergevorderde niet-kleincellig longcarcinoom: Paclitaxel, in combinatie met cisplatine, is geïndiceerd voor de behandeling van niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) bij patiënten die niet in aanmerking komen voor potentieel curatieve chirurgie en/of</p>	<p>01-12-2011</p>

<p>concentraat voor oplossing voor infusie 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie 16,7 ml concentraat voor oplossing voor infusie 50 ml</p> <p>PACLITAXEL MYLAN 6 mg/ml</p> <p>concentraat voor oplossing voor infusie 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie 16,7 ml concentraat voor oplossing voor infusie 50 ml</p> <p>TAXOL 6 mg/ml</p> <p>concentraat voor oplossing voor infusie 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie 17 ml concentraat voor oplossing voor infusie 50 ml</p> <p>→ wijziging van de vergoedingsvoorwaarden: terugbetaling hoofdstuk I; schrapping open officina</p>	<p>radiotherapie. Aan AIDS gerelateerd Kaposi-sarcoom: Paclitaxel Actavis is aangewezen voor de behandeling van patiënten met vergevorderde, aan AIDS gerelateerde Kaposi-sarcoom (KS) waarbij een eerdere behandeling met een liposomaal antracycline gefaald heeft.</p>	
--	---	--

SPECIALITEIT	INDICATIE	DATUM IN WERKING TREDING
<p>GEMCITABINE HOSPIRA 38 mg/ml</p> <p>200 mg/5,3 ml concentraat voor oplossing voor infusie 1000 mg/26,3 ml concentraat voor oplossing voor infusie 2000 mg / 52,6 ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>-behandeling van een niet kleincellige longkanker -behandeling van een histologisch bewezen (biopsie) lokaal gevorderd of gemetastaseerd adenocarcinoom van de pancreas -behandeling van rechthebbenden met lokaal gevorderde of gemetastaseerde blaaskanker. -behandeling van rechthebbenden met een gevorderd recidief van een ovarieel epitheliaal carcinoom, bij wie het recidief optrad méér dan 6 maanden na een eerste lijnsbehandeling met een platinum-derivaat. De specialiteit is vergoedbaar indien ze wordt toegediend in het volgende kader: In associatie met paclitaxel bij patiënten lijdend aan lokaal gevorderde, gemetastaseerde of lokaal recidiverende borstkanker, in geval van recidief na anthracycline-bevattende adjuvante/neoadjuvante chemotherapie of een andere soort adjuvante/neoadjuvante chemotherapie als de betreffende patiënte een gestaafde contra-indicatie vertoont voor het gebruik van een behandeling met anthracyclinen.</p>	01-01-2012
<p>PACLITAXEL ACTAVIS 6mg/ml</p> <p>concentraat voor oplossing voor infusie 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie 16,7 ml</p>	<p>Ovariumcarcinoom: In de eerstelijnschemotherapie van ovariumcarcinoom is paclitaxel bestemd voor de behandeling van patiënten met vergevorderd ovariumcarcinoom of met een resttumor (>1 cm) na initiële laparotomie, in combinatie met cisplatine. In de tweedelijnschemotherapie van ovariumcarcinoom is paclitaxel bestemd voor de behandeling van gemetastaseerd ovariumcarcinoom na het falen van de standaard, platinabevattende therapie. Mammacarcinoom: Als adjuvante behandeling is Paclitaxel Actavis geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met klierpositief mammacarcinoom na behandeling met antracycline en cyclofosfamide</p>	01-01-2012

<p>→ wijziging van de vergoedingsvoorwaarden: terugbetaling hoofdstuk I; schrapping open officina</p>	<p>(AC). Adjuvante behandeling met Paclitaxel Actavis dient beschouwd te worden als een alternatief voor een verlengde AC behandeling. De adjuvante behandeling met Paclitaxel Actavis moet als een alternatief voor een verlengde behandeling met AC worden beschouwd.</p> <p>Paclitaxel Actavis is geïndiceerd voor de initiële behandeling van lokaal vergevorderde of gemetastaseerd mamma carcinoom in combinatie met antracycline bij patiënten voor wie antracycline therapie is aangewezen, of in combinatie met trastuzumab bij patiënten bij wie met behulp van de immunochemische bepalingsmethode overexpressie van humane epidermale groeifactor receptor 2 (HER-2) op 3+ niveau is vastgesteld, en voor wie antracycline niet geschikt is (zie rubrieken 4.4 en 5.1).</p> <p>Als monotherapie is Paclitaxel Actavis geïndiceerd voor de behandeling van gemetastaseerd mamma carcinoom bij patiënten die niet reageren op of niet in aanmerking komen voor een standaard antracycline-bevattende therapie.</p> <p>Vergevorderde niet-kleincellig longcarcinoom: Paclitaxel, in combinatie met cisplatine, is geïndiceerd voor de behandeling van niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) bij patiënten die niet in aanmerking komen voor potentieel curatieve chirurgie en/of radiotherapie.</p> <p>Aan AIDS gerelateerd Kaposi-sarcoom: Paclitaxel Actavis is aangewezen voor de behandeling van patiënten met vergevorderde, aan AIDS gerelateerde Kaposi-sarcoom (KS) waarbij een eerdere behandeling met een liposomaal antracycline gefaald heeft.</p>	
<p>FLUOROURACIL ACCORD HEALTHCARE 50 mg/ml</p> <p>10 ml oplossing voor injectie 20 ml oplossing voor injectie 100 ml oplossing voor injectie</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>Fluorouracil Injectie kan als monotherapie of in combinatie worden toegepast als palliatieve behandeling bij veelvoorkomende maligniteiten, met name darm- en borstkanker.</p>	01-01-2012
<p>CARBOPLATIN ACCORD HEALTHCARE 10 mg/ml oplossing voor intraveneuze infusie</p> <p>1 Injectieflacon 5 ml 1 Injectieflacon 15 ml 1 Injectieflacon 45 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>Carboplatine wordt alleen gebruikt of in combinatie met andere antitumorale middelen bij de behandeling van een gevorderd ovariumcarcinoom.</p>	01-01-2012
<p>TOPOTECAN MYLAN 1mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>1 flacon 1 ml 1 flacon 2 ml 1 flacon 4 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - tweedelijnsbehandeling in het raam van de behandeling van extrapelvair gevorderd ovariumcarcinoom (FIGO stadia III en IV van de rangschikking opgesteld door de «International Federation of Gynecology-Obstetrics»), in geval van mislukking of recidief binnen een termijn van twaalf maanden, na een voorafgaande chemotherapie met de combinatie van cisplatine of carboplatine met paclitaxel; - in combinatie met cisplatine bij patiënten die zich presenteren met een recidief van baarmoederhalskanker na radiotherapie of bij patiënten die zich presenteren met een baarmoederhalskanker stadium IV-B. 	01-01-2012
<p>DOCETAXEL HOSPIRA 10 mg/ml</p> <p>2 ml concentraat voor oplossing voor infusie 8 ml concentraat voor oplossing voor infusie 16 ml concentraat voor</p>	<p>Adjuvante behandeling van een opereerbare borstkanker, bij patiënten die kliernegatief zijn en beantwoorden aan één van de volgende eigenschappen: HER2 positief zijn, Triple negatief zijn (ER, PR en HER2 negatief), ER positief en HER2 negatief zijn en voldoen aan minstens 1 van de volgende risicofactoren: lage ER, histologische graad 3, hoge proliferatiegraad, belangrijke peritumorale vasculaire infiltratie, T > 5 cm, hoge score in multigenische testen, in een therapeutisch schema dat hetzij een anthracycline en cyclofosfamide bevat, hetzij enkel</p>	01-01-2012

oplossing voor infusie → wijziging vergoedingsvoorwaarden: uitbreiding indicaties	cyclofosfamide bevat (indien een behandeling met een anthracycline niet overwogen kan worden).	
CISPLATINE ACCORD HEATHCARE 1 mg/ ml 10 ml concentraat voor oplossing voor infusie 50 ml concentraat voor oplossing voor infusie → aanvraag terugbetaling klasse 3	Cisplatine is bestemd voor de behandeling van: <ul style="list-style-type: none"> • uitgebreide of gemetastaseerde testistumoren • uitgebreide of gemetastaseerde ovariumkanker • uitgebreide of gemetastaseerde blaascarcinomen • uitgebreide of gemetastaseerde plaveiselcelcarcinomen van hoofd en hals • uitgebreid of gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom • uitgebreid of gemetastaseerd kleincellig longcarcinoom • Cisplatine is geïndiceerd voor de behandeling van cervix carcinomen in combinatie met andere chemotherapeutica of radiotherapie. • Cisplatine kan als monotherapie en in combinatietherapie worden gebruikt. 	01-02-2012
IDARUBIN 1 mg/ml 1 injectieflacon 5 ml 1 injectieflacon 10 ml → aanvraag terugbetaling klasse 3	De specialiteit wordt alleen vergoed als ze is voorgeschreven voor de behandeling van acute myeloblastische leukemie of voor de tweedelijnsbehandeling van acute lymfoblastische leukemie .	01-02-2012
PACLITAXIN 6 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie 16,7 ml concentraat voor oplossing voor infusie 50 ml → wijziging vergoedingsvoorwaarden: terugbetaling hoofdstuk I; schrapping open officina	<p>Ovariumcarcinoom: In de eerstelijns chemotherapie van ovariumcarcinoom is paclitaxel bestemd voor de behandeling van patiënten met vergevorderd ovariumcarcinoom of met een resttumor (>1 cm) na laparotomie, in combinatie met cisplatine.</p> <p>In de tweedelijns chemotherapie van ovariumcarcinoom is paclitaxel bestemd voor de behandeling van gemetastaseerd ovariumcarcinoom na het falen van de standaard, platinabevattende therapie.</p> <p>Mammacarcinoom: Als adjuvante behandeling is Paclitaxel Actavis geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met klierpositief mammacarcinoom na behandeling met antracycline en cyclofosfamide (AC). Adjuvante behandeling met Paclitaxel Actavis dient beschouwd te worden als een alternatief voor een verlengde AC behandeling. Paclitaxel Actavis is geïndiceerd voor de initiële behandeling van lokaal vergevorderde of gemetastaseerd mammacarcinoom in combinatie met antracycline bij patiënten voor wie antracycline therapie is aangewezen, of in combinatie met trastuzumab bij patiënten bij wie met behulp van de immunochemische bepalingmethode overexpressie van humane epidermale groeifactor receptor 2 (HER-2) op 3+ niveau is vastgesteld, en voor wie antracycline niet geschikt is.</p> <p>Als monotherapie is Paclitaxel Actavis geïndiceerd voor de behandeling van gemetastaseerd mammacarcinoom bij patiënten die niet reageren op of niet in aanmerking komen voor een standaard antracycline-bevattende therapie.</p> <p>Vergevorderde niet-kleincellig longcarcinoom: Paclitaxel, in combinatie met cisplatine, is geïndiceerd voor de behandeling van niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) bij patiënten die niet in aanmerking komen voor potentieel curatieve chirurgie en/of radiotherapie.</p> <p>Aan AIDS gerelateerd Kaposi-sarcoom: Paclitaxel Actavis is aangewezen voor de behandeling van patiënten met vergevorderde, aan AIDS gerelateerde Kaposi-sarcoom (KS) waarbij een eerdere behandeling met een liposomaal antracycline gefaald heeft.</p>	01-03-2012
ERBITUX 2 mg/ml oplossing voor infusie 2 mg/ml, flacon van 50 ml 5 mg/ml, flacon van 20 ml	<u>Paragraaf 3760100:</u> Ik attesteer dat het gaat om een patiënt die een initiële behandeling met ERBITUX en..... Heeft gekregen gedurende 6 weken. De patiënt werd na een 1^{ste} dosis van 400 mg/m² ERBITUX, behandeld met een posologie die maandelijks overeen komt met 1000 mg/m².	01-03-2012

<p>5 mg/ml, flacon van 100 ml</p> <p>→ wijziging vergoedingsvoorwaarden</p>	<p>Ik attesteer dat het gaat om een patiënt bij wie het tumorale proces geen progressie vertoont na een initiële behandeling met ERBITUX en gedurende 6 weken en bij wie de behandeling ERBITUX en zal verdergezet worden of wordt verdergezet voor een nieuwe periode van 6 weken à rato van een posologie die maandelijks overeen komt met 1000 mg/m².</p> <p><u>Paragraaf 3760200:</u> Ik attesteer dat het gaat om een patiënt bij wie een initiële behandeling met ERBITUX en heeft gekregen gedurende 6 weken. De patiënt werd na een 1^{ste} dosis van 400 mg/m² ERBITUX, behandeld met een posologie die per 4 weken overeen komt met maximum 1.000 mg/m².</p> <p>Ik attesteer dat het gaat om een patiënt bij wie het tumorale proces geen progressie vertoont na een initiële behandeling met ERBITUX en gedurende 6 weken en bij wie de behandeling ERBITUX en zal verdergezet worden of wordt verdergezet voor een nieuwe periode van 6 weken à rato van een posologie die per 4 weken overeen komt met maximum 1.000 mg/m².</p>	
<p>EPIRUBICINE HYDROCHLORIDE FRESENIUS KABI 2 mg/ml</p> <p>1 injectieflacon 25 ml 1 injectieflacon 100 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>Epirubicine wordt gebruikt bij de behandeling van een reeks neoplastische aandoeningen, waaronder borstcarcinoom en maagkanker. Bij intravesicale toediening bleek epirubicine een gunstig effect te hebben bij de behandeling van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papillair transitioneel celcarcinoom van de blaas • Carcinoom in situ van de blaas • Profylaxe van recidivering van oppervlakkig blaascarcinoom na transurethrale resectie 	01-03-2012
<p>EPIRUBICINE ACCORD HEATHCARE 2 mg/ml</p> <p>1 injectieflacon 5 ml 1 injectieflacon 10 ml 1 injectieflacon 25 ml 1 injectieflacon 100 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>Epirubicine wordt gebruikt bij de behandeling van een reeks neoplastische aandoeningen, waaronder borstcarcinoom en maagkanker. Bij intravesicale toediening bleek epirubicine een gunstig effect te hebben bij de behandeling van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papillair transitioneel celcarcinoom van de blaas • Carcinoom in situ van de blaas • Profylaxe van recidivering van oppervlakkig blaascarcinoom na transurethrale resectie 	01-04-2012
<p>GEMCITABINE MYLAN 40 mg/ml</p> <p>1 injectieflacon 200 mg/5 ml concentraat voor oplossing voor infusie 1 injectieflacon 1g/25 ml concentraat voor oplossing voor infusie 1 injectieflacon 2g/50 ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De specialiteit is vergoedbaar als ze wordt gebruikt door een geneesheer specialist bij een behandeling van een niet kleincellige longkanker. - De specialiteit is vergoedbaar als ze wordt gebruikt voor de behandeling van een histologisch bewezen (biopsie) lokaal gevorderd of gemetastaseerd adenocarcinoom van de pancreas. - De specialiteit is vergoedbaar als ze wordt gebruikt voor de behandeling van rechthebbenden met lokaal gevorderde of gemetastaseerde blaaskanker. - De specialiteit is eveneens vergoedbaar als ze wordt gebruikt, in associatie met carboplatine, voor de behandeling van rechthebbenden met een gevorderd recidief van een ovarieel epitheliaal carcinoom, bij wie het recidief optrad méér dan 6 maanden na een eerste lijnsbehandeling met een platinum-derivaat. - De specialiteit is vergoedbaar indien ze wordt toegediend in het volgende kader: in associatie met paclitaxel bij patiënten lijdend aan lokaal gevorderde, gemetastaseerde of lokaal recidiverende borstkanker, in geval van recidief na anthracycline-bevattende adjuvante/neoadjuvante chemotherapie of een andere soort adjuvante/neoadjuvante chemotherapie als de betreffende patiënte een gestaafde contra-indicatie vertoont voor het gebruik van een 	01-04-2012

	behandeling met anthracyclinen.	
<p>PACLITAXEL EBEWE PHAR 6 mg/ml</p> <p>concentraat voor oplossing voor infusie 25 ml concentraat voor oplossing voor infusie 5 ml concentraat voor oplossing voor infusie 16,7 ml concentraat voor oplossing voor infusie 50 ml</p> <p>PACLITAXEL FRESENIUS KABI 6 mg/ml</p> <p>25 ml oplossing voor intraveneuze infusie</p> <p>→ wijziging vergoedingsvoorwaarden: terugbetaling hoofdstuk I; schrapping open officina</p>	<p>Ovariumcarcinoom: In de eerstelijns chemotherapie van ovariumcarcinoom is paclitaxel bestemd voor de behandeling van patiënten met vergevorderd ovariumcarcinoom of met een resttumor (>1 cm) na laparotomie, in combinatie met cisplatine.</p> <p>In de tweedelijns chemotherapie van ovariumcarcinoom is paclitaxel bestemd voor de behandeling van gemetastaseerd ovariumcarcinoom na het falen van de standaard, platinabevattende therapie.</p> <p>Mammacarcinoom: Als adjuvante behandeling is Paclitaxel Actavis geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met klierpositief mammacarcinoom na behandeling met antracycline en cyclofosfamide (AC). Adjuvante behandeling met Paclitaxel Actavis dient beschouwd te worden als een alternatief voor een verlengde AC behandeling. Paclitaxel Actavis is geïndiceerd voor de initiële behandeling van lokaal vergevorderde of gemetastaseerd mammacarcinoom in combinatie met antracycline bij patiënten voor wie antracycline therapie is aangewezen, of in combinatie met trastuzumab bij patiënten bij wie met behulp van de immunochemische bepalingmethode overexpressie van humane epidermale groeifactor receptor 2 (HER-2) op 3+ niveau is vastgesteld, en voor wie antracycline niet geschikt is.</p> <p>Als monotherapie is Paclitaxel Actavis geïndiceerd voor de behandeling van gemetastaseerd mammacarcinoom bij patiënten die niet reageren op of niet in aanmerking komen voor een standaard antracycline-bevattende therapie.</p> <p>Vergevorderde niet-kleincellig longcarcinoom: Paclitaxel, in combinatie met cisplatine, is geïndiceerd voor de behandeling van niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) bij patiënten die niet in aanmerking komen voor potentieel curatieve chirurgie en/of radiotherapie.</p> <p>Aan AIDS gerelateerd Kaposi-sarcoom: Paclitaxel Actavis is aangewezen voor de behandeling van patiënten met vergevorderde, aan AIDS gerelateerde Kaposi-sarcoom (KS) waarbij een eerdere behandeling met een liposomaal antracycline gefaald heeft.</p>	01-05-2012
<p>VESANOID</p> <p>100 zachte capsules 10 mg</p> <p>→ wijziging vergoedingsvoorwaarden: Hoofdstuk IV, § 1560000 gewijzigd</p>	<p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking als ze is toegediend in het raam van de inductiebehandeling van een acute promyelocytair leukemie, tot het bereiken van een complete remissie en met een maximum van 90 dagen.</p>	01-05-2012
<p>TARCEVA</p> <p>100 mg 30 filmomhulde tabletten 150 mg 30 filmomhulde tabletten</p> <p>→ wijziging vergoedingsvoorwaarden:</p>	<p>De volgende specialiteit wordt vergoed als aangetoond wordt dat: Ze wordt toegediend als monotherapie voor de eerstelijnsbehandeling van patiënten met een lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom van wie de tumor een activerende mutatie van de EGFR-TK vertoont die door een erkend centrum voor menselijke erfelijkheid of door een erkend centrum voor moleculaire diagnostiek werd aangetoond.</p>	01-05-2012
<p>YERVOY 5 mg/ml</p> <p>10 ml oplossing voor perfusie 40 ml oplossing voor perfusie</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 1</p>	<p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking indien ze wordt toegediend voor de behandeling van een patiënt die minstens 18 jaar is, met een Eastern Cooperative Oncology Group performance van 0 of 1, die lijdt aan een gevoerd (niet resecabel of gemetastaseerd) melanoom waarvoor al eerder een systemische behandeling werd toegediend.</p>	01-06-2012
<p>DOXORUBICIN ACTAVIS 2 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>1 injectieflacon 5 ml</p>	<p>Doxorubicine wordt vaak gebruikt in een combinatie van chemotherapie met andere cytostatische middelen.</p> <p>Doxorubicin Actavis wordt gebruikt bij de volgende indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kleincellig longcarcinoom (SCLC); - Borstkanker; 	01-06-2012

<p>1 injectieflacon 10 ml 1 injectieflacon 25 ml 1 injectieflacon 100 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Terugkerende ovariumcarcinoom; - Systemische behandeling van lokaal gevorderd of gemetastaseerd blaascarcinoom; - Neo-adjuvante en adjuvante behandeling van osteosarcoom; - Gevorderd sarcoom van de weke delen op volwassen leeftijd; - Ewing sarcoom; - Ziekte van Hodgkin; - Zeer maligne non-Hodgkinlymfoom; - Inductie-en consolidatiebehandeling van acute lymfatische leukemie; - Acute myeloblastische leukemie; - Gevorderd multipel myeloom; - Gevorderd of terugkerend endometriumcarcinoom; - Wilms tumor (in stadium II van zeer maligne varianten, alle gevorderde stadia [III-IV]); - Gevorderde of terugkerend papillair/folliculair schildklier carcinoom; - Anaplastisch schildklier carcinoom; - Gevorderd neuroblastoom - Intravesicale profylaxe van terugkeer van oppervlakkig blaascarcinoom na transurethrale resectie (TUR); 	
<p>PACLITAXEL FRESENIUS KABI 6 mg/ml</p> <p>concentraat voor oplossing voor infusie 100 ml</p> <p>→ wijziging vergoedingsvoorwaarden: terugbetaling hoofdstuk I; schrapping open officina</p>	<p>Ovariumcarcinoom: In de eerstelijns chemotherapie van ovariumcarcinoom is paclitaxel bestemd voor de behandeling van patiënten met vergevorderd ovariumcarcinoom of met een resttumor (>1 cm) na laparotomie, in combinatie met cisplatine.</p> <p>In de tweedelijns chemotherapie van ovariumcarcinoom is paclitaxel bestemd voor de behandeling van gemetastaseerd ovariumcarcinoom na het falen van de standaard, platinabevattende therapie.</p> <p>Mammacarcinoom: Als adjuvante behandeling is Paclitaxel Actavis geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met klierpositief mammacarcinoom na behandeling met antracycline en cyclofosfamide (AC). Adjuvante behandeling met Paclitaxel Actavis dient beschouwd te worden als een alternatief voor een verlengde AC behandeling.</p> <p>Paclitaxel Actavis is geïndiceerd voor de initiële behandeling van lokaal vergevorderde of gemetastaseerd mammacarcinoom in combinatie met antracycline bij patiënten voor wie antracycline therapie is aangewezen, of in combinatie met trastuzumab bij patiënten bij wie met behulp van de immunochemische bepalingmethode overexpressie van humane epidermale groeifactor receptor 2 (HER-2) op 3+ niveau is vastgesteld, en voor wie antracycline niet geschikt is.</p> <p>Als monotherapie is Paclitaxel Actavis geïndiceerd voor de behandeling van gemetastaseerd mammacarcinoom bij patiënten die niet reageren op of niet in aanmerking komen voor een standaard antracycline-bevattende therapie.</p> <p>Vergevorderde niet-kleincellig longcarcinoom: Paclitaxel, in combinatie met cisplatine, is geïndiceerd voor de behandeling van niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) bij patiënten die niet in aanmerking komen voor potentieel curatieve chirurgie en/of radiotherapie.</p> <p>Aan AIDS gerelateerd Kaposi-sarcoom: Paclitaxel Actavis is aangewezen voor de behandeling van patiënten met vergevorderde, aan AIDS gerelateerde Kaposi-sarcoom (KS) waarbij een eerdere behandeling met een liposomaal antracycline gefaald heeft.</p>	01-08-2012
<p>TOPOTECAN SANDOZ 1mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>1 flacon 1 ml 1 flacon 3 ml</p> <p>→ aanvraag terugbetaling</p>	<ul style="list-style-type: none"> - tweedelijnsbehandeling in het raam van de behandeling van extrapelvaïr gevorderd ovariumcarcinoom (FIGO stadia III en IV van de rangschikking opgesteld door de «International Federation of Gynecology-Obstetrics»), in geval van mislukking of recidief binnen een termijn van twaalf maanden, na een voorafgaande chemotherapie met de combinatie van cisplatine of carboplatine met paclitaxel; - in combinatie met cisplatine bij patiënten die zich presenteren met een recidief van baarmoederhalskanker na radiotherapie of bij patiënten die zich presenteren met een baarmoederhalskanker stadium IV-B. 	01-08-2012

<p>klasse 3</p> <p>VECTIBIX 20 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie</p> <p>1 flacon 5 ml 1 flacon 20 ml</p> <p>→ wijziging vergoedingsvoorwaarden: uitbreiding van de vergoedbare indicaties</p>	<p>De specialiteit komt in aanmerking voor vergoeding indien zij wordt toegediend in monotherapie voor de behandeling van een gemetastaseerd colorectaal carcinoom waarvan het K-RAS gen niet-gemuteerd is.</p> <p>De vergoeding wordt toegekend:</p> <p>1. voor de behandeling in eerste lijn indien de specialiteit samen met de combinatie FOLFOX wordt toegediend. De patiënt moet bij aanvang een Karnofsky performance status \geq 80 hebben;</p> <p>2. voor de behandeling in tweede lijn indien de specialiteit samen met de combinatie FOLFIRI wordt toegediend bij patiënten die in eerste lijn een fluoropyrimidine-bevattende chemotherapieregime hebben ontvangen (zonder irinotecan);</p> <p>3. voor de behandeling in monotherapie van patiënten bij wie eerdere behandelingen met 5 FU, oxaliplatin en irinotecan bevattende chemotherapieregimes gefaald hebben.</p>	01-09-2012
<p>AFINITOR</p> <p>tabletten 30 x 5 mg tabletten 30 x 10 mg</p> <p>→ wijziging vergoedingsvoorwaarden</p>	<p>Volgende specialiteit komt slechts in aanmerking voor vergoeding indien ze toegediend wordt voor de behandeling van een niet operatief te verwijderen of gemetastaseerde goed gedifferentieerde neuro-endocriene tumor van de pancreas die een ziekteprogressie vertoont. Een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) dat het akkoord geeft voor de behandeling met AFINITOR, is nodig om te kunnen starten met een vergoedbare behandeling.</p>	01-09-2012
<p>GEMCITABINE ACCORD HEALTHCARE</p> <p>poeder voor oplossing voor infusie 1 flacon 200 mg poeder voor oplossing voor infusie 1 flacon 1 g</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>Gemcitabine is in combinatie met cisplatine geïndiceerd voor de behandeling van lokaal gevorderd of gemetastaseerd blaascarcinoom. Gemcitabine is geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met lokaal gevorderd of gemetastaseerd adenocarcinoom van de pancreas. Gemcitabine is in combinatie met cisplatine geïndiceerd als eerstelijnsbehandeling voor patiënten met lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC). Monotherapie met gemcitabine kan worden overwogen bij oudere patiënten of bij patiënten met performance status 2.</p> <p>Gemcitabine is in combinatie met carboplatine geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met lokaal gevorderd of gemetastaseerd epitheliaal ovariumcarcinoom met terugkeer van de ziekte na een recidiefvrije periode van ten minste 6 maanden na eerstelijnsbehandeling op basis van platina.</p> <p>Gemcitabine is in combinatie met paclitaxel geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met niet-resecteerbaar, lokaal recidiverend of gemetastaseerd mammacarcinoom met een recidief na adjuvante/neoadjuvante chemotherapie. Eerdere chemotherapie moet een antracycline hebben omvat, tenzij dit klinisch gecontraïndiceerd was.</p>	01-09-2012
<p>DOCETAXEL SANDOZ 10 mg/ml</p> <p>concentraat voor oplossing voor infusie 1 injectieflacon 160 mg</p> <p>→ aanvraag terugbetaling klasse 3</p>	<p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking als ze is toegediend:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in het raam van lokaal gevorderd of gemetastaseerd borstcarcinoom na aangetoonde mislukking van een behandeling met anthracyclinen, of bij rechthebbenden die niet met anthracyclinen kunnen worden behandeld op basis van een gestaafde contra-indicatie; - in het raam van de behandeling van lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom, nadat een voorafgaande standaard chemotherapie, platinahoudend of niet platinahoudend, heeft gefaald; - in het raam van de behandeling met een therapeutisch schema dat doxorubicine bevat, van patiënten met gemetastaseerde of lokaal gevorderde borstkanker, die voor deze aandoening niet eerder chemotherapie hebben ontvangen; - in het raam van de behandeling van metastatische hormono-resistente prostaatkanker in associatie met prednisone; - in het raam van een adjuvante behandeling van een opereerbare borstkanker, bij patiënten die klierpositief zijn, in een therapeutisch schema dat hetzij een anthracycline en cyclofosfamide bevat, hetzij enkel cyclofosfamide bevat (indien een behandeling met een anthracycline niet overwogen kan worden); 	01-09-2012

	<p>- in het raam van de behandeling van een lokaal gevorderde of gemetastaseerde niet-kleincellige longkanker in combinatie met cisplatine bij patiënten die nog geen cytotoxische chemotherapie hebben gekregen voor deze aandoening;</p> <p>- in het kader van de behandeling met cisplatine en 5- fluorouracil van patiënten met gemetastaseerde adeno-carcinoom van de maag, inclusief adenocarcinoom van de gastro-oesofageale junctie die niet voorheen werden behandeld met chemotherapie voor hun metastatische ziekte. In deze situatie moet er een profylaxe met een groeifactor voor witte cellen (G-CSF) ingesteld worden;</p> <p>- in het raam van een inductiebehandeling in combinatie met cisplatine en 5-fluorouracil bij patiënten met lokaal gevorderd niet gemetastaseerd plaveiselcelcarcinoom van de hypopharynx, larynx, mondholte of orofarynx, dat door een multidisciplinair team bestaande uit een radiotherapeut, neus-keeloorarts en medisch oncoloog en die allen het hieronder vermeld omstandig verslag ondertekenen, als inoperabel wordt beschouwd en die voor deze aandoening niet eerder cytotoxische chemotherapie hebben ontvangen.</p> <p>De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking als ze is toegediend in het raam van een adjuvante behandeling van een opereerbare borstkanker, bij patiënten die kliernegatief zijn en beantwoorden aan één van de volgende eigenschappen: - HER2 positief zijn; - Triple negatief zijn (ER, PR en HER2 negatief); - ER positief en HER2 negatief zijn en voldoen aan minstens 1 van de volgende risicofactoren: lage ER, histologische graad 3, hoge proliferatiegraad, belangrijke peritumorale vasculaire infiltratie, T > 5 cm, hoge score in multigenische testen, in een therapeutisch schema dat hetzij een anthracycline en cyclofosfamide bevat, hetzij enkel cyclofosfamide bevat (indien een behandeling met een anthracycline niet overwogen kan worden).</p>	
--	---	--