



Innovation in Cancer Care Pays:

voor de toekomst van patiënten en samenleving

Verslag van de rondetafel in het Federaal Parlement – 4 december 2025

Op donderdag 4 december 2025 organiseerde All.Can Belgium een rondetafel in het Federaal Parlement over de rol van innovatie in de Belgische kankerzorg. Het event werd geopend en voorgezeten door federaal volksvertegenwoordiger *Kathleen Depoorter* (N-VA), apotheker en vicevoorzitter van de Commissie Gezondheid en Gelijke Kansen. Hanne Decoutere trad op als moderator en leidde de gesprekken met experts, patiënten en beleidsmakers.

Na het rapport "Cancer Care: The Future is Now" uit 2024 bouwde deze bijeenkomst verder op dezelfde ambitie: laten zien hoe innovatie vandaag al een verschil maakt voor patiënten en samenleving, welke structurele veranderingen nodig zijn om die vooruitgang toegankelijk én betaalbaar te houden, en welke rol elk van de betrokken actoren – beleid, zorg, onderzoek, industrie en patiënten – daarin speelt. De dag was opgebouwd rond drie grote lijnen: de feiten en trends in kanker in België, de praktische impact van innovatie in diagnostiek, behandeling, data en re-integratie, en een beleidsdebat over toegang, financiering, ongelijkheid en het toekomstige kankerplan.

Kanker in België: stijgende last, betere uitkomsten

Bart Van Gool, senior datamanager bij het Belgisch Kankerregister, schetste met recente cijfers hoe de kankerlast in België evolueert. In 2023 werden bijna 80.000 nieuwe kankerdiagnoses geregistreerd, tegenover 58.000 in 2004, een stijging met ongeveer een derde. Die toename is in belangrijke mate te verklaren door de bevolkingsgroei met 1,3 miljoen inwoners en de vergrijzing. Zestigplussers vormen ongeveer een kwart van de bevolking, maar zijn verantwoordelijk voor driekwart van alle kankerdiagnoses. Het individuele risico neemt dus minder dramatisch toe dan de absolute aantallen doen vermoeden. Voor mannen is dat risico over een periode van twintig jaar zelfs licht gedaald; bij vrouwen is er een lichte stijging, onder meer door een toename van rookgerelateerde kankers.

De trends verschillen sterk per kankertype. Voor huidkanker is het risico bijvoorbeeld fors gestegen, terwijl dikkedarmkanker duidelijk afneemt in de context van bevolkingsonderzoek. Tegelijk neemt de kans om aan kanker te overlijden af, zowel bij mannen als bij vrouwen. De vijfjaarsoverleving verbetert voor vrijwel alle tumortypes. Voor kankers met traditioneel gunstige prognose, zoals borst- en prostaatkanker, is er verdere winst geboekt, en zelfs bij longkanker – nog altijd een tumor met een ongunstige prognose – is de vooruitgang merkbaar. De boodschap van Bart Van Gool was helder: de kankerlast voor de samenleving stijgt, maar de uitkomsten verbeteren. Dat is geen toeval, maar een rechtstreeks gevolg van innovatie in preventie, screening, diagnostiek en behandeling – en tegelijk een argument om daar blijvend in te investeren.

De therapeutische revolutie in oncologie

Die link tussen innovatie en uitkomsten werd verder uitgediept door prof. dr. *Ahmad Awada*, medisch oncoloog, hoofd van Oncologie en directeur van het Chirec Kanker Instituut in Brussel, en voorzitter van de raad van bestuur van All.Can Belgium. Hij schetste hoe de oncologie de voorbije decennia een echte therapeutische revolutie heeft doorgemaakt. Die rust op vier pijlers: verfijndere chirurgie, preciezer radiotherapie, doelgerichte therapieën en immunotherapie met inbegrip van celtherapie.

In de chirurgie en radiotherapie is de vooruitgang zichtbaar in minder invasieve ingrepen en sterk gerichtere bestraling, met aanzienlijk minder schade aan gezond weefsel. Farmacologisch is de overstap naar doelgerichte therapie cruciaal: geneesmiddelen die inspelen op specifieke moleculaire afwijkingen in kankercellen bieden hogere effectiviteit met minder toxiciteit. Immunotherapie en celtherapie, zoals CAR-T-therapie, hebben de behandeling van bepaalde hematologische en solide tumoren grondig veranderd en geven nieuwe hoop waar die vroeger beperkt was.

Voor patiënten vertaalt dit zich in betere kansen op genezing en, wanneer genezing niet mogelijk is, in langere overleving met een hogere levenskwaliteit. Steeds meer patiënten leven met kanker als een chronische aandoening. Voor ziekenhuizen betekent de verschuiving naar daghospitalisatie en chronische opvolging dat de organisatie en de mix van profielen moeten mee-evolueren.

Volgens prof. Awada zal de stroom aan innovaties niet afnemen. Dat vraagt voorbereiding op het vlak van infrastructuur, opleiding, regelgeving en financiering, zodat vooruitgang niet theoretisch blijft maar effectief tot bij de patiënt komt. Hij benadrukte daarbij dat innovatie pas betekenis krijgt wanneer ze werkelijk toegankelijk is:

“Je mag een nieuwe behandeling alleen een innovatie noemen als de patiënt er ook toegang toe heeft. Anders blijft het een uitvinding.”

Toegang tot innovatieve therapieën is volgens hem in België relatief goed georganiseerd, maar verdient blijvende aandacht. “Ook de toegang tot innovatie is goed in ons land, maar kan uiteraard altijd beter. En dat blijft nodig, want ondanks alle inspanningen sterft nog altijd 20 tot 30% van alle kankerpatiënten aan de ziekte.”

Diagnostiek als sleutel: moleculaire biologie en liquid biopsy

Diagnostiek vormt in die evolutie een cruciale schakel. Dr. *Henry Paridaens*, klinisch bioloog en plaatsvervangend hoofd van het laboratorium van het CHR de la Citadelle in Luik, maakte duidelijk

dat moderne kankerzorg onmogelijk is zonder hoogstaande moleculaire biologie. Hij beschreef drie kernfuncties van moleculaire diagnostiek in de oncologie: voorspellen, selecteren en opvolgen. Voorspellen betekent vooraf inschatten of een patiënt baat zal hebben bij een bepaalde therapie. Selecteren gaat over de keuze van het meest geschikte geneesmiddel op basis van het moleculaire profiel van de tumor. Opvolgen ten slotte laat toe te detecteren wanneer een behandeling haar effect verliest, zodat zinloze en dure therapieën vermeden worden.

Liquid biopsy, waarbij via een eenvoudige bloedafname tumormutaties kunnen worden opgespoord, voegt daar een bijkomende dimensie aan toe. De juiste behandeling kan sneller worden gekozen, herval kan vroeger worden vastgesteld dan met beeldvorming, en onnodige toxiciteit wordt vermeden. De medische én economische meerwaarde is duidelijk, maar de toegang is vandaag niet overal gelijk en hangt soms af van woonplaats of financieringsmodaliteiten. Dr. Paridaens pleitte daarom voor een volledige en stabiele terugbetaling van moleculaire diagnostiek voor oncologie, de uitbouw van een nationaal platform voor genomdata dat labo's met elkaar verbindt, en investeringen in mensen en expertise, met name bio-informatici. Hij waarschuwde uitdrukkelijk voor blinde geneeskunde en geneeskunde in twee snelheden.

Precisie in de praktijk: longchirurgie en radiotherapie

Hoe innovatie in de praktijk vorm krijgt, werd onder meer geïllustreerd door prof. dr. *Paul Van Schil*, thoraxchirurg en emeritus hoogleraar aan het UZA. Hij benadrukte dat vroegtijdige opsporing van longkanker, onder meer via gerichte screening, de overlevingskansen gevoelig kan verhogen. Projecten zoals ZORALCS tonen hoe ziekenhuizen, huisartsen en andere actoren rond screening kunnen samenwerken.

In de chirurgie evolueert men steeds meer naar minimaal invasieve technieken zoals VATS, uniportal benaderingen en robotgeassisteerde thoracale chirurgie. Deze aanpak vermindert de pijn en weefselschade en versnelt het herstel, terwijl de oncologische opdracht dezelfde blijft: een volledige R0-resectie, met volledige verwijdering van de tumor en relevante lymfeklieren. Waar mogelijk wordt gekozen voor weefselsparende ingrepen, zoals segmentectomie of WIG-excisies, zonder in te boeten aan veiligheid. Neoadjuvante combinaties van chemotherapie en immunotherapie bieden bijkomende kansen om tumoren vóór de ingreep te verkleinen en de uitkomsten te verbeteren. Voor zeldzame tumoren onderstreepte prof. Van Schil het belang van Europese referentienetwerken zoals EURACAN, om expertise en data te bundelen.

Dr. *Bernard Willemart*, arts-specialist nucleaire geneeskunde en hoofd van de dienst Onco-hematologie, Radiotherapie en Nucleaire Geneeskunde (CHU UCL Namur), schetste de rol van radiotherapie in de kankerzorg. Ongeveer één op twee kankerpatiënten krijgt radiotherapie, vaak meermaals, en in 2024 ging het in België om meer dan 33.000 behandelingen. Radiotherapie is, in verhouding tot haar impact, relatief kosteneffectief. Tegelijk is het een hoogtechnologische discipline in volle evolutie, met technieken zoals stereotaxie, IMRT, MRI-geleide radiotherapie en protontherapie. Deze maken uiterst gerichte, gepersonaliseerde behandelingen mogelijk, vaak in kortere schema's, wat zowel voor patiënten als voor het systeem voordelen biedt.

Die vooruitgang vergt echter substantiële investeringen in apparatuur en infrastructuur, terwijl de kost van toestellen de voorbije decennia sterk is gestegen. Bovendien staat de personeelsbezetting onder druk, met tekorten aan artsen, fysici, verpleegkundigen, dosimetristen en laboranten. Dr. Willemart waarschuwde ook voor een te grote versnippering van centra: te kleine volumes en onvoldoende uitrusting kunnen de kwaliteit ondermijnen. De financiering is complex, met een mix

van honoraria en Budget van Financiële Middelen (BFM), en wijzigingen in de nomenclatuur kunnen innovatie ondersteunen, maar ook bedreigen. Hij pleitte voor een nationaal radiotherapieplan, met gerichte investeringsprogramma's, duurzame conventies op basis van reële kosten, een ambitieus personeelsbeleid, rationalisering naar sterke referentiecentra met behoud van geografische toegankelijkheid, en een systematische monitoring van de impact van nomenclatuur op toegang, kwaliteit en innovatie.

Radioligandtherapie: België als voortrekker

Prof. dr. *Sarah Baatout*, adjunct-directeur van het Institute of Nuclear Medical Applications (SCK CEN), ging dieper in op radioligandtherapie (RLT), een veelbelovende precisiebehandeling. RLT combineert een doelgerichte ligand, die een specifieke receptor op tumorcellen herkent, met een therapeutische radio-isotoop die de straling gericht tot bij de tumor en eventuele metastasen brengt. Via PET- en SPECT-beeldvorming kan de behandeling fijn worden afgestemd op de individuele patiënt. Vandaag wordt RLT al succesvol toegepast bij onder meer neuro-endocriene tumoren en uitgezaaide prostaatkanker. Wereldwijd lopen meer dan tweehonderd klinische studies naar bijkomende indicaties.

Voor een duurzame uitrol benadrukte prof. Baatout het belang van een zekere bevoorrading van radio-isotopen, gezien hun korte levensduur, en van versnelde onderzoeks- en ontwikkelingsinspanningen. Ziekenhuizen hebben aangepaste infrastructuur en radioprotectie-opleiding nodig, en er is een sterk industrieel weefsel vereist dat Europese en internationale samenwerking mogelijk maakt. Ten slotte moet er een duidelijk regelgevend en terugbetalingskader komen, zodat patiënten tijdig toegang krijgen.

België heeft belangrijke troeven om een Europese voortrekker te zijn: sterke universiteiten en ziekenhuizen, een volwassen innovatie-ecosysteem en met de BR2-reactor van SCK CEN een sleutelspeler in de wereldwijde productie van medische radio-isotopen. Volgens prof. Baatout maakt dat van België een logische kandidaat om een Europees referentiepunt voor RLT te worden, op voorwaarde dat beleid, zorg, onderzoek en industrie blijven investeren in opleiding, infrastructuur en regelgeving.

Zoals zij het samenvatte:

“RLT is niet alleen een wetenschappelijke doorbraak, maar vooral ook een concrete opportuniteit voor duizenden patiënten. Om het potentieel ervan waar te maken, moeten we samenwerken: beleid, zorg, onderzoek, industrie en patiënten. Samen investeren, opleiden, reguleren en vooruitkijken. We beschikken over het talent, de infrastructuur en de ambitie. Laten we van België een gidsland maken in Europa en daarbuiten.”

Data en AI: van digitale sporen naar bruikbare inzichten

Dr. *Annelies Verbiest*, medisch oncoloog in het UZA, richtte de aandacht op de rol van data en artificiële intelligentie in de oncologie. Elke patiënt laat in het ziekenhuis een uitgebreid digitaal spoor achter: symptomen, laboresultaten, beeldvorming, behandelingschema's, bijwerkingen en hospitalisaties worden systematisch geregistreerd. Vandaag zijn die gegevens in de eerste plaats

opgezet om individuele zorg en facturatie te ondersteunen. Voor gebruik in klinisch onderzoek, kwaliteitsmonitoring of beleidsinformatie zijn ze minder gestandaardiseerd en minder geschikt.

AI en geavanceerde data-analyse kunnen helpen om te evolueren naar meer geïndividualiseerde diagnostiek en behandeling, betere risicovoorspelling en een meer consistente besluitvorming met minder variatie tussen zorgverleners. Maar dat kan alleen als de basis klopt: datakwaliteit aan de bron, gestandaardiseerde modellen en interoperabele systemen, voldoende multidisciplinaire expertise en een solide juridisch en ethisch kader. Dr. Verbiest waarschuwde voor de illusie dat AI slechte data vanzelf corrigeert. Tegelijk wees ze op recente projecten waarin algoritmes in verschillende ziekenhuizen werden getraind met behoud van privacy, wat aantoont dat federated learning haalbaar is en dat Belgische ziekenhuizen in staat zijn om hierin een voortrekkersrol op te nemen.

Kanker en werk: innovatie in re-integratie

Thomas Otte, adviseur bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen, bracht de impact van kanker op werk en inkomen in beeld. Kanker is de vierde meest voorkomende oorzaak van arbeidsongeschiktheid langer dan dertig dagen, en blijft ook na één jaar afwezigheid – wanneer sprake is van invaliditeit – in de top vier. Ongeveer 41% van de kankerpatiënten is langer dan een jaar afwezig van het werk. Borstkanker alleen vertegenwoordigt vier op tien dossiers van langdurige arbeidsongeschiktheid door kanker, gevolgd door dikkedarm- en longkanker.

Zijn analyse maakte duidelijk dat vroege en gecoördineerde begeleiding essentieel is. De mogelijkheid tot progressieve werkhervatting vanaf de tweede dag arbeidsongeschiktheid is een belangrijk instrument, maar nog onvoldoende gekend. De literatuur onderstreept dat re-integratie een vast onderdeel van het zorgparcours zou moeten zijn, maar slechts een minderheid van de zorgprofessionals vindt dat hun instelling daar vandaag structureel op inzet. Het digitale TRIO-platform, dat de huisarts, arbeidsarts en adviserend arts van het ziekenfonds met elkaar verbindt, is een stap vooruit, al blijft het gebruik ervan voorlopig beperkt en hebben specialisten zoals oncologen nog geen directe toegang.

Patiëntperspectief: vier verhalen over de betekenis van innovatie

In het tweede deel van het programma kwamen vier patiënten aan het woord. Hun getuigenissen maakten concreet wat innovatie op individueel niveau betekent.

Guillaume, 37 jaar, kreeg in 2019 de diagnose van een spindelcelsaroom. Na een intensief behandelingsparcours is hij sinds mei 2022 in remissie en werd hij in 2025 vader. Na een periode van uitval keerde hij progressief terug naar het werk, dankzij de flexibiliteit van zijn werkgever en aanpassingen in zijn functie. De mogelijkheid om stapsgewijs op te bouwen gaf hem erkenning en hielp bij zijn herstel. Tegelijk wees hij erop dat niet elke patiënt de kracht of mogelijkheden heeft om zelf het gesprek met de werkgever te voeren en pleitte hij voor een soort coördinator die als tussenpersoon optreedt en werkgever en werknemer begeleidt in het re-integratieproces. “Als iemand naast je staat in dat traject,” zei hij, “is de stap terug naar werk minder groot.”

Martina leeft met een BRCA1-mutatie, een genetische afwijking die het risico op borst- en eierstokkanker sterk verhoogt. Toen ze merkte hoeveel verkeerde informatie circuleerde en hoe

weinig gestructureerde steun er was, richtte ze het BRCA+ Network op. Innovatie in genetische testing, preventieve chirurgie, reconstructietechnieken en doelgerichte therapieën heeft haar eigen keuzes en perspectieven fundamenteel beïnvloed. Ze getuigde hoe nieuwe behandelingen, zoals PARP-inhibitoren, de levensduur en levenskwaliteit van haar moeder met gevorderde eierstokkanker verlengden.

Marianne, 58 jaar en moeder van twee, heeft een intens en langdurig behandeltraject doorlopen voor melanoomkanker. Zij kreeg doelgerichte therapie, immunotherapie, radiotherapie en later ook ondersteunende medicatie. Ze vertelde hoe ingrijpend de behandeling was, zowel fysiek als mentaal, en hoe ze op een bepaald moment het gevoel had dat zowel haar lichaam als haar geest haar in de steek lieten. In die periode kreeg ze cognitieve therapie, die voor haar een echt keerpunt betekende. Die begeleiding stelde haar in staat om opnieuw grip te krijgen op haar gedachten, emoties en functioneren. Ook het contact met lotgenoten speelde een grote rol in haar herstel en veerkracht. Vandaag is ze vrijwilliger bij Melanoompunt en wil ze iets terugdoen voor de gemeenschap die haar zelf heeft gedragen. Haar verhaal toont dat innovatie niet alleen gaat over behandelingen, maar evenzeer over geïntegreerde zorg, waarin fysieke, mentale en sociale aspecten samen worden ondersteund.

Michiel, 31 jaar, tandtechniker, gepassioneerd golfer en pas getrouwd, kreeg in 2023 de diagnose van uitgezaaide ALK+ longkanker, een mutatie die geen verband houdt met roken. Dankzij doelgerichte therapie is de tumor snel en sterk teruggedrongen, zonder klassieke chemotherapie, radiotherapie of chirurgie. Hoewel hij te maken heeft met bijwerkingen, laten die hem toe een actief leven te bewaren. Hij werkt opnieuw drie vijfde, gesteund door zijn echtgenote, omgeving en werkgever, en vond herkenning bij de patiëntenvereniging ALK Positive Belgium. Voor Michiel betekent innovatie letterlijk tijd: elke behandelijn werkt tijdelijk, waarna een nieuwe generatie doelgerichte therapie noodzakelijk wordt. Hij verwoordde het zelf als *“staying ahead of the curve”*: de hoop dat de medische vooruitgang sneller blijft gaan dan zijn ziekte. Dat geeft hem de kracht om met een voorzichtige maar positieve blik naar de toekomst te kijken.

Beleidsdialoog: toegang, financiering en ongelijkheid

In het laatste luik van de dag gingen vier federale parlementsleden met elkaar en met het publiek in debat: *Kathleen Depoorter* (N-VA), apotheker en vicevoorzitter van de Commissie Gezondheid en Gelijke Kansen, *Irina De Knop* (Open VLD), burgemeester van Lennik, *Jan Bertels* (Vooruit), eveneens vicevoorzitter van dezelfde commissie en burgemeester van Herentals, en *Carmen Ramlot* (Les Engagés), burgemeester van Rouvroy en apotheker.

Moderator Hanne Decoutere kaderde het politieke debat rond drie centrale thema's: ten eerste hoe we de toegang tot innovatie kunnen versnellen en beter organiseren; ten tweede hoe innovatie een plaats krijgt in het nieuwe federale kankerplan en welke beleidskeuzes daarvoor nodig zijn; en ten derde hoe psychologische, sociale, medische en socioprofessionele ondersteuning beter geïntegreerd kan worden in het zorgpad van kankerpatiënten.

In de discussie over toegang tot innovatieve geneesmiddelen benadrukte Kathleen Depoorter (N-VA) het belang van klinische studies, ook voor zeldzame tumoren, als motor voor innovatie en als manier om patiënten vroeg toegang te geven tot nieuwe behandelingen. Zij stelde dat de wachttijd voor toegang tot nieuwe therapieën in België korter moet en wees op lopende wetgevende initiatieven om procedures te versnellen. Ze pleitte voor een kritische analyse van de RIZIV-structuur, zodat silo's minder bepalend worden en het volledige zorgtraject van de patiënt centraal komt te staan.

Irina De Knop (Open VLD) wees erop dat België vandaag slechts een deel van de in Europa goedgekeurde geneesmiddelen effectief terugbetaalt. Dat creëert onzekerheid voor de industrie en verhoogt het risico dat bedrijven uitwijken naar andere landen. Betaalbaarheid blijft voor haar een kernvoorwaarde, maar ze pleitte voor efficiëntere en kortere procedures, zodat patiënten sneller geholpen worden. Ze vroeg ook expliciet meer aandacht voor levenskwaliteit als criterium bij terugbetalingsbeslissingen, en niet uitsluitend voor overall survival.

Jan Bertels (Vooruit) verwees naar de procedure Early and Equitable Fast Access (EEFA), uitgewerkt in de vorige legislatuur, die vanaf 2026 een voorwaardelijke, snellere toegang tot nieuwe geneesmiddelen met bijkomende dataverzameling moet mogelijk maken. Hij wees erop dat de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen niet alleen bestaat uit experts, maar dat ook patiëntenvertegenwoordigers en industrie worden betrokken om de evidence-basis te versterken. Tegelijk waarschuwde hij dat rapporten waaruit blijkt dat een aanzienlijk deel van snel toegelaten geneesmiddelen weinig meerwaarde biedt, de publieke steun voor innovatie onder druk zetten.

Carmen Ramlot (Les Engagés) benadrukte dat een postcode nooit de kwaliteit van zorg mag bepalen, zeker niet in een grensgemeente als de hare. Zij pleitte voor versnelde procedures en het expliciet betrekken van de stem van de patiënt bij het beoordelen van innovatieve zorg.

In het bredere financieringsdebat was er over partijgrenzen heen eensgezindheid dat het huidige systeem van gescheiden budgetten en aparte commissies binnen het RIZIV de introductie van innovatieve zorg bemoeilijkt. Jan Bertels vroeg meer coördinatie tussen commissies en de moed om verouderde medische prestaties af te bouwen wanneer nieuwe technieken worden opgenomen in de nomenclatuur. Kathleen Depoorter wees op het probleem van gesloten potjes, waar middelen onbenut kunnen blijven terwijl er elders nood is. Zij pleitte voor een meer flexibele, patiëntgerichte allocatie van middelen. Beiden zagen zorgpadfinanciering, waarbij een budget gekoppeld wordt aan het traject van de patiënt en verdeeld over alle betrokken zorgverleners, als een mogelijke oplossingsrichting.

Ook de rol van de eerste lijn, ongelijkheid en psychosociale zorg kwam uitgebreid aan bod. Carmen Ramlot legde de nadruk op een sterkere eerste lijn voor medische, psychologische en sociale begeleiding, en verwees naar het Franse model van de “pharmacie oncologique”, waar apothekers gespecialiseerd zijn in kankermedicatie en de opvolging van kankerpatiënten. Zij pleitte voor betere informatie en opleiding zodat apothekers patiënten met complexe vragen beter kunnen ondersteunen. Irina De Knop wilde dat nazorg en oncorevalidatie expliciet worden geïntegreerd in zorgpaden en in het nieuwe kankerplan, en zag veel potentieel in inloophuizen en andere laagdrempelige initiatieven, op voorwaarde dat die structureel beter ingebed worden.

Jan Bertels onderstreepte het belang van AYA-zorg voor jongvolwassenen met kanker en stelde dat AYA-centra in de toekomst blijvend moeten worden ondersteund, met voldoende concentratie van expertise. Hij pleitte voor geïntegreerde zorg op wijkniveau, met betere coördinatie tussen thuisverpleging, ziekenhuizen en andere zorgverleners. Kathleen Depoorter beschouwde psychosociale zorg en re-integratie naar werk als essentieel onderdeel van het zorgpad. Ze prees het werk van patiëntenverenigingen en fondsen, maar benadrukte dat de overheid een structureel kader moet bieden zodat patiënten niet afhankelijk zijn van toevallige initiatieven.

Met het nieuwe kankerplan in voorbereiding gaven de parlementsleden enkele prioriteiten mee: meer en beter gebruik van data om de meerwaarde van medische prestaties en innovaties te evalueren, de bereidheid om nieuwe prestaties – onder meer in radiotherapie en innovatieve diagnostiek – op te nemen in de nomenclatuur en tegelijk achterhaalde technieken af te bouwen, het verkleinen van ongelijkheden in toegang, zeker voor kwetsbare groepen, en het versterken van

geïntegreerde zorg met duidelijke rollen voor ziekenhuizen, eerste lijn, thuiszorg en patiëntenorganisaties. Samenwerking tussen beleidsniveaus, instellingen en actoren werd daarbij als sleutelwoord naar voren geschoven.

Slotbeschouwingen

De rondetafel “Innovation in Cancer Care Pays: voor de toekomst van patiënten en samenleving” maakte duidelijk dat innovatie in de kankerzorg werkt: de overleving stijgt, de levenskwaliteit verbetert en er ontstaan nieuwe perspectieven voor aandoeningen die vroeger nauwelijks behandelbaar waren. Tegelijk is die vooruitgang kwetsbaar wanneer financiering, infrastructuur en personeelsbeleid achterop blijven of wanneer de toegang ongelijk verdeeld is.

Innovatie blijkt bovendien veel breder te zijn dan enkel nieuwe technologie of geneesmiddelen. Ze zit evenzeer in betere diagnostiek, geïntegreerde zorgpaden, nazorg, psychosociale ondersteuning, re-integratie naar werk en in een organisatie van zorg die vertrekt vanuit de noden van de patiënt. De verhalen van Guillaume, Martina, Marianne en Michiel lieten zien wat dat op individueel niveau betekent: extra tijd, meer keuzevrijheid, betere ondersteuning en de kans om opnieuw volwaardig deel te nemen aan de samenleving.

In het beleidsdebat werd duidelijk waar de verschillende partijen hun accenten leggen: snellere procedures en patiëntgerichte budgetten, een groeipad voor data-gestuurde besluitvorming, aandacht voor levenskwaliteit en ongelijkheid, en de ambitie om innovatie duurzaam te verankeren in het toekomstige kankerplan. All.Can Belgium zal, in samenwerking met zijn leden en partners, deze inzichten verder vertalen naar concrete aanbevelingen en projecten, met één duidelijke doelstelling: meer waarde creëren voor elke patiënt, binnen een duurzame en rechtvaardige kankerzorg.



Changing cancer
care together