

Wie betaalt, bepaalt het bewijs

Wat er gebeurt met gezondheidstechnologie zodra een land beslist om ervoor te betalen

In een oogopslag

Gezondheidstechnologie heeft een probleem dat andere software niet heeft: de gebruiker is niet de koper en de koper betaalt pas als u iets bewijst. Duitsland voerde als eerste land een terugbetalingsprocedure in voor apps op voorschrift, en dat experiment loopt nu lang genoeg om er iets uit te leren: ruim een miljoen voorschriften, 234 miljoen euro uitgaven, en meer dan een vijfde van de toegelaten toepassingen die intussen weer van de lijst is. Sinds februari 2026 is de regel verscherpt: de prijs hangt deels af van gemeten resultaat, en de fabrikant moet elk kwartaal gegevens aanleveren over het echte gebruik. Ondertussen is de meest gebruikte vorm van AI in de zorg niet de diagnose maar de verslaggeving, en die levert volgens gerandomiseerd onderzoek minder tijdwinst op dan iedereen aanneemt. Dit document beschrijft die verschuiving, met de cijfers erachter, en benoemt wat nog niet vaststaat.

234 miljoen

euro die de Duitse wettelijke ziekteverzekering tussen 1 september 2020 en 31 december 2024 uitgaf aan apps op voorschrift. Systematische review in npj Digital Medicine, 2025, op basis van de officiële rapportering.

Vooraf

Digitale zorg wordt meestal beschreven vanuit de technologie: de sensor, het model, de interface. Dat is het deel dat het snelst verandert en het minst beslist. Wat beslist, is of iemand betaalt, waarvoor precies, en welk bewijs die betaler daarvoor eist. Dat deel verandert traag, per land, en het is bepalend voor elk businessplan in deze sector.

Dit document kijkt daarom naar de betaalkant. Wat heeft Duitsland geleerd van vijf jaar apps op voorschrift, wat is er in februari 2026 aan die regels veranderd, hoe werkt het Belgische kader, wat zegt gerandomiseerd onderzoek over de AI die vandaag het breedst wordt uitgerold, en welke datawetgeving komt eraan. De bronnen staan per hoofdstuk vermeld en zijn waar mogelijk primair: verordeningen, publicaties in het staatsblad, en peer reviewed onderzoek.

Het is geen overzicht van leveranciers en geen aanbeveling. De toepassingen die genoemd worden, staan er als bewijs van een verschuiving. Waar het bewijs zwak is, staat dat er ook.

Venture Campus

01 De verschuiving: de betaler is de markt

In vrijwel elke andere softwarecategorie valideert de markt zichzelf. Mensen gebruiken het product of ze gebruiken het niet, en de omzet vertelt u welke van de twee. In de zorg werkt dat mechanisme niet. De gebruiker is de patient, de beslisser is vaak de arts, en de betaler is een verzekeraar of een overheid die niet in de spreekkamer zit. Drie partijen, drie belangen, en pas bij de derde ligt het geld.

Dat maakt de gebruikelijke bewijsvoering waardeloos. Een half miljoen downloads, een score van 4,6 in de appwinkel en een enthousiaste pilootstudie in een ziekenhuis zeggen niets tegen wie moet beslissen of hij dit voor de hele bevolking terugbetaalt. Die persoon stelt een andere vraag: gaat de gezondheid van deze patientengroep hierdoor meetbaar vooruit, of gaat de zorg er meetbaar efficiënter door lopen, vergeleken met wat we vandaag doen.

De verschuiving van het afgelopen decennium is dat een aantal landen die vraag heeft geformaliseerd in een procedure, met een instantie, een termijn en een prijs. Daarmee is digitale gezondheid opgehouden een consumentenmarkt met een medisch randje te zijn. Ze is een gereguleerd product geworden met dezelfde logica als een geneesmiddel: markttoelating eerst, terugbetaling apart, en bewijs voor allebei.

Duitsland deed dat als eerste op schaal, met de wet op digitale zorg van 2019. Frankrijk volgde in 2024 met een vervroegde terugbetalingsprocedure. België bouwde een eigen piramide. Het Verenigd Koninkrijk werkt aan een nationale etalage met beoordeling volgens de bewijsstandaarden van NICE. Wie in deze sector bouwt, bouwt dus niet voor een Europese markt maar voor een reeks nationale procedures die elk hun eigen bewijs vragen.

Bron: Digitale-Versorgung-Gesetz, Duitsland, 2019, en de daaropvolgende procedure bij het BfArM · PECAN, Franse procedure voor vervroegde terugbetaling van digitale toepassingen, ingevoerd 2024

02 Het Duitse experiment in cijfers

Sinds september 2020 kan een Duitse arts een goedgekeurde digitale toepassing voorschrijven zoals hij een geneesmiddel voorschrijft, en betaalt de wettelijke ziekteverzekering. De doelgroep is ongeveer 73 miljoen verzekerden en meer dan 170.000 voorschrijvers. Het federale instituut voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, het BfArM, beoordeelt de aanvraag in een versnelde procedure van drie maanden.

Die procedure heeft twee uitgangen, en daar zit de vernuftige constructie. Wie de gunstige zorguitkomst al kan aantonen, komt definitief op de lijst. Wie dat nog niet kan, komt voorlopig op de lijst en krijgt twaalf maanden om het te bewijzen met een vooraf goedgekeurde evaluatiestudie. Het land betaalt dus voor iets waarvan het nog niet weet of het werkt, op voorwaarde dat er intussen aan het bewijs wordt gewerkt. Dat is dezelfde redenering die elders wordt toegepast op veelbelovende geneesmiddelen.

Van elke vijf voorschriften wordt er een nooit geactiveerd. De arts was overtuigd, de patient niet.

De volumes: eind 2024 waren er meer dan een miljoen voorschriften uitgeschreven, waarvan ongeveer 81% door de patient effectief werd geactiveerd. De cumulatieve uitgaven van de ziekenfondsen bedroegen 234 miljoen euro tussen 1 september 2020 en 31 december 2024. De gemiddelde prijs per voorschrift was in 2024 ongeveer 541 euro, met een spreiding van 119 tot 2.077 euro per gebruik, meestal voor negentig dagen en in sommige gevallen tot een jaar.

Zet die getallen naast elkaar en u ziet meteen waar het schuurt. Een gemiddelde van 541 euro voor negentig dagen software is geen appprijs, het is een therapieprijs. En van elke vijf voorschriften wordt er een nooit geactiveerd, wat wil zeggen dat de arts overtuigd was en de patient niet. Dat is een probleem dat geen enkele klinische studie meet, want in een studie activeert iedereen.

Bron: Systematische review over zorgeffecten en bewijskracht van terugbetaalde digitale toepassingen, npj Digital Medicine, 2025 · Data-gedreven analyse van de Duitse markt voor digitale toepassingen, Journal of Medical Internet Research, 2024

03 Wat het experiment leerde over bewijs

De interessantste uitkomst van vijf jaar terugbetaling is niet hoeveel toepassingen erin geraakten, maar hoeveel er weer uit vlogen. Sinds de eerste opname in september 2020 zijn meer dan 75 toepassingen op de lijst verschenen. Iets meer dan 20% verloor de terugbetaling intussen weer, ongeveer 15% staat er tijdelijk op in afwachting van beoordeling, en ongeveer 65% is definitief opgenomen.

Van de elf toepassingen die op een bepaald moment werden geschrapt, verdwenen er zes omdat de gunstige zorguitkomst niet kon worden aangetoond, een omdat de studie niet afgerond raakte, en vier op vraag van de fabrikant zelf. Dat laatste cijfer verdient aandacht. Vier ondernemingen kozen ervoor om weg te gaan voor de meting hen wegstuurde, en dat is de stilste vorm van negatief bewijs die er bestaat.

De kwaliteit van het bewijs zelf blijft betwist. De systematische review in npj Digital Medicine stelt vast dat het BfArM zijn beoordeling van het risico op vertekening in de toelatingsstudies niet publiek maakt, waardoor buitenstaanders de sterkte van de onderbouwing niet kunnen inschatten. Eerder onderzoek in BMC Health Services Research vond dat de officiële lijst zelf niet volstaat om na te gaan welk bewijs er geleverd is, en botste in een geval op resultaten in de lijst die niet overeenkwamen met het studierapport.

Het terugkerende technische probleem in die studies is de uitval. Hoge uitval in de interventiegroep betekent dat de mensen die het product zouden moeten gebruiken, ermee stoppen, en dat is in de echte zorg nog erger dan in een studie. Wie in deze sector werkt, weet dat dit het eigenlijke productprobleem is: therapietrouw is geen marketingvraagstuk maar de werkzame stof zelf. Een toepassing die na drie weken wordt weggeklikt, heeft geen effect om te meten.

Bron: Systematische review, npj Digital Medicine, 2025 · Analyse van de bewijsvereisten van definitief opgenomen toepassingen, BMC Health Services Research, 2023 · Overzicht van opnames en schrappingen, gepubliceerd februari 2026

04 De prijs wordt een variabele

Op 29 januari 2026 verscheen in het Duitse staatsblad een wijziging van de verordening die de procedure regelt, met ingang van 1 februari 2026. De kern ervan is dat betalen voor toegelaten software niet langer volstaat: de fabrikant moet aantonen wat er in de praktijk gebeurt.

Concreet komt er een begeleidende succesmeting. Fabrikanten moeten gegevens verzamelen over het reële gebruik, over de tevredenheid van de patient en over de door de patient gerapporteerde gezondheidstoestand, via standaardvragenlijsten die als bijlage bij de verordening zijn gevoegd. Deelname door de patient is vrijwillig. Vanaf het derde kwartaal van 2026 moeten die gegevens per kwartaal worden gegenereerd en om de zes maanden geanonimiseerd en geaggregeerd bij het BfArM worden ingediend. De eerste indiening valt uiterlijk op 15 april 2027 en bevat het derde en vierde kwartaal van 2026. Elk kwartaalpakket vermeldt ook hoeveel voorschriften en hoeveel vervolgvorschriften er werden ingewisseld.

Daarnaast verschuift de prijszetting. Vanaf 2026 wordt minstens een vijfde van de prijs gekoppeld aan prestatie, en wordt de procedure opengesteld voor hulpmiddelen in een hogere risicoklasse. Voor wie het model kent uit de geneesmiddelenwereld: dit is een prijs-volumeafsprake, toegepast op software, in een sector die eraan gewend was dat een licentie een licentie is.

De gevolgen voor de productarchitectuur zijn groter dan de gevolgen voor de boekhouding. Een product dat elk kwartaal moet rapporteren over gebruik en uitkomst, moet die meting ingebouwd hebben, met toestemming, met een vragenlijst op het juiste moment, met een dataverwerking die de controle doorstaat. Dat is geen rapportagelaag die u er achteraf bij bouwt. Dat is een ontwerpvereiste, en ondernemingen die daar vandaag aan beginnen, hebben ongeveer een jaar.

Bron: Wijziging van de Duitse verordening op digitale zorgtoepassingen, gepubliceerd in het staatsblad op 29 januari 2026, in werking op 1 februari 2026 · Analyse van de nieuwe rapporteringsverplichtingen, Inside EU Life Sciences, 3 februari 2026

05 België: een piramide en een handvol zorgprocessen

Belgie koos een andere constructie. Het platform mHealthBelgium ordent toepassingen met een CE-markering als medisch hulpmiddel in een piramide van drie niveaus. Niveau M1 betekent dat het een gecertificeerd medisch hulpmiddel is. Niveau M2 betekent dat er een ontvankelijke aanvraag tot terugbetaling bij het RIZIV ligt. Niveau M3 is de financiering zelf, en dat niveau valt uiteen in M3-min, waarbij tijdelijk wordt gefinancierd terwijl de sociaal-economische waarde nog wordt aangetoond, en M3-plus, waarbij die waarde bewezen is en de financiering definitief.

Het platform startte in 2018 als een federaal initiatief nadat de toenmalige minister van Volksgezondheid 24 pilootprojecten had gefinancierd om de meerwaarde van mobiele gezondheidstoepassingen te onderzoeken. Drie overheidsinstanties werkten elk een niveau uit: het geneesmiddelenagentschap voor M1, het eHealth-platform voor de ICT-criteria van M2, en het RIZIV voor de financiering op M3. Eind 2023 liep de samenwerking met het RIZIV af. Sindsdien wordt het platform voortgezet door de sectorfederaties beMedTech en Agoria, zonder overheidssteun.

Het verschil met het Duitse model zit in de eenheid van betaling. In Duitsland wordt de toepassing zelf voorgeschreven en betaald. In België loopt de financiering via zorgprocessen: het platform vermeldt onder meer telemonitoring van patienten met COVID-19 thuis, revalidatie na een knie- of heupprothese, telemonitoring en therapiebegeleiding bij chronisch hartfalen, holteropname voor cardiologische patienten, telemonitoring van kankerpatienten en telemonitoring bij slaapapneu. De app is niet het product dat betaald wordt. Ze is een onderdeel van een traject dat betaald wordt.

Dat onderscheid bepaalt uw hele strategie. In een appmodel verkoopt u aan een instantie die uw effect beoordeelt. In een zorgprocesmodel moet er eerst een zorgproces bestaan waarin uw toepassing past, en als dat er niet is, is de vraag niet of uw product goed is maar of iemand bereid is de nomenclatuur te openen. Dat is een traject van jaren, met andere gesprekspartners, en het is de reden waarom Belgische ondernemingen in deze sector vaak eerst in Duitsland gaan aankloppen.

Bron: mHealthBelgium, validatiepiramide, financiering en overzicht van de zorgprocessen, geraadpleegd 17 juli 2026 · RIZIV, reglementair kader voor de financiering van mobiele gezondheidstoepassingen, van kracht sinds januari 2021

06 Documentatie, niet diagnose: waar AI in de zorg echt landt

Als u de afgelopen jaren over AI in de zorg las, ging het over diagnose. In de praktijk is de snelst uitgerolde toepassing van generatieve AI in ziekenhuizen wereldwijd iets veel prozaischer: een systeem dat meeluistert met het consult en er een verslag van maakt. Geen beslissing, geen risicoklasse, geen klinische claim. Gewoon typwerk.

Die keuze is economisch logisch. Administratie is de grootste tijdrover en een gedocumenteerde oorzaak van uitval bij artsen, de fout van een verslag is corrigeerbaar, en er is geen aangemelde instantie voor nodig. De vraag is wat het oplevert, en dat is intussen gerandomiseerd onderzocht in plaats van gepeild.

De snelst uitgerolde AI in de zorg stelt geen diagnose. Ze typt het verslag, en ze wint 0,8 minuut per consult.

In een pragmatische gerandomiseerde studie met drie armen in een groot academisch zorgsysteem in Californië, uitgevoerd tussen 4 november 2024 en 3 januari 2025 bij 313 ambulante artsen en gepubliceerd in NEJM AI in december 2025, werden twee systemen vergeleken met de gewone gang van zaken. Het effect was bescheiden maar positief: minder tijd in het verslag bij een van beide systemen, en minder uitputting en minder ervaren taaklast bij gebruikers van beide. In een prospectieve tijdsmetingstudie in JMIR Medical Informatics uit 2026 bedroeg de gemeten winst 0,8 minuut per consult, bleef de duur van het consult onveranderd, en bleef ook de totale doorlooptijd gelijk.

De auteurs trekken zelf de conclusie die de sector niet graag hoort: van deze technologie mag geen hogere doorstroming of een groter patientenvolume worden verwacht. Wat ze wel doet, is de last verlichten en het oogcontact herstellen, en dat is een reële uitkomst voor wie personeel probeert te houden. Maar het is een andere businesscase dan de case die verkocht wordt. Tijdwinst die niet bestaat, kunt u niet factureren als bespaarde consultatietijd.

Bron: Lukac e.a., Ambient AI Scribes in Clinical Practice: A Randomized Trial, NEJM AI, december 2025 · Prospectieve observationele tijdsmetingstudie bij een AI-verslaggever, JMIR Medical Informatics, 2026

07 De dataaag die eraan komt

Het derde stuk van de puzzel is de data, en dat stuk is intussen wet. Verordening (EU) 2025/327 over de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens werd aangenomen op 11 februari 2025, gepubliceerd op 5 maart 2025 en trad in werking op 26 maart 2025. Ze regelt drie dingen: rechten van de patient op zijn eigen gegevens, een procedure voor hergebruik van gezondheidsgegevens voor onderzoek en beleid, en een productregime voor systemen die elektronische patientengegevens beheren.

De kalender is lang en dat is geen detail. De algemene toepassing valt op 26 maart 2027. De regels over hergebruik en de eerste categorieën voor grensoverschrijdende uitwisseling, met patientsamenvattingen en elektronische voorschriften, gelden vanaf 26 maart 2029. Beelden, laboratoriumresultaten en ontslagbrieven volgen op 26 maart 2031. Wie vandaag een product bouwt dat op die infrastructuur rekent, bouwt voor de tweede helft van dit decennium.

De praktische betekenis voor een onderneming zit in de tweede pijler. Vanaf 2029 kunnen onderzoekers, overheden en bedrijven via nationale toegangsinstanties gepseudonimiseerde gezondheidsgegevens aanvragen voor welbepaalde doeleinden. Dat is precies de infrastructuur die ontbreekt om digitale zorg te bewijzen: vandaag moet elke fabrikant zijn eigen studiepopulatie kopen, terwijl de gegevens over dezelfde patienten al bestaan in ziekenhuissystemen die niemand mag bevragen.

Er zit een keerzijde aan die u nu al moet inrekenen. Fabrikanten van hulpmiddelen die gezondheidsgegevens genereren of verwerken, krijgen eigen verplichtingen om die gegevens beschikbaar te stellen. De verordening geeft dus toegang en legt tegelijk een leveringsplicht op. Voor wie zijn dataset als zijn belangrijkste bezit beschouwt, is dat geen technisch detail maar een vraag over het businessmodel.

Bron: Verordening (EU) 2025/327 over de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens, gepubliceerd 5 maart 2025, artikel over de gefaseerde toepassing

08 Wat het verandert voor ondernemingen in de sector

De eerste verandering is dat het bewijsplan een productplan is geworden. Wie in 2020 een toepassing bouwde en er daarna een studie bij zocht, kon nog binnengeraken. Wie dat vandaag doet, komt hoogstens op een voorlopige lijst met twaalf maanden om te leveren wat hij nooit heeft voorbereid. De vergelijkende studie in een welomschreven patientengroep is de duurste post en de langste doorlooptijd in het hele project, en ze bepaalt of de rest ooit iets waard is.

De tweede verandering is dat gebruik gemeten wordt. Het Duitse model rekent u vanaf 2026 af op ingewisselde voorschriften, op vervolgvorschriften en op wat de patient zelf rapporteert. Daarmee wordt therapietrouw een financiële parameter in plaats van een kwaliteitszorg. Een toepassing met een sterk effect bij de mensen die volhouden en een uitval van de helft, is in dit model minder waard dan een toepassing met een matig effect dat iedereen haalt. Dat draait de gebruikelijke productprioriteiten om.

De derde verandering is dat de markt niet Europees is. Dezelfde toepassing heeft in Duitsland een BfArM-procedure nodig, in België een plaats in een bestaand zorgproces en in Frankrijk een vervroegde terugbetalingsaanvraag. De onderliggende CE-markering is wel Europees, en dat is precies de valkuil: het hulpmiddel mag overal op de markt en wordt bijna nergens betaald. Een uitrolplan dat landen op volgorde van bevolking rangschikt in plaats van op volgorde van procedure, zal falen.

De vierde verandering is de tijdshorizon van de dataaag. De hergebruikregels van 2029 en de uitwisseling van beelden en labresultaten in 2031 zijn te ver weg om vandaag op te bouwen en te dichtbij om te negeren, vooral voor wie klinisch bewijs nodig heeft dat pas met bevolkingsgegevens hard wordt. De verstandige positie is een product dat vandaag werkt met eigen data en morgen kan aansluiten, en niet een product dat op de infrastructuur wacht.

Bron: Wijziging van de Duitse verordening op digitale zorgtoepassingen, 29 januari 2026 · Verordening (EU) 2025/327, gefaseerde toepassing · mHealthBelgium, financieringskader per zorgproces, geraadpleegd juli 2026

09 Wat er nog niet klopt

Vier dingen in dit verhaal worden stelselmatig te mooi voorgesteld. Het eerste is de omvang. Vijf jaar Duitse terugbetaling leverde cumulatief 234 miljoen euro op aan uitgaven, in een verzekeringsstelsel dat jaarlijks honderden miljarden uitgeeft. Dat is geen omwenteling in de zorgfinanciering. Het is een proefvak, en het wordt in decks stelselmatig gepresenteerd als een markt.

Het tweede is het gebrek aan gepubliceerd tegenbewijs. De toezichthouder maakt zijn beoordeling van de studiekwaliteit niet openbaar, de officiële lijst volstaat niet om na te gaan welk bewijs er geleverd werd, en in minstens een geval kwamen de gepubliceerde resultaten niet overeen met het studierapport. Zolang dat zo is, kan niemand van buitenaf zeggen hoe sterk het bewijs achter de definitief opgenomen toepassingen werkelijk is. Dat is geen aanklacht, het is een leemte, en ze wordt door beide kampen ingevuld met wat hen uitkomt.

Vijf jaar en 234 miljoen euro is geen omwenteling in de zorgfinanciering.
Het is een proefvak dat als markt wordt gepresenteerd.

Het derde is de scheve verdeling. De toepassingen die de procedure halen, clusteren in een beperkt aantal domeinen waar een gevalideerde vragenlijst een aanvaarde uitkomstmaat is, en dat is niet toevallig de geestelijke gezondheid. Waar de uitkomst een harde klinische gebeurtenis is, is de studie groter, duurder en langer, en dus zeldzamer. Het aanbod volgt daarmee de meetbaarheid en niet noodzakelijk de zorgnood, en dat is een systeemeffect waar niemand voor gekozen heeft.

Het vierde is de belofte van tijdswinst. De breedst uitgerolde AI in de zorg levert volgens gemeten onderzoek 0,8 minuut per consult op, zonder effect op de duur van het consult of op de doorlooptijd. De uitval en de last dalen wel. Wie dat verkoopt als capaciteitswinst, verkoopt iets dat de studies niet vinden, en de betaler die dit binnen twee jaar zelf meet, zal dat merken. In deze sector is de meting altijd het einde van de belofte, en dat is precies de bedoeling van het systeem.



Over Venture Campus

Venture Campus BV is een Belgisch subsidieadviesbureau. De firma bereidt innovatiedossiers voor, schrijft ze en dient ze samen met de klant in, in de Vlaamse, federale en Europese instrumenten.

Alle sectoren, producten en diensten komen in aanmerking: de beoordelingscriteria zijn sectorneutraal. Dat is geen slogan maar de structuur van de regelingen. De onderneming brengt de technologie, het domein en het plan. Venture Campus brengt de regeling, haar criteria en het perspectief van de beoordelaar, toegepast voor de indiening. Voor de klinische ontwikkeling en het bewijs waarover dit document gaat, is het O&O-instrument van VLAIO doorgaans het relevante kanaal, met steun tussen 25 en 60% van de aanvaarde kosten naargelang het type project en de grootte van de onderneming. Die percentages gelden op de datum op de cover.

Voor de meeste dossiers geldt no cure, no pay: u betaalt wanneer de steun is toegekend. Een traject begint met een gratis analyse of met de subsidiescan van zes vragen op de website.

BRONNEN

Verordening (EU) 2025/327 over de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens, gepubliceerd 5 maart 2025 · Wijziging van de Duitse verordening op digitale zorgtoepassingen, staatsblad 29 januari 2026, in werking 1 februari 2026 · Digitale-Versorgung-Gesetz, Duitsland, 2019 · Systematische review over zorgeffecten en bewijskracht van terugbetaalde digitale toepassingen, npj Digital Medicine, 2025 · Analyse van de bewijsvereisten van definitief opgenomen toepassingen, BMC Health Services Research, 2023 · Data-gedreven analyse van de Duitse markt voor digitale toepassingen, Journal of Medical Internet Research, 2024 · Lukac e.a., Ambient AI Scribes in Clinical Practice: A Randomized Trial, NEJM AI, december 2025 · Prospectieve observationele tijdsmetingstudie bij een AI-verslaggever, JMIR Medical Informatics, 2026 · mHealthBelgium en RIZIV, validatiepiramide, financieringskader en zorgprocessen, geraadpleegd 17 juli 2026 · Inside EU Life Sciences, analyse van de nieuwe Duitse rapporteringsverplichtingen, 3 februari 2026

Copyright 2026 Venture Campus BV. Alle rechten voorbehouden. Deze publicatie is algemene informatie over ontwikkelingen in de sector en geen technisch, fiscaal, juridisch of financieel advies. De beschreven technologie, regelgeving en marktsituatie gelden op de datum vermeld op de cover en kunnen wijzigen; raadpleeg steeds de vermelde bronnen en de bevoegde instanties. Vermelding van ondernemingen, producten of technologieën betekent geen aanbeveling. Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend.