



KCE

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

JAAR- VERSLAG 2015



Inhoud

1.OVER HET KCE

- a.WIE ZIJN WE
- b.WAT DOEN WE
- c.ONZE 5 DOMEINEN
- d.ONZE 7 KERNWAARDEN
- e.KCE TEAM
- f.COMMUNICATIE
- g.RAAD VAN BESTUUR
- h.BELANGENCONFLICT
- i.EEN STUDIEONDERWERP VOORSTELLEN

2.ONZE STUDIEDOMEINEN

- a.KLINISCHE PRAKTIJKRICHTLIJNEN (GCP)
- b.HEALTH SERVICES RESEARCH (HSR)
- c.HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA)

3.KCE TRIALS

4.KCE HAS READ FOR YOU

5.FINANCIHEEL RAPPORT



Voorwoord

2015 was voor het KCE een jaar van nieuwe taken en uitdagingen. Naast ons gebruikelijke studieprogramma over specifieke onderwerpen - die iedereen die de werking van het gezondheidssysteem van ons land wil verbeteren, kan voorstellen - kregen wij van de minister van volksgezondheid nieuwe verantwoordelijkheden toegewezen die ook op veel langere termijn een impact op onze organisatie hebben.

In de eerste plaats beschouwen wij deze nieuwe taken als een erkenning van het nut en de waarde van ons werk. Met het plan van aanpak voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de lancering van een programma van publiek gefinancierde klinische studies wordt aan recent KCE-onderzoek immers concreet gevolg gegeven, en wij zijn er trots op dat wij daar mee onze schouders kunnen onderzetten. Daarnaast zijn de pilootprojecten voor postnatale zorg en thuishospitalisatie, die de minister in het kader van de hervorming van ziekenhuisfinanciering opstartte, eveneens initiatieven die het rechtstreekse gevolg zijn van ons werk.

Deze nieuwe opdrachten geven ons ook extra zuurstof: de bijkomende middelen die ons voor de uitvoering ervan werden toegekend, temperden de impact van de besparingsmaatregelen die het KCE – net als alle andere overheidsinstellingen – werden opgelegd, waardoor wij ontslagen konden vermijden.

Onze van buitenuit zichtbare productie van rapporten en adviezen steunt op een dynamische interne organisatie, gebaseerd op teamwerk en een cultuur van uitmuntendheid. Dit blijkt ook uit het Common Assessment Framework (CAF), een auto-evaluatie die wij als organisatie twee jaar geleden doorliepen. De resultaten van deze oefening zijn ondertussen tot maturiteit gekomen, en vandaag beginnen we daarvan de vruchten te plukken.

Voor elke KCE-medewerker vormt het actief meewerken aan een kwaliteitsvolle, voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg, een buitengewoon motiverend project, dat nooit voltooid zal zijn. De steeds toenemende visibiliteit en impact van ons werk geeft ons team een groot verantwoordelijkheidsgevoel om hoogkwalitatief en betrouwbaar werk te blijven leveren. Hierbij blijven we steeds waken over onze onafhankelijkheid, die tenslotte de garantie vormt voor onze wetenschappelijke autoriteit.

Pierre Gillet – Voorzitter van de Raad van Bestuur

Raf Mertens – Algemeen directeur

Christian Léonard – Adjunct algemeen directeur



OVER HET KCE



WIE ZIJN WE?

Het KCE is een onafhankelijke onderzoeksinstituut met expertise in de organisatie en de financiering van de gezondheidszorg in de ruime zin, in de evaluatie van medische technologieën en in de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen.

Het geeft wetenschappelijk advies op verzoek van de overheid, universiteiten, beroepsverenigingen, enz. Zijn financiële middelen zijn vooral afkomstig van federale overheidsdiensten (75% van het RIZIV en 25% van de FODs Volksgezondheid en Sociale Zekerheid). Daarnaast wordt de deelname van het KCE aan Europese netwerken en onderzoeksprojecten gedekt door Europese subsidies.

De missie van het KCE bestaat uit het uitvoeren van analyses en objectieve wetenschappelijke studies, waarmee het de beleidsmakers ondersteunt bij het nemen van beslissingen in het domein van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering. Het KCE is niet betrokken bij de besluitvorming zelf, of bij de uitvoering ervan. Het wijst wel de weg naar de best mogelijke oplossingen, in een context van een optimaal toegankelijke gezondheidszorg van hoge kwaliteit, en rekening houdend met een toenemende vraag en budgettaire beperkingen.

[In 2015 publiceerde het KCE 25 rapporten.](#)



WAT DOEN WE?

Waarvoor staat de afkorting KCE?

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg koos voor de afkorting KCE als samentrekking van Kenniscentrum - Centre d'Expertise



ONZE 5 DOMEINEN

- Organisatie en financiering van de gezondheidszorg ([Health Services Research](#))
- Ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen ([Good Clinical Practice](#)) en hun voortdurende aanpassing aan de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen.
- Evaluatie van nieuwe medische technologieën en geneesmiddelen ([Health Technology Assessment](#))
- NIEUW Coördinatie van het programma van klinische studies gefinancierd door de Belgische overheid ([KCE Trials](#))
- Ontwikkeling van nauwgezette methodologische handleidingen met gevalideerde werkmethode bestemd voor alle onderzoekers actief in het domein van gezondheidszorg en volksgezondheid (Methods)

- Wetenschappelijke excellentie
- Intellectuele onafhankelijkheid en objectiviteit
- Performantie, toegankelijkheid, kwaliteit en veiligheid van de zorg
- Dialoog en overleg met het terrein
- Patiëntgerichtheid
- Dynamische communicatie
- Transparantie en goed bestuur



ONZE 7 KERNWAARDEN

KCE TEAM



Al onze onderzoekers zijn universitair geschoold en vaak houder van een doctoraatstitel. Door het multidisciplinaire karakter van ons team kunnen we zeer uiteenlopende vragen behandelen, vanuit een medische, economische, sociale, juridische en ethische invalshoek.

	In VTE
Voorzitter	0,2
Management	3,5
Algemene directie	2,0
Programmadirectie	1,5
Onderzoek	31,1
Artsen	9,8
Economisten, sociologen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, data-analysten, statistici...	22,3
Ondersteunend	15,3
Communicatie, lay-out en website	3,1
Juridisch advies	1,5
Budget en boekhouding	1,9
Secretariaat	4,5
ICT	2,0
Personeelsmanagement	0,7
Kennismanagement en bibliotheek	1,6
TOTAAL	50,1



Gediversifieerde communicatie

Inhoudelijk zijn onze boodschappen voor iedereen identiek, maar hun vorm proberen we wel aan te passen aan de specifieke doelgroep(en) die we willen bereiken:

- De politieke beleidsmakers en de verantwoordelijken van het gezondheidssysteem aan wie we beleidsadviezen aanreiken;
- De professionals van het terrein met wie we richtlijnen ontwikkelen, maar voor wie we ook de innovaties die voortdurend worden aangeboden, objectief onderzoeken;
- De onderzoekers van andere wetenschappelijke instellingen;
- De burgers-patiënten, die meer en meer het gezondheidsbeleid willen begrijpen en eraan deelnemen.

Om onze resultaten te verspreiden, diversifieerden we onze communicatiekanalen.

Onze basistool is onze [website](#). Al onze rapporten en informatie over het KCE worden hier in alle transparantie gepubliceerd. We proberen voortdurend onze website te verbeteren, zodat elke bezoeker snel de informatie vindt die hij zoekt. Zo verfijnden we onze zoekmotor en ontwikkelden we de Focus-pagina's, die met één enkele klik toegang geven tot alle publicaties rond een bepaald thema. In 2015 maakten we nieuwe Focus-pagina's rond [borstkanker](#), [cardiovasculaire aandoeningen](#) en [kwaliteitsindicatoren](#), en rond uiteenlopende onderwerpen in de [huisartsgeneeskunde](#).

In 2015 gingen we ook verder met het maken van [video's](#) : we filmde en publiceerden interviews met onze onderzoekers die de essentie van hun studie in enkele minuten samenvatten.

Elke nieuwe publicatie op onze website (rapporten, aanbestedingen, vacatures, persberichten, enz.) wordt systematisch gemaïld naar iedereen die [zich heeft geregistreerd op onze website](#).

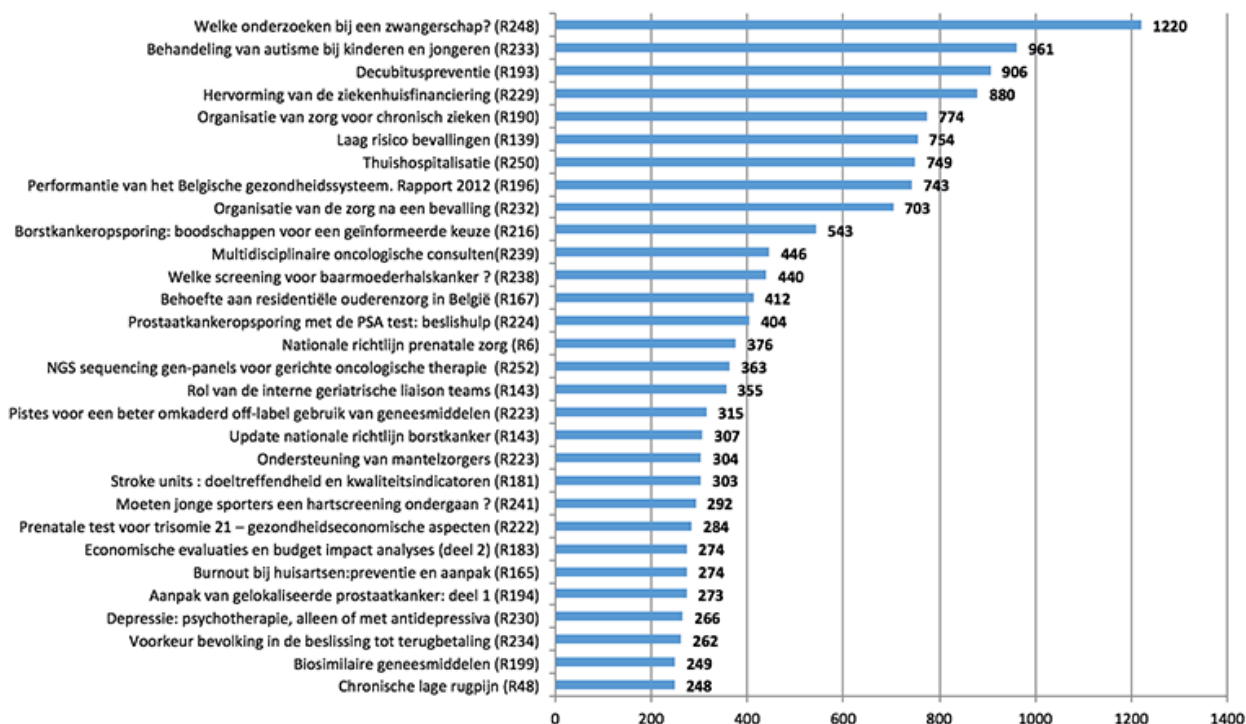
Onze website in enkele cijfers

157.789	502.444	3129	105
bezoeken in 2015 = 112.950 gebruikers	bezochte pagina's in 2015	geregistreerde personen die de nieuwsmeldingen van het KCE willen ontvangen + 341 journalisten	mailings, bijna 92 000 keer geopend

We communiceren de resultaten van ons werk systematisch via de algemene en gespecialiseerde pers. Dit gebeurt door middel van [persberichten](#) in een heldere en toegankelijke stijl en door steeds beschikbaar te zijn voor journalisten die zich willen verdiepen in een bepaald onderwerp. Onze experts worden trouwens vaak geconsulteerd voor meer diepgaande artikels. Het KCE profileert zich blijkbaar steeds meer als een betrouwbare en competente speler in de ogen van de media en het publiek.



De 30 meest gedownloade rapporten in 2015



Media aandacht in enkele cijfers

65.664	734	40	bijna 80
Aantal downloads van de persberichten (met 30.366 downloads van de betrokken rapporten)	artikels in de geschreven pers (+ 72 persberichten van persagentschappen)	Het KCE werd vermeld in 40 televisie-uitzendingen	radioreportages

In 2015 waren we ook steeds meer aanwezig in de sociale media. Naast [Twitter](#) (bijna 800 volgers), zijn we met een KCE-pagina actief op [LinkedIn](#) (meer dan 1000 abonnees) en sinds kort ook op [Facebook](#). Hierdoor vergroten we onze zichtbaarheid en maken we onze communicatie meer interactief en direct. Onze video's zijn beschikbaar via ons [YouTube-kanaal](#).

800	> 1000	3.665	17.278
Volgers op Twitter	Abonnees op LinkedIn	Aantal sessies op de website via de sociale media	Aantal bezochte webpagina's via de sociale media

In de meer medisch-wetenschappelijke sfeer lanceerden we eind 2015 een [nieuwsbrief specifiek voor huisartsen](#). Deze groep van artsen, die voor ons vaak een centrale rol speelt in onze projecten, is paradoxaal genoeg minder goed op de hoogte van ons werk.

Daarnaast stellen onze onderzoekers hun werk voor op colloquia en congressen in België en in het buitenland. Ze (co)publiceren ook artikels in peer-reviewed wetenschappelijke tijdschriften ([17 in 2015](#)). Ten slotte is het KCE lid van [verschillende internationale netwerken](#) en zijn onze onderzoekers betrokken bij vele internationale werkgroepen (EUnetHTA, GIN, INAHTA, ...).



Raad van Bestuur

Onze [Raad van Bestuur](#) bestaat uit vertegenwoordigers van de overheid en van de belangrijkste stakeholders van de Belgische gezondheidszorg en ziekteverzekering. Sinds dit jaar zijn de vertegenwoordigers van de patiënten ook aanwezig. De diversiteit van en het evenwicht in de samenstelling van de Raad van Bestuur vormt een garantie voor de onafhankelijkheid van het KCE.

Tijdens elke RvB worden de afgewerkte rapporten besproken. De beleidsaanbevelingen worden goedgekeurd, genuanceerd of verworpen, maar aan de wetenschappelijke inhoud van het rapport wordt niet geraakt. De RvB beslist bij gewone meerderheid.

Belangenconflicten

Onze medewerkers mogen geen beroepsactiviteiten buiten het KCE uitoefenen die tot belangenconflicten kunnen leiden. Alle externe medewerkers aan een KCE-project vragen we een verklaring over belangenconflicten te ondertekenen, die we vermelden in de colofon van het betrokken rapport.

Een studieonderwerp voorstellen

Het KCE stelt zijn onderzoeksprogramma samen op basis van prioritaire thema's. Die thema's worden vastgelegd na overleg met alle partners van het Health Research System (bestaande uit het RIZIV, het WIV, de FOD Volksgezondheid, de Hoge Gezondheidsraad en het KCE). Vervolgens kan elke burger binnen die thema's onderwerpen voor studievoorstellen indienen.

De selectie van de studieonderwerpen en de samenstelling van het jaarprogramma gebeurt in principe één maal per jaar, tussen juli en september. In 2015 werd deze jaarlijkse gewoonte tijdelijk opgeschort, omdat de minister van Volksgezondheid aan het KCE een aantal nieuwe opdrachten en studies had toevertrouwd. Bovendien waren er nog een groot aantal projecten lopend of gepland voor 2016-2017.

Als u op de hoogte wenst te worden gebracht van onze oproepen tot studievoorstellen, kan u zich inschrijven op onze website via [de volgende link](#).



ONZE STUDIE- DOMEINEN



Klinische praktijkrichtlijnen

(Good Clinical Practice)

De klinische praktijkrichtlijnen (of guidelines) zijn tools voor practici op het terrein. Doordat de wetenschappelijke kennis erin wordt “samengevat”, kunnen de practici een probleem van een patiënt zo efficiënt mogelijk aanpakken, zonder op de hoogte te moeten zijn van de volledige wetenschappelijke literatuur over dit probleem.

Om dergelijke tools volgens de regels van de kunst te ontwikkelen moet er methodologisch zeer nauwkeurig te werk worden gegaan, en dat doen onze onderzoekers dagelijks. Praktijkrichtlijnen moeten aangepast zijn aan de Belgische context en aan de dagelijkse realiteit van de practici, zoniet zijn ze niet bruikbaar op het terrein. Daarom betrekken wij altijd experts van het terrein bij dit soort werk. Het resultaat is dan een (her)update van de kennis, klaar om door de klinici te worden gebruikt.

De richtlijnen uit 2015 hebben bijna allemaal betrekking op de screening, behandeling en opvolging van verschillende kankers. In dit domein, dat voortdurend evolueert, legde het KCE reeds een langdurig traject af. Het formuleert aanbevelingen voor de meest voorkomende kankers en/of voor dewelke een grote diagnostische of therapeutische vooruitgang werd gemaakt. Elk jaar kiezen we samen met het College voor Oncologie de te behandelen onderwerpen.

In 2015 werden richtlijnen opgesteld voor twee urologische kankers: [blaaskanker](#) en [nierkanker](#), in samenwerking met de Belgische verenigingen voor urologie, nefrologie, medische en chirurgische oncologie, radiologie, pathologie en radiotherapie, en voor [kanker van de orofarynx, hypofarynx en larynx](#). Deze laatste guideline maakt deel uit van een reeks van drie rond complexe kankers van het hoofd en de keel. Omdat deze kankers de levenskwaliteit van de patiënten ingrijpend kunnen aantasten, moeten ze worden behandeld door ervaren multidisciplinaire teams, in gespecialiseerde ziekenhuizen. Naast de “genezing” van de tumor, heeft de patiënt behoefte aan tandzorg, logopedie, voedingsadvies of psychologische ondersteuning. Dit alles moet zo goed mogelijk worden gecoördineerd, met het welzijn van de patiënt als belangrijkste streefdoel.

Het KCE startte ook een andere “serie” op rond genetische voorbestemdheid voor bepaalde kankers. Drie richtlijnen werden rond dit onderwerp opgesteld, in samenwerking met oncologen en genetici. Er was de guideline voor de oncogenetische opsporing en opvolging van patiënten die lijden aan verschillende vormen van [erfelijke borst- of eierstokkanker](#), en er waren er voor de opsporing van een erfelijke voorbestemdheid voor [endocriene kankers](#) en van genetische syndromen die [huidkankers](#) kunnen veroorzaken. Deze complexe richtlijnen werden omgezet in praktische fiches die werden gepubliceerd op de website van de Belgische vereniging voor menselijke genetica.

We hebben ook een tien jaar oude richtlijn voor de [aanbevolen onderzoeken tijdens de zwangerschap](#) geüpdatet. De algemene teneur van deze nieuwe richtlijn is dat elk onderzoek waarvan de voordelen voor de toekomstige moeder en baby niet duidelijk groter zijn dan de nadelen, wordt afgeraden. Deze aanbevelingen volgen hiermee het standpunt van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), die de zwangerschap wil demedicaliseren. We hebben hier immers niet met een ziekte te maken.





Health Services Research (HSR)

Studies in het domein van Health Services Research gaan na wat de beste manier is om de gezondheidszorg te organiseren en te financieren, om op die manier de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te verzekeren en tegelijk economisch leefbaar te houden.

De rol van het ziekenhuis in het gezondheidssysteem is vandaag op een heel aantal fronten ingrijpend aan het veranderen. Wij concentreerden ons in 2015 vooral op de multidisciplinariteit van de praktijk en de zorgcontinuïteit, die rond en voor de patiënt moeten worden georganiseerd.

Onze onderzoekers analyseerden de verschillende buitenlandse modellen van [thuishospitalisatie](#), en gingen op zoek naar voorbeelden die ook bij ons kunnen worden toegepast. De conclusie was dat eerst een projectoproep moet worden gelanceerd om de vele creatieve ideeën die op het terrein leven, te verzamelen. Vervolgens zou er dan een duidelijk en algemeen aanvaard referentiekader moeten worden ontwikkeld. Uit de initiatieven die minister van Volksgezondheid Maggie De Block enkele maanden later nam, blijkt dat zij het door ons aanbevolen traject effectief volgt.

We onderzochten ook twee andere vormen van multidisciplinaire zorg, die in ons land al een aantal jaren wordt verleend: de [multidisciplinaire oncologische consulten](#) en [de interne geriatrie liaison teams](#).

Voor de toegankelijkheid van de zorg, spendeerden wij aandacht aan twee specifieke bevolkingsgroepen die door de mazen van het zorgnet dreigen te glippen: de personen met [problematisch alcoholgebruik](#), van wie enkel één op twaalf adequate hulp zoekt of krijgt, en [personen zonder wettig verblijf](#) die, hoewel ze in theorie toegang hebben tot zorg, verloren blijken te lopen in de complexe procedures. Nochtans is hun recht op zorg een door ons land bekrachtigd, fundamenteel recht. We formuleerden aanbevelingen om de procedures te vereenvoudigen en te rationaliseren. Dit moet leiden tot meer efficiëntie en een betere omkadering van de betrokkenen.

Van een heel andere aard was dan weer ons rapport over het belang van een programma van [publiek gefinancierde klinische studies](#). In het kader van zulk programma kunnen bepaalde vraagstukken, die niet aan bod komen in klassieke commerciële trials, worden onderzocht. Dit rapport kreeg snel concreet vorm: de minister van Volksgezondheid kende het KCE een budget van bijna 6 miljoen euro toe, (en van 10 miljoen euro vanaf 2018) om een dergelijk programma op poten te zetten (zie [KCE Trials](#)).

Nog altijd in de farmaceutische en technologische sfeer suggereert het rapport over [de invoering van hoogrisico medische hulpmiddelen](#) omkaderingsmaatregelen voor het gebruik van deze hulpmiddelen in België. Daarbij wordt ook de te gemakkelijke toegang van medische hulpmiddelen tot de Europese markt bekritiseerd. Daarnaast doet het rapport over het [‘off-label’ gebruik van geneesmiddelen](#) voorstellen om dit perfect wettelijke gebruik beter te kaderen. In beide gevallen willen we met onze aanbevelingen ook de risico's voor de patiënt beter controleren.

Tot slot sloot het KCE 2015 af met de evaluatie van de [performantie van ons gezondheidszorgsysteem](#). Deze oefening, die in de meeste Europese landen regelmatig wordt uitgevoerd, geeft onze beleidsmakers een idee van de prioriteiten die moeten worden gelegd om het systeem performant te houden. Ze zet hen ook aan tot het vastleggen van doelstellingen, zodat we ons uiteindelijk kunnen meten met de besten van de klas.



Health Technology Assessment (HTA)

HTA-onderzoeken combineren het onderzoek naar de veiligheid en doeltreffendheid van een technologie of product met een economische analyse van de kosten-batenverhouding. De bedoeling is om na te gaan of de gezondheidswinst minstens ‘in verhouding’ staat tot zijn kostprijs en dus een financieel haalbare meerwaarde heeft.

In deze context onderzochten onze onderzoekers in 2015 verschillende technieken voor wervelchirurgie. [Vertebroplastie en ballonkyfoplastie](#) zijn twee technieken voor de behandeling van pijnlijke wervelbreuken, die meestal worden veroorzaakt door osteoporose. Bij beide behandelingen wordt een soort cement ingespoten. [Tussenwervelschijfprothesen](#) moeten ernstig beschadigde tussenwervelschijven vervangen. Voor beide behandelingen stelden onze experts vast dat de waargenomen klinische verbeteringen niet helemaal voldeden aan de verwachtingen – of beloftes. Daarom moet bij het voorstellen van een behandeling, de zorgverlener de patiënt informeren over de voor- en nadelen van elke optie, en over de kosten die de patiënt zelf zal moeten dragen.

We namen ook hoogtechnologische kankerbehandelingstechnieken onder de loep: voor welke indicaties heeft [hadrontherapie bij kinderen](#) een bewezen effectieve meerwaarde? Wat is de bijdrage van [moleculaire profilerings testen](#) bij de keuze van een behandeling van borstkanker? Wat zijn de voorwaarden voor het gebruik van [Next generation sequencing gene panel testen](#) bij gerichte therapieën in de oncologie?

Nog een rapport met focus op kanker: [welke screening moeten we gebruiken voor baarmoederhalskanker?](#) Vandaag weten we dat deze ziekte wordt veroorzaakt door het HPV-virus. Is het dan niet beter om de aanwezigheid van het virus op te sporen in plaats van kankercellen te zoeken in baarmoederhalsuitstrijkjes? Het antwoord is positief: het screenen naar het HPV-antigen is niet alleen efficiënter, maar ook goedkoper, toch bij vrouwen boven de 30 jaar.

Inzake cardiovasculaire gezondheid, bogen we ons over [zes nieuwe “merkers”](#) die een beginnende atherosclerose zouden opsporen. We vonden echter geen overtuigend bewijs dat ze tegenover de klassieke opsporingsmethodes een toegevoegde waarde hebben. Aanvullende informatie die de huisarts gemakkelijk van de patiënt kan verkrijgen tijdens een consultatie, zou wel de efficiëntie van de klassieke methodes bij het inschatten van een cardiovasculair risico aanzienlijk verbeteren. Met behulp van deze indicatoren wordt daarom best een nieuwe evaluatietabel ontwikkeld.

Het HTA-rapport dat in 2015 de meeste media aandacht kreeg was ongetwijfeld dat over [hartscreening bij jonge sporters](#). Na een gedegen wetenschappelijke literatuurstudie en een diepgaande ethische reflectie kwamen onze onderzoekers tot de conclusie dat een systematische screening inefficiënt, zeer duur en zelfs schadelijk zou zijn. Drama's die de publieke opinie sterk raken zetten de beleidsmakers ertoe aan om screeningsmaatregelen te nemen die contraproductief kunnen zijn – en niet alleen vanuit een economisch standpunt – voor de bevolking die ze geacht worden te beschermen.

Ten slotte probeerden we te berekenen wat een redelijk honorarium zou zijn voor plastische chirurgen die [borstreconstructies na borstkanker uitvoeren](#). De resultaten van dit onderzoek, dat we uitvoerden op vraag van het RIZIV, hebben het debat over de eisen van de chirurgen gevoed.





KCE Trials

Het KCE lanceert een programma van praktijkgerichte klinische studies gefinancierd met publieke middelen.

Voordat een nieuw geneesmiddel op de markt mag worden gebracht, moeten de farmaceutische bedrijven een reeks klinische studies uitvoeren (clinical trials) bij een groot aantal patiënten. Bedoeling is om zo te bewijzen dat dit geneesmiddel veilig en efficiënt is. Maar zoals [een rapport van het KCE](#) van juni 2015 aantoonde, bieden deze studies niet noodzakelijk een antwoord op alle vragen die de artsen en de ziekteverzekering zich stellen. Wat is voor een patiënt met te veel cholesterol bijvoorbeeld de beste oplossing: een geneesmiddel nemen of zijn levensstijl aanpassen door evenwichtiger te eten en meer te sporten?

Het [KCE Trials-programma](#), opgestart in november 2015 op initiatief van minister van Volksgezondheid Maggie De Block, biedt een methodologisch en financieel kader voor niet-commerciële klinische studies om vragen te onderzoeken die de industrie vaak links laat liggen. Zo zullen in het kader van het programma verschillende al dan niet medicamenteuze behandelingen kunnen worden vergeleken, maar ook chirurgische ingrepen of psychotherapieën. Ook onderzoek bij bevolkingsgroepen die vaak worden uitgesloten bij commerciële studies, zoals kinderen, ouderen of personen met zeldzame aandoeningen, zal mogelijk zijn, net als onderzoek naar systematische screeningtools of strategieën voor gezondheidspromotie. Het belangrijkste criterium om een onderwerp te weerhouden is zijn onmiddellijke impact op de zorg aan de patiënt en/of het efficiënte gebruik van de middelen voor gezondheidszorg.

Het KCE voert deze klinische studies niet zelf uit – er zijn in ons land vele teams en ziekenhuizen met de nodige expertise – maar zal het programma coördineren, de onderwerpen selecteren en het verloop van de trials superviseren. Een eerste oproep voor onderwerpen werd in de december 2015 gelanceerd en werd afgesloten in februari, met 165 voorstellen als resultaat. De selectie van de onderzoeksonderwerpen is nu bezig en wij hopen de eerste trials voor het einde van 2016 te kunnen opstarten.



KCE has read for you

Een kritische synthese van wetenschappelijk betrouwbare publicaties voor beleidsmakers en professionals in de gezondheidszorg.

Onze onderzoekers pluizen voortdurend de internationale wetenschappelijke literatuur uit. Daarom zijn ze goed geplaatst om publicaties te identificeren die van concreet belang zijn voor de Belgische medische wereld. De “KCE has read for you’s” selecteren, synthetiseren en verspreiden geregeld een kritische lectuur van systematische reviews of van technologische evaluaties. Ze zijn afkomstig van buitenlandse wetenschappelijke instellingen, zoals het KCE, of van wetenschappelijke instellingen, vergelijkbaar met het KCE, of van andere wetenschappelijke of officiële instanties zoals de Cochrane Collaboration, het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA) of de Amerikaanse Food & Drug Administration (FDA).

In 2015 hebben we twee meta-analyses van de Cochrane Collaboration “voor u gelezen”: één [over de werkzaamheid van niet-invasieve hersenstimulatie technieken \(non-invasive brain stimulation techniques – NIBST\) voor de behandeling van chronische pijn](#) en de andere over [het gebruik van beta-blokkers die voor, tijdens of na een operatie preventief worden toegediend](#) om chirurgie-gerelateerde mortaliteit en morbiditeit te voorkomen. We lazen ook een update van het NICE (National Institute for Health and Care Excellence) over twee technologische evaluaties (HTA) over [de volledige vervanging en resurfacing van de heup](#) bij patiënten die lijden aan eindstadium artrose. Ten slotte ‘hergebruikten’ we ook twee systematische literatuuroverzichten van het European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) over gerichte kankerbehandelingen: één over de [combinatie van ramucirumab \(Cyramza®\) en paclitaxel voor de behandeling van een gevorderd adenocarcinoom van de maag](#) en een andere over [sorafenib \(Nexavar®\) voor de behandeling van gedifferentieerde schildklierkanker die resistent is tegen radioactief jodium](#) (¹³¹I).

Deze kritische lezingen bieden de beleidsmakers en professionals in de zorgsector een samenvatting van recente en nuttige literatuuroverzichten, zonder klinische of politieke aanbevelingen.

FINANCIEEL RAPPORT



Balans

	31/12/15	31/12/14
ACTIVA		
VASTE ACTIVA	308.641,94	380.724,30
II. Immateriële vaste activa	101.251,54	147.019,11
III. Materiële vaste activa	207.390,40	233.705,19
A. Terreinen en gebouwen	152.695,62	203.594,16
B. Installaties, machines en uitrusting	45.468,81	12.767,32
C. Meubilair en rollend materieel	9.225,97	17.343,71
VLOTTENDE ACTIVA	8.292.877,45	9.283.933,59
V. Vorderingen op meer dan één jaar	138.682,65	298.750,00
A. Werkingsvorderingen		
B. Overige vorderingen	138.682,65	298.750,00
C. Vorderingen wegens subsidies		
IX. Liquide middelen	8.097.507,43	8.897.225,71
X. Overlopende rekeningen	56.687,37	87.957,88
TOTAAL DER ACTIVA	8.601.519,39	9.664.657,89

	31/12/15	31/12/14
PASSIVA		
EIGEN VERMOGEN	6.226.510,89	6.247.694,71
V. Gecumuleerd resultaat	6.226.510,89	6.247.694,71
VOORZIENINGEN VOOR RISICO'S EN KOSTEN		
SCHULDEN	2.375.008,50	3.416.963,18
VIII. Schulden op meer dan een jaar	101.797,08	152.695,62
E. Overige schulden	101.797,08	152.695,62
IX. Schulden op ten hoogste één jaar	2.273.211,42	3.264.267,56
A. Schulden op meer dan één jaar die binnen het jaar vervallen	50.898,54	50.898,54
B. Financiële schulden		
C. Werkings- en handelsschulden	601.677,82	718.096,88
E. Schulden met betrekking tot belastingen, bezoldigingen en sociale lasten	568.848,16	833.193,17
1. Belastingen	173.949,81	178.102,84
2. Bezoldigingen en sociale lasten	394.898,35	655.090,33
F. Overige schulden	1.051.786,90	1.662.078,97
X. Overlopende rekeningen		
TOTAAL DER PASSIVA	8.601.519,39	9.664.657,89



Resultatenrekening

	31/12/15	31/12/14
I. Werkingsopbrengsten en geproduceerde vaste activa	9.083.403,22	9.502.315,70
E. Andere opbrengsten	9.083.403,22	9.502.315,70
II. Werkingskosten	8.723.186,48	8.783.628,48
B. Diensten, diverse leveringen en interne facturatie	2.311.434,12	2.359.559,17
C. Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	6.214.345,32	6.222.372,52
D. Afschrijvingen, waardeverminderingen op oprichtingskosten, immateriële en materiële vaste activa	197.407,04	201.696,79
III. Werkingsresultaat	360.216,74	718.687,22
IV. Financiële opbrengsten	0,00	621,30
C. Andere financiële opbrengsten		621,30
V. Financiële kosten	460,12	2.280,19
C. Andere financiële kosten	460,12	2.280,19
VI. Resultaat van de gewone activiteiten	359.756,62	717.028,33
VII. Uitzonderlijke opbrengsten	0,00	0,00
VIII. Uitzonderlijke kosten	380.940,44	670.846,46
E. Andere uitzonderlijke kosten	380.940,44	670.846,46
IX. Resultaat van het boekjaar	-21.183,82	46.181,87
A. Te bestemmen positief resultaat (+) Te verwerken negatief resultaat (-)	6.226.510,89	6.247.694,71
1. Positief resultaat van het boekjaar (+) Negatief resultaat van het boekjaar (-)	21.183,82	46.181,87
2. Overgedragen resultaat a. Gecumuleerd overschot van het vorige boekjaar (+) b. Gecumuleerd tekort van het vorige boekjaar (-)	6.247.694,71	6.201.512,84
1. Over te dragen positief resultaat (-)	6.226.510,89	6.247.694,71



COLOFON

KCE is een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid ingedeeld in de categorie B als bedoeld in de wet van 16 maart 1954, betreffende de controle van sommige instellingen van openbaar nut.

Opgericht door de programmawet (I) van 24 december 2002 en gepubliceerd in het Staatsblad van 31 december 2002.

Administratief Centrum Kruidtuin
Doorbuilding
Kruidtuinlaan 55
B-1000 Brussel
Tel: +32 [0]2 287 33 88
Fax: +32 [0]2 287 33 85
info@kce.fgov.be
<http://www.kce.fgov.be>

Verantwoordelijke uitgever: Raf Mertens, algemeen directeur, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.

Ontwerp en grafische vormgeving:

The Crew Communication

Coördinatie: Karin Rondia (KCE) en Gudrun Briat(KCE)

ISSN: 1783-4112

