



Jaarverslag DGEC

Activiteiten 2025



Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle

VOORWOORD

Met dit activiteitenverslag bied ik u een essentiële blik op onze werking in 2025, een intens jaar voor de DGEC. Het is een verkorte versie van ons traditionele activiteitenverslag. We leggen ditmaal de nadruk op de reeds beschikbare gegevens over fraude in de gezondheidszorg. Dat doen we op algemeen verzoek om relevante cijfergegevens sneller ter beschikking te stellen. Daarom beperkt dit jaarverslag zich tot onze controleactiviteit en onze nationale opdrachten.

De recente media-aandacht voor fraude door zorgverleners, de terechte publieke verontwaardiging en de twee parlementaire hoorzittingen die erop volgden, boden de DGEC de gelegenheid om het werk van de inspecteurs uitgebreid toe te lichten.

Zo wordt het nu voor iedereen duidelijk dat één PV van vaststelling gebaseerd is op 75 verhoren en 31.310 aangerekende verstrekkingen die stuk per stuk moeten worden bewezen als zijnde niet-conform of niet-uitgevoerd. Dat alles moet in één document van maar liefst 1.244 pagina's.

Zo weet men nu ook dat de DGEC nauw samenwerkt met de arbeidsauditoraten. Met hen zoeken we hoe we zware fraudegevallen het best aanpakken.

Ook is gebleken hoe vaak FOD Financiën zijn medewerking verleent bij de daadwerkelijke inning van tenlasteleggingen en boetes.

Uit de reactie van de DGEC op deze fraudegevallen blijkt ook de voortdurende multidisciplinaire inzet van onze medewerkers (inspecteurs, juristen, data-analisten en administratief personeel). Door de toenemende werkdruk ingevolge enorme besparingen op het personeel is dat niet langer evident. Aangekondigde 'extra' middelen volstaan nauwelijks om het huidige aantal inspecteurs te behouden. Dit is opvallend, wetende dat fraude toeneemt en elke inspecteur minstens tweemaal zijn/haar brutoloonkost opbrengt. Het is bewonderenswaardig hoe zij, vaak in zeer moeilijke omstandigheden, hun verantwoordelijkheid blijven opnemen.

Dit activiteitenverslag is voor mij extra bijzonder, want op 31 maart 2026 neem ik afscheid als arts-directeur-generaal van de DGEC. Ik heb het voorrecht gehad de dienst te leiden sinds juli 2018. Ik ging verder op de reeds ingeslagen weg naar meer efficiëntie, rechtvaardige impact en strategisch denken op alle niveaus van de dienst. Als voorzitter van het Europees Netwerk tegen Fraude en Corruptie in de Gezondheidszorg (EHFCN) kan ik makkelijk vergelijken met de ons omringende landen: de werking van de DGEC mag zeker gezien worden.

Daarom maak ik van deze gelegenheid gebruik om alle medewerkers van de DGEC, partners en stakeholders uitdrukkelijk te bedanken. Hun inzet, betrokkenheid en professionalisme vormen het fundament van onze dienst. Samen hebben we veel gerealiseerd en ik ben ervan overtuigd dat de DGEC ook in de toekomst een sterke en betrouwbare partner zal blijven voor iedereen die zorg nodig heeft.

Met warme groet en oprechte dank,

Dr. Philip Tavernier
Arts-directeur-generaal DGEC

Maart 2026

Inhoudstafel

Voorwoord	2
I. Missie	4
II. Personeel	5
III. Controle en terugvordering	7
1. Beslissingen van de arts-inspecteur-generaal	7
2. Betrokkenen.....	8
3. Evolutie 2021-2025	10
4. Opvolging van de geschillenprocedures	11
5. Strijd tegen fraude	18
IV. Nationale opdrachten	23
1. Aanrekening van honoraria voor dringende raadplegingen en bezoeken door huisartsen	23
2. Aanrekening van teleconsultaties door tandartsen.....	24
3. Overschrijding van P-waardengrenzen	25
4. Overschrijding van W-waardengrenzen	27
5. Aanrekening van PET-forfaits.....	28
6. Aanrekening van endobronchiale éénrichtingskleppen door daartoe niet-erkende verplegingsinrichtingen	29
7. Aanrekening van kleurenduplexonderzoeken van de diepliggende thoracale en/of abdominale en/of pelvische bloedvaten door connexisten niet-urologen	30
8. Aanrekening van multidisciplinair oncologisch consult bij een niet-oncologische aandoening van het centrale zenuwstelsel	31
9. Aanrekening van zware medische beeldvorming door ziekenhuizen	33
10. Afwijkende aanrekeningen van farmaceutische verstrekkingen in ziekenhuizen	34
Meer weten?	36

I. MISSIE

De Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGECE) is een inspectiedienst van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Hij ziet toe op een optimale aanwending van het overheidsbudget voor de ziekteverzekering. Hij waakt erover dat de belanghebbenden hun verplichtingen correct naleven binnen het wettelijke en reglementaire kader. Belanghebbenden zijn de zorgverleners, beheerders van verzorgingsinstellingen, verzekeringsinstellingen en sociaal verzekerden. Daarenboven volgt de DGECE de evolutie van de wetenschappelijke kennis om te komen tot meer appropriate care (nodige, wetenschappelijk onderbouwde en doelmatige zorg). De maatschappelijke rol van de DGECE is nu des te relevanter: vooral in tijden van besparingen moet onze betaalbare en kwaliteitsvolle gezondheidszorg worden gevrijwaard.

Concreet willen we impact hebben op het aanreken- en voorschrijfgedrag van zoveel mogelijk zorgverleners. Hiervoor hebben we een meersporenbeleid (evalueren, informeren, controleren) ontwikkeld. Na een analyse van het aanreken- en voorschrijfgedrag ondernemen we in functie van het analyseresultaat de meest geschikte acties, zoals:

- ✦ sensibiliseringscampagnes om inbreuken te voorkomen;
- ✦ voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen of van de regelgeving, om deze duidelijker en eenduidiger te maken;
- ✦ controleonderzoeken om inbreuken vast te stellen;
- ✦ tijdelijke schorsing van de uitbetaling van verstrekkingen via de derde-betalersregeling.

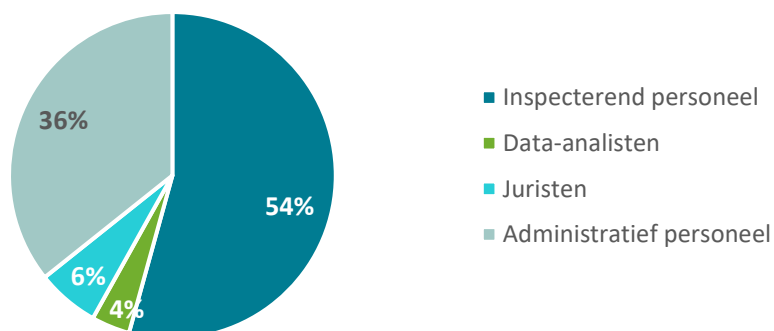
II. PERSONEEL

Op 31 december 2025 telde de DGEC 211 personeelsleden. In onderstaande tabel delen we de personeelsleden in volgens profiel, administratieve standplaats en taalrol.

Tabel 1. Verdeling van de personeelsleden van de DGEC op 31 december 2025

		Centrale diensten		Provinciale kantoren		Totaal
		NL	FR	NL	FR	
Leidend ambtenaar/arts-directeur-generaal		1				1
Artsen-inspecteurs-generaal		1	1			2
Directeurs		1	1	5	2	9
Verantwoordelijke en coördinatoren		3	2			5
Sociaal inspecteurs:	artsen	3	2	26	22	53
	apothekers			3	3	6
	tandartsen			1	3	4
	verpleegkundigen			13	15	28
	wetenschappelijk attachés			5	5	10
Juristen		6	6			12
ICT en ontwikkeling		3	2			5
Data-analisten		2	5			7
Administratief personeel:	attachés en adviseurs	4	3	1		8
	deskundigen	2	3	8	2	15
	assistenten	5	7	12	13	37
	medewerkers	3	1	4	1	9
TOTAAL		34	33	78	66	211

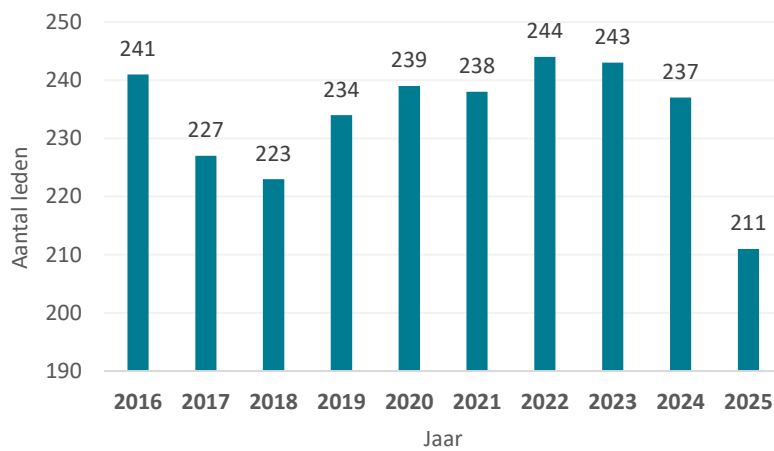
Het inspecterend personeel, de data-analisten en de juristen hebben een operationele opdracht. Door de digitale en technologische evoluties is er minder nood aan administratieve ondersteuning. Daarom doen we steeds vaker een beroep op administratief ondersteunend personeel voor operationele taken en niet meer alleen voor ondersteuning.



Figuur 1. Indeling personeelsleden DGEC volgens hun opdracht in 2025

Om de continuïteit van de werking van onze dienst te garanderen hebben we 9 nieuwe medewerkers aangeworven in 2025: artsen-inspecteurs, verpleegkundige-controleurs en administratieve personeelsleden. Niettegenstaande die aanwervingen is het aantal personeelsleden sterk gedaald. Dit

is te verklaren door pensioneringen en door de overplaatsing van een deel van het personeel naar de Dienst voor Geneeskundige Verzorging, na de oprichting van een directie Appropriate Care. De cel Audit Ziekenhuizen en andere personeelsleden werden naar deze directie overgeplaatst.



Figuur 2. Evolutie aantal personeelsleden DGEC

III. CONTROLE EN TERUGVORDERING¹

Onze controleonderzoeken worden uitgevoerd als onderdeel van een nationale opdracht of op individuele basis bij een specifieke zorgverlener, na een externe melding of een intern voorstel. Het doel is om te controleren of zorgverleners en zorginstellingen de wettelijke bepalingen naleven.

In 2025 hebben we 334 controleonderzoeken afgesloten, voor een totaal ten laste gelegd bedrag van 15.866.665,58 euro. In het kader van deze controleonderzoeken hebben we 424.953 inbreuken tegen de regelgeving vastgesteld en hebben we 208 processen-verbaal van vaststelling opgesteld.

1. Beslissingen van de arts-inspecteur-generaal

De arts-inspecteur-generaal van de directie Controle beslist welk gevolg wordt gegeven aan een controleonderzoek. Onderstaande tabel geeft de beslissingen weer die de arts-inspecteur-generaal heeft genomen in de controleonderzoeken die in 2025 zijn afgesloten.

Tabel 2. Afgesloten controleonderzoeken in 2025, volgens beslissing van de arts-inspecteur-generaal

Beslissing	Aantal onderzoeken	%	Ten laste gelegde bedrag (€)	Vrijwillige terugbetaling (€)
Negatief	10	3	0,00	0,00
Negatief, met vaststelling in gekoppeld dossier	3	1	0,00	0,00
Informatief	0	0	0,00	0,00
Waarschuwing	50	15	0,00	0,00
Vaststelling zonder geschillenprocedure	124	37	8.028.803,10	8.028.803,18
Vaststelling met geschillenprocedure	69	21	7.116.425,20	2.415.865,46
Zonder gevolg DGEC	78	23	721.437,28	0,00
TOTAAL	334	100	15.866.665,58	10.444.668,64

Toelichting bij tabel 2

- ✦ Negatief: controleonderzoeken die we afsluiten zonder een inbreuk te hebben vastgesteld.
- ✦ Negatief, met vaststelling in gekoppeld dossier: controleonderzoeken die we afsluiten als negatief, maar waarvoor een vaststelling wordt opgesteld in een ander dossier, bijvoorbeeld wanneer een dossier is geopend over een zorgverlener terwijl een ander dossier is geopend over de zorginstelling waarin de zorgverlener werkt.
- ✦ Informatief: controleonderzoeken waarbij we
 - ✧ een beperkte onregelmatigheid opmerken die noch een proces-verbaal van vaststelling noch een waarschuwing noch een vraag naar inregelstelling rechtvaardigt
 - ✧ en de betrokkene enkel informeren over de toepasselijke regelgeving.
- ✦ Waarschuwing: controleonderzoeken waarbij we een inbreuk hebben opgemerkt, maar geen proces-verbaal van vaststelling opstelden. We brengen de zorgverlener of de zorginstelling op de hoogte van de vastgestelde inbreuk en sporen hem aan om voortaan de reglementering na

¹ Onderstaande resultaten van onze controleonderzoeken die in 2025 zijn afgesloten, zijn gebaseerd op de gegevens die beschikbaar waren op 7 januari 2026.

te leven. We vragen soms ook om inbreuken te regulariseren door het ten onrechte aangerekende bedrag rechtstreeks terug te betalen aan de verzekeringsinstellingen.

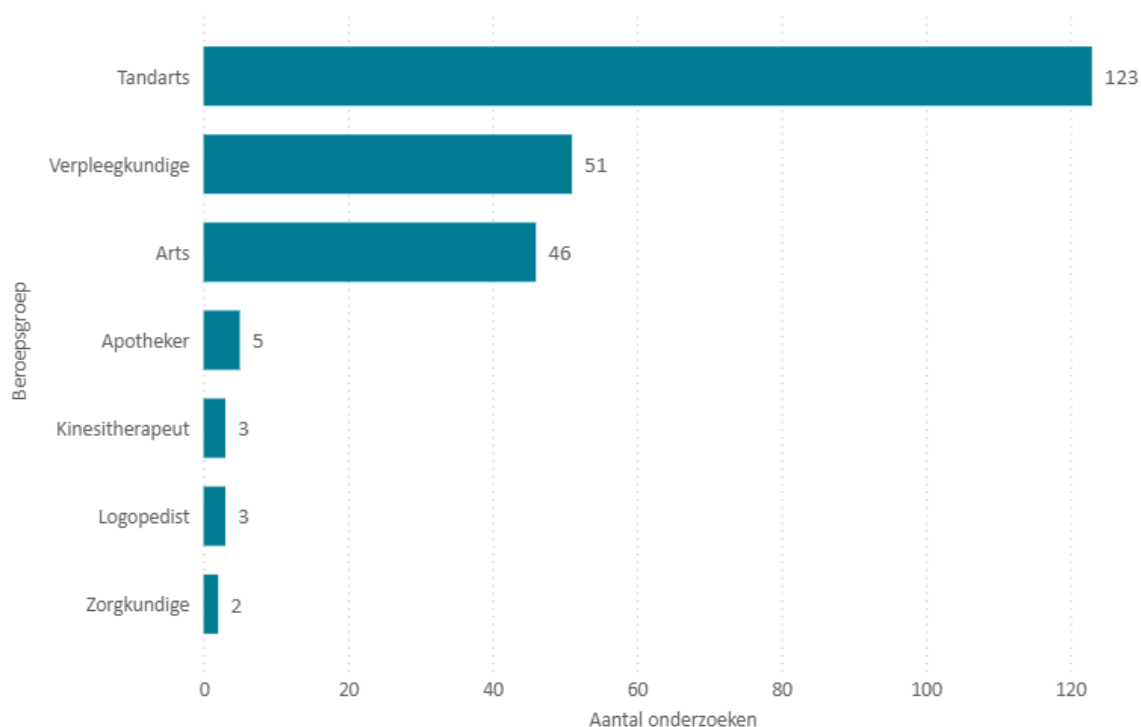
- ✦ Vaststelling zonder geschillenprocedure: controleonderzoeken waarvoor we geen procedure inleiden bij de leidend ambtenaar of de administratieve rechtscolleges, omdat de zorgverlener of de zorginstelling een minder ernstige inbreuk heeft gepleegd en het volledige ten laste gelegde bedrag vrijwillig heeft terugbetaald. We sturen een bericht naar de zorgverlener of de zorginstelling met de bevestiging van ontvangst van de vrijwillige terugbetaling na proces-verbaal van vaststelling en informeren hem dat we de aanrekeningen in de toekomst opnieuw kunnen opvolgen.
- ✦ Vaststelling met geschillenprocedure: controleonderzoeken waarbij de zorgverlener of de zorginstelling het ten laste gelegde bedrag niet (helemaal) heeft terugbetaald en controleonderzoeken waarbij er ernstige en/of intentionele inbreuken zijn vastgesteld. We kunnen een procedure inleiden:
 - ✧ bij de leidend ambtenaar of
 - ✧ bij de kamer van eerste aanleg.
- ✦ Zonder gevolg DGEC: controleonderzoeken die geen aanleiding geven tot verdere vervolging door de DGEC, maar bijvoorbeeld door een andere instantie zoals:
 - ✧ de Dienst voor Administratieve Controle,
 - ✧ het arbeidsauditoraat,
 - ✧ het parket van de procureur des Konings,
 - ✧ de Orde der Artsen,
 - ✧ het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

In zaken die we naar het arbeidsauditoraat of naar het parket hebben doorverwezen, blijven de inspecteurs regelmatig verhoren en onderzoeken uitvoeren op vraag van de magistraten. We plegen regelmatig overleg met deze magistraten met het oog op een goede opvolging van de dossiers die we samen behandelen en om de dossiers voor te stellen die we hun zouden willen toevertrouwen.

Als de aangegeven feiten aanleiding geven tot een gerechtelijke procedure, kan het RIZIV zich bovendien burgerlijke partij stellen om de door de ziekteverzekering onverschuldigd terugbetaalde bedragen terug te vorderen.

2. Betrokkenen

233 van de 334 controleonderzoeken (70 %) betroffen individuele zorgverleners voor een totaal ten laste gelegd bedrag van 6.737.532,29 euro (of 42 % van het totaalbedrag). Onderstaande figuur geeft het aantal afgesloten controleonderzoeken per beroepsgroep weer. 53 % van de 233 controleonderzoeken betreffende individuele zorgverleners gebeurden bij tandartsen.



Figuur 3. Aantal afgesloten controleonderzoeken in 2025 over zorgverleners, per beroepsgroep

Bij de artsen is een totaal bedrag van 2.577.510,52 euro ten laste gelegd (of 38 % van het totale bedrag van de controleonderzoeken betreffende individuele zorgverleners) en bij de tandartsen 2.423.133,64 euro (of 36 %).

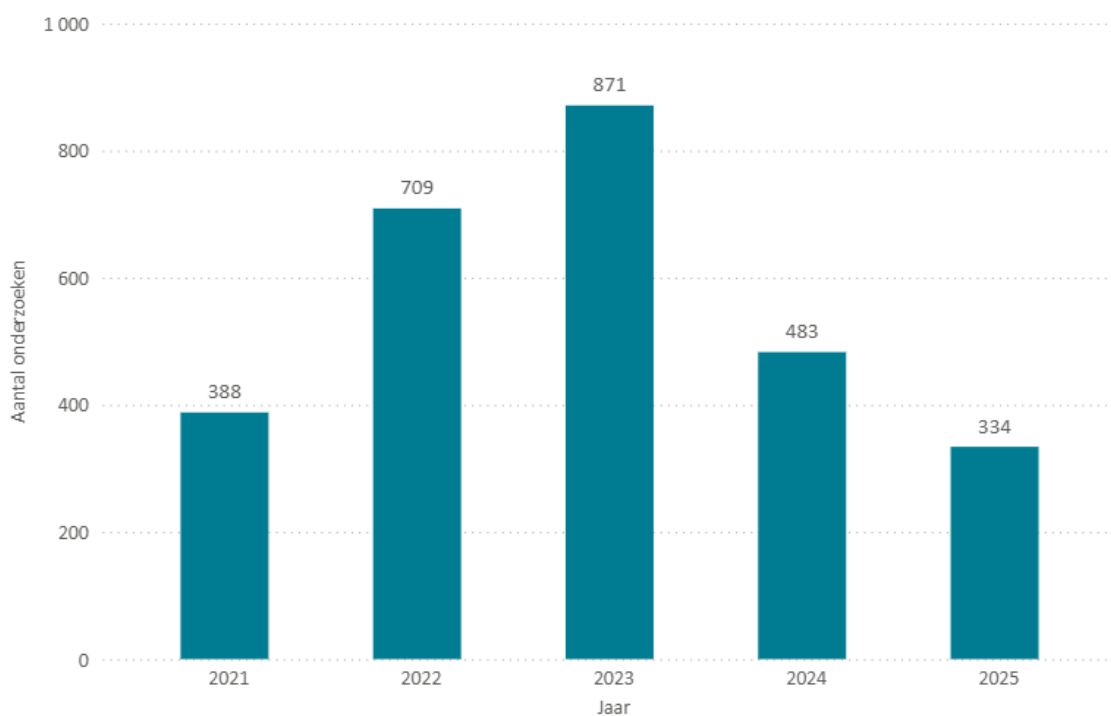
Tabel 3. Afgesloten controleonderzoeken over zorgverleners in 2025, volgens beroepsgroep

Beroepsgroep	Aantal onderzoeken	Ten laste gelegde bedrag (€)	Vrijwillige terugbetaling (€)
Tandarts	123	2.423.133,64	940.675,30
Verpleegkundige	51	894.720,18	215.203,57
Arts	46	2.577.510,52	1.806.787,71
Apotheker	5	721.437,28	0,00
Logopedist	3	99.166,77	0,00
Kinesitherapeut	3	21.563,90	9.944,56
Zorgkundige	2	0,00	0,00
TOTAAL	233	6.737.532,29	2.972.611,14

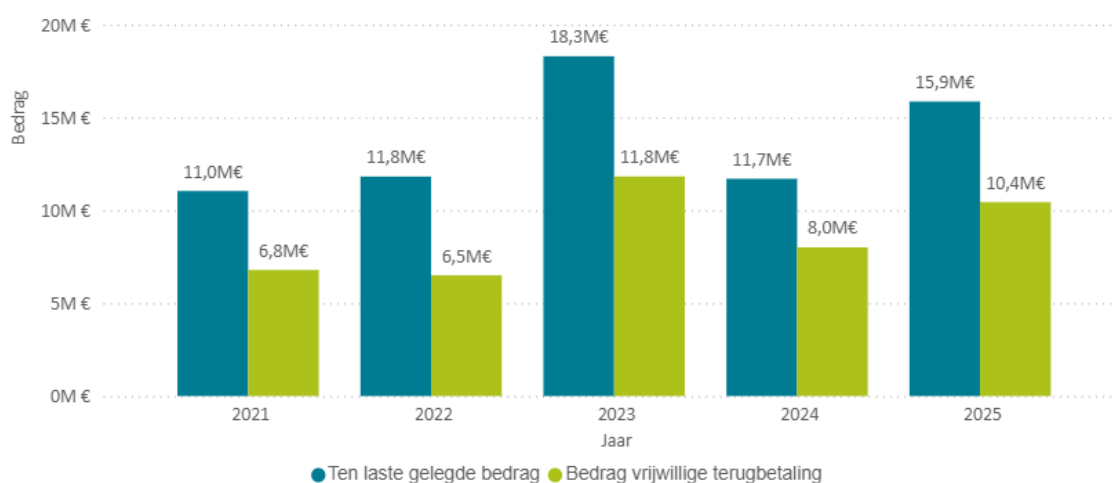
Bovendien betroffen 88 controleonderzoeken zorginstellingen en organisaties (waarvan 79 ziekenhuizen) voor een totaal bedrag ten laste van 9.077.000,08 euro. Ten slotte betroffen 13 controleonderzoeken verzekeren voor een totaal bedrag ten laste van 52.133,21 euro.

3. Evolutie 2021-2025²

In 2025 hebben we 334 controleonderzoeken afgesloten, voor een totaal ten laste gelegd bedrag van 15.866.665,58 euro. Daarvan werd 10.444.668,64 euro vrijwillig terugbetaald. Ten opzichte van de voorgaande jaren is het aantal afgesloten controleonderzoeken weliswaar gedaald, maar het ten laste gelegde bedrag is gestegen.



Figuur 4. Evolutie van het aantal afgesloten controleonderzoeken



Figuur 5. Evolutie van de ten laste gelegde bedragen en de vrijwillige terugbetalingen

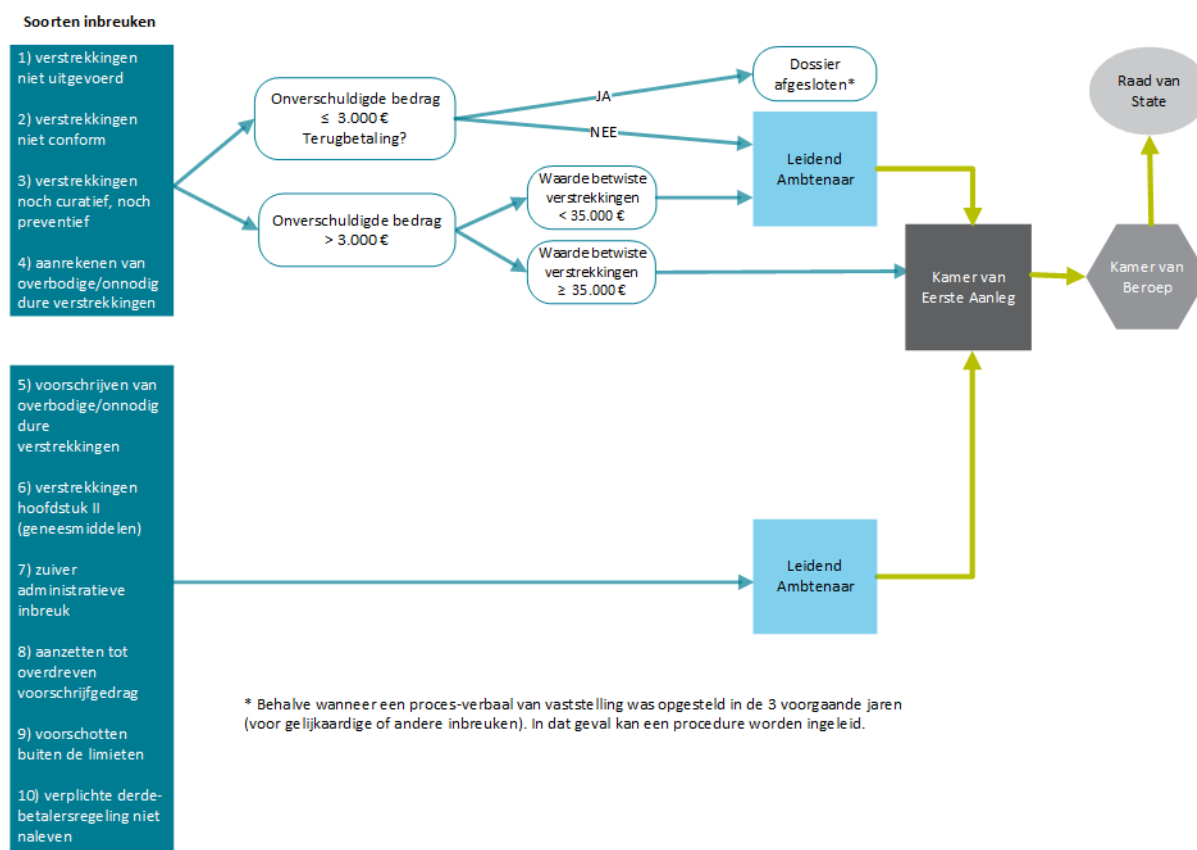
² In elk jaarverslag kunnen de cijfers licht verschillend zijn wegens bijkomende vrijwillige terugbetalingen van controleonderzoeken die tijdens vorige jaren werden afgesloten.

4. Opvolging van de geschillenprocedures

a) Inleiding van geschillenprocedures

We kunnen een geschillenprocedure inleiden tegen een zorgverlener of een zorginstelling. Wanneer een zorgverlener het totale ten laste gelegde bedrag niet vrijwillig terugbetaalt, zal er sowieso een procedure worden opgestart. Die wordt ingeleid bij de leidend ambtenaar of bij de kamer van eerste aanleg. Zorgverleners en zorginstellingen kunnen beroep aantekenen bij de kamer van eerste aanleg tegen de beslissing van de leidend ambtenaar of bij de kamer van beroep tegen de beslissing van de kamer van eerste aanleg.

De te volgen procedure wordt bepaald door verschillende criteria, zoals hieronder wordt geïllustreerd. Daarbij kan het gaan om het type inbreuk, het ten laste gelegde bedrag en de waarde van de betwiste verstrekkingen. De 'waarde van de betwiste verstrekking' is het bedrag van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen dat de zorgverlener nog niet heeft terugbetaald op het moment dat de procedure wordt ingeleid.



Figuur 6. Gevolgde procedure volgens het type inbreuk, het ten laste gelegde bedrag en de waarde van de betwiste verstrekkingen

Als het ten laste gelegde bedrag lager is dan of gelijk is aan 3.000 euro en na de gehele terugbetaling binnen de 2 maanden vanaf de dag van de verzending van het proces-verbaal van vaststelling, leiden we geen geschillenprocedure in en wordt het dossier afgesloten. Als de zorgverlener echter in de afgelopen 3 jaar al een proces-verbaal van vaststelling heeft ontvangen, kan een geschillenprocedure worden ingeleid.

b) Opgelegde maatregelen³

Wanneer een geschillenprocedure wordt ingeleid, kunnen de leidend ambtenaar, de kamer van eerste aanleg en de kamer van beroep de volgende maatregelen opleggen: terugbetaling van de ten onrechte aangerekende bedragen aan de ziekteverzekering en/of een administratieve boete die een percentage is van het ten onrechte aangerekende bedrag, eventueel met een volledig of gedeeltelijk uitstel. Deze maatregelen kunnen worden opgelegd voor de aanrekening van verstrekkingen die:

- ✦ niet zijn uitgevoerd;
- ✦ niet conform zijn;
- ✦ noch curatief, noch preventief zijn;
- ✦ overbodig of onnodig duur zijn.

Een administratieve boete kan ook worden opgelegd, ongeacht de waarde van de betwiste verstrekkingen, in de volgende gevallen:

- ✦ voorschrijven van overbodige of onnodig dure verstrekkingen;
- ✦ voorschrijven van geneesmiddelen uit hoofdstuk II buiten de aanbevelingen;
- ✦ niet-afgifte van de voorgeschreven documenten of afgifte van onregelmatige documenten (niet-naleving van de administratieve formaliteiten);
- ✦ aanzetten tot overmatig gebruik of overmatig voorschrijven;
- ✦ aanvaarding van voorschotten buiten de grenzen die zijn vastgesteld in de overeenkomsten of akkoorden;
- ✦ niet-naleving van de verplichting om het derde-betalersregeling toe te passen.

Bovendien kunnen de kamer van eerste aanleg en de kamer van beroep ook een verbod op aanrekening via de derde-betalersregeling opleggen aan een zorgverlener die misbruik heeft gemaakt van deze regeling. Dit verbod kan worden opgelegd voor een periode van minimaal 5 dagen tot maximaal 2 jaar. Het gaat om een aanvullende maatregel naast de terugbetaling van het ten onrechte aangerekende bedrag en de administratieve boete.

c) Tenuitvoerlegging van opgelegde maatregelen

Zodra een beslissing van de leidend ambtenaar, de kamer van eerste aanleg of de kamer van beroep definitief is (met andere woorden wanneer zij niet langer voor beroep vatbaar is), beschikken we over een uitvoerbare titel ten aanzien van de veroordeelde zorgverlener. Als die zorgverlener niet in staat is om het verschuldigde bedrag in één keer terug te betalen en aan de uitgesproken beslissing gevolg te geven, kan hij een afbetalingsplan aanvragen dat wordt opgesteld volgens een betalingskalender en de voorwaarden die met ons zijn overeengekomen.

Als de zorgverlener de verschuldigde bedragen niet terugbetaalt, hebben we 2 mogelijkheden om de beslissing ten uitvoer te leggen.

We kunnen gebruikmaken van de mogelijkheid tot verrekening zoals voorzien in artikel 206*bis*, § 1, van de Gvu-wet⁴. Elk bedrag dat door de verzekeringsinstellingen of het RIZIV aan een zorgverlener moet worden betaald, kan in deze context worden gebruikt om de door die zorgverlener ten onrechte ontvangen bedragen terug te betalen of elke andere schuld aan het RIZIV te vereffenen. Zo zal een

³ Op het moment van het opstellen van dit jaarverslag is een wetswijziging in voorbereiding. Wij presenteren hier enkel de maatregelen die van toepassing waren in 2025.

⁴ Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

zorgverlener die nog een schuld heeft ten aanzien van het RIZIV bijvoorbeeld geen telematicapremie ontvangen omdat die zal worden gebruikt voor de afbetaling van die schuld.

We kunnen de Algemene Administratie van de Inning en de Invordering ook belasten met de terugvordering van de aan het RIZIV verschuldigde bedragen. Van deze mogelijkheid maken we het meest gebruik.

d) Opvolging van geschillenprocedures in 2025

Onderstaande tabellen tonen het aantal beslissingen die in 2025 definitief werden en de gerelateerde gegevens, per type zorgverlener of zorginstelling.

Tabel 4. Beslissingen van de leidend ambtenaar beschouwd als definitief in 2025, per type zorgverlener

Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling	Aantal beslissingen	Ten laste gelegde bedrag (€)	Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (€)	Opgelegde terugbetaling ⁵ (€)	Effectieve boete (€)	Boete met uitstel ⁶ (€)	Totaal te betalen bedrag ⁷ (€)
Algemeen ziekenhuis	13	205.447,07	33.659,56	205.447,07	43.092,93	8.268,78	248.540,00
Publieke apotheek	1	190.582,21	190.582,21	190.582,21	95.291,10	190.582,21	285.873,31
Tandarts	4	102.793,70	68.532,92	68.532,95	28.081,18	21.895,89	96.614,13
Arts	1	36.107,05	20.000,00	36.107,05	68.153,02	0,00	104.260,07
Kinesitherapeut	1	21.925,33	13.925,33	21.925,33	0,00	5.481,33	21.925,33
Orthopedisch technoloog	1	4.496,35	4.496,35	4.496,35	4.496,35	2.248,17	8.992,70
TOTAAL	21	561.351,71	331.196,37	527.090,96	239.114,58	228.476,38	766.205,54

⁵ De opgelegde terugbetalingen omvatten de vrijwillige terugbetalingen vóór de beslissing.

⁶ Een boete met uitstel is een boete die niet ten uitvoer wordt gelegd zolang de persoon geen nieuwe inbreuk pleegt tijdens de periode van uitstel (art. 157 GvU-wet).

⁷ Het totaal te betalen bedrag omvat de opgelegde terugbetaling en de effectieve boete.

Tabel 5. Beslissingen van de kamer van eerste aanleg beschouwd als definitief in 2025, per type zorgverlener

Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling	Aantal beslissingen	Ten laste gelegde bedrag (€)	Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (€)	Opgelegde terugbetaling ⁸ (€)	Effectieve boete (€)	Boete met uitstel ⁹ (€)	Totaal te betalen bedrag ¹⁰ (€)
Verpleegkundige (groepering)	5	1.358.925,80	61.109,56	1.350.042,65	1.357.760,94	125.433,49	2.707.803,59
Arts	4	465.509,18	61.363,58	432.852,12	161.001,54	273.146,49	593.853,66
Tandarts	2	377.547,81	180.000,00	268.713,46	0,00	13.435,67	268.713,46
Algemeen ziekenhuis	1	166.689,45	4.847,09	166.689,45	41.672,36	0,00	208.361,81
TOTAAL	12	2.368.672,24	307.320,23	2.218.297,68	1.560.434,84	412.015,65	3.778.732,52

In 2025 heeft de kamer van eerste aanleg bovendien een verbod uitgesproken op aanrekening via derde-betalersregeling ten aanzien van een thuisverpleegkundige voor een duur van 2 jaar.

⁸ De opgelegde terugbetalingen omvatten de vrijwillige terugbetalingen vóór de beslissing.

⁹ Een boete met uitstel is een boete die niet ten uitvoer wordt gelegd zolang de persoon geen nieuwe inbreuk pleegt tijdens de periode van uitstel (art. 157 GvU-wet).

¹⁰ Het totaal te betalen bedrag omvat de opgelegde terugbetaling en de effectieve boete.

Tabel 6. Beslissingen van de kamer van eerste aanleg (als beroepsinstantie) beschouwd als definitief in 2025, per type zorgverlener

Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling	Aantal beslissingen	Ten laste gelegde bedrag (€)	Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (€)	Opgelegde terugbetaling ¹¹ (€)	Effectieve boete (€)	Boete met uitstel ¹² (€)	Totaal te betalen bedrag ¹³ (€)
Tandarts	3	123.268,89	110.123,53	123.268,89	75.797,03	47.471,85	199.065,92
Arts	1	109.421,77	109.421,77	103.702,57	20.740,51	89.962,06	124.443,08
Verpleegkundige	3	87.824,30	37.555,20	87.824,30	23.107,06	10.346,74	110.931,36
Kinesitherapeut	2	40.008,24	0,00	34.677,87	4.450,45	4.219,02	39.128,32
TOTAAL	9	360.523,20	257.100,50	349.473,63	124.095,05	151.999,67	473.568,68

¹¹ De opgelegde terugbetalingen omvatten de vrijwillige terugbetalingen vóór de beslissing.

¹² Een boete met uitstel is een boete die niet ten uitvoer wordt gelegd zolang de persoon geen nieuwe inbreuk pleegt tijdens de periode van uitstel (art. 157 GVV-wet).

¹³ Het totaal te betalen bedrag omvat de opgelegde terugbetaling en de effectieve boete.

Tabel 7. Beslissingen van de kamer van beroep beschouwd als definitief in 2025, per type zorgverlener

Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling	Aantal beslissingen	Ten laste gelegde bedrag (€)	Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (€)	Opgelegde terugbetaling ¹⁴ (€)	Effectieve boete (€)	Boete met uitstel ¹⁵ (€)	Totaal te betalen bedrag ¹⁶ (€)
Orthopedisch technoloog	1	991.518,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Verpleegkundige (groepering)	6	338.043,71	2.832,03	318.095,19	117.715,26	71.579,63	435.810,45
Apotheker	1	332.100,66	0,00	332.100,66	166.050,34	83.025,16	498.151,00
Kinesitherapeut	1	132.569,02	132.569,02	132.569,02	19.885,35	0,00	152.454,37
Arts	1	53.414,50	53.414,50	53.414,50	25.657,31	26.707,24	79.071,81
TOTAAL	10	1.847.646,49	188.815,55	836.179,37	329.308,26	181.312,03	1.165.487,63

In 2025 heeft de kamer van beroep bovendien het verbod op aanrekening via derde-betalersregeling bevestigd dat door de kamer van eerste aanleg was opgelegd voor een duur van 2 jaar ten aanzien van een tandarts.

¹⁴ De opgelegde terugbetalingen omvatten de vrijwillige terugbetalingen vóór de beslissing.

¹⁵ Een boete met uitstel is een boete die niet ten uitvoer wordt gelegd zolang de persoon geen nieuwe inbreuk pleegt tijdens de periode van uitstel (art. 157 GvU-wet).

¹⁶ Het totaal te betalen bedrag omvat de opgelegde terugbetaling en de effectieve boete.

5. Strijd tegen fraude

Bij fraudeonderzoeken in de gezondheidszorg en voor een structurele beveiliging van fraudegevoelige processen werken we samen met andere diensten van het RIZIV, de verzekeringsinstellingen en het Nationaal Intermutualistisch College (NIC). Slechts een klein deel van onze controleonderzoeken gaat over fraude zoals we dat hieronder definiëren.

a) Definitie fraude/bedrog

In 2017 heeft de Anti-Fraudecommissie (CAFC) van het RIZIV richtlijnen opgesteld over de definiëring van het begrip “ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog” zoals bedoeld in artikel 77^{sexies} van de GvU-wet¹⁷. Deze richtlijnen verduidelijken wat het begrip ‘bedrog/fraude’ exact betekent: bedrog houdt kwaadwilligheid, opzettelijke misleiding en oneerlijkheid in, met de bedoeling schade of een financieel voordeel te behalen voor zichzelf of voor een derde, in het nadeel van de ziekteverzekering. Gewone nalatigheid, materiële vergissingen, te goeder trouw begane onjuistheden enz. vallen niet onder dat begrip. De bedrieglijke opzet is een essentieel element van fraude.

Zowel zorgverleners, zorginstellingen en verzekerden kunnen frauderen. Bij verzekerden die bijvoorbeeld voorschriften voor geneesmiddelen vervalsen, kunnen we een bedrag ten laste leggen. De Dienst voor Administratieve Controle handelt deze dossiers verder af.

Vermits fraudeurs per definitie de intentie hebben om bedrog te plegen, mogen we bij hen in grotere mate recidief verwachten. Daarom is het essentieel om deze specifieke groep te identificeren en proactief op te volgen. We evalueren bij de beëindiging van een controleonderzoek of er duidelijke aanwijzingen zijn voor opzettelijke onwettelijke aanrekening en dus fraude.

Om de opvolging van fraudeurs te concretiseren, gebruiken we de ‘[Waste Typology Matrix](#)’ van het Europees Netwerk tegen Fraude en Corruptie in de Gezondheidszorg (EHFCN) om de vastgestelde inbreuken in te delen in categorieën. De dossiers met ‘vaststelling met geschillenprocedure’ of ‘zonder gevolg DGEC’ kunnen bij vermoeden van fraude of corruptie één van de volgende codes toegewezen krijgen.

Tabel 8. Waste typology matrix voor fraude en corruptie (EHFCN)

	Niet-conforme verstrekkingen	Niet-uitgevoerde verstrekkingen	Medische overconsumptie (aantal verstrekkingen)	Financiële overconsumptie (onnodig dure verstrekkingen)
Fraude	F1	F2	F3	F4
Corruptie (fraude met betrokkenheid derde partij)	C1	C2	C3	C4

Fraude in het kader van niet-conforme verstrekkingen (categorie ‘F1’) kan bijvoorbeeld gaan over de veelvuldige en intentionele aanrekening van een bijkomend honorarium voor verstrekkingen die ‘s nachts zijn uitgevoerd terwijl ze overdag plaatsvonden. Als deze aangerekende verstrekkingen opzettelijk niet zijn uitgevoerd, kunnen we deze dossiers plaatsen in de categorie ‘F2’.

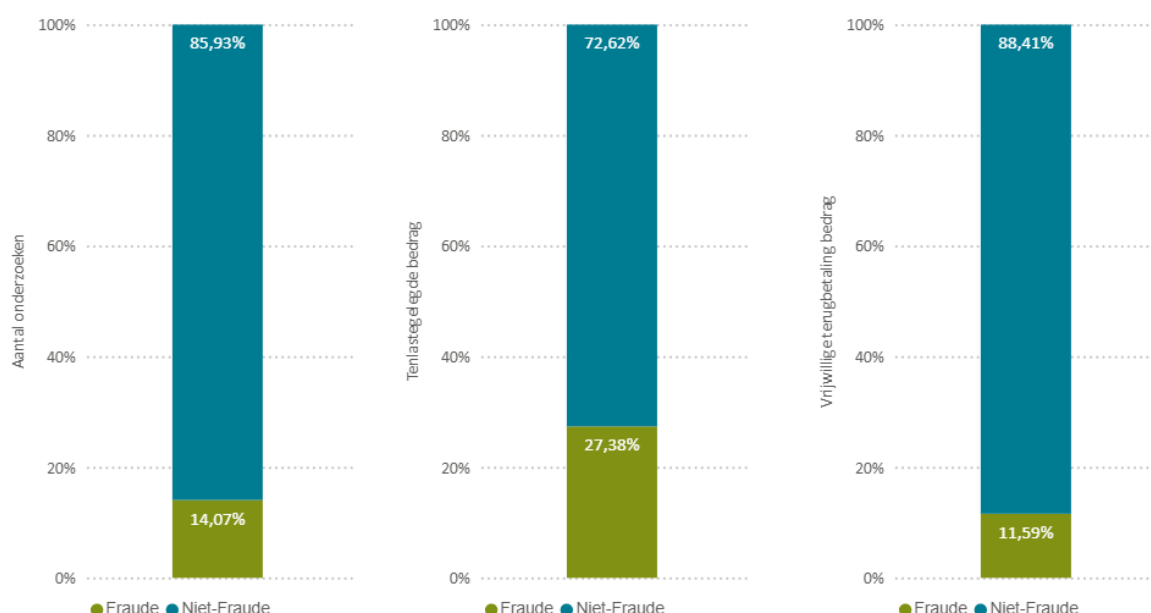
¹⁷ Richtlijnen van 19 april 2017 tot uitvoering van artikel 13^{bis}, § 2, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

b) Type fraude

Van de 334 afgesloten controleonderzoeken in 2025 zijn er 47 fraudeonderzoeken voor een totaal bedrag ten laste van 4.343.878,65 euro. 56 % van het totale ten laste gelegde bedrag voor fraudeonderzoeken betreft voornamelijk tenlasteleggingen voor niet-uitgevoerde verstrekkingen.

Tabel 9. Afgesloten fraudeonderzoeken in 2025, volgens type fraude

Type fraude	Aantal onderzoeken	Ten laste gelegde bedrag (€)	Vrijwillige terugbetaling (€)
F1 – fraude: niet-conform	23	1.930.464,28	555.935,17
F2 – fraude: niet-uitgevoerd	22	2.413.414,37	654.533,71
C1 – corruptie: niet-conform	2	0,00	0,00
TOTAAL	47	4.343.878,65	1.210.468,88

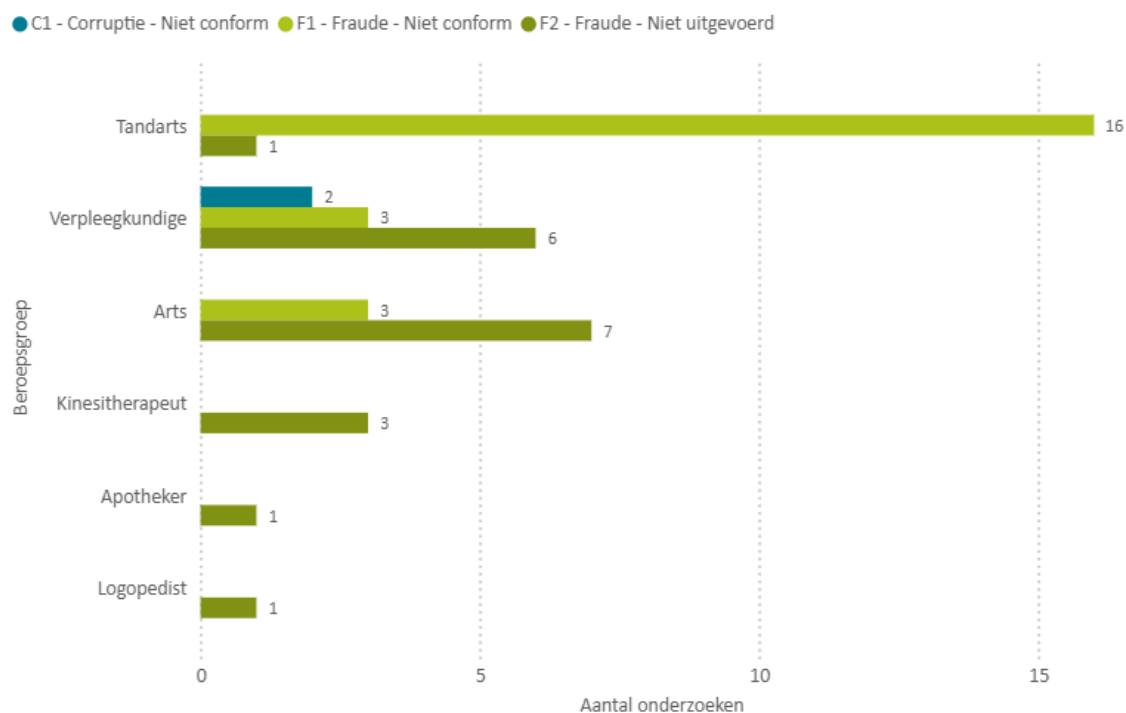


Figuur 7. Afgesloten fraudeonderzoeken vs. andere afgesloten controleonderzoeken in 2025

c) Betrokkenen

De meeste van onze afgesloten fraudeonderzoeken in 2025 betroffen individuele zorgverleners (43 onderzoeken of 91 %), voor een ten laste gelegd bedrag van 4.343.878,65 euro (of het volledige bedrag dat in de fraudeonderzoeken werd ten laste gelegd). 2 fraudeonderzoeken betroffen medische huizen en 2 andere fraudeonderzoeken betroffen verzekerden.

De meerderheid van de afgesloten fraudeonderzoeken over individuele zorgverleners in 2025 had betrekking op tandartsen (40 %), vooral op niet-conforme verstrekkingen. Daarnaast ging 26 % van de afgesloten fraudeonderzoeken over verpleegkundigen en 23 % over artsen, vooral op niet-uitgevoerde verstrekkingen. Deze zorgverleners zijn in de minderheid binnen hun beroepsgroep, maar ze factureren ten onrechte zeer hoge bedragen aan de ziekteverzekering, wat ten koste gaat van de toegankelijkheid van de zorg.



Figuur 8. Aantal afgesloten fraudeonderzoeken over zorgverleners in 2025, volgens beroepsgroep en type fraude

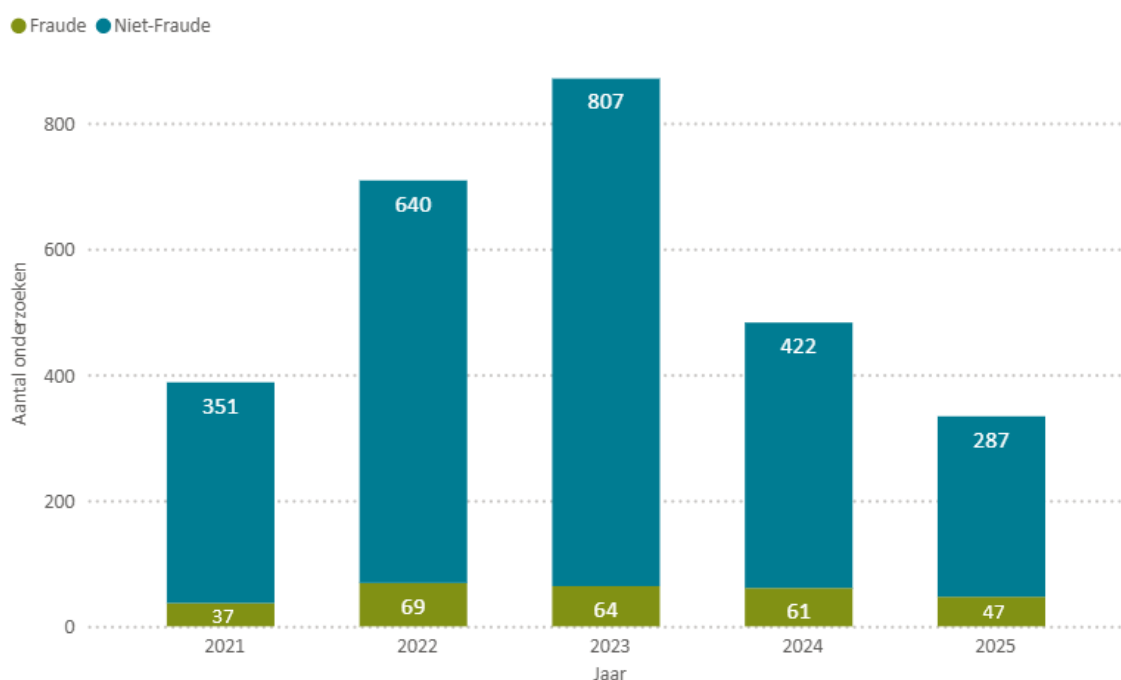
Het ten laste gelegde bedrag in de afgesloten fraudeonderzoeken in 2025 is 1.586.443,66 euro voor tandartsen (of 37 % van het totale bedrag van de fraudeonderzoeken betreffende individuele zorgverleners) en 1.288.135,75 euro voor artsen (of 30 %).

Tabel 10. Afgesloten fraudeonderzoeken over zorgverleners in 2025, volgens type fraude en beroepsgroep

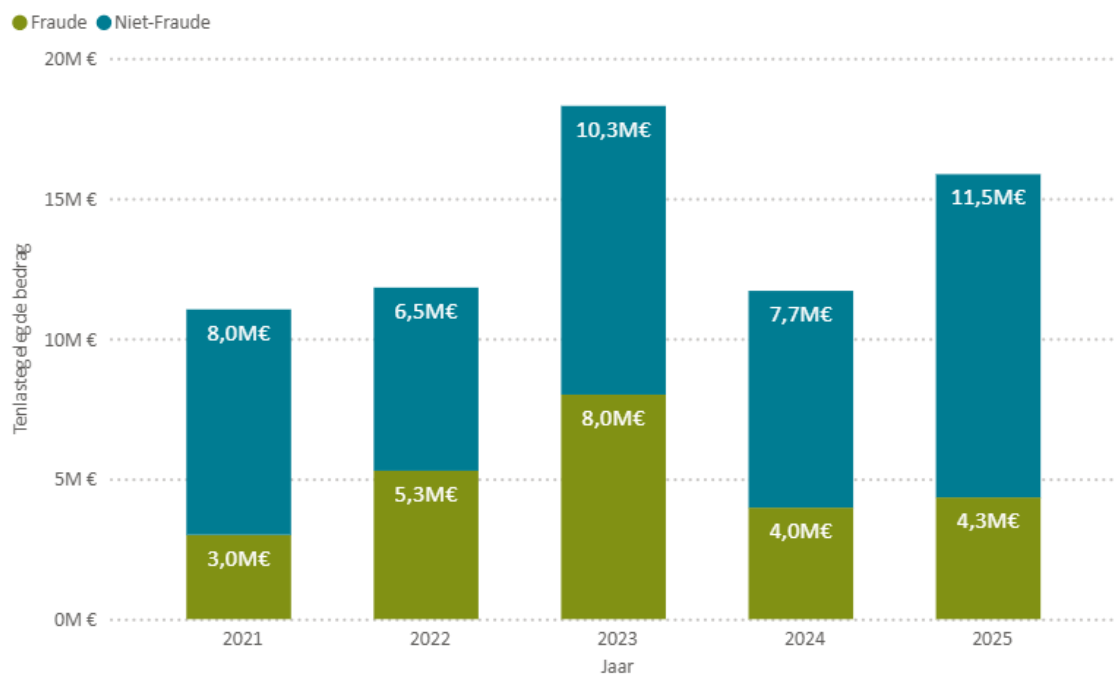
Type fraude	Aantal onderzoeken	Ten laste gelegde bedrag (€)	Vrijwillige terugbetaling (€)
F1 – fraude: niet-conform	22	1.930.464,28	555.935,17
Tandarts	16	1.360.809,40	297.440,82
Arts	3	309.318,54	255.606,89
Verpleegkundige	3	260.336,34	2.887,46
F2 – fraude: niet-uitgevoerd	19	2.413.414,37	654.533,71
Arts	7	978.817,21	619.222,53
Verpleegkundige	6	366.794,95	25.366,62
Kinesitherapeut	3	21.563,90	9.944,56
Apotheker	1	721.437,28	0,00
Tandarts	1	225.634,26	0,00
Logopedist	1	99.166,77	0,00
C1 – corruptie: niet-conform	2	0,00	0,00
Verpleegkundige	2	0,00	0,00
TOTAAL	43	4.343.878,65	1.210.468,88

d) Evolutie 2021-2025¹⁸

In 2025 daalde het aantal afgesloten fraudeonderzoeken, maar het ten laste gelegde bedrag nam licht toe.



Figuur 9. Evolutie van het aantal afgesloten fraudeonderzoeken vs. andere afgesloten controleonderzoeken



Figuur 10. Evolutie van het ten laste gelegde bedrag bij afgesloten fraudeonderzoeken vs. andere afgesloten controleonderzoeken

¹⁸ In elk jaarverslag kunnen de resultaten afwijken wegens bijkomende vrijwillige terugbetalingen van controleonderzoeken die tijdens vorige jaren werden afgesloten en structurele wijzigingen van onze rapporteringstool.

e) Schorsing uitbetaling via de derde-betalersregeling

Op basis van artikel 77*sexies* van de GVO-wet bestaat de mogelijkheid om de uitbetaling van verstrekkingen via de derde-betalersregeling tijdelijk te schorsen voor maximaal 12 maanden wanneer er bij een zorgverlener ernstige, nauwkeurige en overeenstemmende aanwijzingen van bedrog zijn.

Dit is een extra middel om hardleerse fraudeurs af te remmen die misbruik maken van de derde-betalersregeling, terwijl het inspecterend personeel het onderzoek ten gronde aan het voeren is en desgevallend een formele tenlastelegging opstelt.

Als we fraude vermoeden bij een groepering van verpleegkundigen, wordt artikel 77*sexies* toegepast op het derde-betalersnummer van deze groepering en op het RIZIV-nummer van de verantwoordelijke van deze groepering (als de verantwoordelijke een zorgverlener is).

In 2025 heeft de leidend ambtenaar van de DGEC geen derde-betalersnummer tijdelijk geschorst.

IV. NATIONALE OPDRACHTEN

Tijdens onze nationale opdrachten gebruiken we een uniforme methodologie, toegepast op een specifieke groep zorgverleners of zorginstellingen in heel België. We evalueren simultaan het aanreken- en/of voorschrijfgedrag van deze groep. Op basis van onze analyse bepalen we de meest geschikte actie: de hele beroepsgroep of een selectie van zorgverleners (outliers bijvoorbeeld) sensibiliseren, een voorstel tot aanpassing van de nomenclatuur bij de relevante commissie indienen, of zelfs controleonderzoeken voeren om onterecht aangerekende bedragen terug te vorderen. Het kan ook om meerdere van dergelijke acties gaan, simultaan of opeenvolgend.

Hieronder vindt u een overzicht van de nationale opdrachten die in 2025 zijn afgesloten en aan het Comité van de DGEC zijn voorgesteld.

1. Aanrekening van honoraria voor dringende raadplegingen en bezoeken door huisartsen

a) Oorsprong en doelstelling

In 2021 hadden we voor huisartsen een sensibiliseringsactie gevoerd over de in 2019 aangerekende dringendheidshonoraria. Het was de bedoeling om huisartsen bewust te maken van de reglementering en van mogelijke facturatiefouten.¹⁹

In 2024 evalueerden we de impact van die actie en de in 2022 door huisartsen aangerekende dringendheidshonoraria. Tussen de toppers van 2022 ontdekten we 119 huisartsen die in 2021 geen sensibiliseringsbrief hadden ontvangen. Omdat ze nog niet gesensibiliseerd waren en onze actie van 2021 een gunstig effect had, voerden we voor deze nieuwe toppers een nieuwe sensibiliseringsactie.

b) Methode

We analyseerden bij de 12.130 actieve huisartsen het totale bedrag voor de aanrekeningen van honoraria voor dringende raadplegingen en bezoeken²⁰ in de periode van 1 januari 2022 tot en met 31 december 2022. We hielden ermee rekening dat 6 nomenclatuurnummers van bovenstaande honoraria voor dringende contacten naast de dringendheidstoelage ook het honorarium van het bezoek zelf bevatten. Omdat we uitsluitend over de aanrekening van de toelagen wilden sensibiliseren, trokken we dit basishonorarium van de betreffende contacten af.

Aan de hand van onze analyse onderscheidden we 2 groepen:

- ✦ de huisartsen die tussen 10.000 en 20.000 euro aan dringendheidshonoraria aanrekenden. We informeerden hen via brief over de regelgeving en hun aanrekengedrag;
- ✦ de huisartsen die meer dan 20.000 euro aan dringendheidshonoraria aanrekenden. We stuurden hen ook een brief om hen over de regelgeving en hun aanrekengedrag te informeren. Om hun aanrekengedrag te begrijpen, vroegen we hen bovendien een vragenlijst in te vullen.

¹⁹ Zie *Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2023*, p. 46.

²⁰ Nomenclatuurnummers 102410, 102432, 102454, 102476, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613 en 104635.

Uit beide groepen excludeerden we de huisartsen waarvoor we in het verleden reeds een individueel controleonderzoek over dringende raadplegingen en bezoeken hadden gevoerd of die reeds een sensibiliseringsbrief hadden ontvangen in 2021.

c) Resultaten

In 2022 rekende de mediane huisarts 980 euro aan dringendheidshonoraria aan. 205 huisartsen rekenden tussen 10.000 en 253.747 euro aan dringendheidshonoraria aan. Samen vertegenwoordigden ze slechts 1,6 % van de huisartsen terwijl ze in 2022 19 % van de dringendheidshonoraria aanrekenden.

Van de 151 huisartsen die tussen 10.000 en 20.000 euro aan dringendheidshonoraria aanrekenden, excludeerden we er 55 omdat we die al hadden gecontacteerd in het kader van een controleonderzoek of van de sensibiliseringsactie van 2021. We stuurden dus een brief naar 96 huisartsen.

54 huisartsen rekenden in 2022 meer dan 20.000 euro aan dringendheidshonoraria aan. We excludeerden er 31 omdat we hen in de voorbije jaren al hadden gecontacteerd in het kader van een controleonderzoek of van onze sensibiliseringsactie van 2021. We stuurden dus een brief met een vragenlijst naar 23 huisartsen.

De brief informeerde de huisartsen over de regelgeving en hun aanrekengedrag. We hebben hen gevraagd om na te gaan of ze de dringendheidshonoraria correct hadden aangerekend, of niet-correcte aanrekeningen het gevolg konden zijn van een fout in het facturatieprogramma, en om niet-correcte aanrekeningen recht te zetten door terugbetaling aan de verzekeringsinstellingen. In de vragenlijst, die we met de brief aan de tweede groep stuurden, vroegen we informatie over de samenwerkingen, de werktijden, de tijdsverdeling en de administratieve gewoonten in hun praktijk om hun aanrekengedrag te begrijpen.

We kregen 13 reacties van de eerste groep en 21 antwoorden van de tweede groep. De verklaringen voor de niet-conforme aanrekeningen waren de volgende:

- ✦ foutieve software-instellingen die vaak ten onrechte automatisch toeslagen genereren bij raadpleging van een medisch dossier op een bepaald tijdstip;
- ✦ het groeiende huisartsentekort waardoor velen meer uren presteren dan voorheen;
- ✦ een groep jonge huisartsen was recent gestart en had dus nog geen aanrekeningen tijdens onze voorgaande sensibiliseringsactie. Dit betekent dat we deze actie in de toekomst moeten herhalen om hun aanrekengedrag op te volgen.

2. Aanrekening van teleconsultaties door tandartsen

a) Oorsprong en doelstelling

Na een analyse van de facturatiegegevens merkten we op dat 3 tandartsen in 2022 zeer veel teleconsultaties²¹ hadden aangerekend: 5.719 verstrekkingen, hetzij 20 % van alle teleconsultaties die in 2022 werden aangerekend, voor een totaal bedrag van 114.380 euro, hetzij 20 % van het budget dat aan deze verstrekking werd besteed.

²¹ Pseudocodenummer van nomenclatuur 389012: telefonisch advies met eventuele doorverwijzing van een patiënt met een gemelde zorgvraag.

We hebben beslist een nationaal controleonderzoek te openen voor deze 3 tandartsen outliers, om te controleren of zij bij de aanrekening van teleconsultaties van 15 maart 2021 tot en met 26 september 2023 aan de verplichting hadden voldaan om in het dossier van de patiënt een kort rapport te schrijven over het contact met vermelding van de relevante elementen.

b) Methode

We analyseerden de facturatiegegevens van de 3 tandartsen voor het pseudocodenummer 389012, in de periode van 15 maart 2021 tot en met 26 september 2023. We hebben een willekeurige steekproef van 100 patiëntendossiers per tandarts gecontroleerd, die we hen hebben gevraagd.

Om het ten laste gelegde bedrag te berekenen, hebben we het percentage verstrekkingen geëxtrapoleerd dat niet voldeed naar alle verstrekkingen die door elke tandarts met het pseudocodenummer 389012 werden aangerekend. We stuurden hen een proces-verbaal van vaststelling met een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling.

c) Resultaten

We stelden een proces-verbaal van vaststelling op lastens de 3 tandartsen voor een totaal bedrag van 118.400,49 euro voor niet-conforme verstrekkingen. 2 tandartsen betaalden het ten laste gelegde bedrag vrijwillig terug: in totaal 9.981,65 euro. We leidden een geschillenprocedure in tegen de tandarts die niet overging tot vrijwillige terugbetaling.

3. Overschrijding van P-waardengrenzen

a) Oorsprong en doelstelling

De P-waarden werden ingevoerd in samenspraak met de beroepsgroep nadat de Nationale Commissie Tandheeskundigen-Ziekenfondsen en de DGEC vaststelden dat een groep tandartsen onrealistisch veel verstrekkingen aanrekenden. Tandheeskundige verstrekkingen van de nomenclatuur kregen een wegingscoëfficiënt P toegekend volgens de nodige werklust om ze kwalitatief uit te voeren.

Het koninklijk besluit van 2 juni 2015²² stelt een grens aan het totale aantal P-waarden dat tandartsen mogen aanrekenen:

- ✦ 5.000 P-waarden per maand,
- ✦ 13.000 P-waarden per trimester,
- ✦ 46.000 P-waarden per kalenderjaar.

Het doel van dit nationale controleonderzoek was na te gaan welke tandartsen de P-waardengrenzen in 2022 overschreden en de bedragen terug te vorderen van deze overschrijdingen wegens niet-conforme verstrekkingen.

²² Koninklijk besluit van 2 juni 2015 tot wijziging, wat bepaalde tandheeskundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

b) Methode

We controleerden de tandheelkundige verstrekkingen die van 1 januari 2022 tot en met 31 december 2022 werden uitgevoerd.

We berekenden de P-waarden op basis van een referentietabel met voor elk nomenclatuurnummer de bijbehorende P-waarde. Op basis van Doc P-gegevens selecteerden we de tandartsen die vermoedelijk de wettelijk toegelaten P-waardengrenzen overschreden in 2022.

Vervolgens berekenden we op basis van individuele NewAttest-gegevens voor elk van de geselecteerde tandartsen:

- ✦ het totale aantal P-waarden in 2022;
- ✦ het bedrag dat de ziekteverzekering uitbetaalde voor dat totaal van de P-waarden;
- ✦ het gemiddelde bedrag van één P-waarde;
- ✦ het aantal P-waarden dat de wettelijke toegelaten grens overschreed maand-, trimester- of kalenderjaarniveau;
- ✦ het bedrag voor dat totaal aan P-waarden dat werd overschreden ten opzichte van de wettelijk toegelaten grens op maand-, trimester- of kalenderjaarniveau.

Voor de tenlastelegging gebruikten we de berekeningsmethode per jaar, trimester of maand, afhankelijk van de overschrijding. We namen enkel de grootste inbreuk in aanmerking.

c) Resultaten

Volgens onze eerste analyse, op basis van Doc P-gegevens, vermoedden we dat 71 tandartsen een P-waardengrens (maand, trimester of jaar) hadden overschreden. Na onze tweede analyse, op basis van NewAttest-gegevens, bleek dat 65 tandartsen in 2022 minstens één P-waardengrens hadden overschreden voor een totaal bedrag van 2.993.974,95 euro:

- ✦ 19 tandartsen hadden als grootste overschrijding die van de maandgrens;
- ✦ 23 tandartsen hadden als grootste overschrijding die van de trimestergrens;
- ✦ 23 tandartsen hadden als grootste overschrijding die van de kalenderjaargrens.

We sloten 15 dossiers af als 'zonder gevolg DGEC' omdat:

- ✦ we eerder al een individueel controleonderzoek voor 14 tandartsen hadden geopend;
- ✦ 1 tandarts had geen RIZIV-nummer en geen contactadres meer in België.

We weerden 4 andere dossiers omdat de tandartsen al het voorwerp uitmaakten van een individueel controleonderzoek op basis van andere inbreuken.

18 tandartsen ontvingen een waarschuwingsbrief omdat hun overschrijding onder de vooraf bepaalde cut-off lag.

We stuurden een proces-verbaal van vaststelling naar 28 tandartsen voor een totaal ten laste gelegd bedrag van 1.185.165,75 euro. 25 tandartsen gingen in op de uitnodiging tot vrijwillige en volledige terugbetaling. Eén tandarts deed een gedeeltelijke terugbetaling. In totaal werd een bedrag van 758.143,61 euro vrijwillig terugbetaald.

We leidden een geschillenprocedure in tegen 8 tandartsen omwille van een weigering van (volledige) terugbetaling en/of een eerdere inbreuk voor gelijkaardige feiten.

2 dossiers werden in samenwerking met de arbeidsauditoraat behandeld.

4. Overschrijding van W-waardengrenzen

a) Oorsprong en doelstelling

De W-waarden werden ingevoerd in samenspraak met de thuiszorgsector en de verzekeringsinstellingen om mogelijke misbruiken van aanrekening te beperken. Elke nummer uit artikel 8 van de nomenclatuur kregen een wegingscoëfficiënt W toegekend. Dit werd bepaald op basis van de tijd en werklust die nodig waren om kwalitatieve zorg te verstrekken.

Het koninklijk besluit van 29 september 2019²³ stelde een grens aan het totale aantal W-waarden dat verpleegkundigen per jaar mogen aanrekenen, afhankelijk van hun statuut:

- ✦ loontrekkenden: maximaal 22.000 W-waarden;
- ✦ zelfstandigen (in hoofd- of bijberoep): maximaal 40.000 W-waarden.

Het doel van deze nationale opdracht was om de evolutie van de overschrijding van W-waardengrenzen te beoordelen sinds het versturen van een sensibiliseringsbrief over dit onderwerp in 2021 en te controleren of thuisverpleegkundigen in 2023 de W-waardengrenzen hadden gerespecteerd.

b) Methode

We controleerden de verpleegkundige verstrekkingen die van 1 januari 2023 tot en met 31 december 2023 werden uitgevoerd. De verstrekkingen die werden meegeteld in het jaarlijkse aantal W-waarden van een verpleegkundigen waren alleen die welke zij zelf hadden verricht. Een verstrekking die werd aangerekend op naam van verpleegkundige X, maar werd uitgevoerd door verpleegkundige Y, werd daarom meegeteld in het jaarlijkse aantal W-waarden van verpleegkundige Y.

We berekenden de W-waarden op basis van een referentietabel met voor elk nomenclatuurnummer de bijbehorende W-waarde. Op basis van Doc P-gegevens selecteerden we de verpleegkundigen die vermoedelijk de wettelijk toegelaten W-waardengrenzen overschreden in 2023.

Vervolgens berekenden we op basis van individuele NewAttest-gegevens voor elk van de geselecteerde verpleegkundigen:

- ✦ het totale aantal W-waarden in 2023;
- ✦ het bedrag dat de ziekteverzekering uitbetaalde voor dat totaal van de W-waarden;
- ✦ het gemiddelde bedrag van één W-waarde, specifiek voor elke verpleegkundige volgens zijn praktijk;
- ✦ het aantal W-waarden dat de wettelijk toegelaten grens overschreed volgens het statuut van de verpleegkundige;
- ✦ het bedrag voor dat totaal aan W-waarden dat werd overschreden ten opzichte van de wettelijk toegelaten grens volgens het statuut van de verpleegkundige.

We stuurden in 2025 een waarschuwingsbrief naar verpleegkundigen die de wettelijk toegelaten W-waardengrenzen overschreden. We informeerden hen over het aantal W-waarden dat ze in 2023 hadden aangerekend en dus het aantal W-waarden dat de wettelijk toegelaten grens overschreed,

²³ Koninklijk besluit van 29 september 2019 tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Dit koninklijk besluit was van kracht tijdens de gecontroleerde periode (2023).

evenals het bedrag dat bij deze overschrijding hoort. We herinnerden hen aan de regels en vroegen hen ervoor te zorgen dat ze voortaan worden gerespecteerd.

We verwezen in onze waarschuwingsbrief toch nog naar het koninklijk besluit van 29 september 2019 en niet naar het koninklijk besluit van 14 april 2024²⁴ (dat de W-waarden opnieuw invoerde met ingang van 1 januari 2025), omdat onze opdracht ging over de aanrekeningen van 2023 en het koninklijk besluit van 2019 nog steeds bestond toen we die waarschuwingsbrief verstuurd.

Pas nadat we de waarschuwingsbrieven hadden verstuurd, vernietigde de Raad van State op 27 mei 2025 het koninklijk besluit van 29 september 2019. Daardoor golden de brieven niet langer als waarschuwingsbrief, maar slechts als sensibiliseringsbrief.

c) Resultaten

De analyse van de facturatiegegevens toonde aan dat 706 verpleegkundigen in 2023 de W-waardengrenzen die wettelijk mogen worden aangerekend, hadden overschreden, voor een totaal bedrag van 27.168.492 euro. Dit is een stijging van het aantal verpleegkundigen met 52,81 % ten opzichte van 2020. Het bedrag van de overschrijding steeg met 33,71 %.²⁵

Na de uitsluiting van 73 verpleegkundigen voor wie al een controleonderzoek gaande was, stuurden we naar 633 verpleegkundigen een waarschuwingsbrief (die nu een sensibiliseringsbrief werd). 188 van hen hadden al een sensibiliseringsbrief ontvangen tijdens onze vorige actie van 2021 over de overschrijding van de W-waardengrenzen in 2020.

5. Aanrekening van PET-forfaits

a) Oorsprong en doelstelling

Voor een PET-onderzoek²⁶ kan de nuclearist naast het honorarium²⁷ een forfait aanrekenen voor het radio-isotoop (tracer). Dit forfait²⁸ bedroeg 170,27 euro op 1 mei 2024. Er is een plafond op het aantal terugbetaalde forfaits, met name 3.400 per jaar voor algemene ziekenhuizen en 4.600 per jaar voor universitaire ziekenhuizen. Met deze beperkte terugbetaling wil men overconsumptie voorkomen, zoals bepaald in het Protocolakkoord²⁹.

De aanleiding van dit nationale controleonderzoek was een voorgaand nationaal onderzoek waarin we onderzochten of de erkende PET-centra de opgelegde quota van aangerekende PET-forfaits respecteerden in de periode van 2019 tot en met 2021³⁰. In het huidige nationale controleonderzoek gingen we na of de PET-centra de opgelegde quota van aangerekende PET-forfaits respecteerden in 2022 en 2023.

²⁴ Koninklijk besluit van 14 april 2024 tot wijziging van artikel 8 van de bijlage van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

²⁵ Tijdens onze sensibiliseringsactie in 2021 over de overschrijding van de W-waardengrenzen in 2020 hadden we vastgesteld dat 462 verpleegkundigen de wettelijk toegelaten W-waardengrenzen hadden overschreden, voor een totaal bedrag van 20.318.630 euro.

²⁶ PET: Positron Emissie Tomografie.

²⁷ Voorzien in artikel 18, § 2, van de nomenclatuur.

²⁸ Pseudocodenummer 747913-747924.

²⁹ Protocolakkoord van 24 februari 2014 inzake medische beeldvorming.

³⁰ Zie *Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2023*, p. 50.

b) Methode

We hebben facturatiegegevens geanalyseerd van 1 januari 2022 tot en met 31 december 2023. We berekenden het aantal forfaits per PET-centrum per jaar en vergeleken dit met het quotum waarop het centrum recht had. Vervolgens berekenden we de overschrijding en het onterecht aangerekende bedrag dat ermee gepaard ging.

We openden een controledossier voor de PET-centra die hun quotum voor PET-forfaits overschreden. We stelden een proces-verbaal van vaststelling op en verstuurden een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling.

c) Resultaten

8 van de 24 erkende PET-centra overschreden het quotum in 2022 en/of 2023. De overschrijding tijdens de onderzochte jaren samen varieert van 151 tot 5.539 forfaits per centrum. De daaraan gekoppelde onterechte aanrekening varieert van 22.490,56 euro tot 926.892,20 euro.

Het totale ten laste gelegde bedrag voor de 8 centra samen bedroeg 1.936.282,65 euro. Alle PET-centra betaalden de ten laste gelegde forfaits vrijwillig terug.

Toch leidden we voor 4 PET-centra een geschillenprocedure in omdat hun aanrekendrag niet gunstig was geëvolueerd sinds het vorige nationale controleonderzoek.

6. Aanrekening van endobronchiale éénrichtingskleppen door daartoe niet-erkende verplegingsinrichtingen

a) Oorsprong en doelstelling

Voor de aanrekening van de endobronchiale klepjes en het bijhorende materiaal voorziet het RIZIV 2 verstrekingsnummers: 180773-180784 en 180795-180806³¹. Enkel hiertoe erkende verplegingsinrichtingen kunnen deze materiaalverstrekkingen aanrekenen.

We controleerden of enkel de hiertoe erkende verplegingsinrichtingen deze verstrekkingen aanrekenden.

b) Methode

We deden eerst een verkennende analyse van de aangerekende materiaalverstrekkingen van 1 juni 2020 tot en met 31 maart 2023 op basis van de NewAttest-gegevens. Zo merkten we dat één ziekenhuis, dat sinds 17 februari 2022 van de lijst van erkende verplegingsinrichtingen was geschrapt, ook daarna het materiaal bleef aanrekenen.

Vervolgens hebben we bij het InterMutualistisch Agentschap (IMA) de nominatieve gegevens van de betrokken 2 materiaalverstrekkingen van dat ziekenhuis opgevraagd en geanalyseerd voor de periode van 17 februari 2022 tot en met 28 februari 2024.

³¹ Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

c) Resultaten

We stelden vast dat één ziekenhuis de verstrekkingnummers 180773-180784 en 180795-180806 ten onrechte aanrekende, terwijl het niet meer op de lijst van de hiertoe erkende verplegingsinrichtingen stond. We stelden een proces-verbaal van vaststelling op voor een totaal bedrag van 72.180 euro.

Het ziekenhuis betaalde de ten onrechte aangerekende bedragen vrijwillig terug. We leidden geen geschillenprocedure in.

7. Aanrekening van kleurenduplexonderzoeken van de diepliggende thoracale en/of abdominale en/of pelvische bloedvaten door connexisten niet-urologen

a) Oorsprong en doelstelling

In een eerder nationaal controleonderzoek gingen we de aanrekening na van kleurenduplexonderzoeken van de diepliggende thoracale en/of abdominale en/of pelvische bloedvaten³² door urologen. Uit de groep van gecontroleerde urologen bleek dat geen enkele uroloog deze verstrekking conform aanrekende. Er werd duidelijk aan 'upcoding' gedaan.³³

We hebben beslist om een gelijkaardig nationaal controleonderzoek uit te voeren bij andere zorgverleners dan urologen die deze verstrekking ook mogen aanrekenen, namelijk bij de connexisten niet-urologen. Dit zijn vooral vaatchirurgen, internisten en cardiologen. We controleerden hun aanrekeningen voor de jaren 2022 en 2023.

b) Methode

Aangezien het kleurenduplexonderzoek van de diepliggende thoracale en/of abdominale en/of pelvische bloedvaten is opgenomen in de categorie van de cardiovasculaire echografieën in de nomenclatuur, omvat de nomenclatuur het volgende:

- ✦ een bidimensioneel echografisch beeld;
- ✦ en een dopplertracé, met frequentieanalyse van de signalen, gedocumenteerd door een geschreven protocol en een iconografische drager.

We selecteerden de individuele connexisten niet-urologen en de ziekenhuizen op basis van de aanrekening van het nomenclatuurnummer 469755-469766 voor een bedrag per jaar boven een vooraf bepaalde cut-off. Voor elk van hen werd een willekeurige steekproef van 100 verstrekkingen van het nomenclatuurnummer 469755-469766 getrokken voor de periode van 3 januari 2022 tot en met 31 december 2023. We analyseerden de echografische beelden en onderzoeksprotocollen.

Voor de berekening van het ten laste gelegde bedrag hebben we de resultaten uit onze willekeurige steekproef geëxtrapoleerd naar al hun aanrekeningen van 3 januari 2022 tot en met 31 december 2023. Als ze beschikten over een echografisch beeld pasten we waar mogelijk de verschilregel toe³⁴.

³² Nomenclatuurnummer 469755-469766.

³³ Zie *Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2024*, p. 40.

³⁴ We hebben het verschil berekend tussen het bedrag van het kleurenduplexonderzoek van de diepliggende thoracale en/of abdominale en/of pelvische bloedvaten en het bedrag van de echografie dat had moeten worden aangerekend. Het verschil dat te veel was aangerekend is ten laste gelegd.

c) Resultaten

We selecteerden 9 individuele connexisten niet-urologen en 11 ziekenhuizen, waar 32 vaatchirurgen werkzaam waren, op basis van de aanrekening van kleurenduplexonderzoeken van de diepliggende thoracale en/of abdominale en/of pelvische bloedvaten voor een bedrag per jaar boven een vooraf bepaalde cut-off.

Uit de analyse van de echografische beelden en onderzoeksprotocollen bleek dat we bij 8 van de 9 geselecteerde individuele connexisten niet-urologen en bij alle 11 de ziekenhuizen een niet-conformiteit konden vaststellen. De kleurenduplexonderzoeken van de diepliggende thoracale en/of abdominale en/of pelvische bloedvaten werden aangerekend in plaats van minder dure cardiovasculaire echografieën of andere echografieën buiten het toezicht van de zwangerschap. Er werd duidelijk een 'upcoding' vastgesteld.

We sloten het controleonderzoek van één individuele zorgverlener af als 'negatief' omdat we geen inbreuk vaststelden en we stuurden een waarschuwingsbrief naar één connexist niet-uroloog.

We stelden een proces-verbaal van vaststelling op voor 7 individuele connexisten niet-urologen en voor alle 11 ziekenhuizen voor een totaalbedrag van 1.178.312,81 euro.

Alle 11 ziekenhuizen en 5 van de 7 connexisten niet-urologen betaalden onmiddellijk vrijwillig terug voor een totaal bedrag van 1.016.848,8 euro. Voor één connexist niet-uroloog die weigerde terug te betalen leidden we een geschillenprocedure in. Het dossier van een andere connexist niet-uroloog haalden we uit het nationale onderzoek en behandelden we apart in een individueel onderzoek.

d) Voorstellen

De omschrijving van het nomenclatuurnummer 469755-469766 bleek niet voor elke zorgverlener even duidelijk. Het zou aangewezen zijn dit nummer duidelijker te omschrijven in de nomenclatuur.

8. Aanrekening van multidisciplinair oncologisch consult bij een niet-oncologische aandoening van het centrale zenuwstelsel

a) Oorsprong en doelstelling

De multidisciplinaire oncologische consulten³⁵ (MOC) kunnen alleen worden aangerekend bij bespreking van een oncologische (maligne) aandoening.

Omdat de uitgaven van de ziekteverzekering voor deze verstrekkingen³⁶ sterk waren gestegen, controleerden we in hoeverre artsen de MOC's ten onrechte aanrekenden voor niet-oncologische aandoeningen van het centrale zenuwstelsel van 1 juni 2021 tot en met 16 april 2024.

³⁵ Nomenclatuurnummers 350372-350383, 350394-350405, 350276-350280, 350254-350265, 350475-350486.

³⁶ In 2020 bedroegen de gezamenlijke uitgaven voor het MOC 28.745.190 euro. In 2023 was dit bedrag al opgelopen tot 35.924.730 euro.

b) Methode

Eerst vroegen we, voor alle patiënten met aanrekening van een eerste MOC in de loop van 2021, 2022 of 2023 en met een goedaardig of borderline letsel van het centrale zenuwstelsel, de volgende gegevens op bij de verzekeringsinstellingen:

- ✦ het INSZ-nummer,
- ✦ de plaats van het letsel,
- ✦ de aard van het letsel,
- ✦ het gedrag van het letsel (0=benigne, 1= borderline).

Daarna analyseerden de NewAttest-gegevens van alle patiënten die bij de verzekeringsinstellingen geregistreerd stonden als patiënten met een niet-oncologische aandoening van het centrale zenuwstelsel en op wier naam minstens één nomenclatuurnummer voor een MOC was aangerekend. We analyseerden de facturatiegegevens van alle ziekenhuizen voor de periode van 1 juni 2021 tot en met 16 april 2024.

We weerhielden de ziekenhuizen die de vooraf vastgestelde cut-off betreffende het mogelijks ten onterecht aangerekend bedrag overschreden en vroegen hen de MOC-verslagen voor de patiënten die mogelijks een maligne aandoening vertoonden. De aanrekeningen van een MOC voor een maligne pathologie, werden we uit de analyse.

Op basis van deze analyse stuurden we een proces-verbaal van vaststelling samen met een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling.

Recent besliste de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) om de hypofyse-tumoren niet langer als borderline maar als maligne te beschouwen. Sommige ziekenhuizen bezorgden ons een lijst van patiënten met een hypofyse-adenoom. De aanrekeningen voor de patiënten met een hypofyse-adenoom haalden we daarom uit al onze processen-verbaal van vaststelling.

c) Resultaten

Op basis van onze data-analyse vermoedden we dat 28 ziekenhuizen de cut-off betreffende het mogelijks ten onterecht aangerekend bedrag overschreden. 248 patiënten vertoonden mogelijks een maligne aandoening. Na de analyse van de MOC-verslagen vielen 3 ziekenhuizen onder de cut-off.

We stuurden dus een proces-verbaal van vaststelling naar 25 ziekenhuizen. Na rechtzetting (van de aanrekeningen voor de patiënten met hypofyse-adenoom) legden we 14.448 verstrekkingen ten laste voor een totaal bedrag van 506.355,43 euro. 5 ziekenhuizen betaalden in totaal 80.355,23 euro vrijwillig terug.

We leidden een geschillenprocedure in tegen de 20 overige ziekenhuizen die weigerden vrijwillig terug te betalen.

d) Voorstellen

De aanrekening van MOC's moet om meerdere redenen zeker nog worden besproken door de Technische Geneeskundige Raad:

- ✦ zolang de huidige nomenclatuur in voege is, blijft een strenge primocontrole door alle verzekeringsinstellingen cruciaal om de uitgaven voor MOC's binnen de perken te houden;

- ✦ bij de hervorming van de nomenclatuur is het belangrijk om een ondubbelzinnige reglementering uit te werken met duidelijke toepassingsregels voor de multidisciplinaire bespreking van maligne tumoren;
- ✦ gelet op de huidige budgettaire context wordt een grondige discussie over eventuele terugbetaling van overlegmomenten voor niet-maligne aandoeningen onvermijdelijk.

9. Aanrekening van zware medische beeldvorming door ziekenhuizen

a) Oorsprong en doelstelling

Sinds 3 februari 2016 zijn de ziekenhuizen wettelijk verplicht om zware toestellen voor medische beeldvorming (zoals CT, PET, PET-CT, PET-NMR, SPECT-CT en NMR) correct te registreren bij het kadaster. Ze moeten ook het juiste facturatienummer vermelden bij de aanrekening van medische beeldvorming om misbruik en foutieve aanrekeningen te voorkomen. In 2022 bracht een risicoanalyse aan het licht dat verschillende ziekenhuizen deze regels niet steeds volgen, waardoor onterecht kosten worden aangerekend aan de ziekteverzekering.

In deze nationale evaluatieopdracht onderzochten we in welke mate de ziekenhuizen zware medische beeldvorming aanrekenden met toestellen die niet correct waren geregistreerd. Op basis van de analyseresultaten vroegen we aan de verzekeringsinstellingen, in het kader van ons toezicht op hun primocontrole, om de onterechte aanrekeningen van medische beeldvorming door de ziekenhuizen te regulariseren. Tenslotte wilden we de ziekenhuizen sensibiliseren over hun wettelijke verplichtingen.

b) Methode

We analyseerden de facturatiegegevens van alle ziekenhuizen die zware medische beeldvorming aanbieden, voor de periode van 1 oktober 2020 tot 28 februari 2023. Onze evaluatie betrof de volgende toestellen: CT, PET, PET-CT, SPECT-CT.

We onderscheidden 3 soorten fouten bij de aanrekening van zware medische beeldvorming:

- ✦ het toestelnummer stond niet in het officiële register;
- ✦ er werd aangerekend voordat het toestel officieel geregistreerd was;
- ✦ er werd aangerekend nadat het toestel officieel buiten gebruik was gesteld.

We selecteerden de ziekenhuizen die verstrekkingen buiten de geldigheidsperiode van het toestel aanrekenden en de vooraf bepaalde cut-off overschreden. Aan deze ziekenhuizen vroegen we bijkomende informatie over de onterechte aanrekeningen. Vervolgens maakten we per verzekeringsinstelling een lijst van het aantal ten onterechte aangerekende verstrekkingen en het bijhorende bedrag.

We vroegen per omzendbrief aan de verzekeringsinstellingen om de onterechte aanrekeningen van 1 februari 2022 tot 28 februari 2023 te regulariseren (d.w.z. terug te vorderen van de ziekenhuizen).

We stuurden ook een sensibiliseringsbrief naar alle ziekenhuizen om hen te herinneren aan hun wettelijke verplichtingen rond registratie en aanrekening van zware medische beeldvorming.

c) Resultaten

De meeste fouten waren toe te schrijven aan verkeerde of laattijdige registratie van de betrokken toestellen. In andere gevallen waren toestellen gebruikt waarvan het nummer niet (meer) geldig was.

In totaal heeft de ziekteverzekering een bedrag van 1.718.707 euro gecupereerd door de regularisaties van de verzekeringsinstellingen en de spontane terugbetalingen door de ziekenhuizen na de omzendbrief.

10. Afwijkende aanrekeningen van farmaceutische verstrekkingen in ziekenhuizen

a) Oorsprong en doelstelling

De aanrekening van farmaceutische verstrekkingen in ziekenhuizen is deels nog gebaseerd op handmatige gegevensinvoer, wat tot fouten kan leiden verschillende fasen van het proces, gaande van het voorschrift tot de vergoeding door de verzekeringsinstellingen. Ondanks de interne controles van de ziekenhuizen en de primocontrole die door de verzekeringsinstellingen wordt uitgevoerd, blijven sommige fouten bestaan met mogelijke vergoeding van niet-uitgevoerde verstrekkingen als gevolg.

Daarom hebben we opnieuw een nationaal controleonderzoek uitgevoerd om hardnekkige invoerfouten bij alle vergoedbare farmaceutische verstrekkingen, met uitzondering van implantaten, te identificeren en om de bedragen die onterecht zijn aangerekend in de periode van 1 januari 2022 tot en met 30 juni 2024, voor zowel gehospitaliseerde als niet-gehospitaliseerde patiënten, terug te vorderen. Daarom spoorden we 'afwijkende' aanrekeningen op (extreme waarden), gekenmerkt door hoeveelheden of bedragen die aanzienlijk afwijken van het nationale gemiddelde of door systematische herhalingen van eenzelfde verstrekking.

b) Methode

We gebruikten de gepseudonymiseerde databases ADH³⁷, AZV³⁸ en Doc PH met de facturatiegegevens van geneesmiddelen. Voor elke verstrekking die werd geïdentificeerd met haar CNK-code³⁹, hebben we de hoeveelheden en bedragen die werden aangerekend in de periode van 1 januari 2022 tot en met 30 juni 2024, vergeleken met de nationale gemiddelden. We hanteerden 2 drempels voor verdere analyse: de meest extreme waarden, nl. 2 %, en een totaal bedrag van meer dan 10.000 euro per ziekenhuis.

Om rekening te houden met eventuele correcties na de initiële gegevensoverdracht, hebben we ook de NewAttest-gegevens geanalyseerd. Vervolgens namen we contact op met de betrokken ziekenhuizen zodat ze konden bevestigen dat er foutief was aangerekend. De ten onterechte aangerekende bedragen werden ten laste gelegd in processen-verbaal van vaststelling met bijhorende uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling.

³⁷ ADH: geanonimiseerde dagopnames.

³⁸ SHA: geanonimiseerde ziekenhuisopnames (klassieke ziekenhuisopnames).

³⁹ CNK-code: pseudocodenummer van nomenclatuur.

c) Resultaten

De analyse bracht afwijkende aanrekeningen van farmaceutische specialiteiten aan het licht bij in 9 ziekenhuizen. Hiervan hadden er 4 al correcties doorgevoerd, hetzij naar aanleiding van hun interne controle, hetzij als gevolg van de primocontrole door de verzekeringsinstellingen. Deze correcties werden bevestigd door de NewAttest-gegevens en de verzonden kredietnota's. Daarom werden de controledossiers voor deze ziekenhuizen zonder verder gevolg geklasseerd.

Daarentegen werden aanhoudende aanrekenfouten bevestigd in 5 ziekenhuizen. We hebben een totaal bedrag van 80.765,62 euro ten laste gelegd voor niet-uitgevoerde farmaceutische verstrekkingen. Dat betrof 10.008 ten onterechte aangerekende eenheden. De fouten betroffen voornamelijk grote discrepanties tussen het aantal daadwerkelijk toegediende eenheden en de ingevoerde, vaak gerelateerd aan vergissing in de eenheden of invoerfouten.

De 5 ziekenhuizen betaalden het ten laste gelegde bedrag vrijwillig terug, zonder dat er een geschillenprocedure moest worden ingeleid.

Het totale ten laste gelegde bedrag is kleiner dan dat van onze eerdere soortgelijke nationale controleonderzoeken. Deze evolutie kan zowel worden verklaard door de scope van dit onderzoek, die beperkt is tot de farmaceutische specialiteiten, als door een verbetering van de interne controles van de ziekenhuizen. Steeds meer fouten worden al eerder rechtgezet, nog vóór onze nationale controleonderzoeken.

MEER WETEN?

Hebt u vragen over deze publicatie?

Contacteer ons: com.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be