



# Jaarverslag DGEC

## Activiteiten 2024



Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle

# Voorwoord

Met gepaste trots presenteer ik u het activiteitenverslag van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) van het RIZIV. Deze inspectiedienst heeft o.a. als opdracht onterechte aanrekening van gezondheidszorg te voorkomen en te bestrijden. Dit verslag biedt een helder overzicht van de behaalde resultaten en de voortdurende inspanningen van onze dienst in het afgelopen jaar.

Dankzij de dagelijkse inzet en betrokkenheid van onze medewerkers (sociaal inspecteurs, juristen, data-analisten, administratief medewerkers) hebben we opnieuw belangrijke stappen gezet in de strijd tegen onterechte aanrekening van gezondheidszorg. Hun expertise, vastberadenheid en integriteit vormen het fundament van onze aanpak. Elke dag opnieuw tonen ze hun professionaliteit en toewijding, waardoor wij als RIZIV daadwerkelijk een verschil kunnen maken voor de patiënten die rekenen op een kwaliteitsvolle gezondheidszorg.

Bij inspectiediensten denkt men vaak aan artificiële intelligentie (AI) en risicoanalyse als oplossing voor de grote werklast. Hoewel dat waardevolle troeven zijn voor fraudebestrijding, schuilt de grootste winstmarge eerder in de bewijsvoering. Inbreuken opsporen én bewijzen vergt het meeste energie en tijd. Dit is een aspect dat vaak onderbelicht blijft en soms moeilijk uit te leggen is. In onze activiteiten blijft een solide bewijsvoering dé sleutel tot succes. Het zorgvuldig verzamelen, analyseren en documenteren van feiten stelt ons in staat om verantwoord en doeltreffend op te treden tegen onterechte aanrekeningen door zorgverleners. Daarbij is de medewerking van patiënten onmisbaar. Door hun bereidheid om informatie te delen en mee te werken aan controleonderzoeken over zorgverleners, dragen zij direct bij aan de rechtvaardigheid en transparantie in de aanrekening van zorg. Samen met de patiënten kunnen we bouwen aan een gezondheidszorg waarin vertrouwen en integriteit centraal staan. Het is echt belangrijk dat we die enkele fraudeurs eruit halen en niet alleen omdat ze belastinggeld misbruiken. Ze bezoedelen het imago van zorgverleners in het algemeen en tasten het vertrouwen van de patiënten aan.

De DGEC doet veel meer dan *individuele* controleonderzoeken. In dit verslag vind je opnieuw een mooi overzicht van de veelzijdigheid van onze acties, zoals ons *nationaal* controleonderzoek over de aanrekening van kleurenduplexonderzoek door de urologen of onze sensibiliseringsactie bij huisartsen over de aanrekening van dringende contacten.

Ik wil alle medewerkers van de DGEC van harte bedanken voor hun tomeloze inzet, evenals de overgrote meerderheid aan zorgverleners die wel elke dag correct aanrekenen. Alleen samen kunnen we de toegankelijkheid waarborgen tot betaalbare en kwaliteitsvolle zorg, waarin geen plaats is voor fraude.

*Philip Tavernier*  
*Arts-directeur-generaal DGEC*  
December 2025

# Inhoudstafel

Voorwoord .....	2
Deel 1 – De DGEC voorgesteld .....	5
I.    Missie .....	5
1.    Wettelijke opdrachten .....	5
2.    Strategisch plan 2022-2025 .....	6
II.   Organisatiestructuur .....	8
III.  Werkwijze.....	8
IV.  Personeel en vorming .....	10
Deel 2 – Oorsprong van onze acties.....	13
I.    Externe meldingen .....	13
II.   Interne voorstellen.....	14
Deel 3 – Acties.....	16
I.    Sensibilisatie en informatie.....	16
1.    Sensibiliseringsacties via briefwisseling.....	16
2.    Lezingen .....	18
3.    Informatiebrochures .....	19
II.   Voorstellen tot verbetering van de reglementering.....	19
1.    Structurele hervorming van de nomenclatuur .....	20
2.    Aanpassingen van de nomenclatuur.....	20
3.    Indicatoren van manifeste afwijking van goede medische praktijk .....	23
III.  Controle en terugvordering .....	25
1.    Beslissingen van de arts-inspecteur-generaal .....	25
2.    Betrokkenen.....	26
3.    Evolutie 2020-2024 .....	28
4.    Opvolging van de geschillenprocedures .....	29
5.    Strijd tegen fraude .....	36
IV.  Nationale opdrachten .....	40
1.    Aanrekening van kleurenduplexonderzoeken .....	40
2.    Aanrekening van katheters en toebehoren gebruikt voor elektrofysiologisch onderzoek en percutane ablatie.....	42
3.    Aanrekening van psychiatrische verstrekkingen met minimale tijdsduur.....	43
4.    Overschrijding van P-waardengrenzen.....	44
5.    Aanrekening van verpleegkundige verstrekkingen verleend in instellingen voor mindervaliden.....	47

6.	Aanrekening van walker boots .....	48
7.	Naleving terugbetalingscriteria anti-TNF bij reumatoïde artritis .....	49
8.	Primocontrole borstreductie .....	51
9.	Omzendbrieven naar de verzekeringsinstellingen.....	52
Deel 4 – Samenwerkingen .....		54
I.	Passerelle: Audit Ziekenhuizen .....	54
1.	Audit complexe chirurgie.....	54
2.	Audit heupprothesen.....	55
II.	Internationale aangelegenheden: EHFCN.....	55
1.	Open House.....	56
2.	Gemeenschappelijk event met de International Association of Mutual Benefit Societies ..	56
3.	Webinars .....	57
III.	Evaluatie van de beheersprestatie van de verzekeringsinstellingen.....	58
1.	Mededeling van voorstellen met motivatie van staat van invaliditeit via IDES.....	58
2.	Naleving van de regels over de vergoeding van bepaalde verstrekkingen van geneeskundige verzorging .....	59
3.	Kwaliteit van NewAttest-gegevens .....	60
IV.	Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2024-2026 .....	60
Deel 5 – Impact .....		61
I.	Impact van onze acties van 2021 .....	61
1.	Algemene methodologie.....	61
2.	Impact van de processen-verbaal van vaststelling op de aanrekening .....	62
3.	Impact van de nationale opdrachten.....	65
II.	Totale financiële impact in 2024.....	68
1.	Terugbetalingen en boetes .....	68
2.	Verminderde uitgaven .....	69
3.	Globale financiële impact .....	69
Afkortingenlijst.....		70
Meer weten?.....		71

# Deel 1 – De DGEC voorgesteld

## I. MISSIE

Voor een optimale aanwending van het overheidsbudget voor de ziekteverzekering ziet de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC<sup>1</sup>) van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) er op toe dat de belanghebbenden hun verplichtingen correct naleven binnen het wettelijke en reglementaire kader. Belanghebbenden zijn de zorgverleners, beheerders van verzorgingsinstellingen, verzekeringsinstellingen (V.I.'s) en sociaal verzekerden. Daarenboven volgt de DGEC de evolutie van de wetenschappelijke kennis om te komen tot meer appropriate care (nodige, wetenschappelijk onderbouwde en doelmatige zorg). De maatschappelijke rol van de DGEC 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 de meest geschikte acties, zoals:

- ✦ sensibiliseringsacties om inbreuken te voorkomen;
- ✦ voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur van de 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 derde-betalersregeling.

### 1. Wettelijke opdrachten

De wetgever heeft de DGEC voornamelijk de volgende opdrachten<sup>2</sup> gegeven:

- ✦ informatie verstrekken aan de zorgverleners om inbreuken tegen de reglementering te voorkomen;
- ✦ de voorgeschreven of uitgevoerde verstrekkingen van de ziekteverzekering evalueren en de wijze onderzoeken waarop groepen zorgverleners hun praktijk voeren;
- ✦ de verstrekkingen van de ziekteverzekering controleren op het vlak van realiteit en conformiteit volgens de voorschriften van de wet en op het vlak van de appropriate care;
- ✦ uitvoeren van de beslissingen van de leidend ambtenaar, de kamer van eerste aanleg en de kamer van beroep.

---

<sup>1</sup> Een [afkortingenlijst](#) staat op het einde van het rapport, p. 70.

<sup>2</sup> Art. 139 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet).

## 2. Strategisch plan 2022-2025

Om onze missie te kunnen uitvoeren, definieerde de DGEC 4 visiedomeinen. Daarin bepaalden alle teams essentiële acties en aandachtspunten die we vertaalden in 11 strategische doelstellingen als onderdeel van een strategisch plan voor de DGEC van 2022 tot 2025.

Zo'n strategisch plan met duidelijke prioriteiten verhoogt de efficiëntie en transparantie van de inspectieactiviteiten. Het biedt ook duidelijkheid over de inzet van overheidsmiddelen. Verder is het een uitgestrekte hand binnen en buiten het RIZIV om gezamenlijk onze verantwoordelijkheid op te nemen voor een optimaal gebruik van de beschikbare middelen in de gezondheidszorg.

### a) Visiedomeinen

We focussen in dit jaarverslag op de eerste 2 visiedomeinen: enerzijds de werking van onze dienst en anderzijds zijn relatie met partners en belanghebbenden. De 2 andere visiedomeinen betreffen de interne werking en onze medewerkers.

Als inspectiedienst is het belangrijk om met de werking concrete resultaten te bereiken en een meetbare impact te hebben. Binnen de sociale zekerheid betreft dit voornamelijk financiële resultaten, maar dit staat niet los van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. De focus op financiële resultaten moet wel in evenwicht zijn met de ernst van de inbreuken. Daarom is het belangrijk dat de DGEC zowel resultaatgericht als rechtvaardig is.

De relatie van de DGEC met zijn partners en belanghebbenden moet efficiënt verlopen. Dit kan enkel door samen te werken en synergieën te zoeken in een context waarbij alle betrokkenen transparant gegevens uitwisselen zodat iedereen zijn/haar verantwoordelijkheid kan opnemen.

### b) Strategische doelstellingen

6 van de 11 strategische doelstellingen van de DGEC zijn gelinkt aan de eerste 2 visiedomeinen 'werking' en 'relatie met partners en belanghebbenden'.

#### 1. Systematische en ruime risicoanalyses met duidelijke prioriteiten

De DGEC krijgt jaarlijks voldoende externe meldingen om met de huidige personeelsbezetting daadwerkelijk impact te hebben. Door deze meldingen van meet af aan te filteren op basis van bijkomende analyses, kan de DGEC meer aandacht besteden aan de belangrijkste inbreuken en de aanwijzingen van fraude. Zo komt er tijd vrij voor eigen risicoanalyses om andere fraude en inbreuken op te sporen.

Sinds 2022 gebeuren deze eigen risicoanalyses systematisch – over een periode van 3 tot 4 jaar – voor elk onderdeel van het gezondheidsbudget waarvoor de DGEC bevoegd is.

#### 2. Impact op aanreken- en voorschrijfgedrag van zorgverleners

Dit is niet nieuw, maar wel essentieel. Elke actie van de DGEC heeft tot doel om een concrete en meetbare impact te hebben op het aanreken- en voorschrijfgedrag van zorgverleners. Dit betekent ook dat de DGEC de meest geschikte actie zoekt om eenzelfde impact te hebben met activiteiten die minder tijdrovend zijn.

### **3. Structurele preventie van administratieve fouten, onduidelijke regelgeving en intentionele inbreuken op de regelgeving (fraude)**

Dweilen met de kraan open is weinig zinvol. Inbreuken voorkomen is essentieel, maar als inspectiedienst hebben we daar slechts deels vat op. Verschillende soorten inbreuken vergen een andere aanpak. Een administratieve fout kan vaak worden voorkomen door een aanpassing in de facturatiesoftware; door aanrekening te onmogelijk te maken van wat niet toegelaten is. Misbruik van onduidelijke regelgeving moet dan weer aangepakt worden op het niveau van de regelgeving zelf: door een nomenclatuurwijziging of een interpretatieregel. Intentionele inbreuken (fraude) betreft een zeer kleine groep zorgverleners die vaak voor zeer grote bedragen aanrekenen. Ze zoeken steeds de mazen in het net, terwijl te vaak worden systemen geconcipteerd voor de grote groep goed menende zorgverleners zonder rekening te houden met fraudegevoeligheid.

### **4. Gevoel van rechtvaardige aanpak door de DGEC onder zorgverleners en verzekerden**

Intentionele inbreuken (fraude) zijn ernstiger dan administratieve fouten en moeten ook strenger worden aangepakt. Het aanrekeningdrag van een zorgverlener die fraude heeft gepleegd, zal proactief opgevolgd worden. Een belangrijk aandachtspunt is ook de effectieve betaling van het ten laste gelegde bedrag en van de administratieve sanctie na een eindbeslissing van de leidend ambtenaar of de administratieve rechtscolleges.

### **5. Betrokkenheid en responsabilisering verzekerden en zorgverleners**

Zowel de zorgverleners als de verzekerden dienen hun verantwoordelijkheid op te nemen. Maar dit kunnen ze pas ten volle als er transparantie is en ze ook volledig betrokken worden. Voor de zorgverlener betekent dit: zicht hebben op het eigen aanrekeningdrag t.o.v. zorgverleners met een vergelijkbaar patiënteel. Voor verzekerden betreft het daadwerkelijk zicht krijgen op wat op hun naam werd aangerekend (via getuigschriften maar ook rechtstreeks bij de V.I.'s door de derde-betalersregeling).

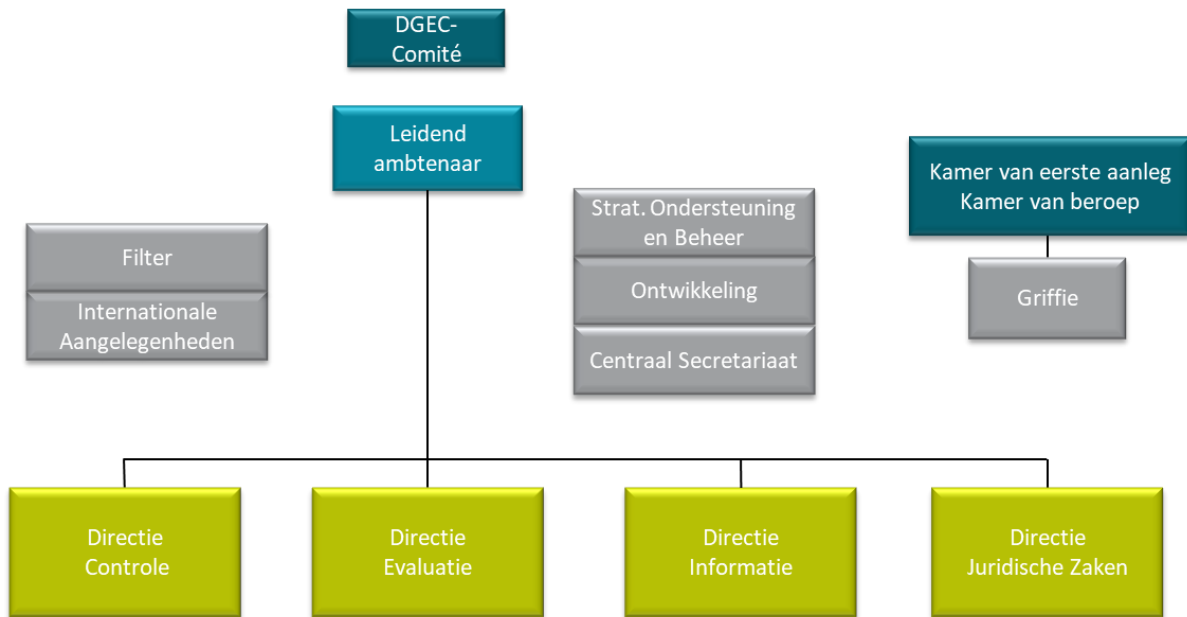
### **6. Efficiënt gebruik van externe expertise en inspectiemiddelen in het kader van samenwerking/synergie, informatie-uitwisseling en gezamenlijke expertiseopbouw/kennisdeling**

Concreet gaat het om een betere samenwerking met andere diensten binnen het RIZIV, de V.I.'s en de zorgverleners. Ook het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) wordt een belangrijke partner in het kader van appropriate care.

Om deze en de andere strategische doelstellingen op te volgen, heeft de DGEC 'key performance indicators' (KPI's) bepaald die worden opgevolgd in een boordtabel.

## II. ORGANISATIESTRUCTUUR

De DGEC is als volgt georganiseerd.



**Figuur 1. Organisatiestructuur DGEC**

## III. WERKWIJZE

Een DGEC-actie kan het gevolg zijn van een externe melding of van een intern voorstel. Met externe melding bedoelen we een klacht, verzoek of opdracht van buitenaf. Een intern voorstel komt van eigen risicoanalyse. Dit voeren we sinds 2022 systematisch uit voor alle beroepsgroepen (over een periode van 3 tot 4 jaar).

Een gecentraliseerd team, de Filter, ontvangt en analyseert de externe meldingen en interne voorstellen. Het team toetst ze o.a. aan de bevoegdheid van de DGEC, de strategische prioriteiten en de beschikbare middelen. Het formuleert dan een advies voor het Beslissingsorgaan/Organe Décisionnel (BOD). Het BOD bestaat uit de verantwoordelijken van de Filter en van de directies Informatie, Controle, Evaluatie en Juridische zaken. Het BOD beslist welke actie de DGEC zal ondernemen en welke middelen hiervoor worden ingezet.

Het individuele BOD vertrouwt individuele opdrachten toe aan een leidinggevende die de werkzaamheden van de dossierbeheerder zal opvolgen. De opdrachten worden opgevolgd in de provinciale vergadering.

Het thematische BOD geeft opdrachten tot actie met algemene of nationale reikwijdte aan een multidisciplinair team dat meestal is samengesteld uit vertegenwoordigers van de directies Informatie, Controle en Evaluatie. Dit team wordt ondersteund door de Datacel die de facturatiegegevens analyseert en de sociaal inspecteurs technische ondersteuning biedt (bijvoorbeeld om de grootte van de steekproef te bepalen en volgens de wettelijke formule de resultaten te extrapoleren). Die opdrachten, beslist door het BOD, kunnen verschillende acties inhouden, zoals een verdere analyse, een informatieverstrekking en/of een nationaal controleonderzoek. De DGEC voert

hier een meersporenbeleid: informeren, controleren en evalueren (ICE). De acties kunnen simultaan of opeenvolgend gerealiseerd worden. De feitelijke omstandigheden geven in het algemeen aan welke acties gepast zijn er in welke volgorde.

De DGEC-medewerkers evalueren het aanreken- en voorschrijfgedrag van zorgverleners op basis van:

- ✦ de naleving van de nomenclatuur en de toepassing van bijhorende regels;
- ✦ de conformiteit aan de wetenschappelijke kennis (evidence-based medicine [EBM]) in het kader van appropriate care.

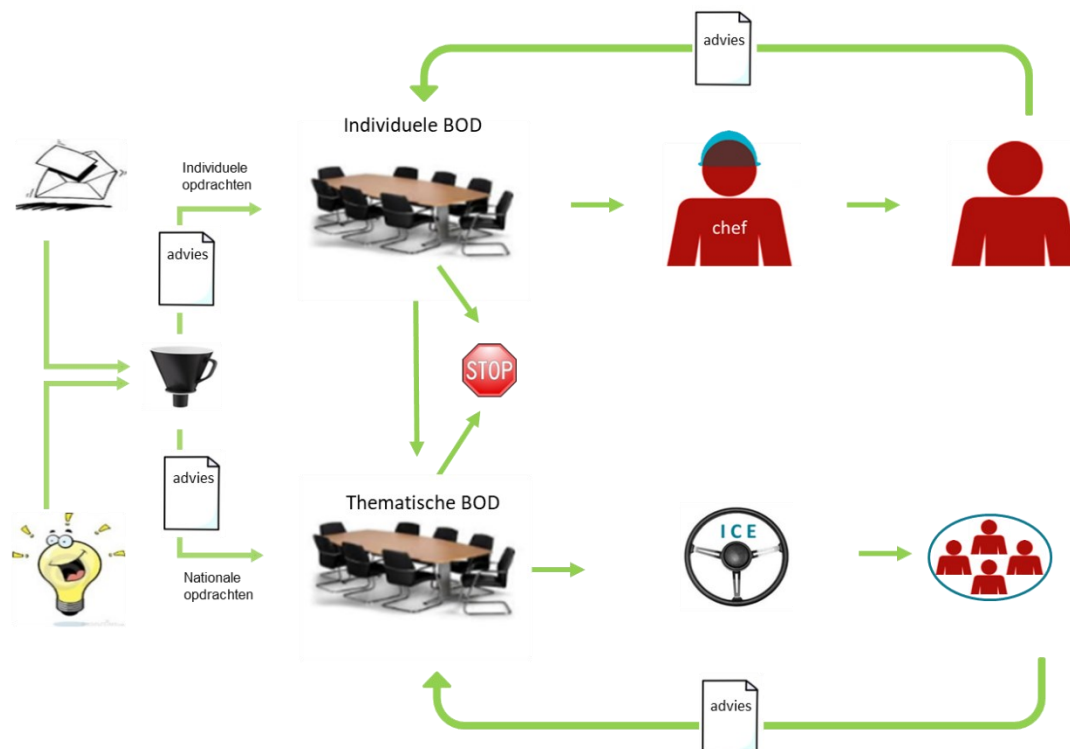
De informatieverstrekking kan verschillende vormen aannemen:

- ✦ informatiebrochures publiceren;
- ✦ sensibilisatiebrieven verzenden naar een groep vergelijkbare zorgverleners;
- ✦ lezingen geven voor welomschreven doelgroepen;
- ✦ informatie publiceren op de website van het RIZIV;
- ✦ persvragen beantwoorden.

De controleonderzoeken hebben als doel na te gaan of zorgverleners een inbreuk hebben gepleegd en onterecht verstrekkingen hebben aangerekend aan de ziekteverzekering. In het kader van een nationale controleonderzoek onderzoeken we het aanrekeninggedrag van een grote en vergelijkbare groep zorgverleners op basis van dezelfde criteria en op basis van een vooraf bepaalde methodologie.

Bovenstaande acties worden uitgevoerd door een multidisciplinair team, waarvan de aanpak projectmatig wordt opgevolgd door de ICE-stuurgroep. Het team brengt nadien verslag uit aan het thematische BOD en kan bijkomende acties voorstellen.

Onderstaande figuur geeft het interne werkingsproces van de DGEC schematisch weer.



**Figuur 2. Werkingsproces DGEC**

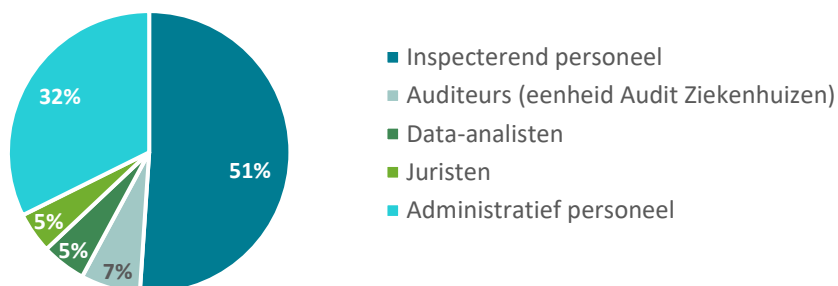
## IV. PERSONEEL EN VORMING

De DGEC telde 237 personeelsleden op 31 december 2024. 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 2024**

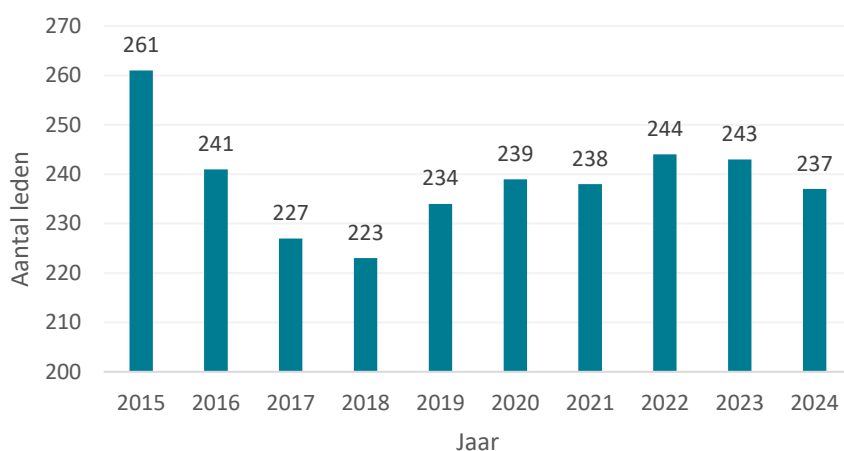
	Centrale diensten		Provinciale kantoren		Totaal	
	NL	FR	NL	FR		
Leidend ambtenaar/arts-directeur-generaal	1				1	
Artsen-inspecteurs-generaal	1	1			2	
Directeurs	1	1	4	2	8	
Verantwoordelijke en coördinatoren	4	2			6	
Sociaal inspecteurs:	artsen	2	30	24	59	
	apothekers			3	3	6
	tandartsen			1	2	3
	verpleegkundigen			15	13	28
	wetenschappelijk attachés	1		6	5	12
Auditeurs	9	7			16	
Juristen	5	5			10	
ICT, ontwikkeling, kennisbeheer	3	2			5	
Internationale samenwerking		1			1	
Data-analisten	3	7			10	
Administratief personeel:	attachés en adviseurs	4	3	1		8
	deskundigen	2	3	7	2	14
	assistenten	5	8	11	14	38
	medewerkers	4	1	4	1	10
<b>TOTAAL</b>	<b>46</b>	<b>43</b>	<b>82</b>	<b>66</b>	<b>237</b>	

Het inspecterend personeel, de auditeurs, 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 3. Indeling personeelsleden DGEC volgens hun opdracht in 2024**

Om de continuïteit van de werking van onze dienst te garanderen hebben we 13 nieuwe medewerkers aangeworven in 2024. De meeste van hen zijn aangeworven als sociaal inspecteur: artsen en tandartsen. Niettegenstaande die aanwervingen is het aantal personeelsleden gedaald.



**Figuur 4. Evolutie aantal personeelsleden DGEC**

We zijn er de laatste jaren weliswaar in geslaagd om fraudeurs met onrealistische facturatieprofielen beter op te sporen. Hiervoor zijn meerdere verklaringen: onze multidisciplinaire aanpak, meer nationale inspectiestrategieën, betere samenwerking met andere inspectiediensten en het Openbaar Ministerie, snellere aanlevering van facturatiegegevens door de V.I.'s, efficiëntere prioritering van onze inspectie-opdrachten, performantere data-analyse, enz.

Toch blijkt deze betere detectie van fraudeurs niet toereikend om hun fraude te bewijzen en om onterechte aanrekeningen daadwerkelijk te doen terugbetalen aan de ziekteverzekering. Dit zijn arbeidsintensieve processen die voldoende sociaal inspecteurs vergen.

De aanwerving van sociaal inspecteurs is de beste investering in onze strijd tegen fraude: in 2024 bedroeg hun return on investment 195 %. Dit betekent concreet dat ze minstens 1,95 keer opbrachten wat ze bruto kostten. Het weerspiegelt de toegevoegde waarde van de bijdrage van de inspecteurs aan de organisatie. Om de grootte van dat terugverdieneffect te berekenen, analyseerden we de bedragen die de inspecteurs ten laste hebben gelegd<sup>3</sup> en de impact van hun acties<sup>4</sup> ten opzichte van hun gemiddelde loonkost.

**Tabel 2. Gemiddelde return on investment (ROI) van de sociale inspecteurs van de DGEC in 2024**

	Gemiddelde ten laste gelegde bedrag per inspecteur (€) (a)	Gemiddelde impact per inspecteur (€) (b)	Gemiddelde loonkost per inspecteur (€) (c)	Gemiddelde ROI (%) $\left(\frac{a + b}{c} * 100\right)$
Gemiddelde	114.783,71	108.296,94	114.135,77	195

We houden eraan om de overdracht te garanderen van kennis, vaardigheden en attitudes naar de nieuwe medewerkers. Dit is nu des te belangrijker vermits meer dan een kwart van ons inspecterend personeel minder dan 3 jaar bij ons in dienst is. We organiseren dus nog steeds een intensieve

<sup>3</sup> Ten laste gelegde bedrag in de controleonderzoeken die in 2024 afgesloten worden. Zie "[Controle en terugvordering](#)", p. 25.

<sup>4</sup> Zie "[Totale financiële impact in 2024 – Verminderde uitgaven](#)", p. 69.

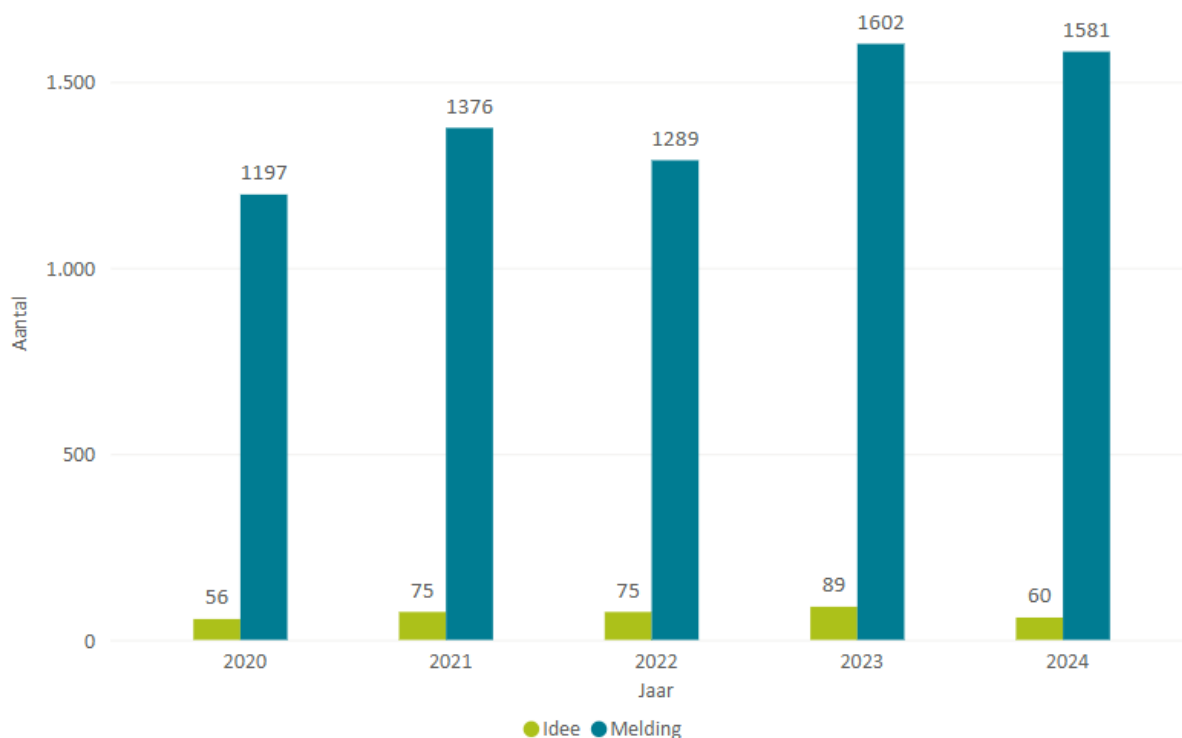
basisopleiding voor al onze nieuwe medewerkers. De nieuwe sociaal inspecteurs krijgen bovendien een individuele coaching en een persoonlijke opvolging tijdens de terugkomdagen.

Naast het opleidingstraject voor nieuwkomers blijven we ook de voortgezette vorming organiseren die we hebben opgestart in 2020, zowel online als fysiek. Die opleidingen zijn gericht op alle DGEC-medewerkers en hebben betrekking op onderwerpen in verband met de opdracht van de dienst, het gebruik van interne informaticatools of opdrachten die onlangs door onze sociaal inspecteurs zijn volbracht.

## Deel 2 – Oorsprong van onze acties

In 2024 ontvingen we 1.581 meldingen komende van buiten de DGEC. Onder meldingen verstaan we aangiftes van mogelijke fraude, vragen, klachten, verplichte opdrachten enz.

Daarnaast formuleerden de DGEC-medewerkers 60 voorstellen voor acties, gebaseerd op eigen risicoanalyses.



**Figuur 5. Evolutie aantal externe meldingen en interne voorstellen (ideeën)**

Hoewel de interne voorstellen een kleine minderheid vormen ten opzichte van de meldingen, leiden ze vaker tot acties met een belangrijke impact. In 2024 heeft 85 % van de interne voorstellen geleid tot een opdracht of tot een uitbreiding van een bestaande opdracht. Van de externe meldingen daarentegen leidde 9 % tot een nieuwe opdracht of tot een uitbreiding van een bestaande opdracht. Toch zijn heel wat meldingen waardevol voor de DGEC om fraudeurs of fraudesystemen op te sporen.

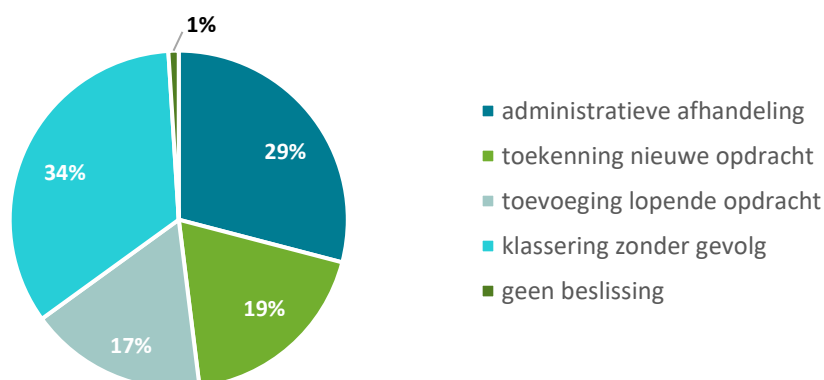
### I. EXTERNE MELDINGEN

Binnenkomende meldingen worden eerst geanalyseerd door de Filter. Dit is een cel die alle meldingen onderzoekt met het oog op een correcte opvolging of een snelle doorverwijzing naar de meest aangewezen persoon of dienst, al dan niet bij het RIZIV. We ontvangen meldingen vanwege verzekerden, zorgverleners, zorginstellingen, V.I.'s en van officiële instanties zoals de Federale commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg en de Orde der artsen. Ook de parketten, arbeidsauditoraten en politiediensten sturen ons meldingen.

De externe meldingen die de DGEC in 2024 ontving, gingen zowel over zorgverleners en verzekerden als over zorginstellingen.

Van de 1.581 binnengekomen meldingen heeft de Filter:

- ✦ de meerderheid van de meldingen (1.098) administratief afgehandeld. Dit betekent dat de Filtermedewerkers zelf onmiddellijk een antwoord hebben geformuleerd of de melding (na ontvangstbevestiging aan de melder) hebben doorgestuurd naar de bevoegde instantie;
- ✦ 103 meldingen rechtstreeks doorverwezen naar een DGEC-medewerker, omdat het verplichte opdrachten waren. Meestal was dat met het oog op een controle- of een evaluatieopdracht maar soms ging het om een informatieopdracht;
- ✦ 2 meldingen toegevoegd aan een lopend controleonderzoek;
- ✦ voor 378 meldingen 407 adviezen aan het BOD verleend, zodat dat beslissingsorgaan de nodige informatie had om een beslissing te nemen over het verdere gevolg. Op basis van die adviezen heeft het BOD beslist tot:
  - ✧ administratieve afhandeling<sup>5</sup> (118),
  - ✧ toekenning van een nieuwe opdracht<sup>6</sup> (controle, evaluatie of informatie) (77),
  - ✧ toevoeging van de melding aan een lopende opdracht (69),
  - ✧ klassering zonder gevolg (139).
  - ✧ 4 adviezen zijn nog in behandeling.



**Figuur 6. Beslissingen van de BOD over externe meldingen in 2024 op basis van de adviezen van de Filter**

## II. INTERNE VOORSTELLEN

We zetten er onze personeelsleden toe aan voorstellen van acties te formuleren. Ze hebben in 2024 60 voorstellen gedaan. De goedgekeurde voorstellen worden daarna meestal onderworpen aan een pre-analyse door de Datacel om de hypothese van de sociaal inspecteur af te toetsen aan de geregistreeerde facturatiegegevens. Afhankelijk van dossier tot dossier bekijken we de beschikbare informatie vanuit verschillende invalshoeken, wat zal leiden tot de onderbouwing van verdere stappen (informatie, controle of evaluatie).

<sup>5</sup> Het BOD geeft de opdracht aan de Filter om het dossier administratief af te handelen volgens afgesproken procedures (antwoord aan klager, doorsturen aan derden, enz.).

<sup>6</sup> Het creëren van een nieuwe opdracht kan betrekking hebben op verschillende zorgverleners of zorginstellingen. Dit maakt dat één opdracht kan leiden tot meerdere individuele dossiers.

Acties op basis van onze interne voorstellen hebben een hogere impact. Het is dus van primordiaal belang om een voldoende en kwaliteitsvol aanbod van deze ideeën te behouden. Daarom zijn we in 2022 gestart met de uitvoering van systematische en domeinspecifieke risicoanalyses voor elke beroepsgroep. Deze datagedreven en periodieke risicoanalyses focussen op trends en evoluties. We beogen hierbij een evenredige verdeling van de verschillende domeinen van de ziekteverzekering. Bij de analyse van elk domein zijn er 3 belangrijke aandachtspunten: primocontrole van de V.I.'s, doelmatigheid/efficiëntie van de aangerekende zorgen en handhaving van de regelgeving.

In 2024 hebben we 5 risicoanalyses uitgewerkt, zijnde:

- ✦ ziekenhuisapotheken;
- ✦ artsen-specialisten anesthesie, reanimatie en urgentiegeneeskunde;
- ✦ kinesitherapie en logopedie;
- ✦ (thuis)verpleegkundigen;
- ✦ interne geneeskunde, gastro-enterologie, cardiologie en pneumologie.

We identificeerden 4 mogelijke acties in het domein van de ziekenhuisapotheken. Hiervan werd een versterkte primocontrole bij de V.I.'s weerhouden, evenals een controleonderzoek bij 5 à 10 ziekenhuisapotheken.

In het domein van de anesthesie, reanimatie en urgentiegeneeskunde hebben we 5 actievoorstellen geselecteerd. Eén diepgaandere analyse betreffende anesthesie is in uitvoering. Een analyse over anesthesie buiten het ziekenhuis is ook nog voorzien.

In het domein van de kinesitherapie en de logopedie werden er 14 mogelijk acties voorgesteld (4 betreffende kinesitherapie en 10 betreffende logopedie). Hiervan weerhielden we één diepgaandere analyse in de kinesitherapie en 2 individuele opdrachten.

Voor het thema thuisverpleegkundigen waren 9 acties en/of aanbevelingen gedaan. Als resultaat hiervan werd enerzijds een nieuwe selectiemethode voor de controles door het Nationaal College van Adviserend Artsen (NCAA) ontwikkeld. Anderzijds verstuurdten we ook een omzendbrief naar de V.I.'s voor de regularisatie en een versterkte primocontrole op verstrekkingen die niet door zorgkundigen mogen worden aangerekend.

De analyse over de interne geneeskunde, gastro-enterologie, cardiologie en pneumologie bracht 20 risico's naar voor. Hiervan werden er 7 weerhouden, zijnde 2 diepgaandere analyses, 2 individuele controleonderzoeken, één versterkte primocontrole bij en recuperatie door de V.I.'s, één idee ingediend bij de Filter en één aanbeveling voor de eenheid Audit Ziekenhuizen.

# Deel 3 – Acties

## I. SENSIBILISATIE EN INFORMATIE

We informeren de zorgverleners en -instellingen over de relevante reglementering via verschillende kanalen: via briefwisseling of e-mail, via lezingen, op de website van het RIZIV en via informatiebrochures. We informeren hen ook over de resultaten van ons evaluatiestudies en onze nationale controleonderzoeken. Het is onze bedoeling inbreuken uit onwetendheid te voorkomen en zorgverleners bewust te maken van het belang van een optimaal gebruik van het budget van de ziekteverzekering voor een blijvende toegang tot zorg. Tot slot informeren we ook de pers over de resultaten van onze acties en beantwoorden we vragen van journalisten.

### 1. Sensibiliseringsacties via briefwisseling

In 2024 hebben we 12 sensibiliseringsacties per brief of e-mail gevoerd bij verschillende beroepsgroepen van zorgverleners<sup>7</sup>.

#### a) Aanrekening van heekkundige ingreep bij endometriose

Naar aanleiding van een melding namen we de facturatiegegevens van de ziekenhuizen onder de loep. We stelden vast dat sommige gynaecologen de heekkundige ingreep bij endometriose met een verkeerd nomenclatuurnummer (243751-243762) hadden aangerekend.

We vroegen alle ziekenhuizen dat ze zouden nagaan of dat in hun instelling ook was gebeurd en dat ze desgevallend de onterechte aanrekeningen via de V.I.'s zouden regulariseren (zowel voor de heekkundige ingreep met bijbehorende operatieve hulp als voor anesthesie en apparatuur voor de ingreep).

#### b) Aanrekening van stereotactische bestraling bij borsttumoren

We analyseerden de facturatiegegevens voor stereotactische bestraling, omdat voor die verstrekking het voorziene budget was overschreden. In haar tussentijdse verslag van 21 november 2022 wees de stichting Belgian Cancer Registry (BCR) er op dat stereotactische bestraling veel vaker dan verwacht werd toegepast bij de behandeling van primaire borstlaesies<sup>8</sup>. Onze gegevensanalyse wees uit dat men die bestralingen blijkbaar vaak gebruikte als 'boost' na uitwendige radiotherapeutische borsttumorbehandeling<sup>9</sup>. Die cumulatie is niet toegelaten bij aanrekening aan de ziekteverzekering, vermits de bestralingen op hetzelfde doelvolumen zijn gericht.

Via een sensibiliseringsbrief vroegen we alle ziekenhuizen met radiotherapiecentrum om de onterechte aanrekeningen via de V.I.'s te regulariseren.

---

<sup>7</sup> Voor de 4 sensibiliseringsbrieven over de indicatoren van manifeste afwijking van goede medische praktijk, zie "[Voorstellen tot verbetering van de reglementering – Indicatoren van manifeste afwijking van goede medische praktijk](#)", p. 23.

<sup>8</sup> Nomenclatuurnummer 444636-444640.

<sup>9</sup> Nomenclatuurnummer 444710-444721.

### c) Aanrekening van appendectomie

We voerden een onderzoek naar het aanrekening van appendectomieën met noodzakelijke resectie van de caecumbodem<sup>10</sup> nadat we hadden gemerkt dat het voorziene budget voor die verstrekking zwaar was overschreden<sup>11</sup>. Dit waren onze conclusies:

- ✦ de aanrekenvoorwaarden werden niet altijd nageleefd;
- ✦ bij sommige ziekenhuizen ging een diagnose appendicitis meestal gepaard met medische beeldvorming, ofschoon klinische diagnose vaak volstaat;
- ✦ sommige ziekenhuizen rekenden stelselmatig operatieve hulp door een collega-arts aan; dat bleek onterecht, want voerde de collega-arts tezelfdertijd andere taken uit (als die überhaupt al aanwezig was in het ziekenhuis).

Daarop volgde een controleonderzoek in 22 ziekenhuizen, en alle ziekenhuizen kregen van ons een sensibiliseringsbrief. We brachten hen op de hoogte van onze onderzoeksresultaten en we vroegen hen om ervoor te zorgen dat ze in de toekomst de aanrekenvoorwaarden zouden naleven en om onterechte aanrekeningen (voor operatie, anesthesie en apparatuur) via de V.I.'s te regulariseren. We spoorden hun ook aan om na te gaan in hoeverre men appendicitis kan diagnosticeren zonder gebruik van medische beeldvorming. Tot slot herinnerden we hen eraan dat ze operatieve hulp enkel mogen aanrekenen mits die daadwerkelijk werd verstrekt.

### d) Aanrekening van PCR-testen

Na ontvangst van een melding en na analyse van de facturatiegegevens hebben we vastgesteld dat sommige laboratoria ambulante PCR-testen<sup>12</sup> heel vaak aanrekenen met het pseudocodenummer 01.00001.06.999 voor de voorschrijver, niet met het werkelijke voorschrijvercodenummer (voor ruim de helft van hun PCR-tests). Dat pseudocodenummer mag men evenwel enkel gebruiken in welomschreven gevallen.

We vroegen die laboratoria waarom ze zo vaak hadden aangerekend met het pseudocodenummer voorschrijver; ook drongen we erop aan dat ze de aanrekeninstructies voor PCR-testen zouden naleven.

### e) Aanrekening van dringende contacten

We analyseerden hoe vaak huisartsen in 2022 een dringend contact hadden aangerekend<sup>13</sup> en selecteerden 2 te sensibiliseren groepen:

- ✦ huisartsen met meer dan 10.000 euro aan aangerekende dringende contacten in 2022;
- ✦ huisartsen met meer dan 20.000 euro aan aangerekende dringende contacten in 2022.

We excludeerden huisartsen die eerder daaromtrent waren benaderd in het raam van een sensibiliseringsactie of een controleonderzoek.

We herinnerden beide groepen aan de aanrekenregels bij dringende contacten en vroegen hun onterechte aanrekening via de V.I.'s te regulariseren. We vestigden tevens hun aandacht op het feit dat bepaalde instellingen van hun facturatiesoftware zouden kunnen leiden tot onterechte

---

<sup>10</sup> Nomenclatuurnummer 244871-244882.

<sup>5</sup> Zie [Jaarverslag van de DGEC. Activiteiten in 2023](#), p. 55.

<sup>12</sup> Nomenclatuurnummer 554934.

<sup>13</sup> Nomenclatuurnummers 102410, 102432, 102454, 102476, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613 en 104635.

aanrekening van deze verstrekkingen. We vroegen de tweede groep bovendien een formulier in te vullen, met het oog op een beter inzicht in hun praktijkvoering en hun hoge aanrekenprofiel voor dringende contacten.

#### f) Aanrekening van verstrekkingen met zware medische beeldvormingstoestel

Omdat we verschillende problemen hadden opgemerkt met de aanrekening van verstrekkingen met zware toestel voor medische beeldvorming (CT, NMR, PET, PET-CT, PET-MRI of SPECT-CT) hebben we alle ziekenhuizen eraan herinnerd:

- ✦ dat ze de FOD Volksgezondheid (cel Kadaster Zware Apparatuur Medische Beeldvorming) tijdig moeten inlichten bij ingebruikname en buitengebruikname van een toestel;
- ✦ dat ze altijd het correcte toegekende toestelnummer en het geldige facturatienummer van het RIZIV moeten gebruiken bij aanrekening van de verstrekkingen;
- ✦ dat ze het unieke RIZIV-facturatienummer moeten gebruiken van het toestel waarmee het onderzoek werd verricht; dat is een absolute voorwaarde voor terugbetaling van de verstrekkingen.

#### g) Aanrekening van MRI-onderzoek van een gewricht van een lidmaat

We hebben alle ziekenhuizen geïnformeerd over de publicatie van een interpretatiereguleer aangaande de aanrekening van MRI-onderzoek van een gewricht van een lidmaat<sup>14</sup>, een verstrekking die is voorbehouden voor onderzoek van schoudergewrichten en voor welomschreven indicaties.

We nodigden de ziekenhuizen uit om te controleren of ze die verstrekking correct hadden aangerekend en om eventuele onterechte aanrekeningen met de V.I.'s te regulariseren.

#### h) Aanrekening van multidisciplinair oncologisch consult

Uit analyse van facturatiegegevens en verslagen van multidisciplinair oncologisch consult leerden we dat men de toepassings- en interpretatieregels onvoldoende naleeft bij het aanrekenen van deze verstrekkingen. We hebben alle ziekenhuizen daarom herinnerd aan de geldende regelgeving. Ook lieten we weten dat er controleonderzoeken aan de gang waren en dat we de V.I.'s hadden gevraagd de primocontrole op deze verstrekkingen te verscherpen.

## 2. Lezingen

Wij geven lezingen over de reglementering van de ziekteverzekering, over onze algemene werking en over specifieke actuele onderwerpen. Tot onze doelgroepen behoren vooral onderwijsinstellingen, erkende beroepsorganisaties en LOK's (lokale kwaliteitsgroepen).

#### a) Aandachtspunten voor een correcte aanrekening door zorgverleners

Met deze lezing willen we de DGEC, zijn opdracht en strategie (ICE) voorstellen en de zorgverleners sensibiliseren om de GVVU-wet na te leven, in het bijzonder de nomenclatuur en de specifieke reglementering voor elke beroepsgroep. Wij geven ook toelichting over het verloop van een controleonderzoek, de sancties en de procedures in geval van een inbreuk op de GVVU-wet. Ten slotte verlenen wij praktisch advies bij een controleonderzoek. Wij stemmen deze lezing af op de beroepsgroep tot wie wij ons richten.

---

<sup>14</sup> Nomenclatuurnummer 458975-458986.

In 2024 organiseerden we deze lezing voor thuisverpleegkundigen aan de start van hun professionele loopbaan, in het Frans en in het Nederlands. De lezing ging gepaard met de publicatie van een informatiebrochure (*Infobox*). We gaven deze lezing ook verschillende keren in het Nederlands op vraag van de Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen (VBZV).

De lezing voor tandartsen werd in het Frans gegeven op uitnodiging van de ‘Chambre de médecine dentaire’ (CMD).

Tot slot gaven wij de lezing “Wegwijs doorheen de RIZIV-reglementering – hoe inbreuken voorkomen?” voor specialisten heilkunde en assistenten in opleiding bij het UZ Gent, in het Nederlands.

## b) Deelname aan symposia

In 2024 namen we deel aan verschillende symposia, waar onze inbreng de volgende onderwerpen betrof:

- ✦ de RIZIV-acties voor fraudebestrijding, voor optimale aanwending van het budget van de geneeskundige verzorging, op het deontologie-symposium van CHIREC, met als thema misstanden in de geneeskunde;
- ✦ de nomenclatuur voor borstchirurgie, op uitnodiging van de Koninklijke Belgische Vereniging Voor Plastische, Reconstructieve En Esthetische Chirurgie (RBSPS);
- ✦ de regels voor het gebruik van nomenclatuurnummers, tijdens de opleidingsdag georganiseerd door het Collegium Chirurgicum Plasticum Belgicum (CCP) en het organisatiecomité van de dienst Plastische Heilkunde van het UZ Brussel.

## 3. Informatiebrochures

We stellen informatiebrochures op voor de zorgverleners, op maat van bepaalde beroepsgroepen.

In 2024 publiceerden we de [Infobox voor de thuisverpleegkundige. Aandachtspunten van de DGEC voor een correcte aanrekening](#) op de website van het RIZIV. Deze online informatiebrochure is een hulpmiddel voor thuisverpleegkundigen om hun wegwijs te maken in de reglementaire aspecten van hun beroep waarvoor het RIZIV bevoegd is. Daarin staan uitgelegd de rol en werking van de DGEC, de aanrekenvoorwaarden en -procedures van de ziekteverzekering, de nomenclatuur en richtlijnen, en andere specifieke aandachtspunten bij het aanrekenen van thuisverpleging.

## II. VOORSTELLEN TOT VERBETERING VAN DE REGLEMENTERING

Tijdens onze analyses en controleonderzoeken stellen we regelmatig onterechte aanrekeningen vast als gevolg van verkeerde interpretaties van of onduidelijkheden in de reglementering. We willen deze inbreuken voorkomen door bij te dragen aan een zo duidelijk en ondubbelzinnig mogelijke reglementering. Om dit te bereiken, stellen we wijzigingen voor van de GVV-wet<sup>15</sup> en van de nomenclatuur in de overlegorganen van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging. We stellen ook indicatoren van manifeste afwijking van goede medische praktijk voor bij de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie of het Comité voor Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen.

---

<sup>15</sup> In 2024 werd de GVV-wet niet gewijzigd op verzoek van de DGEC.

## 1. Structurele hervorming van de nomenclatuur

In het kader van de structurele hervorming van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen heeft de coördinerend arts van het RIZIV (Dienst voor Geneeskundige Verzorging) gevraagd dat de DGEC een bijkomend advies zou geven over de analyses die worden uitgevoerd door het gemengde team RIZIV-GEDIS<sup>16</sup> met het oog op de standaardisering van de omschrijvingen van de technische medisch-heelkundige verstrekkingen. Dankzij hun controleonderzoeken beschikken onze sociaal inspecteurs namelijk over enige ervaring op het vlak van de toepassingsregels van de nomenclatuur.

De ongeveer 2.800 handelingen van de huidige nomenclatuur werden gestandaardiseerd op basis van 3 pijlers (topografie, actie, middelen) en werden voor advies voorgelegd aan deskundigen van elk specialisme. Het resultaat is een nieuwe gemeenschappelijke classificatie van de handelingen, die nu ongeveer 4.000 handelingen omvat in overeenstemming met de internationale normen en is gebaseerd op medische logica.

In 2024 werden de technische medisch-heelkundige verstrekkingen herzien. We hebben geholpen om hun beschrijvingen te herstructureren en aan te passen in samenwerking met de Dienst voor Geneeskundige Verzorging en de 'Université Libre de Bruxelles' (ULB). We hebben ook een actieve rol gespeeld bij de hervorming en validering van de algemene regels die van toepassing zijn op de nomenclatuurverstrekkingen (R<sup>2</sup>A-project).

## 2. Aanpassingen van de nomenclatuur

We zetelen met adviserende stem in verschillende technische raden, overeenkomstencommissies en werkgroepen. We hebben de opdracht om aanpassingen van de nomenclatuur en van andere reglementaire teksten voor te stellen. Via onze vertegenwoordiging willen we de partners van de verzekering correct informeren en hen helpen om duidelijke wettelijke bepalingen op te stellen zodat iedereen ze kan toepassen.

Hierna volgen enkele verzoeken tot aanpassing van de nomenclatuur die in 2024 werden voorgelegd.

### a) Zuurstofconcentrator voor palliatieve patiënten

We hebben een abnormale toename waargenomen in het aantal aanrekeningen van zuurstofconcentratoren. Deze medische hulpmiddelen mogen echter alleen in specifieke gevallen en onder specifieke voorwaarden aan de ziekteverzekering worden aangerekend: bij acute hypoxemie of voor patiënten die palliatieve zorg krijgen. We hebben de facturatiegegevens geanalyseerd en het percentage patiënten bepaald voor wie deze verstrekking niet had mogen worden aangerekend, omdat ze geen akkoord van de adviserend arts, noch een bekend palliatief statuut hadden.

De conclusies van onze evaluatie werden voorgesteld aan:

- ✦ de betrokken technische raden: we informeerden hen dat de medische voorwaarden en beperkingen op aanrekenbare hoeveelheden niet werden gerespecteerd en dat het palliatief statuut van patiënten in woonzorgcentra (RVT's en ROB's) niet bekend was. We hebben een verplichte controle vooraf door de adviserend arts voorgesteld voor alle limitatieve aanrekening, evenals het afschaffen van de schriftelijke vermeldingen;

---

<sup>16</sup> 'GEDIS asbl – Centre universitaire de gestion, économie et droit appliqués aux institutions de soins et de santé'.

- ✦ aan de werkgroep 'Follow-up: IMA Data Feed': we hebben gevraagd om de informatie met betrekking tot de meldingen aan de adviserend arts (waaronder het palliatief statuut) op te nemen in de gegevens van NewAttest, om ons toezicht op de vergoedingsvoorwaarden te vergemakkelijken;
- ✦ aan de Anti-Fraudecommissie (CAFC): we hebben aanbevolen dat het palliatief statuut van de patiënten in woonzorgcentra (RVT's en ROB's) bekend moet zijn bij de apothekers voordat de derde-betalersregeling wordt toegepast. Dit impliceert meer bepaald een harmonisering van het palliatief statuut, ongeacht de woonplaats van de patiënt.

Een werkgroep buigt zich momenteel over een nieuwe reglementering betreffende de aanrekening van zuurstofconcentratoren.

### b) Ambulante polysomnografie

De aanrekeningen van ambulante polysomnografieën<sup>17</sup> zijn de afgelopen jaren sterk gestegen: de uitgaven van de ziekteverzekering zijn gestegen van 197.297,06 euro in 2012 tot 1.065.522,60 euro in 2023. Uit onze analyse van de facturatiegegevens is ook gebleken dat 11 artsen verantwoordelijk waren voor 3.077 van de 4.048 polysomnografieën die in 2023 werden aangerekend, d.w.z. 76 % van deze aanrekeningen.

Gelet op dit vermoeden van misbruik, hebben we aan de werkgroep Interne Geneeskunde van de Technische Geneeskundige Raad voorgesteld om dit nummer uit de ambulante nomenclatuur te schrappen. De toepassingsregels uit artikel 1 van de nomenclatuur staan immers niet toe dat deze verstrekking ambulant wordt verleend: de verstrekking moet worden verleend tijdens een ziekenhuisopname, aangezien de fysieke aanwezigheid van de arts vereist is. Bij gebrek aan een schrapping van dit nomenclatuurnummer, hebben we een aanpassing van de toepassingsregel aanbevolen: we denken dat een voorschrift verplicht zou moeten zijn, bijvoorbeeld door een neuroloog, psychiater, internist of longarts, en dat de indicaties voor deze ambulante verstrekking strikter zouden moeten zijn.

Dit voorstel werd niet door de werkgroep gevolgd.

### c) Correctief met steunstok of/en drukkussentjes of/en regelbaar deel

Tijdens een controleonderzoek stelden we een sterke toename vast in de aanrekening van het nomenclatuurnummer 645912<sup>18</sup>, vooral bij patiënten ouder dan 18 jaar. Het budget voor deze verstrekking is gestegen van 2,9 miljoen euro in 2019 tot 5,7 miljoen euro in 2023. In 2023 werd 86 % van het budget aangerekend voor patiënten ouder dan 18 jaar.

We hebben aan de werkgroep Orthopedie van de Technische Geneeskundige Raad voorgesteld om de indicatie (scoliose) en de leeftijdsparemeter (jonger dan 18 jaar) toe te voegen aan de omschrijving van dit nomenclatuurnummer. Het is de bedoeling dat dit nummer alleen wordt gebruikt wanneer de scoliose optreedt tijdens de groeifase.

De werkgroep heeft dit voorstel onderzocht en besloten om een specifiek nomenclatuurnummer te creëren voor het Daum-korset. Het koninklijk besluit dat hierin voorzag, werd verworpen door de Raad van State.

<sup>17</sup> Nomenclatuurnummer 477374.

<sup>18</sup> Correctief met steunstok of/en drukkussentjes of/en regelbaar deel (Stagnara-Hessing enz...)

In 2026 zal de nomenclatuur betreffende de orthesen, waaronder het nummer 645912 valt, worden herzien.

#### d) Farmaceutische specialiteiten op basis van semaglutide

We hebben een budgettaire ontsparing opgemerkt bij de aanrekening van farmaceutische specialiteiten op basis van semaglutide, die met name kan worden verklaard door het feit dat ze vergoedbaar zijn op basis van een schriftelijke vermelding. Er is onvoldoende controle op de vergoedingsvoorwaarden en de toegestane hoeveelheden. Patiënten met diabetes type 2 lopen dus het risico dat ze zonder behandelingsvoorraad vallen.

We hebben een nota voorgelegd aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, die werd opgevolgd. De Commissie heeft besloten om:

- ✦ het type toestemming te wijzigen van B naar E, om het aantal vergoedbare verpakkingen (13) effectief te beperken tot een bepaalde periode (52 weken);
- ✦ te controleren of de apothekers toegang hebben tot de gegevens met betrekking tot het zorgtraject van de patiënt en te eisen dat deze gegevens worden geverifieerd voordat de derde-betalersregeling wordt toegepast.

In 2025 werden de vergoedingsvoorwaarden aangepast. Apothekers zijn verplicht om te controleren of de patiënt wel degelijk is opgenomen in een zorgtraject voor diabetes type 2 en om de limiet op het aantal vergoedbare verpakkingen te respecteren, voordat ze de derde-betalersregeling toepassen. Vanaf 1 februari 2026 zal de toestemming van de adviserend arts vereist zijn om de vergoeding van farmaceutische specialiteiten op basis van semaglutide te genieten.

#### e) Werkgroep Interpretatie van de Nomenclatuur

De werkgroep Interpretatie van de Nomenclatuur van de Technische Geneeskundige Raad werd in 2022 door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging gereactiveerd, met leden van de DGEC, de artsensyndicaten en de V.I.'s. Het doel is om in overleg de vragen te beantwoorden die aan het RIZIV worden gesteld over de toepassing van de nomenclatuur.

In 2024 hebben we in deze werkgroep samengewerkt aan:

- ✦ de oppuntstelling van de overeenkomst betreffende de percutane ablatie onder CT-scan begeleiding van nier-, lever-, long- en bottumoren in gespecialiseerde centra. De overeenkomst is op 1 november 2024 in werking getreden. Ze heeft tot doel om een multidisciplinaire follow-up te bieden en de kwaliteit van de zorgbehandeling en follow-up van de patiënt te verbeteren;
- ✦ de opstelling van interpretatieregel 03 van artikel 17 van de nomenclatuur, met betrekking tot de correcte aanrekening van het NMR-onderzoek van een gewricht van een lidmaat<sup>19</sup>. Deze verstrekking mag alleen worden aangerekend voor een onderzoek van het schoudergewricht en voor zeer specifieke indicaties: schouderinstabiliteitssyndroom, preoperatieve stadiëring van volledige dikte rotator-cuff scheuren, sterk klinisch vermoeden van een partiële rotator-cuff scheur met normaal RX-onderzoek en echografie. We hebben bovendien alle ziekenhuizen op de hoogte gebracht van de publicatie van deze interpretatieregel door middel van een sensibiliseringsbrief;
- ✦ de vertaling van de wijziging van het screeningsprogramma voor baarmoederhalskanker in de nomenclatuur van de pathologen.

---

<sup>19</sup> Nomenclatuurnummer 458975-458986.

### 3. Indicatoren van manifeste afwijking van goede medische praktijk

Zowel de DGEC als de wetenschappelijke verenigingen en instellingen die een algemene bekendheid genieten, kunnen een indicator van manifeste afwijking van goede medische praktijk voorstellen bij de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) en het Comité voor Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen. Die moeten zich hierover binnen de 3 maanden uitspreken. Doen ze dat niet, dan is de voorgestelde indicator goedgekeurd. Een eventuele weigering moeten ze omstandig motiveren.

Dankzij goedgekeurde en meetbare indicatoren kunnen we de zorgverleners concreter informeren en sensibiliseren voor meer appropriate care (voorheen 'doelmatige zorg'). De indicatoren vormen een verantwoordingsdrempel en bij afwijking hiervan kan dat eenvoudiger worden vastgesteld. Door ondubbelzinnige indicatoren kunnen zorgverleners in eerste instantie zelf hun aanreken- en voorschrijfdrag evalueren en bijsturen.

Indien nodig kunnen bijkomende maatregelen hen aanzetten tot gedragswijziging naar meer appropriate care. Dat kan bijvoorbeeld via bijkomende sensibilisering, waarschuwing of vaststellingen die kunnen leiden tot recuperatie van onterecht betaalde bedragen aan zorgverleners. Met dergelijke maatregelen streven we naar meer appropriate care in het belang van de patiënt.

#### a) Indiening van indicatoren

In 2024 stelde de DGEC bij de NRKP 2 indicatoren voor over het voorschrijfgedrag van huisartsen voor protonpompinhibitoren (PPI). Hierbij werden er drempelwaarden bepaald voor de reeds bestaande indicatoren van het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen van 2012.

In de voorbije jaren is het gebruik van PPI sterk gestegen. Onderzoek toonde aan dat een groot deel van dit gebruik plaatsvindt buiten de normale indicaties waarbij ook onnodige verhoogde doseringen worden toegediend, alsook een verlengde behandelingsduur. Bovendien zijn er toenemende ongerustheden over mogelijke nadelige effecten en de hoge kosten die gepaard gaan met onnodig langdurig gebruik van PPI. Een meer verantwoord voorschrijfgedrag is dan ook noodzakelijk.

De NRKP heeft deze 2 indicatoren goedgekeurd op 10 december 2024. Ze zijn in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd op 16 december 2024.

De eerste indicator peilt naar de prevalentie van patiënten die bij de voorschrijver behandeld worden met PPI. Indien bij een bepaalde voorschrijver deze prevalentie verhoogd is, dan kan dit een aanwijzing zijn voor een minder nauwkeurige indicatiestelling.

$$\frac{\text{Patiënten PPI}}{\text{Patiënten R/}} \leq 25 \%$$

waarbij:

- ✦ patiënten PPI = totaal aantal patiënten met een voorschrift voor een terugbetaalde PPI<sup>20</sup>;
- ✦ patiënten R/ = totaal aantal patiënten met minstens één voorschrift voor een terugbetaalde farmaceutische specialiteit<sup>21</sup>.

<sup>20</sup> ATC (anatomical therapeutic chemical) classification: A02BC.

<sup>21</sup> Geneesmiddelen met terugbetalingscategorie 0750514, 0750536, 0750551, 0750573, 0750595, 0753476, 0753491, 0758015, 0758030, 0758052, 0758074, 0758096, 0758111, 0758133.

De tweede indicator is een maat voor de gemiddelde behandelingsduur met PPI. Indien de voorschrijver hoog scoort op deze indicator dan kan dit wijzen op het onnodig verderzetten van de PPI-behandeling. Ook het overmatig voorschrijven van PPI met dubbele sterkte verhoogt deze indicator.

$$\frac{DDD\ PPI}{Patiënten\ PPI} \leq 90\ DDD$$

waarbij:

- ✦ DDD PPI = totaal aantal DDD<sup>22</sup> aan voorgeschreven en terugbetaalde PPI;
- ✦ patiënten PPI = totaal aantal patiënten met een voorschrift voor een terugbetaalde PPI.

Bij de gelijktijdige en herhaalde overschrijding van de 2 indicatoren kunnen we de zorgverleners contacteren om hun voorschrijfgedrag te verantwoorden.

Deze indicatoren gelden enkel voor voorschrijvers die minstens voor 20 verschillende patiënten per kalenderjaar PPI hebben voorgeschreven.

## b) Informatie over nieuwe indicatoren

Daags na de publicatie van de 2 PPI-indicatoren in het Belgisch Staatsblad, hebben we de huisartsen hiervan op de hoogte gebracht door middel van een digitale sensibiliseringsbrief. Daarnaast hebben we ook informatie over deze nieuwe indicatoren gepubliceerd op de website van het RIZIV.

In september 2025 gaven we aan alle actieve huisartsen individueel feedback over hun voorschrijfgedrag voor PPI in de 5 jaar voorafgaand aan de publicatie van deze indicatoren.

## c) Informatie over bestaande indicatoren

We verstuurden in 2024 gepersonaliseerde feedback naar de betrokken zorgverleners over de andere NRKP-indicatoren die de DGEC heeft voorgesteld en die in 2023 in het Belgisch Staatsblad en op de RIZIV-website werden bekendgemaakt:

- ✦ indicator over de arthroscopische meniscectomie in geval van degeneratief knieletsel: reeds in oktober 2023 stuurden we de orthopedisch chirurgen individuele feedback over hun aanrekeninggedrag in de 5 jaar voorafgaand aan de publicatie van deze indicator. In oktober 2024 was er bijkomend overleg met vertegenwoordigers van de Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie (BVOT) en de Belgian Knee Society (BKS) om een tussentijdse evaluatie te maken en de volgende feedback voor te bereiden. Deze volgende individuele feedback zal de orthopedisch chirurgen informeren over hun aanrekeninggedrag van na de publicatie van deze indicator.
- ✦ indicator over de dringende ambulante NMR-onderzoeken: in maart 2024 stuurden we een brief naar alle ziekenhuizen die in de 5 jaar voorafgaand aan de inwerkingtreding van de indicator minstens één keer een bijkomend honorarium (“urgentietoeslag”) aanrekenden voor ambulante urgent uitgevoerde NMR-onderzoeken. Daarin gaven we individuele feedback over hun aanrekeninggedrag voor dit bijkomende honorarium in die 5 jaar.
- ✦ indicator over het interval tussen de eerste raadpleging en de bariatrische ingreep: in april 2024 stuurden we een brief naar alle bariatrisch chirurgen die in de 5 jaar voorafgaand aan de inwerkingtreding van de indicator minstens één bariatrische ingreep aanrekenden. Daarin gaven we individuele feedback over de mate waarin zij het minimuminterval reeds in acht namen in die 5 jaar.

---

<sup>22</sup> DDD: ‘defined daily doses’ of gemiddelde dagdosissen.

- ✦ indicatoren (3) over het voorschrijven van antibiotica door huisartsen: in juli 2024 stuurden we een brief naar alle huisartsen die minstens één terugbetaald antibioticum hebben voorgeschreven in de 5 jaar voorafgaand aan de inwerkingtreding van deze indicatoren. Daarin gaven we individuele feedback over hun voorschrijfgedrag voor antibiotica in die 5 jaar.

### III. CONTROLE EN TERUGVORDERING<sup>23</sup>

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 2024 hebben we 483 controleonderzoeken afgesloten, voor een totaal ten laste gelegd bedrag van 11.707.938,29 euro. In het kader van deze controleonderzoeken hebben we 608.255 inbreuken tegen de regelgeving vastgesteld en hebben we 217 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 2024 zijn afgesloten.

**Tabel 3. Afgesloten controleonderzoeken in 2024, volgens beslissing van de arts-inspecteur-generaal**

Beslissing	Aantal onderzoeken	%	Ten laste gelegde bedrag (€)	Vrijwillige terugbetaling (€)
Negatief	40	8	0,00	0,00
Negatief, met vaststelling in gekoppeld dossier	10	2	0,00	0,00
Informatief	6	1	0,00	0,00
Waarschuwing	185	38	0,00	0,00
Vaststelling zonder geschillenprocedure	116	24	6.387.330,81	6.387.332,21
Vaststelling met geschillenprocedure	60	12	5.269.718,12	1.623.119,06
Zonder gevolg DGEC	66	14	50.889,36	500,00
<b>TOTAAL</b>	<b>483</b>	<b>100</b>	<b>11.707.938,29</b>	<b>8.010.951,27</b>

#### Toelichting bij tabel 3

- ✦ 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 voor de zorginstelling waarin de zorgverlener werkt.

<sup>23</sup> Onderstaande resultaten van onze controleonderzoeken die in 2024 zijn afgesloten, zijn gebaseerd op de gegevens die beschikbaar waren op 27 januari 2025.

- ✦ 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 hebben opgesteld. We brengen de zorgverlener of de zorginstelling op de hoogte van de vastgestelde inbreuk en sporen hem aan om voortaan de reglementering na te leven. We vragen soms ook om inbreuken te regulariseren door het ten onrechte aangerekende bedrag rechtstreeks terug te betalen aan de V.I.'s.
- ✦ 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<sup>24</sup>. 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).

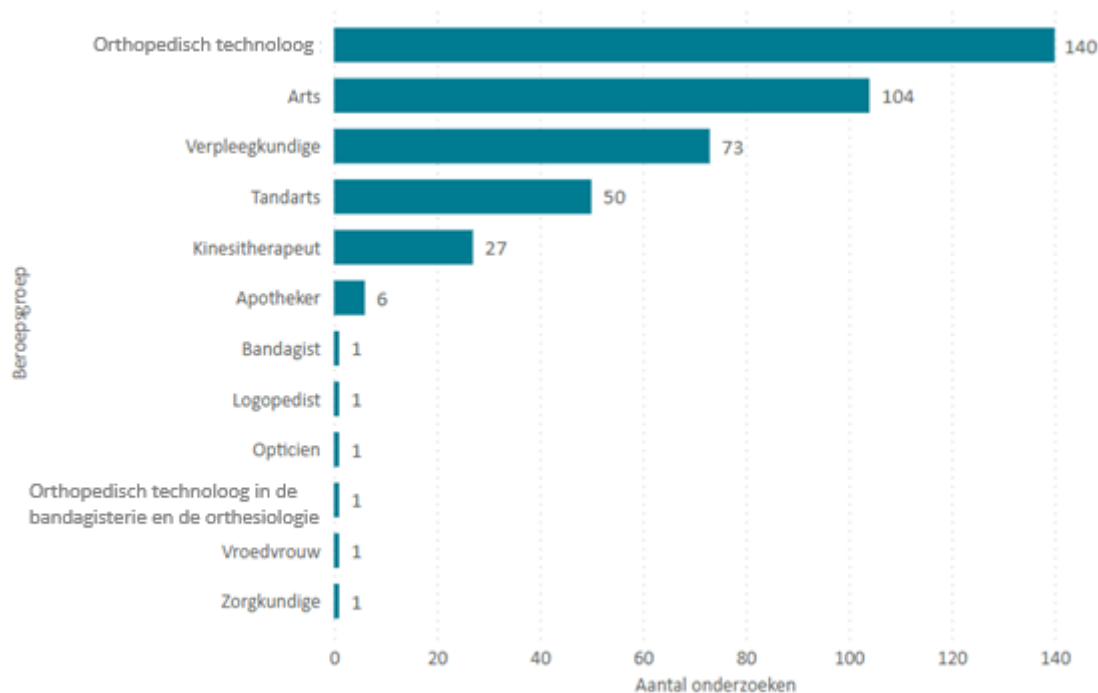
In zaken die we naar het arbeidsauditoraat of naar het parket hebben doorverwezen, blijven de inspecteurs regelmatig verhoren en onderzoeken uitvoeren op vraag van de magistraten. We plegen regelmatig overleg met deze magistraten met het oog op een goede opvolging van de dossiers die we samen behandelen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

406 van de 483 controleonderzoeken (84 %) betroffen individuele zorgverleners voor een totaal ten laste gelegd bedrag van 6.365.401,47 euro (of 54 % van het totaalbedrag). Onderstaande figuur geeft het aantal afgesloten controleonderzoeken per beroepsgroep weer. 34 % van de 406 controleonderzoeken voerden we bij orthopedisch technologen.

<sup>24</sup> Zie "[Opvolging van de geschillenprocedures](#)", p. 29.



**Figuur 7. Aantal afgesloten controleonderzoeken in 2024 over zorgverleners, per beroepsgroep**

Bij de artsen is een totaal bedrag van 3.124.736,42 euro ten laste gelegd (of 49 % van het totale bedrag van de controleonderzoeken betreffende individuele zorgverleners), bij de verpleegkundigen 1.653.047,20 euro (of 26 %) en bij de tandartsen 688.228,82 euro (of 11 %).

**Tabel 4. Afgesloten controleonderzoeken over zorgverleners in 2024, volgens beroepsgroep**

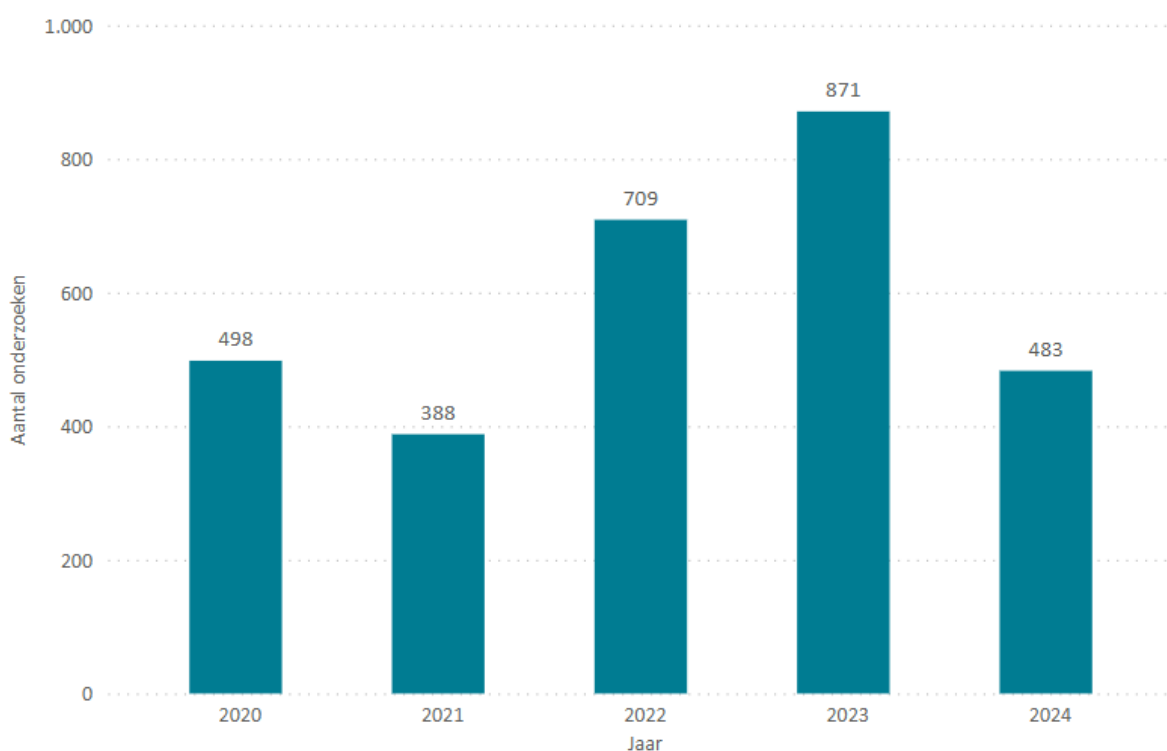
Beroepsgroep	Aantal onderzoeken	Ten laste gelegde bedrag (€)	Vrijwillige terugbetaling (€)
Orthopedisch technoloog	140	44.078,11	44.078,11
Arts	104	3.124.736,42	2.157.489,38
Verpleegkundige	73	1.653.047,20	249.506,68
Tandarts	50	688.228,82	576.138,49
Kinesitherapeut	27	461.176,86	273.053,92
Apotheker	6	388.008,52	49.328,67
Bandagist	1	0,00	0,00
Logopedist	1	6.125,54	6.125,54
Opticien	1	0,00	0,00
Orthopedisch technoloog in de bandagisterie en de orthesiologie	1	0,00	0,00
Vroedvrouw	1	0,00	0,00
Zorgkundige	1	0,00	0,00
<b>TOTAAL</b>	<b>406</b>	<b>6.365.401,47</b>	<b>3.355.720,79</b>

Bovendien betroffen 63 controleonderzoeken zorginstellingen en organisaties (waarvan 45 ziekenhuizen) voor een totaal bedrag ten laste van 5.291.647,46 euro. Ten slotte betroffen 14 controleonderzoeken verzekerden voor een totaal bedrag ten laste van 50.889,36 euro.

### 3. Evolutie 2020-2024<sup>25</sup>

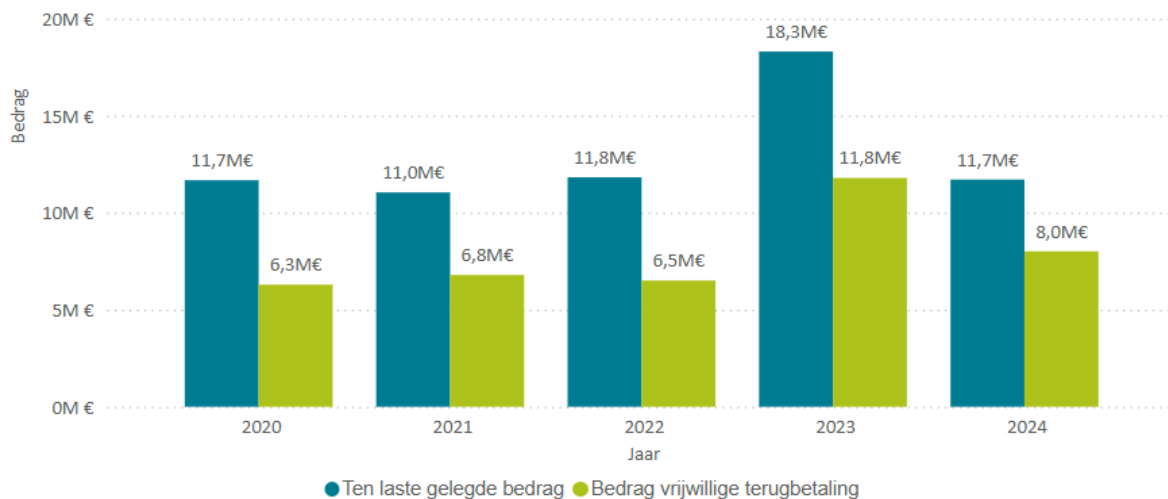
In 2024 hebben we 483 controleonderzoeken afgesloten, voor een totaal ten laste gelegd bedrag van 11.707.938,29 euro. Daarvan werd 8.010.951,27 euro vrijwillig terugbetaald. Het aantal afgesloten controleonderzoeken en het ten laste gelegde bedrag zijn beide gedaald. Hier zijn verschillende mogelijke verklaringen voor. In sommige controleonderzoeken is een afbetalingsplan toegestaan. Dergelijke dossiers worden pas afgesloten na de volledige terugbetaling. Ook zijn er controleonderzoeken die we voeren in samenwerking met het arbeidsauditoraat en die nog niet zijn afgesloten. Meestal zijn dat complexere dossiers met een langere doorlooptijd.

Het percentage van de vrijwillige terugbetalingen is daarentegen in 2024 licht gestegen: 68 % van het in 2024 ten laste gelegde bedrag werd vrijwillig terugbetaald, tegenover 64 % in 2023.



**Figuur 8. Evolutie van het aantal afgesloten controleonderzoeken**

<sup>25</sup> In elk jaarverslag kunnen de cijfers licht verschillend zijn wegens bijkomende vrijwillige terugbetalingen van controleonderzoeken die tijdens vorige jaren werden afgesloten.



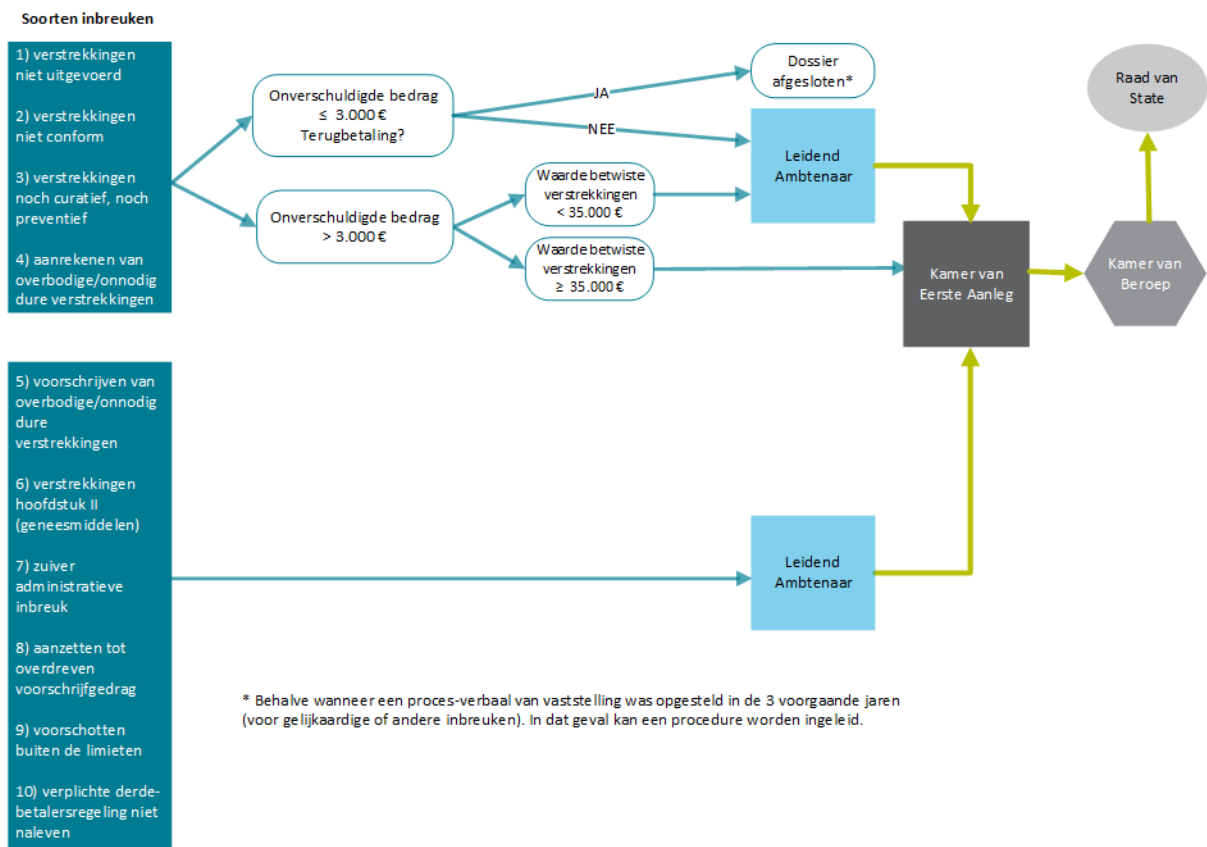
**Figuur 9. Evolutie van de ten laste gelegde bedragen en de vrijwillige terugbetalingen**

## 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 10. 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 maatregelen<sup>26</sup>

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 overeenkomt met een percentage 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.

<sup>26</sup> Op het moment van het opstellen van dit jaarverslag is een wetwijziging in voorbereiding. Wij presenteren hier enkel de maatregelen die van toepassing waren in 2024.

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 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-wet. Elk bedrag dat door de V.I.'s 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 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 2024

Onderstaande tabellen geven het aantal beslissingen weer die in 2024 definitief werden en de gerelateerde gegevens, per type zorgverlener of zorginstelling.

**Tabel 5. Beslissingen van de leidend ambtenaar beschouwd als definitief in 2024, per type zorgverlener**

Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling	Aantal beslissingen	Ten laste gelegde bedrag (€)	Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (€)	Opgelegde terugbetaling <sup>27</sup> (€)	Effectieve boete (€)	Boete met uitstel <sup>28</sup> (€)	Totaal te betalen bedrag <sup>29</sup> (€)
Arts	14	1.563.128,46	1.467.556,93	1.557.057,40	624.380,77	1.016.274,28	2.181.438,17
Tandarts	11	278.325,94	268.269,40	276.515,72	287.825,60	55.951,37	564.341,32
Verpleegkundige (groepering)	12	215.551,11	62.273,63	215.551,11	56.928,71	28.868,88	272.479,82
Apotheker	3	141.594,45	141.594,45	141.594,45	63.242,77	141.594,45	204.837,22
Kinesitherapeut	5	125.710,80	62.723,95	125.710,80	20.068,65	45.252,55	145.779,45
<b>TOTAAL</b>	<b>45</b>	<b>2.324.310,76</b>	<b>2.002.418,36</b>	<b>2.316.429,48</b>	<b>1.052.446,50</b>	<b>1.287.941,53</b>	<b>3.368.875,98</b>

<sup>27</sup> De opgelegde terugbetalingen omvatten de vrijwillige terugbetalingen vóór de beslissing.

<sup>28</sup> 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).

<sup>29</sup> Het totaal te betalen bedrag omvat de opgelegde terugbetaling en de effectieve boete.

Tabel 6. Beslissingen van de kamer van eerste aanleg beschouwd als definitief in 2024, per type zorgverlener

Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling	Aantal beslissingen	Ten laste gelegde bedrag (€)	Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (€)	Opgelegde terugbetaling <sup>30</sup> (€)	Effectieve boete (€)	Boete met uitstel <sup>31</sup> (€)	Totaal te betalen bedrag <sup>32</sup> (€)
Arts	4	1.215.675,44	152.800,58	1.050.582,74	614.911,55	349.130,73	1.665.494,29
Verpleegkundige (groepering)	3	639.791,09	0,00	639.791,09	88.524,94	471.130,15	728.316,03
Tandarts	3	150.763,37	53.427,27	150.763,37	45.489,18	57.137,02	196.252,55
Algemeen ziekenhuis	1	42.964,48	42.964,48	42.964,48	10.741,12	0,00	53.705,60
<b>TOTAAL</b>	<b>11</b>	<b>2.049.194,38</b>	<b>249.192,33</b>	<b>1.884.101,68</b>	<b>759.666,79</b>	<b>877.397,90</b>	<b>2.643.768,47</b>

In 2024 heeft de kamer van eerste aanleg bovendien een verbod uitgesproken op aanrekening via derde-betalersregeling ten aanzien van een huisarts voor een duur van één jaar.

<sup>30</sup> De opgelegde terugbetalingen omvatten de vrijwillige terugbetalingen vóór de beslissing.

<sup>31</sup> 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).

<sup>32</sup> Het totaal te betalen bedrag omvat de opgelegde terugbetaling en de effectieve boete.

Tabel 7. Beslissingen van de kamer van eerste aanleg (als beroepsinstantie) beschouwd als definitief in 2024, per type zorgverlener

Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling	Aantal beslissingen	Ten laste gelegde bedrag (€)	Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (€)	Opgelegde terugbetaling <sup>33</sup> (€)	Effectieve boete (€)	Boete met uitstel <sup>34</sup> (€)	Totaal te betalen bedrag <sup>35</sup> (€)
Arts	2	190.981,70	190.981,78	190.981,70	183.460,58	82.892,39	374442,28
Tandarts	1	40.707,00	20.353,00	39.050,50	13.900,25	27.800,50	52950,75
Kinesitherapeut	2	28.775,01	28.775,01	28.775,01	14.387,50	11.635,55	43162,51
Verpleegkundige	1	17.966,65	0,00	17.966,65	31.849,18	0,00	49815,83
<b>TOTAAL</b>	<b>6</b>	<b>278.430,36</b>	<b>240.109,79</b>	<b>276.773,86</b>	<b>243.597,51</b>	<b>122.328,44</b>	<b>520.371,37</b>

<sup>33</sup> De opgelegde terugbetalingen omvatten de vrijwillige terugbetalingen vóór de beslissing.

<sup>34</sup> 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).

<sup>35</sup> Het totaal te betalen bedrag omvat de opgelegde terugbetaling en de effectieve boete.

Tabel 8. Beslissingen van de kamer van beroep beschouwd als definitief in 2024, per type zorgverlener

Beroepsgroep van de zorgverlener / type zorginstelling	Aantal beslissingen	Ten laste gelegde bedrag (€)	Vrijwillige terugbetaling vóór de beslissing (€)	Opgelegde terugbetaling <sup>36</sup> (€)	Effectieve boete (€)	Boete met uitstel <sup>37</sup> (€)	Totaal te betalen bedrag <sup>38</sup> (€)
Verpleegkundige (groepering)	8	1.331.658,49	130.729,97	1.252.278,56	576.067,50	734.005,96	1.828.346,06
Arts	5	1.004.640,31	52,97	587.368,42	170.438,94	170.438,94	757.807,36
Ziekenhuisapotheek	1	986.929,83	169.670,33	0,00	0,00	0,00	0,00
Algemeen ziekenhuis	1	914.782,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bandagist	1	530.720,75	0,00	530.720,75	132.680,19	398.040,56	663.400,94
Tandarts	2	143.295,51	0,00	143.295,51	130.720,46	65.360,23	274.015,97
Kinesitherapeut	1	45.942,00	0,00	45.942,00	45.942,00	0,00	91.884,00
<b>TOTAAL</b>	<b>19</b>	<b>4.957.969,34</b>	<b>300.453,27</b>	<b>2.559.605,24</b>	<b>1.055.849,09</b>	<b>1.367.845,69</b>	<b>3.615.454,33</b>

<sup>36</sup> De opgelegde terugbetalingen omvatten de vrijwillige terugbetalingen vóór de beslissing.

<sup>37</sup> 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).

<sup>38</sup> 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 V.I.'s 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 GVV-wet<sup>39</sup>. 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 9. Waste typology matrix voor fraude en corruptie (EHFCN)

	Niet-conforme verstrekkingen	Niet-uitgevoerde verstrekkingen	Medische overconsumptie (aantal verstrekkingen)	Financiële overconsumptie (onnodig dure verstrekkingen)
<b>Fraude</b>	F1	F2	F3	F4
<b>Corruptie</b> (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’.

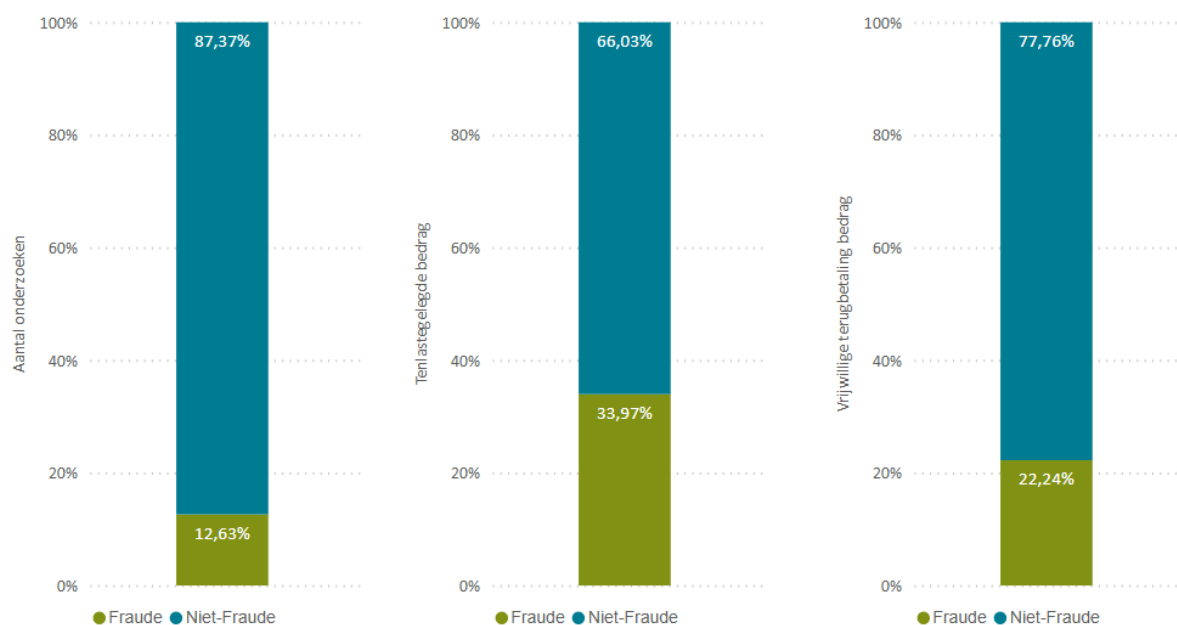
<sup>39</sup> Richtlijnen van 19 april 2017 tot uitvoering van artikel 13*bis*, § 2, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

## b) Type fraude

Van de 483 afgesloten controleonderzoeken in 2024 zijn er 61 fraudeonderzoeken voor een totaal bedrag ten laste van 3.977.345,94 euro. 58 % van het totale ten laste gelegde bedrag voor fraudeonderzoeken betreft voornamelijk tenlasteleggingen voor niet-uitgevoerde verstrekkingen.

Tabel 10. Afgesloten fraudeonderzoeken in 2024, volgens type fraude

Type fraude	Aantal onderzoeken	Ten laste gelegde bedrag (€)	Vrijwillige terugbetaling (€)
F1 – fraude: niet-conform	27	1.495.103,31	898.179,99
F2 – fraude: niet-uitgevoerd	33	2.295.394,44	883.794,34
F3 – fraude: medische overconsumptie	1	186.848,19	0,00
<b>TOTAAL</b>	<b>61</b>	<b>3.977.345,94</b>	<b>1.781.974,33</b>

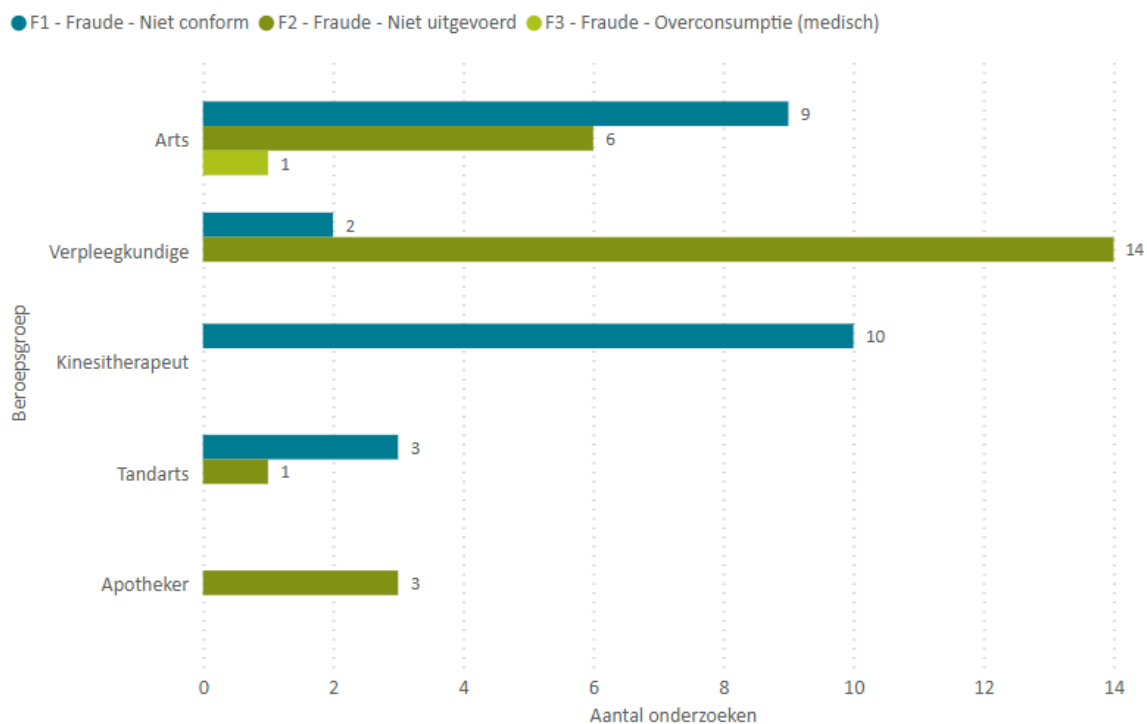


Figuur 11. Afgesloten fraudeonderzoeken vs. andere afgesloten controleonderzoeken in 2024

## c) Betrokkenen

De meeste van onze afgesloten fraudeonderzoeken in 2024 betroffen individuele zorgverleners (49 onderzoeken of 80 %), voor een ten laste gelegd bedrag van 3.598.022,77 euro (of 90 % van het totaalbedrag). 2 fraudeonderzoeken betroffen zorginstellingen, voor een ten laste gelegd bedrag van 328.433,81 euro (of 8 % van het totaal bedrag). 10 fraudeonderzoeken betroffen verzekerden voor een ten laste gelegd bedrag van 50.889,36 euro.

De meerderheid van de afgesloten fraudeonderzoeken over individuele zorgverleners in 2024 had betrekking op artsen (33 %), vooral op niet-conforme verstrekkingen, en op verpleegkundigen (33 %), 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 12. Aantal afgesloten fraudeonderzoeken over zorgverleners in 2024, volgens beroepsgroep en type fraude**

Het ten laste gelegde bedrag in de afgesloten fraudeonderzoeken in 2024 is 1.790.225,30 euro voor artsen (of 50 % van het totale bedrag van de fraudeonderzoeken betreffende zorgverleners) en 1.017.050,18 euro voor verpleegkundigen (of 28 %).

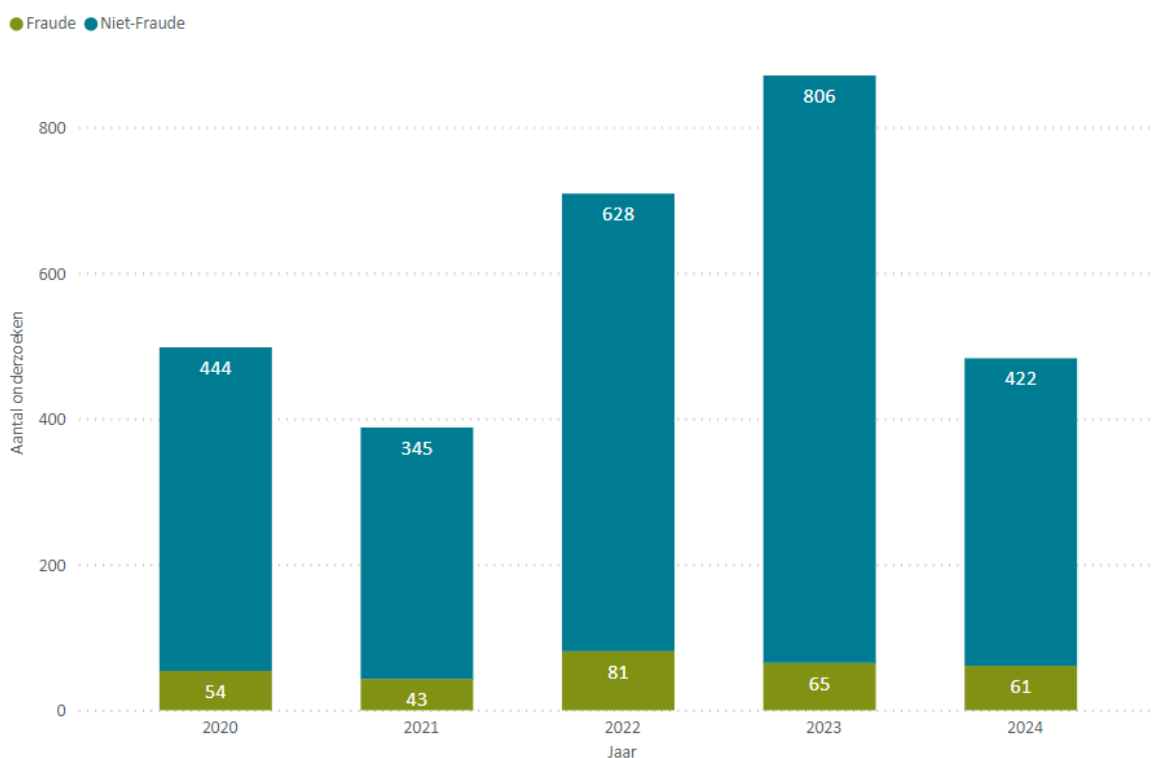
**Tabel 11. Afgesloten fraudeonderzoeken over zorgverleners in 2024, volgens type fraude en beroepsgroep**

Type fraude	Aantal onderzoeken	Ten laste gelegde bedrag (€)	Vrijwillige terugbetaling (€)
<b>F1 – fraude: niet-conform</b>	<b>24</b>	<b>1.316.444,79</b>	<b>760.328,39</b>
Arts	9	691.341,44	562.399,85
Kinesitherapeut	10	347.956,00	162.998,11
Verpleegkundige	2	229.071,56	0,00
Tandarts	3	48.075,79	34.930,43
<b>F2 – fraude: niet-uitgevoerd</b>	<b>24</b>	<b>2.094.729,79</b>	<b>692.712,13</b>
Arts	6	912.035,67	646.749,07
Verpleegkundige	14	787.978,62	20.761,71
Apotheker	3	341.856,70	3.176,85
Tandarts	1	52.858,80	22.024,50
<b>F3 – fraude: medische overconsumptie</b>	<b>1</b>	<b>186.848,19</b>	<b>0,00</b>
Arts	1	186.848,19	0,00
<b>TOTAAL</b>	<b>49</b>	<b>3.598.022,77</b>	<b>1.453.040,52</b>

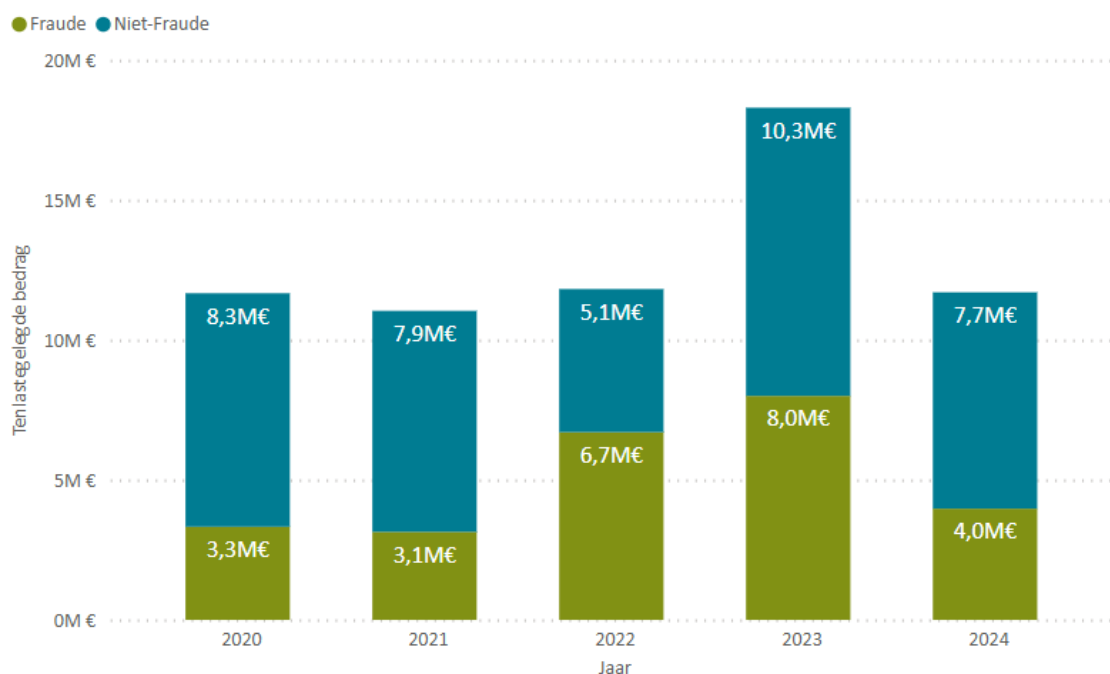
2 zorginstellingen vormden het voorwerp van fraudeonderzoeken: één algemeen ziekenhuis, voor niet-conforme verstrekkingen, en één publieke apotheek, voor niet-uitgevoerde verstrekkingen. Het ten laste gelegde bedrag voor het algemeen ziekenhuis is 137.851,60 euro en 190.582,21 euro voor de publieke apotheek.

#### d) Evolutie 2020-2024<sup>40</sup>

In 2024 daalde het aantal afgesloten fraudeonderzoeken en het ten laste gelegde bedrag t.o.v. 2022 en 2023.



**Figuur 13. Evolutie van het aantal afgesloten fraudeonderzoeken vs. andere afgesloten controleonderzoeken**



**Figuur 14. Evolutie van het ten laste gelegde bedrag bij afgesloten fraudeonderzoeken vs. andere afgesloten controleonderzoeken**

<sup>40</sup> In elk jaarverslag kunnen de resultaten afwijken wegens bijkomende vrijwillige terugbetalingen van controleonderzoeken die tijdens vorige jaren werden afgesloten.

### e) Schorsing uitbetaling via de derde-betalersregeling

Op basis van artikel 77*sexies* van de GvU-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 2024 heeft de leidend ambtenaar van de DGEC besloten om 3 derde-betalersnummers tijdelijk te schorsen.

**Tabel 12. Schorsingen van uitbetaling via de derde-betalersregeling (art. 77*sexies*) in 2024**

Schorsing	Startdatum	Einddatum	Type betrokkene
1	28.03.2024	27.03.2025	verpleegkundige
2	28.05.2024	27.05.2025	tandarts
3	01.07.2024	30.06.2025	verpleegkundige

## 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 2024 zijn afgesloten en aan het Comité van de DGEC zijn voorgesteld.

### 1. Aanrekening van kleurenduplexonderzoeken

#### a) Oorsprong en doelstelling

Bij een analyse van de facturatiegegevens voor de echografieën van artikel 17*quater* van de nomenclatuur tussen 2018 en 2021 hebben we grote verschillen opgemerkt in de manier waarop het nomenclatuurnummer 469755-469766 (kleurenduplexonderzoek van de diepliggende thoracale en/of abdominale en/of pelvische bloedvaten) door de urologen wordt aangerekend. We hebben ons afgevraagd of sommigen van hen dit onderzoek hebben aangerekend op een manier die niet conform was.

Ons nationaal controleonderzoek had tot doel na te gaan of die hypothese juist was: hadden urologen onterecht kleurenduplexonderzoeken aangerekend in plaats van andere echografieën?

## b) Methode

We hebben onder de urologen de outliers geselecteerd bij de aanrekening van de kleurenduplexonderzoeken in 2020 en 2021.

Aangezien het kleurenduplexonderzoek is opgenomen in de categorie van de cardiovasculaire echografieën in de nomenclatuur, voorziet 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 hebben ons gebaseerd op een steekproef van een honderdtal verstrekkingen die werden aangerekend van 11 maart 2019 tot en met 15 april 2023 (verstrekkingdatum) per outlier (zorginstelling of uroloog in een privépraktijk). De steekproef is het resultaat van een willekeurige trekking. Voor elke verstrekking van de steekproef hebben we de echografische beelden en de onderzoeksprotocollen geanalyseerd.

Vervolgens hebben we verhoren afgenomen van het hoofd van de dienst Urologie (in het geval van de zorginstellingen) en van de uroloog (in het geval van de privépraktijken). Op basis van hun verklaringen en onze vaststellingen hebben we de onterechte bedragen ten laste gelegd in een proces-verbaal van vaststelling en een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling opgesteld.

## c) Resultaten

Ons controleonderzoek had betrekking op 10 outliers: 9 urologen die in 2 ziekenhuizen werkten en één uroloog die in een privépraktijk werkte.

De door ons geanalyseerde dossiers bevatten geen dopplertracé en geen frequentieanalyse van de signalen. De echografiebeelden ontbraken soms. Het ging niet altijd om kleurenduplexonderzoeken, maar om andere echografische onderzoeken, zoals echografieën:

- ✦ van het mannelijk bekken (469475-469486);
- ✦ van het vrouwelijk bekken (469490-469501);
- ✦ complete urinaire echografieën (469556-469560);
- ✦ transrectale echografieën (469571-469582).

We hebben vastgesteld dat in totaal 21.508 niet-conforme verstrekkingen ten onrechte werden aangerekend voor een bedrag van 837.267,97 euro.

In het geval van de ziekenhuizen hebben we het onterechte bedrag met de verschilregel berekend<sup>41</sup>. Er zaten immers wel degelijk echografische beelden in het medisch dossier. Wat de uroloog in de privépraktijk betreft, hebben we het totaalbedrag ten laste gelegd. Hij heeft ons immers tijdens ons controleonderzoek geen echografisch beeld getoond.

Het ten laste gelegde bedrag is volledig terugbetaald door de ziekenhuizen en de uroloog in de privépraktijk. We hebben geen procedure ingeleid.

---

<sup>41</sup> We hebben het verschil berekend tussen het bedrag van het kleurenduplexonderzoek en het bedrag van de echografie dat had moeten worden aangerekend. Het te veel aangerekende bedrag was ten laste gelegd.

#### d) Bijkomende acties

Daarenboven hadden we bij onze gegevensanalyse opgemerkt dat een groot deel complete urinaire echografieën in een van de outlier-ziekenhuizen waren uitgevoerd en hebben we daarover een bijkomend individueel controleonderzoek gevoerd. We hebben vastgesteld dat de nomenclatuurnummer 469556-469560 op een niet-conforme manier is aangerekend, voor een ten laste gelegd bedrag van 94.472,94 euro.

#### e) Voorstellen

Onze aanbeveling is om de aanrekening van de kleurenduplexonderzoeken door de urologen te verbieden, zoals dat reeds van toepassing is voor de gynaecologen. Op die manier kunnen aanrekeningsfouten worden vermeden.

## 2. Aanrekening van katheters en toebehoren gebruikt voor elektrofysiologisch onderzoek en percutane ablatie

#### a) Oorsprong en doelstelling

We merkten een grote stijging op bij de aanrekening van de invasieve medische hulpmiddelen die ziekenhuizen gebruiken in de elektrofysiologie. Daarom controleerden we de toepassing van de vergoedingsvoorwaarden bij de aanrekening van dit materiaal.

Met een elektrofysiologisch onderzoek kan een arts nauwkeurige informatie verkrijgen over het soort hartritmestoornis waaraan een patiënt lijdt en waar deze exact ontstaat in het hart. Bij een aantal ritmestoornissen voert de arts als behandeling een ablatie uit, waarbij men met opzet kleine littekens aanbrengt op bepaalde delen van het hartweefsel ter hoogte van zenuwverbindingen die niet normaal functioneren.

Voor de terugbetaling van elektrofysiologisch onderzoek en ablatie is voor verschillende types van hartritmestoornissen een nomenclatuurnummer voorzien voor de arts en een pseudocodenummer voor het materiaal<sup>42</sup>.

We controleerden of de ziekenhuizen de 5 materiaalverstrekkingen en bijhorende artsenverstrekkingen correct hadden aangerekend.

#### b) Methode

We deden eerst een verkennende analyse van de aangerekende materiaalverstrekkingen voor elektrofysiologisch onderzoek via de databank AZV<sup>43</sup>, in de recentste versie die toen beschikbaar was. We analyseerden de geanonimiseerde gegevens vanaf 1 oktober 2020 tot en met 30 juni 2022. Zo merkten we dat ziekenhuisapothekers de materiaalverstrekkingen 'elektrofysiologie in combinatie met een ablatie' niet altijd correct aanrekenden: bij de aanrekening was namelijk niet voldaan aan de terugbetalingscriteria of het materiaal was niet eens gebruikt. De conclusie van deze verkennende analyse zette er ons toe aan te controleren welke ziekenhuizen precies welke materiaalverstrekkingen onterecht hadden aangerekend.

---

<sup>42</sup> 158874-158885, 158896-158900, 158911-158922, 158933-158944, en 158955-158966.

<sup>43</sup> Anoniem ziekenhuisverblijf.

Daarom analyseerden we vervolgens de NewAttest-gegevens van de betrokken 5 materiaalverstrekkingen en de bijhorende artsenhonoraria van 1 september 2020 tot en met 30 november 2023 (verstrekkingdatum).

We beslisten om bij onterechte aanrekeningen voor meer dan 10.000 euro een proces-verbaal van vaststelling te versturen.

### c) Resultaten

Bij 7 geselecteerde ziekenhuizen stelden we 4 soorten inbreuken vast:

- ✦ het onterecht meermaals op dezelfde dag aanrekenen van de materiaalverstrekking;
- ✦ het niet-naleven van de non-cumulatieregel voor de materiaalverstrekkingen;
- ✦ het niet-uitvoeren van de materiaalverstrekking;
- ✦ het dubbel aanrekenen van het laagvariabele zorgforfait.

We stelden een proces-verbaal van vaststelling op voor een totaal bedrag van 370.158,02 euro. Alle ziekenhuizen betaalden de ten onrechte aangerekende bedragen vrijwillig terug. We leidden geen procedure in.

## 3. Aanrekening van psychiatrische verstrekkingen met minimale tijdsduur

### a) Oorsprong en doelstelling

Tijdens individuele controleonderzoeken stelden we vast dat psychiaters verstrekkingen met minimale tijdsduur<sup>44</sup> niet altijd correct aanrekenen. In dit nationale onderzoek controleerden we de aanrekening van deze verstrekkingen door de totale tijdsduur per dag te berekenen. Wanneer een psychiater meer dan 17 à 24 uur aan verstrekkingen per dag aanrekent, wijst dit op niet-correct aangerekende verstrekkingen. Bovendien is meer dan 8 uur per dag aan COVID-verstrekkingen zonder fysieke aanwezigheid niet toegelaten volgens de nomenclatuur.

### b) Methode

Een pre-analyse werd uitgevoerd op psychiatrische verstrekkingen met minimale tijdsduur van de 2 laatste beschikbare boekjaren op dat moment, namelijk van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2020. Hierdoor kregen we zicht op de omvang van de onterechte aanrekeningen en konden we een selectie maken van psychiaters die volgende cut-offs overschreden:

- ✦ 3.000 euro aan verstrekkingen die 24 uur per dag overschrijden en/of de maximale dagelijkse duur van 8 uur aan COVID-verstrekkingen zonder fysieke aanwezigheid overschrijden;
- ✦ 5.000 euro aan verstrekkingen die 17 uur per dag overschrijden.

Voor de geselecteerde psychiaters vroegen we bij het InterMutualistisch Agentschap (IMA) de recente gewaarmerkte digitale databestanden op met ontvangstperiode bij de V.I.'s van 1 januari 2020 tot en met 30 april 2022. We berekenden per psychiater per dag de totale duur van de aangerekende verstrekkingen met minimale tijdsduur, alsook het gemiddelde honorarium per minuut. Zo kregen we een zicht op het bedrag dat mogelijks te veel was aangerekend. De betrokken psychiaters werden verhoord.

---

<sup>44</sup> Nomenclatuurnummers 109513, 109631, 109535, 109550, 109653, 109572, 109336, 109675, 109351, 109410, 109432, 109454, 597505, 597564, 597520, 597542, 101894, 101916, 101931, 101953 en 101975.

### c) Resultaten

Bij 6 psychiaters stelden we niet-conforme aanrekeningen vast voor een totaal bedrag van 254.330,91 euro. De meeste inbreuken hielden verband met minimale tijdsduur, maar we stelden ook andere niet-conforme aanrekeningen vast.

4 psychiaters betaalden het ten laste gelegde bedrag volledig terug na het proces-verbaal van vaststelling. Die controleonderzoeken sloten we af. Bij de 2 anderen startten we een procedure op bij gebrek aan vrijwillige terugbetaling.

We stuurden een waarschuwingsbrief naar 2 psychiaters bij wie we niet-conforme aanrekeningen vaststelden voor een kleiner bedrag of over de aanrekening van kinderpsychiatrische evaluatie.

### d) Bijkomende acties

We startten individuele controleonderzoeken voor 2 psychiaters, wegens mogelijke inbreuken die niet tot de scope van dit nationale controleonderzoek behoorden:

- ✦ opvallend veel dubbele aanrekeningen: we stelden op een proces-verbaal van vaststelling voor een onterecht bedrag van 52.336,61 euro;
- ✦ vermoeden van niet-verrichte verstrekkingen: dat controleonderzoek is nog lopend.

### e) Voorstellen

#### **Aanrekening door artsen-specialisten in opleiding**

Artsen-specialisten in opleiding rekenen soms aan op naam van de stagemeeesters. Daardoor overschreden de stagemeeesters onze op voorhand vastgelegde cut-offs. 17 stagemeeesters werden aangeschreven om ons de stageplannen te sturen. Op basis van deze documenten beslisten we om hun controleonderzoek af te sluiten: ze werden niet verhoord en kregen geen proces-verbaal van vaststelling of waarschuwingsbrief.

Uit dit onderzoek blijkt dat verstrekkingen uitgevoerd door artsen-specialisten in opleiding niet uniform worden aangerekend. We verwittigden de Dienst voor Geneeskundige Verzorging dat de reglementering over de aanrekening door artsen-specialisten in opleiding verduidelijkt moet worden.

#### **Individuele kinderpsychiatrische evaluatie**

We ondervonden ook moeilijkheden bij controle van de individuele kinderpsychiatrische evaluatie. De omschrijving in de nomenclatuur maakt dat psychiaters dit nummer niet uniform aanrekenen. We stuurden hierover een voorstel van wijziging van de nomenclatuur naar de werkgroep 'Actes de Consultations et Assimilés' of ACA-werkgroep<sup>45</sup>.

## 4. Overschrijding van P-waardengrenzen

### a) Oorsprong en doelstelling

De P-waarden werden ingevoerd in samenspraak met de beroepsgroep nadat de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen en de DGEC hadden vastgesteld dat een groep tandartsen onrealistisch veel verstrekkingen aanrekenden. Tandheelkundige verstrekkingen van de

---

<sup>45</sup> Werkgroep in het kader van de hervorming van de nomenclatuur die zich specifiek bezighoudt met de reglementering aangaande consultaties, toezicht en gelijkaardige verstrekkingen.

nomenclatuur kregen een wegingscoëfficiënt P toegekend volgens de nodige werklust om ze kwalitatief uit te voeren.

Het koninklijk besluit van 2 juni 2015<sup>46</sup> 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.

In 2024 hebben we 2 nationale controleonderzoeken afgesloten over de overschrijding van de P-waardengrenzen: een over 2020 en een over 2021. We vatten het verloop van beide controleonderzoeken samen in deze tekst.

Het doel van deze nationale controleonderzoeken was na te gaan welke tandartsen de P-waardengrens overschreden en de bedragen terug te vorderen van deze overschrijdingen wegens niet-conforme verstrekkingen.

## b) Overschrijding in 2020

### Methode

Door de COVID-pandemie was de werklust van de tandartsen ongelijkmatig gespreid. Daarom controleerden we alleen de overschrijding van de drempelwaarde op kalenderjaarbasis: 46.000 P-waarden.

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 32 tandartsen die vermoedelijk de wettelijk toegelaten P-waardengrenzen overschreden in 2020.

Vervolgens berekenden we op basis van individuele NewAttest-gegevens voor elk van de 32 geselecteerde tandartsen:

- ✦ het totale aantal P-waarden in 2020;
- ✦ 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 het wettelijke toegelaten plafond overschreed op kalenderjaarbasis;
- ✦ het bedrag voor dat totaal aan P-waarden dat werd overschreden ten opzichte van het wettelijk toegelaten plafond op het kalenderjaarniveau.

### Resultaten

We stelden vast dat 13 tandartsen de P-waardengrenzen op jaarbasis in 2020 overschreden. Het teveel aangerekende bedrag was in totaal 1.048.974,09 euro. We hebben de volgende acties voor deze tandartsen ondernomen.

We stuurden een proces-verbaal van vaststelling met een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling naar 6 tandartsen. Het totale ten laste gelegde bedrag was 651.876,06 euro. 4 van deze 6 tandartsen betaalden het ten laste gelegde bedrag volledig terug na het proces-verbaal van vaststelling. We leidden een procedure in tegen de 6 tandartsen wegens antecedenten voor eenzelfde inbreuk.

---

<sup>46</sup> 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.

2 tandartsen ontvingen een waarschuwingsbrief omdat hun overschrijdingsbedrag onder de vooraf bepaalde cut-off lag.

Het controleonderzoek van 5 tandartsen werd als 'zonder gevolg DGEC' afgesloten omdat ze al het voorwerp uitmaakten van een ander controleonderzoek.

### c) Overschrijding in 2021

#### Methode

In dit controleonderzoek controleerden we zowel de overschrijding van de P-waardengrenzen op kalendermaand-, als op trimester- en kalenderjaarbasis, namelijk respectievelijk 5.000, 13.000 en 46.000 P-waarden.

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 53 tandartsen die vermoedelijk de wettelijk toegelaten P-waardengrenzen overschreden in 2021.

Vervolgens berekenden we op basis van individuele NewAttest-gegevens voor elk van de 53 geselecteerde tandartsen:

- ✦ het totale aantal P-waarden in 2021;
- ✦ 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 het wettelijke toegelaten plafond overschreed op maand-, trimester- en kalenderjaarniveau;
- ✦ het bedrag voor dat totaal aan P-waarden dat werd overschreden ten opzichte van het wettelijk toegelaten plafond op maand-, trimester- en kalenderjaarniveau.

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

#### Resultaten

Het te veel aangerekende bedrag voor 2021 bedroeg bij 43 tandartsen 1.585.296,81 euro:

- ✦ 13 tandartsen overschreden de grens voor het kalenderjaar;
- ✦ 19 tandartsen overschreden de trimestergrens;
- ✦ 11 tandartsen overschreden de maandgrens.

Bij 10 van de 53 geselecteerde tandartsen, sloten we het dossier af als 'negatief' omdat we geen inbreuk vaststelden of als 'zonder gevolg DGEC' omdat we eerder al een individueel dossier hadden geopend.

Van de 43 tandartsen met een overschrijding van een drempelwaarde waren er 28 tandartsen die een proces-verbaal van vaststelling ontvingen met een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling. Het totale ten laste gelegde bedrag was 1.233.146,18 euro. 24 van deze tandartsen gingen in op de uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling. We leidden een procedure in tegen 12 tandartsen omwille een weigering van terugbetaling of een gedeeltelijke vrijwillige terugbetaling en/of een eerdere inbreuk voor gelijkaardige feiten.

De 15 andere tandartsen ontvingen een waarschuwingsbrief omdat hun overschrijdingsbedrag onder de vooraf bepaalde cut-off lag.

## 5. Aanrekening van verpleegkundige verstrekkingen verleend in instellingen voor mindervaliden

### a) Oorsprong en doelstelling

De nomenclatuur van de verpleegkundige is opgesplitst afhankelijk van de plaats en van het moment waarop de verstrekking is uitgevoerd: de verstrekkingen verleend in een instelling voor mindervaliden moeten met de nomenclatuurnummers uit punt 3°*bis* aangerekend worden.

Een vorig controleonderzoek toonde een verkeerd gebruik van de nomenclatuur aan: er werden nomenclatuurnummers voor de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende aangerekend in plaats van de nomenclatuurnummers voorzien voor de instellingen voor mindervaliden<sup>47</sup>.

In dit nationale controleonderzoek gingen we opnieuw na of de thuisverpleegkundigen verstrekkingen verleend in een instelling voor mindervaliden correct aanrekenden met de nomenclatuurnummers voorzien voor die locatie.

### b) Methode

We selecteerden 82 instellingen voor mindervaliden willekeurig op basis van de lijsten die zijn opgesteld door:

- ✦ Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH);
- ✦ 'Agence pour une Vie de Qualité' (AVIQ);
- ✦ 'Personne Handicapée Autonomie Recherchée' (PHARE).

We analyseerden de aanrekeningen van de verpleegkundige verstrekkingen die aan de bewoners van deze instellingen werden verleend tussen 1 april 2019 en 31 oktober 2020. Na verificatie van de aanwezigheidslijsten legden we de verstrekkingen ten laste voor de dagen waarop de bewoner 24 uur in de instelling verbleef en het nomenclatuurnummer niet voor de instellingen voor mindervaliden was aangerekend. We bekwamen de ten onrechte aangerekende bedragen door het verschil te berekenen tussen de terugbetaalde bedragen voor de aangerekende nomenclatuurnummers en de bedragen die hadden moeten worden aangerekend met de nomenclatuurnummers voor instellingen voor mindervaliden. Als er geen overeenstemmend nomenclatuurnummer in 3°*bis* was, legden we het volledige bedrag ten laste.

### c) Resultaten

In de periode van 1 april 2019 tot en met 31 oktober 2020, rekenden thuisverpleegkundigen verstrekkingen aan bij 3.747 bewoners van instelling voor mindervaliden. Bij 1.937 van de 3.747 bewoners stelden we vast dat de thuisverpleegkundigen geen nomenclatuurnummers voor verstrekkingen in een instelling voor mindervaliden aanrekenden.

132 (groeperingen van) verpleegkundigen ontvingen een proces-verbaal van vaststelling met een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling, voor een totaal ten laste gelegd bedrag van 1.490.331,81 euro. 121 (groeperingen van) verpleegkundigen betaalden hun onrechte aanrekeningen volledig terug voor een totaal bedrag van 1.268.890,16 euro.

---

<sup>47</sup> Zie [Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2020](#), p. 34.

We leidden een procedure in tegen 16 (groepen van) verpleegkundigen omdat:

- ✦ ze reeds een proces-verbaal van vaststelling hadden ontvangen tijdens ons vorige controleonderzoek;
- ✦ ze het ten laste gelegd bedrag niet terugbetaalden of niet volledig.

We stuurden ook 518 waarschuwingsbrieven omdat het bedrag van de onterechte aanrekeningen lager dan 5.000 euro was.

#### d) Opvolging

Ten gevolge van dit controleonderzoek vroegen vertegenwoordigers van de verpleegkundigen een aanpassing van de nomenclatuur. In juli 2024 werden er voor de verstrekkingen tijdens het weekend of op een feestdag verleend in een instelling voor mindervaliden, specifieke honoraria ingevoerd (toevoeging onder het punt 3<sup>o</sup>ter in artikel 8 van de nomenclatuur).

## 6. Aanrekening van walker boots

### a) Oorsprong en doelstelling

Een walker boot is een orthese bestaande uit een voetsegment, een onderbeensegment en een loopzool. Ze is voorzien voor de behandeling van:

- ✦ een fractuur van de botstructuren van voet en/of onderbeen;
- ✦ de toestand na hechting van een volledige achillespeesruptuur.

Voor deze indicaties is er een terugbetaling voorzien met het nomenclatuurnummer 697071-697082.

Het doel van dit controleonderzoek was nagaan of de walker boots verstrekt waren door de orthopedisch technologen voor de indicaties vermeld in de nomenclatuur en bijgevolg of de aangerekende verstrekkingen conform waren.

### b) Methode

Voor de periode van 1 januari 2021 tot 31 december 2022 koppelden we 2 datasets:

- ✦ de aangerekende walker boots per orthopedisch technolog;
- ✦ de aangerekende orthopedische ingrepen, gipsen en alle radiologische onderzoeken per voorschrijver, voor de periode van 3 maand voor de prestatiedatum van de verstrekking 'walker boot'.

In overeenstemming met de nomenclatuur, aanvaardden we voor de terugbetaling van de walker boot als indicatie elke fractuur van voet of onderbeen, dus ook een stressfractuur of barst. De indicatie totale achillespeesruptuur is ook conform.

Daarentegen beschouwden we als niet-conform:

- ✦ een partiële achillespeesruptuur;
- ✦ een osteotomie, vaak hallux valgus osteotomie, omdat een osteotomie geen fractuur is.

Volgens de nomenclatuur mogen orthopedische technologen wél verstrekking 646995-647006 (enkeltoestel, hard, met of zonder scharnieren) aanrekenen omdat daarvoor geen indicaties bepaald zijn. Daarom passen we de verschilregel, namelijk het verschil tussen het aangerekende bedrag voor de walker boot en het bedrag dat aangerekend mag worden voor een enkeltoestel. We leggen dus enkel het bedrag ten laste dat de vergoeding van verstrekking 646995-647006 overstijgt.

### c) Resultaten

10 orthopedische technologen kregen een proces-verbaal van vaststelling voor een totaal ten laste gelegd bedrag van 50.203,65 euro. We leidden een procedure in tegen 3 van deze orthopedische technologen omwille van recidief voor dezelfde inbreuk.

We stelden ook een proces-verbaal van vaststelling op voor een totaal ten laste gelegd bedrag van 20.531,67 euro aan 4 voorschrijvers (artsen in orthopedie).

Het totaal van de ten laste gelegde bedragen werd vrijwillig en volledig terugbetaald.

We stuurden een waarschuwingsbrief naar 132 orthopedisch technologen die elk een bedrag onder de cut-off van 4.000 euro niet conforme verstrekkingen aanrekenden.

## 7. Naleving terugbetalingscriteria anti-TNF bij reumatoïde artritis

### a) Oorsprong en doelstelling

In deze evaluatiestudie gingen we na of de terugbetalingsvoorwaarden werden gerespecteerd van anti-TNF ('tumor necrosis factor') bij de behandeling van reumatoïde artritis. Anti-TNF is medicatie die valt onder hoofdstuk IV van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten.

In 2020 behoorden de uitgaven voor anti-TNF tot de top 25 van de ziekteverzekering voor de publieke officina's, goed voor 182 miljoen euro. Dit is weliswaar voor alle indicaties, niet enkel voor reumatoïde artritis. Omdat de uitgaven zo hoog zijn, hebben we beslist om de patiëntendossiers bij de reumatologen te evalueren. We gingen na of patiënten wel degelijk recht hadden op terugbetaling van anti-TNF.

### b) Methode

We hebben aan de V.I.'s de overhandiging gevraagd van de in totaal laatste 300 machtigingen van 2021 tot vergoeding van anti-TNF voor de hoofdstuk IV-paragrafen van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten voor reumatoïde artritis. We hanteerden een verdeelsleutel volgens ledenaantal: we vroegen minder dossiers op bij 'kleinere' V.I.'s. De V.I.'s gaven ons de INSZ-nummers van de betrokken verzekerden en de RIZIV-nummers van de aanvragende reumatologen.

In 2021 waren er 3 types goedkeuringen:

- ✦ eerste goedkeuring: 6 maanden geldig;
- ✦ verlenging: 12 maanden geldig;
- ✦ verlenging in kader van de coronamaatregelen: patiënten die niet op consultatie konden komen bij de aanvragende arts, kregen sowieso een verlenging van 3 maanden.

In dit onderzoek beperkten we ons tot de eerste goedkeuringen.

We selecteerden de reumatologen die 7 of meer aanvragen invoerden via het Tardis-platform en we interviewden hen. Zo selecteerden we 23 reumatologen. Tijdens deze interviews vergeleken we de gegevens van de medische patiëntendossiers met de gegevens die ingevuld waren op het aanvraagformulier in Tardis. We excludeerden onverwacht nog dossiers om volgende redenen:

- ✦ geen eerste aanvraag zoals doorgegeven door de V.I.'s, maar wel verlenging/'coronaverlenging';

- ✦ ondertussen geen therapeutische link meer tussen de reumatoloog en de patiënt, dus de reumatoloog had geen toegang meer tot het dossier;
- ✦ patiënten die oorspronkelijk anti-TNF kregen toegediend in het ziekenhuis en zijn overgeschakeld naar een spuitpen als deze beschikbaar was. Dit wordt beschouwd als 'nieuwe aanvraag', maar ze werden in dit onderzoek niet geanalyseerd.

Hierdoor konden we bij sommige reumatologen minder dan 7 dossiers inkijken. We onderzochten uiteindelijk 58 dossiers bij 9 reumatologen.

### c) Resultaten

We vergeleken die 58 dossiers met de ingevoerde gegevens in Tardis en we stelden geen onregelmatigheden vast.

Ons oorspronkelijke doel was om 100 dossiers te bekijken. Na de 58 dossiers te hebben onderzocht (meer dan de helft van ons oorspronkelijke doel) hebben we geen schending van de terugbetalingsvoorwaarden opgemerkt. Daarom beslisten we om deze evaluatiestudie vroegtijdig te beëindigen. We keken de dossiers dus niet meer na bij de overige 14 reumatologen in het belang van een efficiënt gebruik van onze middelen.

### d) Voorstellen

#### **Toegang tot het Tardis-platform**

Tijdens het onderzoek stelden we vast dat de adviserend artsen geen toegang hebben tot het Tardis-platform, hoewel zij degene zijn die toelating tot terugbetaling moeten geven. De artsen-directeurs van de V.I.'s bevestigden deze informatie, hoewel zij hierop hebben aangedrongen toen het systeem werd ontwikkeld. Ze zijn nog steeds vragende partij om deze toegang in orde te brengen. In de huidige situatie zijn controles enkel 'a posteriori' mogelijk. De Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV nam dit op als actiepoint.

#### **Elektronische register**

We pleiten voor het ontwikkelen van een elektronisch register bij de V.I.'s met de hierna opgesomde gegevens; zo kunnen we op adequate wijze machtigingen opvragen voor onze evaluatieprojecten.

Deze databank zou volgende gegevens kunnen bevatten:

- ✦ het INSZ-nummer van de verzekerde,
- ✦ de V.I.,
- ✦ het RIZIV-nummer van de aanvragend arts,
- ✦ de identificatie van de adviserend arts,
- ✦ de naam van de gekozen medicatie en de paragraaf van hoofdstuk IV,
- ✦ de datum van de aanvraag,
- ✦ de soort aanvraag (eerste of verlenging).

## 8. Primocontrole borstreductie

### a) Oorsprong en doelstelling

We evalueerden de primocontrole van borstreductie<sup>48</sup> door de V.I.'s, in samenwerking met de Hoge Raad Artsen Directeurs (HRAD) en de adviserend artsen. Het doel van de evaluatie was te analyseren of de medische informatie in het aanvraagformulier voor terugbetaling van reducerende borstplastie (bijlage 88) strookt met de realiteit en om aanbevelingen te formuleren voor de adviserend artsen met het oog op een oordeelkundige behandeling van de goedkeuringsaanvragen op basis van de dossierstukken.

### b) Methode

Eerst analyseerden we op basis van Doc P-gegevens de goedkeuringsaanvragen van 2020 tot en met 2023. Dit gaf ons voor elke V.I. informatie over het gevolg dat de adviserend artsen eraan verleenden zoals het aantal goedkeuringen, weigeringen, fysieke controleonderzoeken, enz.

Vervolgens besliste de HRAD om bij elke V.I. het aantal goedgekeurde en het aantal geweigerde aanvragen op te vragen die ze ontvingen van 1 juni 2023 tot en met 30 juni 2023 en om hun een kopie te bezorgen van de 'bijlage 88'. Hieruit bleek dat ze in totaal 415 aanvragen ontvingen waarvan de adviserend artsen er 97 % goedkeurden.

In een derde fase hebben we 47 van die goedgekeurde aanvragen (zowat 10 %) via veldonderzoek getoetst aan een fysieke controle om een aantal parameters uit het aanvraagformulier na te meten. Zo gingen we na of de aanvraagformulieren correct waren ingevuld en/of de 'ter beschikking gehouden foto's' aan de adviserend arts waren bezorgd en desgevallend voldeden aan de wettelijke vereisten.

### c) Resultaten

De resultaten van het veldonderzoek toonden aan dat de adviserend artsen soms onvoldoende controle uitvoeren op de juistheid van de gegevens in aanvraagformulier en dat de foto's die de aanvragende artsen aanleveren, vaak niet voldoen aan de vereisten. In 6,38 % van de 47 gevallen keurden ze de aanvragen ten onrechte goed.

### d) Voorstellen

Na analyse van deze resultaten hebben we enkele aanbevelingen geformuleerd in een richtlijn. Deze moet de adviserend artsen een beter kader bieden om goedkeuringsaanvragen terdege te behandelen op basis van dossierstukken en dus zonder medisch onderzoek van de verzekerde.

- ✦ De verzekerde moet altijd uitgenodigd worden voor een medisch onderzoek als op het aanvraagformulier de BMI  $\geq 33,5$  en  $< 35$ . We stelden vast dat bij deze groep verzekerden de medische gegevens op het aanvraagformulier niet stroken met de werkelijkheid.
- ✦ De waarde N-IMF ('nipple-inframammary fold'; of de afstand van het midden van de tepel tot aan de borstplooi onder de borst) draagt weinig bij tot een correcte interpretatie. Een goede profielfoto (rechts en links) – staande – maakt dit veel duidelijker, maar kan niet afgedwongen worden. Face en 2/3 foto's wel.
- ✦ De adviserend arts moet de goedkeuring weigeren als de aanvragende arts de foto's niet bezorgt die nodig zijn voor de beoordeling van de goedkeuringsaanvraag.

---

<sup>48</sup> Nomenclatuurnummer 251613-251624.

In 2024 en 2025 voerden de adviserend artsen een vervolgonderzoek uit. Ze riepen conform de richtlijn verzekerden op voor een medisch controleonderzoek en maten een aantal parameters na. Ze informeerden ons dat ze onze aanbevelingen als een verbetering ervaarden voor het nemen van een beslissing in het kader van hun primocontrole.

## 9. Omzendbrieven naar de verzekeringsinstellingen

### a) Oorsprong en doelstelling

Bij onze (risico)analyses stoten we soms op foutieve aanrekeningen die hadden moeten worden vastgesteld en gecorrigeerd door de V.I.'s in het kader van hun primocontrole (verboden cumulaties van nomenclatuurnummers, dubbele aanrekeningen, enz.). De V.I.'s moeten immers nagaan of de zorgverleners de terugbetalingsvoorwaarden in acht hebben genomen bij de aanrekening van de verstrekkingen aan de ziekteverzekering. Als de aanrekening niet conform de reglementering is, dan moeten de V.I.'s de zorgverlener daarvan op de hoogte brengen en die aanrekeningen niet in rekening brengen aan de ziekteverzekering.

Als we zien dat de primocontrole van bepaalde verstrekkingen inefficiënt is, sturen we een omzendbrief naar de V.I.'s. We vragen hen om hun primocontrole te versterken en de aanrekeningen van die verstrekkingen voor een welbepaalde periode na te kijken en te regulariseren.

### b) Omzendbrieven naar de verzekeringsinstellingen

In 2024 hebben we 3 omzendbrieven naar de V.I.'s verstuurd.

De eerste had betrekking op de correcte toepassing van artikel 14, k) van de nomenclatuur (orthopedie), specifiek de naleving van de bevoegdheidsvereiste van de zorgverlener en verboden cumulaties. Tijdens onze analyses hebben we verschillende problemen opgemerkt:

- ✦ het nomenclatuurnummer 280593-280604 werd aangerekend door andere zorgverleners dan degenen die daartoe bevoegd zijn<sup>49</sup>;
- ✦ verboden cumulatie van heilkundige behandeling van pseudo-artrose en nemen van een beenent<sup>50</sup>.

We hebben de V.I.'s gevraagd:

- ✦ hun primocontrole uit te voeren of te verscherpen:
  - ✧ op de aanrekening van nomenclatuurnummer 280593-280604, met bijzondere aandacht voor de bevoegdheidscode van de arts die de verstrekking aanrekent. Dat aandachtspunt geldt ook voor alle verstrekkingen uit artikel 14, van a) tot m), van de la nomenclatuur waar geen 'o' (voor alle artsen) of '+' (voor tandartsen) voor staat;
  - ✧ op de verboden cumulatie van heilkundige behandeling van pseudo-artrose en nemen van een beenent;
- ✦ om de onterecht terugbetaalde verstrekkingen te controleren en te regulariseren voor de periode van 15 april 2022 tot 31 maart 2024 (verstrekkingdatums);
- ✦ ons binnen de 3 maanden een overzicht te bezorgen van die regularisaties.

---

<sup>49</sup> Te weten door zorgverleners die niet zijn opgenomen in artikel 15, § 1, van de nomenclatuur.

<sup>50</sup> Nomenclatuurnummer 277793-277804 en 277815-277826.

De tweede omzendbrief betrof de verboden cumulaties van artikel 14, j), van de nomenclatuur (urologie). We hadden immers gemerkt dat bepaalde zorgverleners de toepassingsregel niet respecteerden die cumul verbiedt van ureteroscopies of ureterorenoscopies. We hebben de V.I.'s gevraagd:

- ✦ hun primocontrole op die toepassingsregel uit te voeren of te verscherpen;
- ✦ om de onterecht terugbetaalde verstrekkingen te controleren en te regulariseren voor de periode van 15 april 2022 tot 31 maart 2024 (verstrekkingdatum);
- ✦ ons binnen de 3 maanden een overzicht te bezorgen van die regularisaties.

De derde omzendbrief betrof de correcte toepassing van de regelgeving voor medische huizen<sup>51</sup>. Tijdens een controle hebben we vastgesteld dat de V.I.'s forfaits terugbetaalden voor verstrekkingen van verpleegkundigen die in een medisch huis werken en voor verstrekkingen per handeling, uitgevoerd door dezelfde verpleegkundigen bij verzekerden buiten het medisch huis<sup>52</sup>. Dit is echter een verboden cumulatie: verpleegkundigen die in een medisch huis werken op basis van een forfait, mogen geen verstrekkingen per handeling aanrekenen. We hebben de V.I.'s gevraagd:

- ✦ een sensibiliseringsbrief op te stellen gericht aan de medische huizen;
- ✦ hun primocontrole uit te voeren of te verscherpen in het kader van de aanrekening van verstrekkingen uitgevoerd in een medisch huis.

### c) Resultaten

Naar aanleiding van die omzendbrieven hebben de V.I.'s ons meegedeeld dat zij een totaalbedrag van 135.285,00 euro hebben geregulariseerd.

**Tabel 13. Bedragen die door de V.I.'s werden geregulariseerd, per omzendbrief**

Onderwerp van de omzendbrief	Geregulariseerd bedrag (€)
Art. 14, k): bevoegdheid zorgverlener en verboden cumuls	99.261,00
Art. 14, j): verboden cumuls van ureteroscopies / ureterorenoscopies	36.024,00
<b>TOTAAL</b>	<b>135.285,00</b>

De impact van die omzendbrieven beperkt zich niet tot de regularisaties a posteriori, maar ze vestigen ook de aandacht van de V.I.'s op bepaalde verstrekkingen en zetten hen ertoe aan aan om die voortaan beter te controleren.

<sup>51</sup> Art. 15, § 2, van het koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen.

<sup>52</sup> Zie [Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2023](#), p. 60.

# Deel 4 – Samenwerkingen

## I. PASSERELLE: AUDIT ZIEKENHUIZEN

Samen met de FOD Volksgezondheid en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) heeft het RIZIV de eenheid Audit Ziekenhuizen opgericht. Die voert thematische audits uit in de ziekenhuizen om de doelmatigheid van de gezondheidszorg en een optimaal gebruik van de beschikbare middelen te verhogen. De missie is het verhogen van de kwaliteit, performantie, conformiteit en doelmatigheid van de gezondheidszorg georganiseerd en geleverd door de ziekenhuizen, met als doel:

- ✦ toegevoegde waarde te creëren voor patiënt, ziekenhuis en overheid;
- ✦ het gebruik van de federale middelen, voorzien voor de gezondheidszorg, te optimaliseren.

In 2024 voltooide de eenheid Audit Ziekenhuizen de volgende audits.

### 1. Audit complexe chirurgie

Voor de audit complexe chirurgie includeerden we alle centra die ooit zijn toegetreden tot de overeenkomst geïncludeerd. In totaal bezochten we 18 centra.

De audit omvatte een gestructureerd interview met de verantwoordelijke chirurgen, een bezoek aan de chirurgische verpleegafdeling (inclusief gesprek met verpleegkundigen) en het overlopen van 10 complexe chirurgieverblijven. De besproken punten betroffen de voorwaarden en criteria vermeld in de overeenkomst. De vragen werden opgesteld met input van internationale experts<sup>53</sup>.

De belangrijkste bevindingen, hieronder weergegeven, werden gepresenteerd aan de stuurgroep Complexe Chirurgie, de stichting Belgian Cancer Registry (BCR) en de betrokken wetenschappelijke verenigingen (Audit of Belgian Esophageal Surgery [ABES] en Belgian Pancreatic Cancer Group [BPCG]).

De overeenkomst met beoogde centralisatie van complexe chirurgie in hoogvolume centra heeft niet geleid tot:

- ✦ een uniforme verdeling van de ingrepen tussen de 2 hoofdchirurgen;
- ✦ uniformiteit in het beleid;
- ✦ een hoog volume van complexe chirurgie ingrepen in alle toegetreden ziekenhuizen.

Er is nood aan:

- ✦ formele samenwerking tussen de centra onderling en met de verwijzende ziekenhuizen;
- ✦ duidelijke omschrijving van 'het gespecialiseerd' team, met enige nationale richtlijnen of kader voor de 'aantoonbare expertise', 'beroepsbekwaamheid' en 'ervaring in de specifieke problematiek';
- ✦ criteria voor de opleiding en (bij)scholing van artsen en verpleegkundigen, onder meer in het kader van nieuwe (chirurgische) technieken.

---

<sup>53</sup> Validatie en aanvulling van de vragenlijsten: professor Besselink (UMC Amsterdam) en professor Hackert (Universität Heidelberg) voor pancreaschirurgie; professor D'Journo Xavier (Universitair ziekenhuis Marseille) voor slokdarmchirurgie.

Blijvende aandacht voor het elektronisch patiëntendossier en gegevensregistratie zijn nodig voor:

- ✦ het behoud van kwaliteit van de geleverde administratieve gegevens;
- ✦ het garanderen van transmurale continuïteit van zorgen;
- ✦ eenduidige registratie van de gegevens voor de stichting Belgian Cancer Registry (BCR) (voor de evaluatie van de overeenkomst);
- ✦ zelfevaluatie en kwaliteitsverbetering door het bestuderen en vergelijken van eigen proces- en uitkomstindicatoren.

## 2. Audit heupprothesen

Deze audit richtte zich op ingrepen voor de meest frequente indicaties, namelijk artrose en fractuur van de femurhals, die verantwoordelijk zijn voor 91 % van de heupprothese-ingrepen in 2019 (respectievelijk voor 67,1 % en 23,9 %).

De eenheid Audit Ziekenhuizen voerde een online bevraging uit bij alle ziekenhuizen waarin heupvervangende ingrepen plaatsvonden en voerde een audit ter plaatse uit in 30 willekeurig geselecteerde ziekenhuizen. Hierover stelden we een algemeen rapport op. Dit bevat onder andere een benchmarking tussen de ziekenhuizen voor een reeks indicatoren en een actieplan (verbeterpunten) gericht aan ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en administraties. In een specifiek hoofdstuk formuleerden we een veertigtal verbeterpunten en enkele punten goede praktijkvoering.

We publiceerden het [rapport](#) in april 2024 in nauwe samenwerking met vertegenwoordigers van de wetenschappelijke verenigingen en stelden het ondertussen voor op meerdere symposia.

## II. INTERNATIONALE AANGELEGENHEDEN: EHFCN

Sinds 2005 is de cel Internationale Aangelegenheden van de DGEC verantwoordelijk voor het financiële en strategische beheer van het European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFCN). Ze vertegenwoordigt het netwerk bij binnenlandse en buitenlandse partners in een voornamelijk Europese context.

Het EHFCN werd opgericht om de strijd tegen fraude, corruptie en verspilling in de gezondheidszorg in Europa te coördineren en te optimaliseren. Het netwerk is bedoeld als forum voor het uitwisselen van informatie over de beste praktijken, gaande van de geldende regelgeving of de inspectietechnieken tot meetinstrumenten.

In 2024 werd het netwerk aanzienlijk uitgebreid. We mochten 4 nieuwe leden verwelkomen: de National Health Service Counter Fraud Authority (NHSCFA, Engeland), het Spaanse ministerie van Volksgezondheid, de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (SIOD, België) en de nationale gecentraliseerde Health Procurement Authority (EKAPY, Griekenland). Eind 2024 telde het EHFCN 23 organisaties uit 15 landen.

Ook vermeldenswaard is de aanstelling van een nieuwe voorzitter: Philip Tavernier, directeur-generaal van de DGEC. Hij nam de fakkel over van Tom Verdonck, directeur-generaal van de Dienst voor Administratieve Controle van het RIZIV.

## 1. Open House

Het belangrijkste internationale evenement van 2024 was de twaalfde editie van de EHFCN Open House. Die vond plaats in Luxemburg en is een interne conferentie waarbij een EHFCN-lid zijn deuren opent voor de andere leden. Dit jaar was de Luxemburgse 'Gesondheetskeess' aan de beurt. We organiseerden het evenement in oktober in samenwerking met de 'Association Luxembourgeoise des Organismes de Sécurité Sociale' (ALOSS, de Luxemburgse vereniging van sociale zekerheidsinstellingen). De Open House werd bijgewoond door ongeveer 120 deelnemers uit 10 landen en uit 17 EHFCN-lidorganisaties.

Eerst werd het Luxemburgse systeem voor gezondheidszorg en sociale zekerheid toegelicht. Kenmerkend zijn de hoge uitgaven per hoofd van de bevolking en een grote afhankelijkheid van geschoolde buitenlandse arbeidskrachten. Ook de Luxemburgse nationale handleiding voor fraudebestrijding werd voorgesteld.

Op internationaal gebied kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- ✦ de herziene richtsnoeren van de International Social Security Association (ISSA, de internationale vereniging voor sociale zekerheid) voor het opsporen en voorkomen van fouten, ontwijking en fraude in socialezekerheidsstelsels;
- ✦ de strijd tegen het witwassen van geld: strategieën en vooruitzichten;
- ✦ fraude en artificiële intelligentie;
- ✦ de strijd tegen verspilling.

Tijdens breakout-sessies konden de leden interactief van gedachten wisselen over:

- ✦ grensoverschrijdende fraude: juridische en technische uitdagingen voor gegevensuitwisseling;
- ✦ uitwisselingsinstrumenten: demonstratie van het informatiesysteem voor de interne markt ('internal market information system', IMI);
- ✦ de melding van fraude.

## 2. Gemeenschappelijk event met de International Association of Mutual Benefit Societies

We organiseerden een gemeenschappelijk online evenement met de International Association of Mutual Benefit Societies (AIM). Die koepelorganisatie telt 49 federaties in 26 landen en vertegenwoordigt bijna 240 miljoen mensen die een ziekteverzekering hebben.

Tijdens dit evenement stonden de persoonlijke gezondheidsgegevens centraal: cyberbeveiliging versus fraudebestrijding, Europese regels en beste praktijken. De presentaties gingen over:

- ✦ de geldende regels, gepresenteerd door de Europese Commissie;
- ✦ cyberbeveiliging in de gezondheidssector bedreigd, gepresenteerd door het Agentschap van de Europese Unie voor Netwerk- en Informatiebeveiliging (ENISA);
- ✦ de wijze waarop ziekenhuizen omgaan met cyberaanvallen;
- ✦ een gevalstudie over fraude in de gezondheidssector inzake de toegang tot gezondheidsgegevens, gepresenteerd door het RIZIV.

Tijdens een rondetafelgesprek met vertegenwoordigers uit België, Portugal en Finland overliepen we de bedreigingen en verwachtingen met betrekking tot de Europese regelgeving. De conclusies willen

we aan de Europese Commissie richten in de vorm van aanbevelingen voor wetgeving inzake cyberbeveiliging vanuit het standpunt van de verzekeringskassen voor geneeskundige verzorging en de mutualiteiten.

### 3. Webinars

In 2024 organiseerden we 8 webinars voor de EHFCN-leden om actuele onderwerpen te bespreken en vragen van leden te beantwoorden. De sprekers tijdens die webinars waren gezondheidszorgdeskundigen uit organisaties die al dan niet bij EHFCN zijn aangesloten.

Volgende onderwerpen kwamen aan bod in de webinars.

- ✦ **Artificiële intelligentie, data en gezondheidszorg: de impact van digitalisering.** De discussie betrof het juridische kader voor datagebruik in toepassingen die werken met artificiële intelligentie en het belang van de Europese gezondheidsdataruimte. Als belangrijkste ethische en juridische concepten kwamen aan bod: autonomie, op informatie gebaseerde toestemming en transparantie.
- ✦ **Huidige bedreiging inzake cyberbeveiliging: belangrijkste bedreigingen, trends, actoren en aanvalstechnieken.** Het Agentschap van de Europese Unie voor Netwerk- en Informatiebeveiliging (ENISA) presenteerde zijn “Threat Landscape”-verslag voor de gezondheidssector met de belangrijkste bedreigingen en relevante risicomatigende maatregelen.
- ✦ **het Federal Bureau of Investigation (FBI) schetste het zorgstelsel en de fraudemechanismen in de Verenigde Staten.** De webinar bood een overzicht van het gezondheidszorgsysteem in de Verenigde Staten met de belangrijkste fraudemechanismen tegen publieke en private programma's. Het belichtte de rol van het FBI bij het opsporen en bestrijden van fraude, verspilling en misbruik.
- ✦ **Cyprus: detectie en controleonderzoek bij een fraudegeval door een apotheker.** Gevalstudie over de werkwijzen van de Cypriotische zorgverzekeringsorganisatie op het gebied van detectie en controleonderzoeken.
- ✦ **Informatiesysteem interne markt (IMI): uitleg over het IMI-communicatie- en waarschuwingssysteem, zoals beschreven in richtlijn 2005/36/EG betreffende de wederzijdse erkenning van beroepskwalificaties, met als doel communicatiesystemen voor fraudebestrijding te inspireren.**
- ✦ **Hoe fraude in de gezondheidszorg te verminderen: presentatie van een vernieuwende Estse tool.** In Estland krijgen zorgverleners zicht op alle verstrekkingen die zijn verricht (bijvoorbeeld door een ziekenhuis) mét hun kostprijs. Dat heeft geleid tot transparantie op twee niveaus en tot een vermindering van het risico op fraude.
- ✦ **thuiszorgspecial: het verhaal van een seriefraudeur (Nederland).** De op twee na grootste zorgverzekeraar in Nederland, V.G.Z., vertelde ons over de opsporing, het controleonderzoek en de preventie aangaande een seriefraudeur in de thuiszorg.
- ✦ **Helfo: fraude begaan door een tandarts in Noorwegen.** In die webinar werd een overzicht gegeven van het Noorse terugbetalingsstelsel voor tandheelkundige zorg. Het werd toegelicht aan de hand van een praktijkgeval van een controleonderzoek dat tot zware straffen had geleid: terugbetaling van nagenoeg 2,5 miljoen Noorse kronen (ongeveer 210.000 euro),

schorsing van het recht om terugbetalingen te vragen gedurende 5 jaar en een gevangenisstraf van 9 maanden.

### III. EVALUATIE VAN DE BEHEERSPERFORMANTIE VAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN

De V.I.'s krijgen jaarlijks een vergoeding voor hun administratiekosten. De samenstelling en het bedrag van die vergoeding zijn beschreven in artikel 195 van de GVVU-wet. Dit bedrag wordt verdeeld tussen de verschillende V.I.'s. De grootte van het bedrag dat een V.I. krijgt, is afhankelijk van haar werkelijke uitgaven en van het type leden (leeftijd, chronisch zieken, socio-economische status, enz.) dat ze heeft.

Sinds 2004 is een deel van het bedrag dat een V.I. jaarlijks ontvangt, gekoppeld aan de manier waarop ze haar wettelijke opdracht uitvoert. Die 20 % vertegenwoordigt de 'variabele administratiekosten'<sup>54</sup>.

Alle diensten van het RIZIV en de Controledienst voor de Ziekenfondsen analyseren de manier waarop de V.I.'s hun wettelijke opdracht vervullen en de kwaliteit ervan. Het RIZIV geeft de resultaten van deze analyses door aan de Controledienst voor de Ziekenfondsen. Deze zet via scoreschalen de resultaten van de analyses om in geldelijke waarden en vermindert per V.I. de variabele administratiekosten met deze geldelijke waarde.<sup>55</sup>

Merk op dat deze responsabilisering van de V.I.'s een bestraffingssysteem is. Als de V.I.'s slecht scoren, wordt er een deel van de variabele kosten afgehouden. Als de V.I.'s echter goed scoren, krijgen ze het volledige bedrag. Het zijn dus geen beloningen.

In 2024, was de DGEC betrokken bij de evaluatie van volgende indicatoren. Omdat de beroepsperiode nog lopende is, kunnen we enkel de voorlopige resultaten meedelen.

#### 1. Mededeling van voorstellen met motivatie van staat van invaliditeit via IDES

Omdat de Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV zijn controletaken vlot zou kunnen uitvoeren, moet de adviserend arts een voorstel meedelen aan de medische directie van zijn V.I., waarin de staat van invaliditeit van de patiënt wordt gemotiveerd. Dit moet tussen de eerste en de laatste dag van de elfde maand van de primaire arbeidsongeschiktheid. De medische directies van de V.I.'s moeten deze gegevens (de fluxen INV01) naar het RIZIV opsturen via IDES.

We hebben in een representatieve steekproef van dossiers onderzocht of zij de bewuste gegevens uiterlijk tijdens de eerste 7 dagen van de twaalfde maand van de arbeidsongeschiktheid hebben verstuurd (of 11 maanden en 7 dagen na de begindatum van primaire arbeidsongeschiktheid). Later ingediende dossiers, dus vanaf de achtste dag van de twaalfde maand van de periode van primaire arbeidsongeschiktheid worden beschouwd als laattijdig.

---

<sup>54</sup> Deze 'variabele administratiekosten' bedroegen initieel 10 % van het bedrag dat een V.I. jaarlijks ontvangt. Sinds de aanpassing van de GVVU-wet op 11 april 2019 is dat percentage geleidelijk verhoogd tot 20 % in 2022.

<sup>55</sup> Zie koninklijk besluit van 10 april 2014 betreffende de financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten.

Omdat de V.I.'s niet verantwoordelijk zijn voor alle vertragingen, voerde het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV een tolerantie- of immunitetsmarge in van 7,5 %. Dat betekent dat er geen foutscore of laattijdigheidsscore wordt toegekend als het aantal laattijdige dossiers minder dan 7,5 % bedraagt.

De resultaten verschillen sterk per V.I. en variëren van 0,2922 % et 12,4142 %.

## 2. Naleving van de regels over de vergoeding van bepaalde verstrekkingen van geneeskundige verzorging

### a) Farmaceutische verstrekkingen: autosondage bij de patiënt thuis

Het koninklijk besluit van 18 april 2017<sup>56</sup> verbiedt de cumulatie van de tussenkomst in de kostprijs van het autosondage-materiaal bij de patiënt thuis en de aanrekening van een blaassondage door verpleegkundigen. We hebben via de V.I.'s gecontroleerd hoeveel bezoeken voor een blaassondage<sup>57</sup> onterecht waren aangerekend, omdat ze plaatsvonden na de periode waarin de autosondage-sondes waren geleverd<sup>58</sup>.

We hebben vastgesteld dat het percentage verzekerden bij wie de terugbetalingsvoorwaarden niet werden gerespecteerd varieert tussen 0,0000 % en 3,6348 %.

### b) Orthopedie en bandagisterie: therapeutische elastische beenkousen

We hebben nagekeken of de regels voor de terugbetaling van therapeutische elastische beenkousen<sup>59</sup> correct werden toegepast en het percentage bepaald van de dossiers waarvoor één of meerdere onjuiste terugbetalingen werden uitgevoerd, in verhouding tot het totale aantal onderzochte gevallen.

Die kousen moeten worden voorgeschreven door een arts-specialist in de heelkunde, inwendige geneeskunde, geriatrie, gynaecologie-verloskunde, fysische geneeskunde en revalidatie, radiotherapie-oncologie, pediatrie, dermato-venereologie of medische oncologie. De ziekteverzekering komt voor kinderen enkel tussen tot hun vijftiende verjaardag.

We hebben vastgesteld dat het percentage verstrekkingen die de V.I.'s ten onrechte aan patiënten werden terugbetaald varieert tussen 4,2636 % en 100,0000 %.

### c) Conclusie

Over het algemeen varieert het foutenpercentage bij de toepassing van de regels voor de vergoeding van de verstrekkingen van geneeskundige verzorging in 2024 tussen 3,9492 % en 51,4286 %.

---

<sup>56</sup> Koninklijk besluit van 18 april 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis.

<sup>57</sup> Nomenclatuurnummers 425176, 425574, 425972, 429030 en 426370.

<sup>58</sup> Nomenclatuurnummers 743411 en 743396.

<sup>59</sup> Nomenclatuurnummers van hoofdstuk VI, art. 27, § 1, "Therapeutische elastische beenkousen", subgroep 1: lymfoedeem; klasse II.

### 3. Kwaliteit van NewAttest-gegevens

We hebben de kwaliteit van de gegevens die de V.I.'s ons via het platform NewAttest bezorgden, beoordeeld op de volgende 4 criteria:

- ✦ lateraliteit: de behandelde kant L/R;
- ✦ tandnummer: registratie;
- ✦ uniek identificatienummer van het toestel voor medische beeldvorming: registratieplan;
- ✦ norm van de zorgverlener: identificeert zorginstellingen en verzorgingsdiensten.

Het globale foutenpercentage ligt dit jaar tussen 0,0531 % en 26,8189 %.

## IV. ACTIEPLAN HANDHAVING IN DE GEZONDHEIDSZORG 2024-2026

Het '[Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2024-26](#)' is het vierde in rij en werd opgesteld door de Anti-Fraudecommissie (CAFC). Deze commissie is samengesteld uit een ruime vertegenwoordiging van het RIZIV (DGEC, Dienst voor Geneeskundige Verzorging en Dienst voor Administratieve Controle) en uit afgevaardigden van de V.I.'s, het Nationaal Intermutualistisch College (NIC), het InterMutualistisch Agentschap (IMA) en de Federale Toezichtcommissie van de FOD Volksgezondheid.

Het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg bevat maatregelen en actiepunten om onterechte aanrekeningen in de gezondheidszorg te voorkomen en te handhaven. Het actieplan werd opgesteld rond 5 strategische assen:

- ✦ structurele preventie van administratieve fouten, misbruik en fraude;
- ✦ gerichte inspecties en acties op basis van systematische risicoanalyses;
- ✦ proactieve opvolging en daadwerkelijke uitvoering beslissingen;
- ✦ betrokkenheid en responsabilisering van verzekerden en zorgverleners;
- ✦ efficiënt gebruik van expertise en inspectiemiddelen.

Naast de toelichting van essentiële lopende projecten zoals Dataflow 2.0, facturatieprofielen voor zorgverleners en een tarifieringsmotor werden 4 projecten weerhouden als prioritair in 2024:

- ✦ toekennen en intrekken van RIZIV-nummers;
- ✦ transparantie voor V.I.'s, verzekerden en RIZIV van alle nodige informatie met betrekking tot aanrekeningen in de gezondheidszorg;
- ✦ duidelijkheid over het statuut van de patiënt voor de apotheker op het moment van de aflevering van geneesmiddelen;
- ✦ tarifieringsdiensten voor apothekers.

In het tweede semester van 2025 werd door de CAFC en met het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) gewerkt aan een update van het Actieplan handhaving dat in januari 2026 is voorgesteld aan de Algemene Raad.

# Deel 5 – Impact

## I. IMPACT VAN ONZE ACTIES VAN 2021

Als inspectiedienst wil de DGEC impact hebben op het aanreken- en voorschrijfgedrag van zorgverleners en zorginstellingen. Door de diversiteit van zijn acties en de verwachte resultaten moet de impact van de DGEC op een holistische manier worden bekeken. Daarom meten we de impact aan de hand van zowel kwantitatieve als kwalitatieve indicatoren. Met indicatoren bedoelen we het volgende:

- ✦ kwantitatieve indicatoren: de financiële ramingen of de variatie van het aantal verstrekkingen;
- ✦ kwalitatieve indicatoren: de interventies bij de commissies om de nomenclatuur aan te passen of te preciseren, de formulering van indicatoren bij de NRKP, enz.

Hieronder stellen we de financiële impact voor van de processen-verbaal van vaststelling die ten laste van de zorgverleners zijn opgesteld, alsook de kwantitatieve en kwalitatieve impact van onze nationale opdrachten.

### 1. Algemene methodologie

De gebruikte methodologie heeft tot doel de impact van onze acties op een gestandaardiseerde en systematische manier te meten. Deze methodologie helpt om de voorgestelde cijfers te consolideren en de interpretatie ervan voor iedereen toegankelijker te maken. Ook wordt eventuele bias bij de interpretatie van de resultaten beperkt, aangezien het analyseplan van tevoren is vastgesteld.

Het is helaas niet mogelijk om de impact te meten van de acties die onlangs hebben plaatsgevonden en die we elders in dit verslag voorstellen. De latentietijd tussen een uitgevoerde actie en het te verwachten effect, de periodiciteit van de facturatiegegevensstromen en de wettelijke facturatietermijn aan de V.I.'s maken een impactmeting van recente acties onmogelijk, zoals uit onderstaand voorbeeld blijkt.

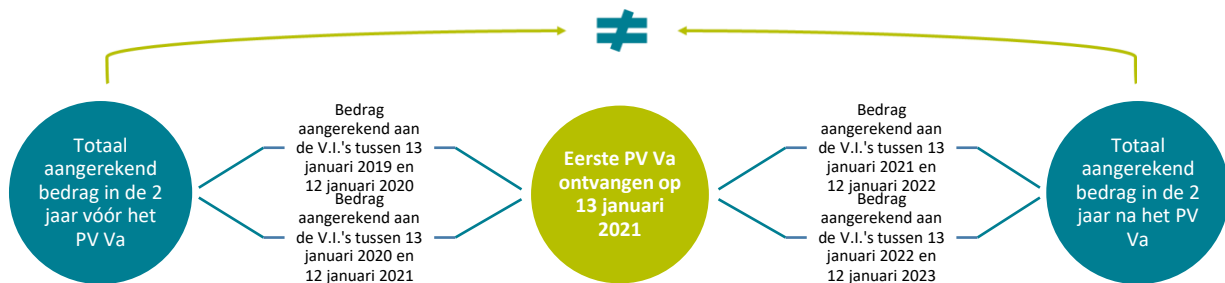
- ✦ In februari van het jaar X wordt een controleonderzoek betreffende ambulante verstrekkingen uitgevoerd.
- ✦ Na analyse gaan we ervan uit we dat dit controleonderzoek vanaf de maand mei van het jaar X een effect kan hebben onder de vorm van een gedragswijziging van de zorgverleners.
- ✦ We willen nagaan of het waargenomen effect stabiel is in de tijd, dus volgen we de facturatiegegevens van de zorgverleners gedurende één jaar, tot april van het jaar X+1.
- ✦ Aangezien vergoedbare verstrekkingen tot 2 jaar na de verrichtingsdatum van deze verstrekkingen in rekening kunnen worden gebracht bij de V.I.'s, is het mogelijk dat de aanrekeningen van april X+1 pas zichtbaar zijn in de gegevens van het eerste semester X+3.
- ✦ Aangezien het gemiddeld 7 maanden duurt om de facturatiegegevens van de ambulante verstrekkingen (Doc P) van een beëindigd semester te verkrijgen, zullen de volledige gegevens rond februari van het jaar X+4 beschikbaar zijn.
- ➔ Conclusie: om een follow-up van één jaar uit te voeren van een controleonderzoek met mogelijk effect 3 maanden na de uitvoering ervan, kan de volledige meting pas 4 jaar na het controleonderzoek worden uitgevoerd.

Gelukkig is het niet altijd nodig om over volledige gegevens te beschikken om een globale impact te meten en hebben de nieuwe elektronische facturatiesystemen er in belangrijke mate bijgedragen aan de verkorting van de gemiddelde termijnen van aanrekening aan de V.I.'s . Rekening houdende met deze elementen en ook om een zekere veiligheidsmarge te hanteren, hebben we ervoor gekozen de impact te meten van acties die we 3 jaar geleden hebben uitgevoerd.

## 2. Impact van de processen-verbaal van vaststelling op de aanrekening

In dit deel analyseren we in hoeverre het ontvangen van een eerste proces-verbaal van vaststelling<sup>60</sup> in 2021 het aanrekend bedrag van de zorgverleners<sup>61</sup> daarna heeft beïnvloed.

Daartoe vergelijken we de bedragen die aan de V.I.'s zijn aangerekend voor verstrekkingen die waren verricht in de 2 jaar vóór het opstellen van het proces-verbaal van vaststelling, met de bedragen die zijn aangerekend voor de verstrekkingen verricht in de 2 daaropvolgende jaren. De datum van het proces-verbaal van vaststelling vormt de spildatum.



**Figuur 15. Berekeningsmethode van de impact van de eerste processen-verbaal van vaststelling (PV Va's) op het aanrekend bedrag**

De analyses zijn gebaseerd op de facturatiegegevens voor ambulante zorg (Doc P). We hebben gegevens gebruikt die betrekking hebben op alle verstrekkingen die werden verricht van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2023 en die zijn geboekt tussen 1 januari 2019 en 30 juni 2024.

Merk op dat de werkelijke impact van de controleonderzoeken in onze meting vaak wordt onderschat. Gelet op de inflatie en de indexeringsmechanismen van de verstrekkingen, is het bedrag van eenzelfde aantal verstrekkingen dat door een zorgverlener in 2023 wordt aangerekend immers bijna verplicht hoger dan het bedrag dat in 2019 zou zijn aangerekend. Momenteel corrigeert de huidige berekeningsmethode dat effect niet, maar we onderzoeken verschillende pistes om in de toekomst rekening te houden met deze factor.

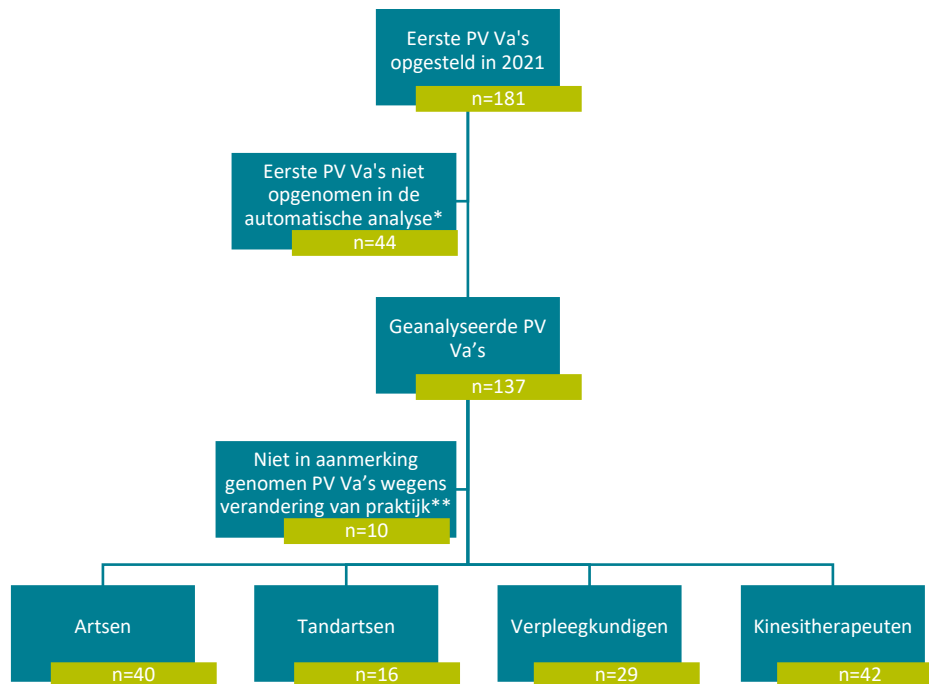
Bovendien dient, ook dit jaar, te worden opgemerkt dat onze impactmeting werd beïnvloed door de COVID-19-epidemie in 2020: de impact van onze acties wordt onderschat. Vanwege de beperkingen en de lockdown zal een zorgverlener die eind 2021 een eerste proces-verbaal van vaststelling heeft gekregen immers vaak een lager aanrekenprofiel 'vóór proces-verbaal van vaststelling' hebben dan hij gewoonlijk voor de epidemie had. Als we dit vergelijken met het aanrekenprofiel 'na proces-verbaal van vaststelling' (dus post-lockdown), dan leidt dit tot een onderschatting van de impact op het proces-verbaal van vaststelling.

<sup>60</sup> Wanneer er meerdere vaststellingen zijn in eenzelfde controleonderzoek, dan nemen we hier enkel het eerste proces-verbaal van vaststelling in aanmerking.

<sup>61</sup> De methode om deze analyse te automatiseren laat alleen toe te werken met de verstrekkingen van bepaalde zorgverleners en niet met die van bijvoorbeeld zorginstellingen.

Aangezien verschillende factoren de verandering in het aanrekengedrag van de zorgverleners kunnen verklaren (proces-verbaal van vaststelling, maar ook pensioen, overlijden, verandering van statuut, andere verpleegkundige groepering, inhaalbeweging na de lockdown, enz.), analyseren we de dossiers van elke zorgverlener alvorens de impactmeting uit te voeren. De dossiers waarvoor te veel andere factoren dan het proces-verbaal van vaststelling een rol spelen en die de impact dus artificieel vergroten of verkleinen, verwijderen we uit de selectie.

Onderstaande figuur toont de resultaten van deze selectie door het multidisciplinaire team voor de dossiers waarvan een eerste proces-verbaal van vaststelling in 2021 is opgesteld.



\* De methode om deze analyse te automatiseren laat alleen toe te werken met de verstrekkingen van bepaalde zorgverleners en niet met die van bijvoorbeeld zorginstellingen.

\*\* PV Va's niet opgenomen in de analyse omdat te veel andere factoren (dan het PV Va) een rol speelden.

**Figuur 16. Schema van de selectie van dossiers waarvoor een eerste proces-verbaal van vaststelling (PV Va) in 2021 werd opgesteld**

De onderstaande tabellen tonen de belangrijkste tweejaarlijkse impacts die in 2024 zijn gemeten, opgesplitst per relevante categorie. De globale impact van de eerste processen-verbaal van vaststelling die in 2021 voor een deel van de zorgverleners zijn opgesteld (127 van de 181) wordt geraamd op 8.010.668,59 euro.

**Tabel 14. Vergelijking van de aanrekening in de 2 jaar na ontvangst van het eerste PV van vaststelling in 2021 met de aanrekening in de 2 jaar vóór het PV van vaststelling, per beroepsgroep**

Beroepsgroep	#	Aanrekening vóór PV van vaststelling (€)	Aanrekening na PV van vaststelling (€)	Totale tweejaarlijkse impact (€)	Gemiddelde tweejaarlijkse impact per zorgverlener (€)
Arts	40	25.000.465,57	21.519.044,30	3.481.421,27	87.035,53
Tandarts	16	10.180.740,44	8.865.626,12	1.315.114,32	82.194,65
Verpleegkundige	29	10.370.865,57	7.561.663,06	2.809.202,51	96.869,05
Kinesitherapeut	42	9.600.695,90	9.195.765,41	404.930,49	9.641,20
<b>TOTAAL</b>	<b>127</b>	<b>55.152.767,48</b>	<b>47.142.098,89</b>	<b>8.010.668,59</b>	<b>63.076,13</b>

**Tabel 15. Vergelijking van de aanrekening in de 2 jaar na ontvangst van het eerste PV van vaststelling in 2021 met de aanrekening in de 2 jaar vóór het PV van vaststelling, per type inbreuk**

Inbreuk	#	Aanrekening vóór PV van vaststelling (€)	Aanrekening na PV van vaststelling (€)	Totale tweejaarlijkse impact (€)	Gemiddelde tweejaarlijkse impact per zorgverlener (€)
Fraude	34	16.971.260,80	12.820.295,04	4.150.965,76	122.087,23
Andere/niet-fraude	93	38.181.506,68	34.321.803,85	3.859.702,83	41.502,18
<b>TOTAAL</b>	<b>127</b>	<b>55.152.767,48</b>	<b>47.142.098,89</b>	<b>8.010.668,59</b>	<b>63.076,13</b>

**Tabel 16. Vergelijking van de aanrekening in de 2 jaar na ontvangst van het eerste PV van vaststelling in 2021 met de aanrekening in de 2 jaar vóór het PV van vaststelling, per beslissing van de arts-inspecteur-generaal**

Beslissing arts-inspecteur-generaal	n	Aanrekening vóór PV van vaststelling (€)	Aanrekening na PV van vaststelling (€)	Totale tweejaarlijkse impact (€)	Gemiddelde tweejaarlijkse impact per zorgverlener (€)
Vaststelling zonder geschillenprocedure	80	31.701.885,77	29.006.302,88	2.695.582,89	33.694,79
Vaststelling met geschillenprocedure	47	23.450.881,71	18.135.796,01	5.315.085,70	113.086,93
<b>TOTAAL</b>	<b>127</b>	<b>55.152.767,48</b>	<b>47.142.098,89</b>	<b>8.010.668,59</b>	<b>63.076,13</b>

**Tabel 17. Vergelijking van de aanrekening in de 2 jaar na ontvangst van het eerste PV van vaststelling in 2021 met de aanrekening in de 2 jaar vóór het PV van vaststelling, per type inbreuk en per beslissing van de arts-inspecteur-generaal**

Inbreuk / beslissing arts-inspecteur-generaal	n	Aanrekening vóór PV van vaststelling (€)	Aanrekening na PV van vaststelling (€)	Totale tweejaarlijkse impact (€)	Gemiddelde tweejaarlijkse impact per zorgverlener (€)
Fraude					
zonder procedure	6	1.754.912,41	1.710.833,99	44.078,42	7.346,40
met procedure	28	15.216.348,39	11.109.461,05	4.106.887,34	146.674,55
Andere/niet-fraude					
zonder procedure	74	29.946.973,36	27.295.468,89	2.651.504,47	35.831,14
met procedure	19	8.234.533,32	7.026.334,96	1.208.198,36	63.589,39
<b>TOTAAL</b>	<b>127</b>	<b>55.152.767,48</b>	<b>47.142.098,89</b>	<b>8.010.668,59</b>	<b>63.076,13</b>

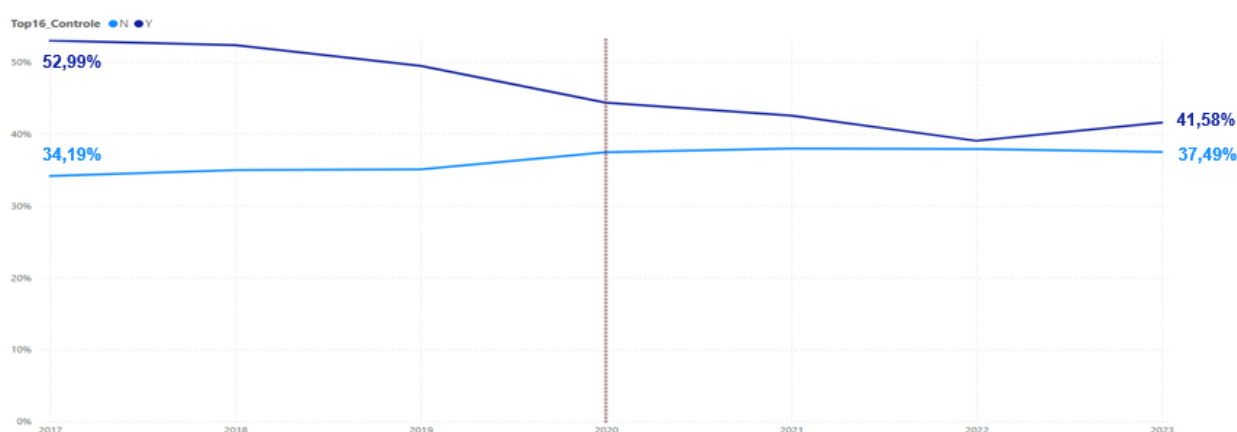
### 3. Impact van de nationale opdrachten

In dit deel stellen we de impact voor van de nationale opdrachten die in 2021 zijn afgesloten en aan het Comité van de DGEC zijn voorgesteld. We selecteerden die opdrachten waarvoor een kwantitatieve of kwalitatieve impact kon worden gemeten. Om in lijn te blijven met de gepresenteerde cijfers uit het vorige deel is de financiële impact ook hier berekend op 2 jaar, hoewel sommige opdrachten een bredere reikwijdte hebben.

#### a) Aanrekening van walker boots

Het controleonderzoek van 2020 richtte zich op de top 16 orthopedisch technologen voor de aflevering van walker boots in 2017. We controleerden of ze de terugbetalingscriteria hadden gerespecteerd. Het ten laste gelegde bedrag werd berekend bij vergelijking tussen het aangerekende bedrag voor een walker boot<sup>62</sup> en het bedrag dat aangerekend mag worden voor een enkeltoestel<sup>63</sup>. We legden 311.636,22 euro ten laste voor 614 verstrekkingen van 13 zorgverleners.<sup>64</sup>

Voor de impactmeting vergeleken we het aantal aangerekende walker boots en enkeltoestellen vóór en na het controleonderzoek, alsook de aanrekeningen van de top 16 orthopedisch technologen met de aanrekeningen van de andere orthopedisch technologen. De gegevens van 2017 tot en met 2023 werden hiervoor geanalyseerd.



**Figuur 17. Aanrekeningen van walkerboots en enkeltoestellen door de top 16 orthopedisch technologen en de andere orthopedisch technologen tussen 2017 en 2023, voor en na het controleonderzoek**

De impact is moeilijk te meten maar beperkt. Als de aanrekening door de top 16 orthopedisch technologen afneemt van 2020 tot 2023 in dezelfde mate als van 2017 tot 2019, dan zou er over deze periode van 4 jaar in totaal 261.216 euro bespaard zijn, ofwel een tweejaarlijkse impact van 130.608 euro. We merken in 2023 echter wel een kantelpunt hierin.

<sup>62</sup> Nomenclatuurnummer 697071-697082.

<sup>63</sup> Nomenclatuurnummer 646995-647006.

<sup>64</sup> Zie [Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2021](#), p. 25.

## b) Aanrekening van dringendheidshonoraria bij radiografie van thorax

We analyseerden de aanrekening van dringendheidshonoraria<sup>65</sup> bij radiografie van thorax op intensive care afdelingen van oktober 2017 tot december 2019. De methodologie omvatte het vergelijken van de verhouding van de dringendheidshonoraria tot het totale aantal radiografieën van thorax in de verschillende ziekenhuizen. Op basis van deze ratio werden sommige ziekenhuizen (ratio > 40 %) aan een controle onderworpen en kregen andere ziekenhuizen (6-40 %) een sensibiliseringsbrief, met al dan niet de vraag om verduidelijking en feedback. We legden 2.108.560 euro ten laste tijdens de controleonderzoek.<sup>66</sup>

Voor deze impactmeting analyseerden we NewAttest-gegevens van alle ziekenhuizen van enerzijds oktober 2017 tot december 2019 (referentieperiode) en anderzijds van januari 2021 tot september 2024 (impactperiode).

Na de controle en feedback wordt ongeveer 730.000 euro per jaar bespaard, ofwel een tweejaarlijkse impact van 1.460.000 euro. Er is hier wel een groot verschil merkbaar in het soort van actie. De impact van de controleonderzoek is het grootste, gevolgd door de sensibiliseringsbrief met vraag tot feedback. De sensibiliseringsbrieven zonder vraag tot feedback hebben weinig tot geen invloed op het gedrag van de desbetreffende ziekenhuizen.

**Tabel 18. Ratio van de dringendheidshonoraria op het totaal aantal radiografieën van thorax in de ziekenhuizen tijdens de referentieperiode (oktober 2017-december 2019) en de impactperiode (januari 2021-september 2024)**

Actie	Ratio (referentieperiode)	Ratio (impactperiode)	Trend
Controleonderzoek	55,59 %	6,95 %	↓
Brief met vraag tot feedback	23,28 %	13,55 %	↘
Brief zonder vraag tot feedback	12,25 %	16,64 %	→
Geen actie	1,32 %	3,29 %	→

## c) Voorschrift van immuuntherapie bij de behandeling van astma

In november 2021 werd een sensibiliseringsbrief gestuurd naar longartsen met als doel het verminderen van de onnodige voorschriften astma-immunotherapiebehandelingen<sup>67</sup>.

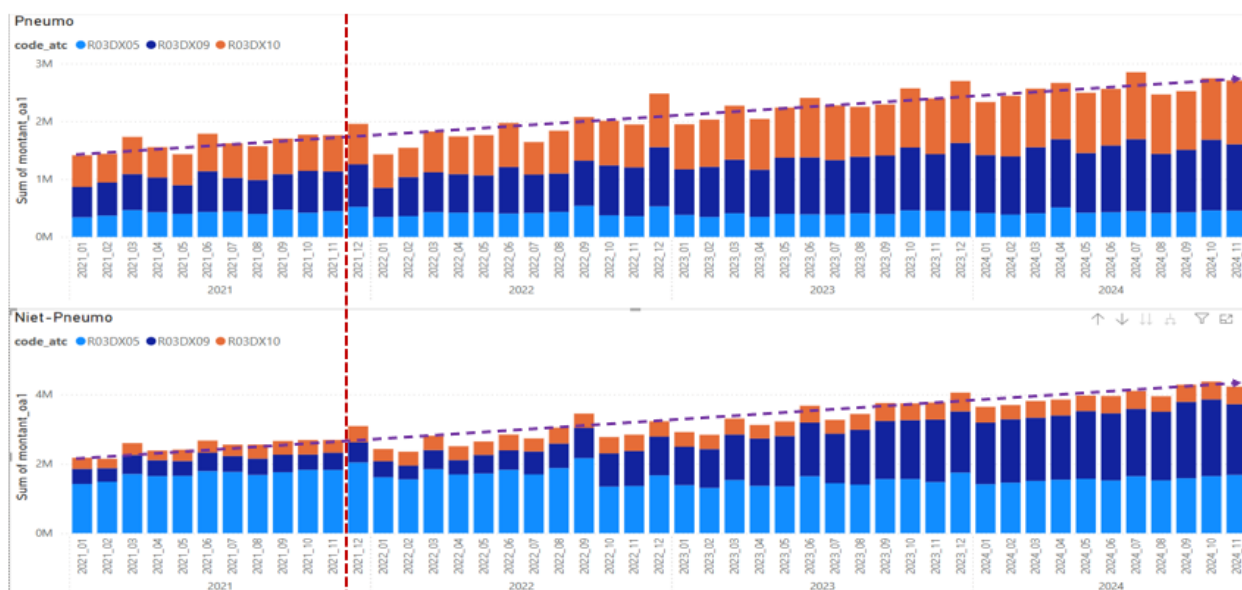
We analyseerden de evolutie van aangerekende bedragen voor 3 medicijnen: omalizumab, mepolizumab en benralizumab. We gebruikten de Pharmanet-gegevens van januari 2021 tot november 2024 en vergeleken de aanrekeningen door de longartsen en andere artsen.

Er is geen impact waargenomen na de sensibiliseringsactie: er is geen verschil tussen longartsen en andere artsen. Er is wel een verandering in het gebruik tussen omalizumab, mepolizumab en benralizumab zichtbaar, echter zonder budgettaire invloed.

<sup>65</sup> Nomenclatuurnummer 599642.

<sup>66</sup> Zie [Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2021](#), p. 45.

<sup>67</sup> Zie [Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2021](#), p. 16.



**Figuur 18. Aangerekende bedragen voor omalizumab (R03DX05), mepolizumab (R03DX09) en benralizumab (R03DX10) door longartsen en niet-pneumologen tussen januari 2021 en november 2024, voor en na de sensibiliseringsactie**

#### d) Aanrekening van cholangiopancreaticoscopie

In november 2018 hadden we een sensibiliseringsbrief gestuurd naar 46 ziekenhuizen, omwille van de verkeerde interpretatie van de nieuwe nomenclatuur<sup>68</sup> die op 1 november 2016 was geïntroduceerd voor de cholangiopancreaticoscopie. Deze sensibilisering werd gevolgd door een nationaal controleonderzoek en later nog door de publicatie van een interpretatieregule (in mei 2019). We legden 281.534 euro ten laste tijdens het controleonderzoek.

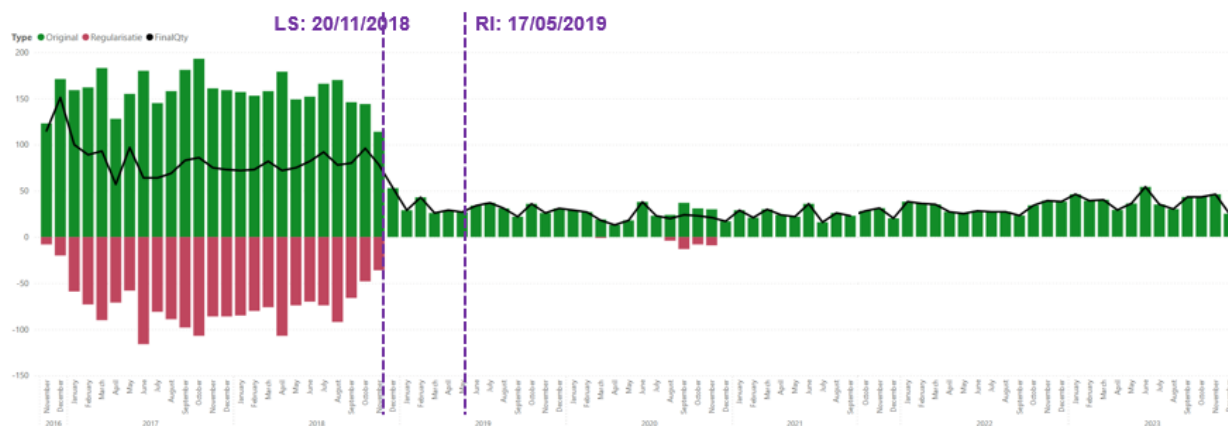
We voerden reeds een eerste impactanalyse in 2021, met de volgende conclusie. Tussen de ontvangstdatum van de sensibiliseringsbrief en de publicatie van de interpretatieregule regulariseerden de ziekenhuizen spontaan voor een bedrag van 1.624.583 euro. Bovendien stopten – op enkele uitzonderingen na – alle ziekenhuizen met de onterechte aanrekening van deze verstrekking. Na de publicatie van de interpretatieregule regulariseerden de ziekenhuizen nog spontaan een bedrag van 207.073 euro.

In totaal werd na deze nationale opdracht 2.113.190 euro gerecupereerd (terugbetalingen na processen-verbaal van vaststelling en regularisaties bij de V.I.'s).<sup>69</sup>

De huidige impactmeting ging vooral na wat de impact op langere termijn was. Hiervoor analyseerden we de gegevens (Doc P) van november 2016 tot december 2023. We merken op dat de situatie gestabiliseerd is.

<sup>68</sup> Nomenclatuurnummer 474736-474740.

<sup>69</sup> Zie [Jaarverslag DGEC. Activiteiten 2021](#), p. 42.



Figuur 19. Aanrekening van 474736-474740 van november 2016 tot december 2023 en regularisaties

## II. TOTALE FINANCIËLE IMPACT IN 2024

Het uiteindelijke doel van de DGEC als inspectiedienst is impact te hebben op het aanreken- en voorschrijfgedrag van zorgverleners en zorginstellingen. Vermits onze dienst deel uitmaakt van het RIZIV, een instelling van sociale zekerheid, is het belangrijk dat er ook een financiële impact is. In dit deel vindt u een overzicht van de bedragen die in 2024 werden gerecupereerd en van de bedragen die we hierboven in het punt “Impact van onze acties van 2021” vermeldden.

### 1. Terugbetalingen en boetes

De DGEC heeft in 2024 de betaling bekomen van een totaal bedrag van 15.557.460,41 euro in het kader van zijn controleonderzoeken (afgesloten of niet).

Tabel 19. Betalingen in 2024

Soorten betaling	Bedrag (€)
Vrijwillige terugbetaling (vóór beslissing genomen in geschillenprocedure)	10.745.708,99
Betaling na beslissing in geschillenprocedure	4.811.751,42
<b>TOTAAL</b>	<b>15.557.460,41</b>

De vrijwillige terugbetalingen hebben betrekking op ten laste gelegde bedragen (in een proces-verbaal van vaststelling) die zijn terugbetaald vóór de (eventuele) beslissing van de leidend ambtenaar of van één van de administratieve rechtscolleges (kamer van eerste aanleg en kamer van beroep).

De betalingen na een beslissing van de leidend ambtenaar of van één van de administratieve rechtscolleges hebben zowel betrekking op opgelegde terugbetalingen als op eventuele boetes. Die bedragen kunnen worden teruggevorderd hetzij rechtstreeks bij de betrokkenen, hetzij door tussenkomst van de FOD Financiën en de V.I.'s in geval van weigering van betaling (bij toepassing van artikel 206bis van de Gvu-wet).

## 2. Verminderde uitgaven

De financiële impact van de DGEC wordt ook bepaald door de vermindering van bepaalde onterechte uitgaven van de ziekteverzekering, na een eerste proces-verbaal van vaststelling en na bepaalde nationale opdrachten.<sup>70</sup>

In 2021 waren er in totaal 181 eerste processen-verbaal van vaststelling. Bij een aantal zorgverleners en zorginstellingen, is het nog niet mogelijk om met de beschikbare facturatiegegevens een geautomatiseerde impactmeting uit te voeren. Deze geautomatiseerde impactmeting werd voor 127 controledossiers uitgevoerd: de verminderde aanrekening gedurende 2 jaar is 8.010.668,59 euro.

De tweejaarlijkse impact van de nationale opdrachten die in 2021 aan het Comité van de DGEC werden voorgesteld, bedraagt in totaal 1.590.608,00 euro.

**Tabel 20. Tweejaarlijkse impact van de controleonderzoeken van 2021**

Acties	Bedrag (€)
Eerste processen-verbaal van vaststelling in 2021 (geautomatiseerde impactmeting)	8.010.668,59
Nationale opdrachten voorgesteld aan het Comité van de DGEC in 2021	1.590.608,00
<b>TOTAAL</b>	<b>9.601.276,59</b>

## 3. Globale financiële impact

Op basis van de bovenstaande gegevens kunnen we de financiële impact van de DGEC nu al begroten op **25,16 miljoen euro**, gemeten in 2024.

Onze impact reikt uiteraard verder en is niet altijd te becijferen. We kunnen de impact van bepaalde acties (zoals lezingen of verzoek tot aanpassing van nomenclatuur) niet meten en we hebben onze impactmetingen beperkt tot de nationale opdrachten die we in 2021 hebben voorgesteld aan het Comité van de DGEC. Ten slotte maakt dit jaarverslag zorgverleners en verzorgingsinstellingen, alsook verzekerden, bewust van het belang van een correcte aanrekening van verstrekkingen voor de duurzaamheid van toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg.

---

<sup>70</sup> Zie "[Impact van onze acties van 2021](#)", p. 61.

# Afkortingenlijst

BOD	Beslissingsorgaan/organe décisionnel
DGEC	Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle
EHFCN	European Healthcare Fraud & Corruption Network
GVU-wet	Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
ICE	Directies Informatie, Controle, Evaluatie van de DGEC
NRKP	Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie
PPI	Protonpompinhibitoren
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
V.I.	Verzekeringsinstelling

# Meer weten?

Hebt u vragen over deze publicatie?

Contacteer ons: [com.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be](mailto:com.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be)