

Miljoenen aangerekend voor medische behandelingen die niet eens gebeurden

# Vooraf thuisverpleging sjoemelt erop los

De controledienst van de Belgische ziekteverzekering heeft vorig jaar ruim vijf miljoen euro aan frauduleuze facturen opgespoord. Het gaat om gevallen waarbij dokters of verpleegkundigen doelbewust te veel aanrekenden aan het Riziv. De fraudeurs riskeren hoge boetes, schorsing of zelfs een celstraf. *JONAS MAYEUR*

Een aantal zorgverleners in ons land probeert de ziekteverzekering op te lichten. Dat blijkt uit een document van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGECE) van het Riziv. Vorig jaar heeft die inspectiedienst 87 fraudedossiers afgerond. In totaal is daarbij voor net geen

## ZO FRAUDEREN ZORGVERLENERS

- Nachttarief aanrekenen voor consultatie overdag
- Dure pacemaker aanrekenen terwijl goedkope is ingeplant
- Verzorgingen aanrekenen die niet gebeurd zijn
- Thuisverpleegkundigen die patiënten onterecht als "zeer zorgbehoevend" aanmelden

5,3 miljoen euro doelbewust te veel aangerekend door onder meer thuisverplegers, specialisten en ziekenhuizen (zie onderaan).

### Grote boetes

Te veel factureren kan per vergissing gebeuren. Een arts kan ook meer onderzoeken uitvoeren dan de richtlijnen voorschrijven, dan gaat het om overconsumptie. "Maar bij fraude is er een duidelijke intentie om het systeem te misbruiken", zegt

Paul Vincke van het *European Healthcare Fraud and Corruption Network*, dat in heel Europa fraude opspoorde en bestrijdt. "Het gaat dan om zorgverleners die de boel belazeren. Ze riskeren boetes tot 200 procent van het verschuldigde bedrag. In extreme gevallen kunnen ze geschorst worden of een celstraf krijgen."

Gezondheidseconoom Lieven Annemans (UGent) juicht de inspanningen van de ziekteverzekering toe. "Vijf miljoen euro lijkt een klein bedrag op een totaalbudget van ettelijke miljarden. Maar de opgespoorde fraude is slechts een deel van het totale mis-

bruik. Bovendien is het belangrijk dat fraudeurs duidelijk het signaal krijgen dat iemand hen achter de veren zit. Ze vormen een kleine minderheid, maar beschadigen het imago van de sector. Het geld dat zij onterecht krijgen, kan elders in de gezondheidszorg worden gebruikt. Nog steeds krijgen niet alle patiënten de zorg die ze nodig hebben."

In totaal vorderde de ziekteverzekering vorig jaar 8,7 miljoen euro terug. Zestig procent daarvan dus bij fraudeurs. Ook patiënten sjoemelen soms, in 2016 voor 65.000 euro.

### Nachttarief, maar dan overdag

Om misbruik op het spoor te komen, onderzoekt de controledienst klachten, maar er gebeuren ook thematische onderzoeken in sectoren waar veel problemen worden vermoed. In de meeste fraudedossiers die zijn afgerond in 2016, ging het om inbreuken door thuisverpleegkundigen.

De controledienst sloot in 2016 ook twee dossiers af tegen bandagisten, die rolstoelen en bepaalde prothesen leveren, in één klap goed voor maar liefst 618.000 euro.

De meeste fraude gebeurde door meer geld te vragen voor prestaties dan eigenlijk zou mogen. Sommige artsen rekenen bijvoorbeeld een nachttarief aan voor een consultatie die overdag plaatsvindt. Vorig jaar is echter ook voor 3,3 miljoen euro teruggevorderd voor behandelingen of zorgen die in de praktijk gewoon niet gebeurden.

## Bij wie is de meeste fraude vastgesteld?



Bron: Controledienst Riziv