

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

11 maart 2026

11 mars 2026

**VOORSTEL VAN RESOLUTIE**

**over de bestrijding van fraude  
in de gezondheidszorg**

(ingediend door mevrouw Kathleen Depoorter)

---

**PROPOSITION DE RÉSOLUTION**

**concernant la lutte contre la fraude  
en matière de soins de santé**

(déposée par Mme Kathleen Depoorter))

---

|             |                                                                           |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------|
| N-VA        | : Nieuw-Vlaamse Alliantie                                                 |
| VB          | : Vlaams Belang                                                           |
| MR          | : Mouvement Réformateur                                                   |
| PS          | : Parti Socialiste                                                        |
| PVDA-PTB    | : Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique          |
| Les Engagés | : Les Engagés                                                             |
| Vooruit     | : Vooruit                                                                 |
| cd&v        | : Christen-Democratisch en Vlaams                                         |
| Ecolo-Groen | : Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen |
| Anders.     | : Anders.                                                                 |
| DéFI        | : Démocrate Fédéraliste Indépendant                                       |
| ONAFH/INDÉP | : Onafhankelijk-Indépendant                                               |

| Afkorting bij de nummering van de publicaties: |                                                                                                                                            | Abréviations dans la numérotation des publications: |                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DOC 56 0000/000                                | Parlementair document van de 56 <sup>e</sup> zittingsperiode + basisnummer en volgnummer                                                   | DOC 56 0000/000                                     | Document de la 56 <sup>e</sup> législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi                                                                |
| QRVA                                           | Schriftelijke Vragen en Antwoorden                                                                                                         | QRVA                                                | Questions et Réponses écrites                                                                                                                         |
| CRIV                                           | Voorlopige versie van het Integraal Verslag                                                                                                | CRIV                                                | Version provisoire du Compte Rendu Intégral                                                                                                           |
| CRABV                                          | Beknopt Verslag                                                                                                                            | CRABV                                               | Compte Rendu Analytique                                                                                                                               |
| CRIV                                           | Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toezpraken (met de bijlagen) | CRIV                                                | Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) |
| PLEN                                           | Plenum                                                                                                                                     | PLEN                                                | Séance plénière                                                                                                                                       |
| COM                                            | Commissievergadering                                                                                                                       | COM                                                 | Réunion de commission                                                                                                                                 |
| MOT                                            | Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)                                                                                | MOT                                                 | Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)                                                                                       |

## TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

*Fraude ondergraaft de gezondheidszorg*

We moeten zo goed mogelijk omgaan met onze schaarse zorgmiddelen. Er zijn veel noden: de bevolking veroudert, de vooruitgang in de technologie maakt de behandelingen duurder. Dit alles moet worden opgevangen in budgettair uitdagende omstandigheden en een geopolitieke onzekerheid. Daarom moeten we er des te meer over waken dat het gezondheidszorgbudget zo zorgvuldig en efficiënt mogelijk wordt ingezet.

Fraude ondergraaft het hele gezondheidszorgsysteem. Het trekt middelen weg uit de sociale zekerheid, middelen die naar degenen zouden moeten gaan die verzorging nodig hebben. Het ondergraaft de solidariteit, want de frauduleuze besteding van overheidsmiddelen doet de belastingbetaler twijfelen over het nut van zijn bijdrage. Het ondergraaft ook de geloofwaardigheid van onze zorgverleners, alhoewel het overgrote deel daarvan zich correct en consciëntieus inzet voor zijn patiënten.

Fraude komt vaak voor onder de vorm van het doelbewust uitvoeren van niet noodzakelijke duurdere prestaties, of andere optimalisaties die enkel in het voordeel van de zorgverlener zijn. Het overgrote deel van de zorgverstrekkers factureert de correcte nomenclatuur volgens de zorgnood van de patiënt. We stellen helaas vast dat er uitzonderingen onder de zorgverleners zijn die zich overleveren aan praktijken die enkel in hun voordeel zijn en dus niet conform de zorgnood van de patiënt.

Daarnaast worden we ook geconfronteerd met groot-schalige fraudedossiers in de gezondheidszorg. Dit heeft niets meer met verzorging te maken, maar meer met georganiseerde misdaad, waarbij constructies worden opgesteld om zo veel mogelijk overheidsgeld weg te sluizen op de kap van kwetsbare mensen.

Fraude in de gezondheidszorg is dan ook een belangrijk onderdeel van het beleid van de regering. In het regeerakkoord lezen we:

“Fraude in de zorg moet absoluut vermeden worden. We evalueren de werking van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (*hierna: DGEC*) van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

## DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

*La fraude nuit gravement aux soins de santé*

Nous devons gérer au mieux nos ressources limitées en matière de soins de santé. Les besoins sont en effet nombreux, la population vieillit et les progrès technologiques rendent les traitements plus coûteux, tous ces défis devant en outre être relevés dans un contexte budgétaire difficile et dans un cadre géopolitique incertain. C'est pourquoi nous devons tout particulièrement veiller à ce que le budget des soins de santé soit géré aussi rigoureusement et efficacement que possible.

La fraude nuit gravement à l'ensemble de notre système de soins de santé. Elle vise en effet à détourner des ressources de la sécurité sociale dont devraient bénéficier des personnes qui ont réellement besoin de soins. La fraude nuit aussi à la solidarité, car l'utilisation frauduleuse de ressources publiques incite les contribuables à douter de l'utilité de leurs contributions. Elle nuit également à la crédibilité de nos prestataires de soins, bien que la plupart d'entre eux soignent leurs patients avec rigueur et conscience professionnelle.

La fraude se manifeste souvent sous la forme de l'exécution délibérée de prestations non nécessaires et plus coûteuses, ou sous la forme d'autres optimisations qui ne profitent qu'aux prestataires fraudeurs. La plupart des prestataires de soins facturent les soins en appliquant correctement les codes de la nomenclature en fonction des besoins de soins des patients, mais certains font malheureusement exception et se livrent à des pratiques qui servent uniquement leurs intérêts et qui ne correspondent donc pas aux besoins de leurs patients.

Par ailleurs, certains dossiers de fraude à grande échelle concernent le secteur des soins de santé. Ces dossiers n'ont plus aucun rapport avec les soins de santé mais concernent des faits de criminalité organisée, c'est-à-dire des montages mis en place dans le but de détourner autant de ressources publiques que possible au détriment de personnes vulnérables.

La fraude affectant les soins de santé constitue dès lors un volet important de la politique du gouvernement, dont l'accord de gouvernement indique ce qui suit:

“Il faut absolument éviter la fraude dans le secteur des soins. Nous évaluons le fonctionnement du Service d'évaluation et de contrôle médicaux [SECM ci-après] de [l']Institut national d'assurance maladie-invalidité

(hierna: RIZIV) en zetten in op de samenwerking met de parketten en andere (inspectie)diensten zoals bijvoorbeeld de Federale Toezichtscommissie. We streven naar een transparante en kwalitatieve controle door de DGEC.

Een multidisciplinaire aanpak in samenspraak met patiënten, zorgverstrekkers, de mutualiteiten en het RIZIV kan zorgen voor objectieve controles.

We streven, na grondige evaluatie van de procedures naar een objectief, transparant en kwalitatief controlesysteem dat alle betrokken partijen betreft om de verstrekkers te identificeren die een afwijkend patroon vertonen in vergelijking met hun collega's of niet-conform de aanbevelingen rond goede praktijkvoering werken."

Een antifraudesysteem in de gezondheidszorg moet fraudegevallen detecteren en moet performant optreden. Tegelijkertijd mag het niet de gehele groep van zorgverleners bij voorbaat culpabiliseren of hun therapeutische vrijheid beperken.

#### *Fraudezaak Houthulst*

In november 2025 kwam een grootschalige fraudezaak aan het licht waarbij een thuisverpleegkundige uit Houthulst wordt verdacht van het jarenlang aanrekenen van fictieve prestaties aan het RIZIV. Er wordt aangenomen dat een thuisverpleegkundige 15 tot 20 patiënten per dag kan zien, maar bij de verdachte liep dat op tot wel 90 patiënten per dag. Een patroon dat jarenlang heeft aangesleept. Er werd hiervoor misbruik gemaakt van de identiteitskaarten van de betrokken patiënten. De casus stond hierdoor al lang op de radar van de controlediensten. De eerste klacht dateert van 2017, maar er werd pas doeltreffend opgetreden in 2025, acht jaar later. De sanctiemechanismes die in werking traden gedurende deze periode bleken niet voldoende. Boetes werden opgelegd en (gedeeltelijk) terugbetaald en de toegang tot de derdebetalersregeling werd geschrapt. Maar dit kon niet verhinderen dat het aanrekenen van onterechte prestaties bleef doorgaan.

#### *Hoorzitting in de commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen*

Op 21 januari 2026 ging hierover een hoorzitting door met de DGEC in de commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen van de Kamer van volksvertegenwoordigers. Daar werd een aantal pijnpunten blootgelegd, evenals een plan van aanpak voorgesteld. De problemen die werden aangekaart, waren onder andere het feit dat een zorgverlener niet op de hoogte wordt gesteld wanneer er een prestatie wordt aangerekend op zijn RIZIV-nummer. De samenwerking met het arbeidsauditoraat

(INAMI ci-après)] et développons la collaboration avec les parquets et les autres services (d'inspection) comme la Commission fédérale de contrôle. Nous visons un contrôle transparent et qualitatif par le SECM.

Une approche multidisciplinaire en collaboration avec les patients, les dispensateurs de soins, les mutualités et l'INAMI peut aboutir à des contrôles objectifs.

Après une évaluation approfondie des procédures, nous visons un système de contrôle objectif, transparent et qualitatif qui implique tous les acteurs concernés pour identifier les prestataires qui ont des comportements déviants par rapport à leurs homologues ou non conformes par rapport aux recommandations de bonne pratique."

Dans le secteur des soins de santé, la lutte contre la fraude doit permettre de détecter les cas de fraude et d'intervenir efficacement. Elle ne peut toutefois ni stigmatiser d'emblée l'ensemble des prestataires de soins, ni restreindre leur liberté thérapeutique.

#### *La fraude constatée à Houthulst*

En novembre 2025, une vaste affaire de fraude a éclaté. Dans celle-ci, une infirmière à domicile de la commune de Houthulst est soupçonnée d'avoir facturé des prestations fictives à l'INAMI pendant plusieurs années. Alors que l'on estime qu'un infirmier à domicile peut soigner entre 15 et 20 patients par jour, l'infirmière précitée en aurait comptabilisé jusqu'à 90 par jour durant de nombreuses années en utilisant abusivement les cartes d'identité de plusieurs patients. Ce dossier était donc connu des services de contrôle depuis longtemps. La première plainte remonte à 2017, mais il a fallu attendre huit ans, soit jusqu'en 2025, pour que des mesures efficaces soient prises. Les sanctions infligées durant cette période se sont avérées insuffisantes. Des amendes ont été infligées et (partiellement) remboursées, et l'accès au régime du tiers payant a été retiré à l'intéressée, mais cela n'a pas permis d'empêcher la poursuite de la facturation de prestations indues.

#### *Audition en commission de la Santé et de l'Égalité des chances*

Le 21 janvier 2026, la commission de la Santé et de l'Égalité des chances de la Chambre des représentants a procédé, à ce sujet, à une audition à laquelle a participé le SECM. Plusieurs difficultés et un plan d'action ont été présentés au cours de cette audition. Les problèmes soulevés concernent notamment le fait que les prestataires de soins ne sont pas informés des prestations facturées sous leurs numéros INAMI respectifs. La collaboration avec l'auditorat du travail ne s'est pas toujours révélée

bleek niet altijd even efficiënt. Van zodra een dossier wordt overgedragen, moet het eigen onderzoek door het RIZIV worden stilgelegd en komt de regie in handen van het parket. Bovendien kunnen bepaalde dossiers niet snel worden overgedragen omdat het arbeidsauditoraat niet altijd beschikt over de nodige expertise. In de casus van Houthulst ging dit bijvoorbeeld om het correct kunnen inschatten van de score op de Katzschaal. Daarnaast botste men volgens de DGEC op problemen met betrekking tot het medisch geheim.

#### *Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2026-2030*

Begin 2026 stelde minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke zijn nieuw actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2026-2030 voor. Het plan wil zorgverleners zicht geven op hun eigen aanreken- en voorschrijfgedrag ten opzichte van een groep zorgverleners met een vergelijkbaar patiëntenbestand.

Daarnaast wil de minister zorgverleners die frauderen een halt toeroepen door hun RIZIV-nummer te laten schorsen door de Kamer van eerste aanleg of de Kamer van beroep.

Ten derde zal elke akkoorden- en overeenkomstcommissie drempelbedragen kunnen bepalen voor zijn sector.

Burgers zullen zelf zicht krijgen op wat op hun naam wordt aangerekend. En in het kader van de strijd tegen de georganiseerde misdaad wil de DGEC de synergie met de arbeidsauditoraten voortzetten via samenwerkingsafspraken.

#### *Nieuw groot fraudeschandaal*

Op onze vraag of er nog dergelijke fraudeschandalen gekend waren bij het RIZIV, antwoordde het DGEC positief. Bijgevolg gingen we op zoek naar eventuele andere onderzoeken. In ons onderzoek werd duidelijk dat er op dit moment een ander zwaar geval van zorgfraude in procedure is, waarbij er sprake is van nog grotere bedragen dan de casus in Houthulst.

Uit het onderzoek blijkt dat een grootschalige fraudeconstructie binnen het derdebetalerssysteem jarenlang kon functioneren zonder tijdige ingreep. De vermoedelijke spilfiguur zou via een netwerk van opeenvolgende zorgvennootschappen en een zorgtehuis minstens 5 miljoen

optimale. Dès qu'un dossier est transmis, l'INAMI doit suspendre sa propre enquête et le parquet prend la main sur le dossier. Par ailleurs, certains dossiers ne peuvent pas être transmis rapidement, l'auditorat du travail ne disposant pas toujours de l'expertise nécessaire. Dans le cas de Houthulst, par exemple, il s'agissait de pouvoir évaluer correctement le score sur l'échelle de Katz. Selon le SECM, des difficultés ont également été rencontrées en lien avec le secret médical.

#### *Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé pour la période 2026-2030*

Début 2026, M. Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, a présenté son nouveau plan d'action en matière de contrôle des soins de santé pour la période 2026-2030. Ce plan vise à donner à chaque dispensateur de soins un aperçu de son propre comportement de facturation et de prescription par rapport à un groupe de dispensateurs de soins ayant une base de patients comparable.

Le ministre entend également mettre fin aux pratiques frauduleuses en permettant à la Chambre de première instance ou à la Commission d'appel de procéder à la suspension du numéro INAMI de tout prestataire qui fraude.

Troisièmement, chaque commission d'accords et conventions pourra fixer des seuils pour son secteur.

Les citoyens recevront un relevé des frais facturés pour eux. Enfin, dans le cadre de la lutte contre la criminalité organisée, le SECM poursuivra la synergie avec les auditeurs du travail au travers d'accords de coopération.

#### *Nouveau scandale de fraude à grande échelle*

Le SECM a répondu positivement à notre question de savoir si l'INAMI avait connaissance d'autres scandales de fraude de cette nature. C'est pourquoi nous nous sommes mis en quête d'autres enquêtes éventuelles. Nous avons alors découvert qu'une procédure était en cours à propos d'une autre fraude grave en matière de soins de santé, et que les montants en cause seraient encore plus élevés que dans l'affaire concernant Houthulst.

Il ressort de cette enquête qu'une fraude à grande échelle a pu être commise durant de nombreuses années au détriment du régime du tiers payant, et que les autorités n'ont pas réagi à temps. La figure centrale présumée de cette construction se serait servie de sociétés de

euro aan onterecht gefactureerde prestaties hebben aangerekend aan de ziekteverzekering.

Het onderzoek naar de feiten startte in februari 2020. Het dossier werd bezorgd aan het parket. Telkens wanneer een vennootschap werd geschorst in het derdebetalerssysteem, werd een nieuwe opgericht. De verpleegkundigen werden administratief overgeheveld en de facturatie liep verder. Dit patroon herhaalde zich minstens vier keer.

Uit het dossier blijkt onder meer:

- 1) een facturatie van niet-uitgevoerde prestaties;
- 2) het gebruik van voorschriften die volgens de betrokken artsen nooit werden uitgeschreven;
- 3) de herhaaldelijke overschrijding van wettelijke plafonds;
- 4) prestaties die niet conform de nomenclatuur werden aangerekend;
- 5) het misbruik van RIZIV-nummers van verpleegkundigen zonder hun medeweten.

In verschillende gevallen bleven prestaties gefactureerd worden op naam van verpleegkundigen die al jaren niet meer in dienst waren. De verdachte nam in 2018 een zorgtehuis over waar tientallen kwetsbare bewoners verbleven. Tot de bewoners behoorden een diverse groep mensen die nood hebben aan verzorging: drugverslaafden, psychiatrische patiënten, daklozen, sekswerkers en personen met een fysieke of mentale handicap. Mensen in een zwakke positie die geen vragen stellen over administratieve procedures. We kunnen ons ook vragen stellen over de kwaliteit van de verzorging. Het zorgtehuis werd onlangs gesloten, toch konden de praktijken gedurende jaren plaatsvinden.

Doordat de verdachte de controle bezat over zowel de zorginstelling als de verpleegkundigen kon er langdurig worden gefactureerd op basis van eerder gescande identiteitskaarten. Het gaat hier om georganiseerde criminaliteit waarbij men enerzijds de verpleegkundige-organisatie zelf in handen neemt (en dus ook de kaartlezers en de RIZIV-nummers vrij ter beschikking heeft) en anderzijds de volledige controle heeft over een 60-tal patiënten in zijn zorgtehuis (en dus toegang tot hun ID-kaarten).

soins de santé successives et d'une maison de repos et de soins pour facturer indûment au moins 5 millions d'euros de prestations à l'assurance maladie.

L'enquête sur ces faits a démarré en février 2020 et ce dossier a été transmis au parquet. Chaque fois qu'une société de soins concernée par cette fraude a été suspendue dans le cadre du régime du tiers payant, une nouvelle société a été créée. Les infirmiers y ont été transférés administrativement et la facturation s'est poursuivie. Cette opération a eu lieu au moins quatre fois.

Ce dossier porte notamment sur:

- 1) la facturation de prestations non effectuées;
- 2) l'utilisation de prescriptions qui, selon les médecins concernés, n'ont jamais été délivrées;
- 3) le dépassement répété de plafonds légaux;
- 4) des prestations qui n'auraient pas été facturées conformément à la nomenclature;
- 5) l'utilisation abusive de numéros INAMI d'infirmiers à leur insu.

Dans plusieurs cas, certaines prestations ont été facturées au nom d'infirmiers qui n'étaient plus en service depuis plusieurs années. En 2018, le suspect a repris une maison de repos et de soins où résidaient plusieurs dizaines de résidents vulnérables, notamment un groupe composé de différentes personnes ayant besoin de soins: toxicomanes, patients psychiatriques, sans-abri, travailleurs du sexe et personnes souffrant d'un handicap physique ou mental. Il s'agissait donc de personnes vulnérables qui ne posaient aucune question sur les procédures administratives. On peut aussi s'interroger sur la qualité des soins qu'ils ont reçus. Cette maison de repos et de soins a été fermée récemment, mais ces abus ont néanmoins pu être commis durant plusieurs années.

Dès lors que, dans cette affaire, le suspect contrôlait à la fois l'établissement de soins et les infirmiers, il a longtemps pu facturer des prestations en utilisant des cartes d'identité précédemment scannées. Il s'agit d'une forme de criminalité organisée dans le cadre de laquelle le suspect a, d'une part, pris possession de l'organisation infirmière (et a ainsi pu disposer librement des lecteurs de carte et des numéros INAMI) et a, d'autre part, exercé un contrôle total sur une soixantaine de résidents de sa maison de repos et de soins (et pouvait donc avoir accès aux cartes d'identité de ces patients).



De RIZIV-nummers van het personeel werden jarenlang gebruikt zonder hun medeweten. De meesten waren slechts enkele maanden in dienst, toch werd er op hun naam gefactureerd. Hierbij werden de w-waarden meermaals overschreden, de verpleegkundigen tot wie het RIZIV-nummer behoort werden hier gedurende deze jaren niet van op de hoogte gesteld door het RIZIV. Ook werden de verpleegkundigen niet op de hoogte gesteld wanneer hun RIZIV-nummer plots werd gekoppeld aan een nieuwe vennootschap.

Deze grootschalige fraude kon jaren blijven doorgaan. Het onderzoek door het RIZIV werd al in februari 2020 opgestart. Het is onzeker hoeveel van de ontvreemde sommen kunnen worden gerecupereerd, aangezien alle betrokken vennootschappen al failliet zijn.

### *Systeemfouten*

Uit dit fraudedossier blijkt dat het bestaande anti-fraudesysteem voortdurend achterop hinkt. We zien bijvoorbeeld een ziekenfonds één vennootschap schorsen (of de facturen niet langer betalen) maar een ander ziekenfonds blijkt nog door te betalen ten gevolge van een ander IT-systeem. De communicatie tussen de ziekenfondsen loopt mank, bovendien blijkt dat er parallel wordt gewerkt in het opsporen van dergelijke zaken.

Daarnaast blijkt dat de controle via de scanning van ID-kaarten van de patiënt gebrekkig en zeer fraudegevoelig is. Want blijkbaar is het mogelijk om één keer een ID-kaart in te scannen en de gegevens vervolgens te blijven gebruiken voor dezelfde patiënt, ook al krijgt die geen verzorging meer. Ook uit andere fraudedossiers blijkt dat het inlezen van de ID-kaarten niet optimaal is georganiseerd.

Een andere problematiek die in de fraudezaak rond het zorgtehuis duidelijk blijkt, is het misbruik van RIZIV-nummers van zorgverleners. Verpleegkundigen in dienstverband worden niet op de hoogte gebracht van de prestaties die op hun naam worden aangerekend. In deze casus waren de verpleegkundigen heel vaak maar korte tijd ingeschreven in de vennootschap van de criminele organisatie. Toch werden er jarenlang prestaties op hun naam gefactureerd aan het RIZIV én uitbetaald aan de vennootschap van de betrokken organisatie. Wanneer er een vennootschap in opspraak kwam, richtte de betrokkene een nieuwe vennootschap op en verhuisden de nummers van het verpleegkundig personeel mee naar de nieuwe vennootschap. Dit gebeurde allemaal zonder medeweten van de zorgverstrekkers tot wie het RIZIV-nummer behoorde. Ondanks het feit dat er onderzoeken liepen binnen de DGEC naar de facturatie

Les numéros INAMI des soignants ont été utilisés à leur insu pendant de nombreuses années. Alors que la plupart d'entre eux n'étaient en service que depuis quelques mois, des factures ont été établies en leurs noms. Les valeurs W ont été dépassées à de nombreuses reprises, mais les soignants auxquels ces numéros INAMI appartiennent n'en ont pas été informés par l'INAMI pendant toutes ces années. En outre, les soignants n'ont pas non plus été avertis lorsque leurs numéros INAMI ont soudainement été associés à une nouvelle société.

Cette fraude à grande échelle a donc pu se poursuivre pendant plusieurs années. L'enquête de l'INAMI a été lancée dès février 2020. Il est difficile de déterminer la partie des sommes détournées qui pourra être récupérée, car toutes les sociétés concernées ont déjà été mises en faillite.

### *Erreurs systémiques*

Il ressort de ce dossier de fraude que le dispositif actuel de lutte contre la fraude a toujours une longueur de retard. Par exemple, il arrive qu'une mutualité suspende une société (ou cesse de payer ses factures) tandis qu'une autre continue à les payer parce qu'elle utilise un autre système informatique. Outre que la communication entre les mutualités laisse à désirer, il apparaît que plusieurs services travaillent en parallèle sur la détection de cette forme de fraude.

Il apparaît en outre que le contrôle consistant à scanner les cartes d'identité des patients est défaillant et que la fraude est aisée dans ce domaine. En effet, après avoir scanné une carte d'identité une seule fois, il serait possible de continuer à utiliser ses données pour le même patient, même en l'absence de soins. D'autres dossiers de fraude indiquent par ailleurs que la lecture des cartes d'identité n'est pas organisée de manière optimale.

Un autre problème qui ressort clairement de cette affaire de fraude dans une maison de soins concerne l'utilisation abusive des numéros INAMI des prestataires de soins. Les infirmiers salariés ne sont pas informés des prestations facturées en leurs noms. Dans cette affaire, les infirmiers n'étaient généralement inscrits que durant une courte période dans la société de l'organisation criminelle. Or, pendant de nombreuses années, des prestations ont été facturées à l'INAMI en leurs noms et payées à la société de l'organisation concernée. Lorsqu'une société était mise en cause, le fraudeur concerné créait une nouvelle société à laquelle il transférait également les numéros du personnel infirmier, le tout cela à l'insu des prestataires de soins auxquels appartenaient les numéros INAMI. En dépit des enquêtes en cours au sein du SECM au sujet de la facturation de prestations sous ces numéros INAMI, les prestataires

van prestaties op hun RIZIV-nummer, werden de betrokken zorgverstrekkers niet op de hoogte gebracht. Het aanpakken van deze systeemfout is absoluut cruciaal in het voorkomen van nog meer fraudezaken.

Zoals al eerder door ons gesteld zou het de bedoeling moeten zijn dat de zorgverstrekkers bij een dreiging van overschrijding van de w-waarden worden gecontacteerd door de DEGC om samen de uitgevoerde en aangerekende prestaties te overlopen en te monitoren.

#### *Verdere aanpak*

Het is duidelijk dat er naast het actieplan handhaving nog nood is aan verdere stappen om dergelijke vormen van fraude aan te pakken.

Uit het bovenstaande blijkt dat een realtime gegevensuitwisseling tussen de verschillende verzekeringsinstellingen alsook het RIZIV noodzakelijk is. Wanneer er bij één verzekeringsinstelling een schorsing van de uitbetaling gebeurt, moet dat onmiddellijk worden gedeeld met de andere. Via directe gegevensdeling kunnen we vermijden dat er nog steeds betalingen gebeuren via een andere verzekeringsinstelling.

Het misbruik van RIZIV-nummers van derden was centraal in dit fraudedossier. Er moet daarom een extra bescherming van RIZIV-nummers worden ingevoerd. Een systeem waarbij de houder van het RIZIV-nummer een melding ontvangt telkens wanneer er een prestatie op zijn RIZIV-nummer wordt aangerekend, kan hier een oplossing bieden. We willen de verantwoordelijkheid uiteraard niet verschuiven naar de houder van het nummer, maar het biedt de zorgverlener de mogelijkheid om misbruik van zijn RIZIV-nummer vast te stellen en te melden. Fraudedossiers waarbij er grootschalig misbruik wordt gemaakt van RIZIV-nummers van personeel die in werkelijkheid reeds lang ergens elders werken, zouden hiermee onmogelijk moeten worden.

Ook blijkt dat het gebruik van een ID-scan van de patiënt onvoldoende garantie geeft dat het gaat om een werkelijk uitgevoerde prestatie. In bovenvermelde fraudegevallen waren de verdachten er in geslaagd misbruik te maken van de zwakke positie van hun patiënten om toegang tot hun identiteitskaarten te verkrijgen.

Maar daarnaast blijkt ook dat toegang tot de fysieke identiteitskaart van de patiënt niet noodzakelijk is om er misbruik van te maken. Zo blijkt dat men de identiteitskaart éénmalig moet inscannen en vervolgens kan blijven gebruiken om er prestaties op aan te rekenen. Er moeten dus snel de nodige aanpassingen worden doorgevoerd om dit systeem minder fraudegevoelig te

de soins concernés n'en ont pas été informés. Il faut absolument remédier à cette erreur systémique afin de prévenir toute nouvelle fraude.

Comme indiqué précédemment, il conviendrait que les prestataires de soins soient contactés par le SECM en cas de risque de dépassement des valeurs W afin qu'ils passent en revue et qu'ils contrôlent, ensemble, les prestations effectuées et facturées.

#### *Solutions envisageables*

Il apparaît évident que le plan d'action en matière de contrôle ne suffira pas et qu'il conviendra de prendre d'autres mesures pour lutter contre ces formes de fraude.

Il apparaît en outre nécessaire, à la lumière de ce qui précède, de mettre en place un échange de données en temps réel entre les différents organismes assureurs et l'INAMI. Lorsqu'un organisme assureur suspend un paiement, il devrait en informer immédiatement les autres organismes assureurs. Le partage immédiat des données permettrait d'éviter la poursuite des paiements par un autre organisme assureur.

Étant donné que l'utilisation abusive des numéros INAMI de tiers était au cœur du dossier de fraude précité, il convient de renforcer la protection des numéros INAMI. Une solution pourrait consister à mettre en place un système qui informerait chaque titulaire d'un numéro INAMI de chaque prestation facturée sous son numéro. Nous ne souhaitons évidemment pas que cette responsabilité incombe aux titulaires d'un numéro INAMI, mais entendons permettre à tout prestataire de soins de constater et de signaler toute utilisation abusive de son numéro INAMI. Ce système permettrait de prévenir les fraudes recourant à l'utilisation abusive, à grande échelle, de numéros INAMI appartenant à des prestataires de soins qui ont changé d'employeur depuis longtemps.

Il apparaît par ailleurs que l'utilisation d'une copie numérisée de la carte d'identité du patient ne garantit pas suffisamment le caractère effectif de la prestation facturée. Dans les cas de fraude précités, les suspects étaient parvenus à abuser de la vulnérabilité de leurs patients pour avoir accès à leurs cartes d'identité.

Il apparaît toutefois également qu'il n'est pas nécessaire d'accéder à la carte d'identité physique du patient pour en faire un usage frauduleux. Il suffirait en effet de scanner la carte d'identité une seule fois et elle pourrait ensuite être utilisée pour facturer des prestations. Il convient dès lors de procéder rapidement aux modifications nécessaires afin que la fraude soit moins aisée



maken, zodat de scan van een ID-kaart terug de garantie geeft dat de patiënt effectief werd behandeld.

Het lijkt ons ook nodig dat er een jaarlijkse bevestiging wordt gevraagd aan een zorgverlener of zijn RIZIV-nummer nog daadwerkelijk is gekoppeld aan een zorgvereniging. Uit bovenstaande blijkt dat er geen vragen werden gesteld wanneer er prestaties werden aangerekend op RIZIV-nummers van zorgverleners die in het verleden verbonden waren aan een groep, maar deze reeds lang hadden verlaten.

Daarnaast is er nood aan een betere samenwerking tussen de DGEC en de arbeidsauditoraten. Zeker wanneer het niet gaat om betwistbare prestaties van een zorgverlener, maar om georganiseerde misdaad op de kap van de sociale zekerheid. Uit de hoorzittingen bleek dat er niet altijd even snel wordt doorgeschakeld naar het auditoraat omdat de DGEC dan zijn eigen onderzoeksmogelijkheid verliest. Ook treden technische (juridisch personeel auditoraat kan niet inschatten of bepaalde medische prestaties al dan niet legitiem zijn) en juridische (medische beroepsgeheim) problemen op die de aanpak enorm vertragen. Dergelijke vertragingen kunnen we ons niet veroorloven bij de aanpak van grote georganiseerde fraudedossiers waarbij wordt gebruikgemaakt van verschillende vennootschappen en waarbij de ten onrechte geïnde sommen dreigen te verdwijnen.

Wij pleiten er dan ook voor om de samenwerking te herbekijken en te onderzoeken of er nood is aan een coördinatiepersoon of verbindingsofficier voor dergelijke dossiers.

Ten slotte roepen we op tot het opzetten van een dynamisch medisch kadaster conform de afspraken in het regeerakkoord. Dit moet toestaan om het medisch aanbod beter in kaart te brengen en de quota voor de zorgverleners nauwkeuriger te bepalen. Maar daarnaast zal dat het misbruik van inactieve RIZIV-nummers ook moeilijker maken.

Kathleen Depoorter (N-VA)

et que la numérisation de la carte d'identité garantisse à nouveau que le patient a bien été traité.

Il nous semble également nécessaire de demander chaque année à chaque prestataire de soins de confirmer que son numéro INAMI est encore associé à une association de professionnels de la santé. Il ressort de ce qui précède qu'aucune question n'a jamais été posée au sujet des prestations facturées sous les numéros INAMI de prestataires de soins précédemment associés à un groupe mais qui l'avaient quitté depuis longtemps.

Une meilleure collaboration apparaît par ailleurs nécessaire entre le SECM et les auditorats du travail, certainement pour les enquêtes qui ne portent pas sur des prestations contestables d'un prestataire de soins, mais sur des faits de criminalité organisée aux dépens de la sécurité sociale. Il ressort des auditions que l'auditorat n'est pas toujours saisi avec la même célérité, car le SECM perd alors sa propre faculté d'enquête. Le traitement des dossiers est en outre considérablement ralenti par différents problèmes techniques (le personnel juridique de l'auditorat n'étant pas en mesure d'évaluer si certaines prestations médicales sont légitimes ou non) et juridiques (secret médical). Or, ces retards sont inadmissibles dans le traitement de dossiers de fraude organisée à grande échelle recourant à plusieurs sociétés et dans le cadre desquels les sommes indûment perçues risquent de ne jamais pouvoir être récupérées.

Nous préconisons dès lors de revoir la collaboration et d'examiner la question de savoir si un coordinateur ou un officier de liaison est nécessaire pour les dossiers de cette nature.

Enfin, nous appelons à mettre en place un cadastre médical dynamique, conformément aux dispositions de l'accord de gouvernement. Ce cadastre devrait permettre de mieux cartographier l'offre médicale et de fixer plus précisément les quotas de prestataires de soins. Ce système compliquerait en outre l'utilisation frauduleuse des numéros INAMI inactifs.

## VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. gelet op de negatieve impact van fraude op het budget van de sociale zekerheid en het vertrouwen in ons zorgpersoneel;

B. gelet op het voornemen van de regering om fraude in de gezondheidszorg grondig aan te pakken;

C. gelet op publicatie door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2026-2030;

D. gelet op de grootschalige fraudedossiers die aan het licht zijn gekomen;

E. gelet op de gebrekkige communicatie tussen de verschillende (IT-systemen van) de verzekeringsinstellingen;

F. gelet op de omzeiling van de ID-scan als garantie op een effectief geleverde prestatie aan een patiënt;

G. gelet op het jarenlang misbruik door zorggroepen van RIZIV-nummers die niet langer tot de groep behoren;

H. gelet op de onwetendheid van de zorgverleners dat er prestaties op hun RIZIV-nummer worden aangerekend;

I. gelet op het feit dat verdachte organisaties of zorgverleners, ondanks dat er al jarenlang een onderzoek tegen hen loopt, prestaties konden blijven aanrekenen en innen;

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. een realtime gegevensuitwisseling tussen de verschillende verzekeringsinstellingen en het RIZIV op te starten;

2. een systeem te ontwikkelen waarbij de zorgverlener een melding ontvangt van de prestaties aangerekend op zijn RIZIV-nummer;

3. de scanning van de ID-kaart minder fraudegevoelig te maken;

## PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. vu l'impact négatif de la fraude sur le budget de la sécurité sociale et sur la confiance placée dans notre personnel de santé;

B. considérant que le gouvernement a exprimé l'intention de lutter de manière approfondie contre la fraude affectant les soins de santé;

C. vu le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé pour la période 2026-2030 publié par le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique;

D. vu les dossiers de fraude à grande échelle qui ont éclaté;

E. considérant que la communication est insuffisante entre les différents (systèmes informatiques des) organismes assureurs;

F. considérant que l'utilisation d'une copie numérisée de la carte d'identité peut être détournée alors qu'elle est censée garantir qu'une prestation a été effectivement fournie au patient;

G. considérant que certains groupes de professionnels de la santé ont utilisé abusivement, pendant de nombreuses années, des numéros INAMI qui n'étaient plus associés à ces groupes;

H. considérant que les prestataires de soins ignorent que certaines prestations sont facturées sous leurs numéros INAMI;

I. considérant que certaines organisations ou certains prestataires suspects ont pu continuer à facturer et à percevoir des prestations, alors qu'ils faisaient l'objet d'enquêtes depuis plusieurs années;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. de mettre en place un échange de données en temps réel entre les organismes assureurs et l'INAMI;

2. de mettre en place un système permettant d'informer tout prestataire de soins des prestations facturées sous son numéro INAMI;

3. de lutter contre l'usage frauduleux de la copie numérisée de la carte d'identité;

4. om zorgverleners jaarlijks te laten bevestigen van welke zorggroepen ze deel uitmaken;

5. om een meer gestroomlijnde samenwerking tussen de DGEK en de arbeidsauditoraten te bewerkstelligen, waarbij wordt onderzocht of er nood is aan een coördinatiepersoon voor grote fraudegevallen;

6. een dynamisch medisch kadaster op te zetten;

7. er voor te zorgen dat de verzekerde, na elk bezoek bij een zorgverstrekker die van de derdebetalersregel gebruikmaakt, een duidelijk overzicht van de gekregen verzorging en zijn kostprijs voor de sociale zekerheid krijgt op zijn beveiligde elektronische e-box (my ebox).

2 maart 2026

Kathleen Depoorter (N-VA)

4. de demander aux prestataires de soins de confirmer annuellement à quels groupes de soins ils appartiennent;

5. de mettre en place une coopération plus fluide entre le SECM et les auditorats du travail, et d'examiner la nécessité de désigner un coordinateur pour les cas de fraude à grande échelle;

6. de mettre en place un cadastre médical dynamique;

7. de veiller à ce que chaque assuré reçoive, après chaque visite chez un prestataire de soins appliquant le régime du tiers payant, un relevé clair des soins qu'il a reçus et des coûts de ces soins pour la sécurité sociale dans sa boîte aux lettres électronique sécurisée e-Box (my e-Box).

2 mars 2026