Onze Alma Mater, 56(4), 527-545

Artsen controleren in België. De dienst geneeskundige controle van het RIZIV en de orde van geneesheren

RITA SCHEPERS, HERMAN NYS, PANAYOTA MOKOS en IRIS VAN BAEL

Het vraagstuk van de regulering van het medische beroep staat in België op de politieke agenda. Zoals de meeste West-Europese landen sedert de Tweede Wereldoorlog hecht België veel belang aan zelfregulering door het medische beroep. De grenzen van die zelfregulering worden in onderhandelingen met de overheid en andere belangrijke groepen in de gezondheidszorg, zoals de zorgverzekeraars, afgesproken. De traditionele regelingen staan echter onder druk. Dit heeft in belangrijke mate, maar niet uitsluitend, te maken met het probleem om adequate kwaliteit van medische zorg te verzekeren maar tegelijkertijd de kosten in toom te houden. Ook culturele verschuivingen, zoals de toenemende mondigheid van de burger en de hoge verwachtingen ten aanzien van de gezondheidszorg, spelen een rol.

In dit artikel gaat de aandacht naar de historische evolutie in België van de kern van de zelfregulering, namelijk de vrijheid van diagnose en therapie. De institutionele vertaling ligt in belangrijke mate in de relatie tussen de Orde van geneesheren en de Dienst voor Geneeskundige controle (DGC) van het Rijksinstituut voor de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). We willen illustreren dat er in de discussie over zelfregulering een aantal vaste thema's zijn. Kort samengevat komt het neer op de vragen wie controleert wat en aan de hand van welke normen. Sedert 1989 poogt de overheid via de oprichting van een Controlecommissie binnen het RIZIV meer greep te krijgen op de kwantitatieve aspecten met betrekking tot de vrijheid van diagnose en therapie. Onderzoek over de feitelijke werking van de Controlecommissie in vergelijking tot de Orde van geneesheren laat toe het beeld van toenemende overheidscontrole te nuanceren.

AUTONOMIE EN ZELFREGULERING

In de sociaal-wetenschappelijk literatuur over het medische beroep staan de begrippen autonomie en zelfregulering centraal. Volgens Klein, een autoriteit op het vlak van analyse van het gezondheidsbeleid, is autonomie steeds gekoppeld aan verantwoordelijkheid, aan het afleggen van rekenschap aan de samenleving die aan het medische beroep autonomie toekent. Het doel van het overheidsbeleid is het medische beroep als collectiviteit verantwoordelijk te maken voor de beroepsuitoefening. Het is aan het beroep zelf om ervoor te zorgen dat individuele beroepsbeoefenaren rekenschap afleggen aan hun collegae. Indien de zelfregulering niet efficiënt wordt georganiseerd heeft de overheid het recht om de autonomie te beperken. Volgens Klein is controle op het collectieve optreden van het medische beroep een aanvulling maar geen vervanging van de controle door het medische beroep op de zorgverlening door individuele beroepsbeoefenaren. De precieze verhouding tussen beide is afhankelijk van het vertrouwen dat het medische beroep weet te wekken in de adequate vervulling van zijn maatschappelijke opdracht.([1])

De essentie van de autonomie is vrijheid van diagnose en therapie, ook wel klinische autonomie genoemd.([2]) Klinische autonomie kan men analytisch onderscheiden van politieke en economische economie maar is hiermee niettemin nauw verbonden. Met politieke economie verwijst men naar het recht om respectievelijk mede het gezondheidsbeleid en de economische positie van het beroep te bepalen. De klinische autonomie is steeds maatschappelijk gesitueerd, dit wil zeggen tijd- en plaatsgebonden.

Over het waarom van de toekenning van autonomie bestaan in de beroepensociologie grofweg twee theoretische antwoorden. In het eerste antwoord wordt het belang van het werk van artsen voor de samenleving beklemtoond. Het gaat immers om cruciale aangelegenheden: leven en dood. Tegelijkertijd is het voor een leek moeilijk dit werk te beoordelen en te controleren. Dit komt niet alleen door de lange en gespecialiseerde opleiding van artsen maar vooral door het onbepaalde karakter van het werk. Het is moeilijk in regels te vatten en blijft steeds tot op zekere hoogte maatwerk. De oplossing voor het dilemma dat controle op de beroepsarbeid zowel cruciaal als complex is ligt in zelfregulering. Voor het vervullen van deze maatschappelijke opdracht wordt het medische beroep beloond met

bijvoorbeeld een hoog inkomen, hoog maatschappelijk prestige en vrijwaring van concurrentie. Het evenwicht en de harmonie in de relatie tussen medisch beroep en samenleving is ver zoek in het tweede antwoord. Hier verschijnt het medische beroep als kartel ter bevordering van het eigenbelang. Via politieke strijd heeft het de maatschappelijke elites ervan kunnen overtuigen dat de toekenning van een monopolie en van autonomie noodzakelijk was om de belangen van de elite te dienen. Van zelfregulering blijkt er – ondanks dure woorden en verklaringen – nauwelijks sprake. Immers, het blijkt steeds opnieuw uit onderzoek dat artsen uiterst terughoudend zijn om slecht functionerende collegae te corrigeren. Zo schaden zij het algemene belang dat zij geacht worden te dienen. Deze schematische weergave van een jarenlange discussie onder sociale wetenschappers moet uiteraard worden aangevuld en genuanceerd.

PROVINCIALE GENEESKUNDIGE COMMISSIES EN ORDE VAN GENEESHEREN: 'LESSEN' UIT HET VERLEDEN

De vraag hoe artsen te controleren is natuurlijk niet nieuw. Toen in 1818 de wet op de uitoefening van de geneeskunst totstandkwam, werd naast het instellen van een monopolie op voorbehouden handelingen voor bepaalde officieel erkende geneeskunstbeoefenaars, de controle op naleving van wetten en reglementen in handen gegeven van de toen opgerichte 'provinciale commissies van geneeskundig onderzoek en toevoorzigt', de voorlopers van onze huidige provinciale geneeskundige commissies.([3]) De controle lag in handen van, door de overheid, aangestelde vooraanstaande geneeskundigen – niet alleen geneesheren maar ook heelmeesters, apothekers en veeartsen. Dit controlesysteem lag gedurende de gehele negentiende eeuw onder vuur van de 'gewone' artsen. Zij konden het niet eens zijn met de door de overheid aangestelde controleurs wiens loyaliteit in eerste instantie de overheid gold en in mindere mate de eigen beroepsgenoten. Bovendien waren de commissies weinig effectief in het elimineren van de concurrentie door 'kwakzalvers' waardoor het officieel erkende monopolie in de praktijk aanzienlijk minder betekende dan de wet liet uitschijnen. Het toenemende belang van de gezondheidszorg aan het einde van de negentiende eeuw en vooral in de twintigste eeuw zorgde ervoor dat de invloed van de beroepsorganisaties van artsen toenam. Aanhoudende druk van de artsenorganisaties, slechts schoorvoetend bijgetreden door de elitaire Académie Royale de Médecine, leidde in

1938 tot de oprichting van de Orde van geneesheren. Deze kreeg als voornaamste opdracht te waken over de eer, bescheidenheid, eerlijkheid en waardigheid van het beroep en hiertoe tuchtmaatregelen kon treffen. De leden van de provinciale raden van de Orde werden via verkiezingen aangesteld en dienden aldus rekenschap aan alle artsen, en aan de gemeenschap, af te leggen.

Sedert het einde van de negentiende eeuw kwam ook de ontwikkeling van de (vrijwillige) verzekering tegen ziekte- en invaliditeit in een stroomversnelling. Om de altijd aanwezige financiële problemen te bekampen zonder het cliëntèle overmatig te belasten wilden de ziekenfondsen binnen een zeer krap budget de verbonden artsen de zorg zo kosteneffectief – volgens artsen zo goedkoop mogelijk – laten leveren. Volgens de ziekenfondsen poogden sommige artsen het cliëntèle aan zich te binden door té gemakkelijk medicijnen voor te schrijven. Ook de lage kwaliteit van zorg aan ziekenfondspatiënten, de onregelmatige tarieven en de overbodige verrichtingen werden bekritiseerd. Na jaren verzet stemden de ziekenfondsen in met de oprichting van de Orde in 1938 niet omwille van de eer en de waardigheid van het medische beroep maar in de hoop dat de Orde de 'medische charlatans' die onder meer honorarium deling toepasten en de kosten opdreven, zou opsporen en bestraffen.([4])

Uit het bovenstaande kan men het volgende afleiden. Allereerst is de tweedeling overheid versus vertegenwoordigers van het medische beroep te schematisch. De legitimiteit van controlerende artsen hangt in belangrijke mate samen met hun representativiteit en niet louter en alleen met het arts-zijn. Ten tweede, bij de oprichting van de Orde bestond er al spanning tussen enerzijds de verwachting van artsen en artsenorganisaties dat hun belangen beter zouden worden behartigd en anderzijds de verwachting van overheid en ziekenfondsen dat de verstrekking van overbodige en onnodig dure verrichtingen zou worden afgeremd. Tot slot dient te worden opgemerkt dat de vrijheid van diagnose en therapie in de periode voor de Tweede Wereldoorlog werd beperkt door de geringe middelen die aan de gezondheidszorg werden besteed. De ontwikkeling van de ZIV in 1944 betekende voor alle partijen – artsen, ziekenfondsen en verzekerden – een grote stap voorwaarts.

ARTSEN EN OVERHEID: STRIJD OM AUTONOMIE BIJ DE INVOERING VAN DE VERPLICHTE ZIEKTEVERZEKERING (1963-1965)

Het is bekend dat in België de inschakeling van artsen in het systeem van de in 1944 ingerichte, verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) uiterst moeizaam is verlopen. Artsen, of correcter de artsenorganisaties, voelden zich tekortgedaan omdat ze niet bij de clandestiene onderhandelingen over de invoering van de verplichte verzekering tijdens de Tweede Wereldoorlog betrokken waren. Overigens hadden zij in het Interbellum al hun standpunt ten aanzien van de ziekteverzekering – verplicht of vrijwillig – bekendgemaakt. Een zogenoemd medisch charter werd het sleuteldocument (1931). Vrije artsenkeuze, vrijheid van therapie, volstrekte vrijheid van artsen om in directe overeenkomst met de patiënt (*colloque singulier*) de voorwaarden van de arts-patiëntrelatie te bepalen, vrijwaring van het beroepsgeheim en controle van artsen door artsen en van patiënten door ziekenfondsen waren de kernelementen.

Grote financiële tekorten in de ziekteverzekering, ideologische twisten tussen voornamelijk de christelijke en socialistische ziekenfondsen (en op de achtergrond de respectievelijke politieke partijen) in de jaren vijftig en blijvende tariefonzekerheid voor de verzekerden door het uitblijven van overeenkomsten tussen artsen en ziekenfondsen waren belangrijke redenen om aan het einde van de jaren vijftig en het begin van de jaren zestig naar een grondige herstructurering van de ziekteverzekering te streven. Deze herstructurering kwam er met de wet van 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, beter bekend als de wet Leburton.([5]) Naast moeizame onderhandelingen tussen de ziekenfondsen zorgde vooral het artsencorps voor problemen.([6]) Zijn kritiek richtte zich overwegend op de volgende vijf punten: verschillende terugbetalingstarieven naargelang artsen al dan niet tot de overeenkomst met de ziekenfondsen waren toegetreden zouden de vrije artsenkeuze door de patiënt aantasten. Ten tweede de voorziene sancties voor niet-naleving van wetten en reglementen, waaronder gevangenisstraf, zouden de eer en de waardigheid van het beroep ondermijnen. Ten derde, de verplichting tot het bijhouden van een 'prestatieboekje' met het oog op het verstrekken van kosteneffectieve zorg zou het beroepsgeheim ondermijnen. Immers, de inspecteurs van de ziekenfondsen en van het RIZIV zouden hierin inzage krijgen. Ten

vierde het artikel 35 van de wet dat bepaalde dat de medische zorg "onder de zuinigste voorwaarden welke verenigbaar zijn met de noodzakelijkheid tot het behoud of het herstel van hun gezondheid" diende te worden verstrekt zou de vrijheid van therapie in het gedrang brengen en niet-medische criteria in de zorgverlening introduceren. Ten slotte werd medebeheer van de ZIV afgewezen – de plaats van een arts was immers aan de zijde van zijn of haar patiënt. Artsen wilden wel participeren in de activiteiten van onder meer de technisch geneeskundige raad, echter op voorwaarde dat deze uitsluitend uit artsen zou worden samengesteld en alleen van het medische beroep afhankelijk zou zijn.

Tot dusver werd ongenuanceerd over artsen gesproken. De drijvende kracht achter de oppositie tegen de voorstellen Leburton waren de in 1962 opgerichte Syndikale Kamers der Geneesheren van België (SK) onder leiding van de bijna legendarische dokter A. Wynen. Een gematigder invloed werd door het Algemeen Syndikaat der Geneesheren van België (ASGB) onder leiding van dokter De Brabanter uitgeoefend. Andere segmenten van het beroep, zoals de Academiën voor Geneeskunde en de decanen van de medische faculteiten, poogden een matigende invloed uit te oefenen, overigens zonder al te veel resultaat. Met iedere nieuwe poging tot onderhandeling of tot bemiddeling werden meer en meer eisen van de SK ingewilligd. Na een nooit geziene artsenstaking in het voorjaar van 1964 leidend tot het Sint-Jansakkoord van 25 juni 1964 werden artsen definitief bij de ziekteverzekering betrokken maar wel op hun voorwaarden.([7])

CONTROLE OVER DE VRIJHEID VAN DIAGNOSE EN THERAPIE (1963-1989)

In de ontwikkeling van de oorspronkelijke wet van 9 augustus 1963 over de aanvullende wet van 24 december 1963([8]) tot de wet van 8 april 1965([9]) ziet men de volgende verschuivingen optreden: herdefinitie van het begrip diagnostische en therapeutische vrijheid, het toekennen van een monopolie inzake geneeskundige controle aan de Orde van geneesheren en het geleidelijk milderen van de voorziene sancties.

Het oorspronkelijke art. 35 uit de wet van 9 augustus 1963 bepaalde dat de verzorging wordt verstrekt aan de rechthebbenden "onder de *zuinigste* voorwaarden welke verenigbaar zijn met de noodzakelijkheid tot het behoud of het herstel van hun gezondheid en vervolgens dat de geneesheer regelmatig een geneeskundig dossier bijhoudt voor iedere

rechthebbende". De wet zou in werking treden op 1 januari 1964 maar dat gebeurde niet. Boven genoemde moeilijkheden met het artsencorps leidden in eerste instantie tot de wet van 24 december 1963 ter aanvulling van de wet van 9 augustus 1963. In deze aanvullende wet werden inzake artikel 35 de woorden "de zuinigste voorwaarden" vervangen door "de *zuinige en doeltreffende* voorwaarden". Opvallend is de invoeging van een nieuw derde lid in artikel 35 dat de Orde van geneesheren een monopoliebevoegdheid geeft inzake de geneeskundige controle op de diagnostische en therapeutische vrijheid.([10]) Het komt uitsluitend "de Raden toe de betwistingen van medische aard (…) tussen, enerzijds, de geneesheer en, anderzijds, de verzekeringsinstellingen of de Dienst voor Geneeskundige Controle en, gebeurlijk, de geneesheer een tuchtstraf op te leggen wegens de fouten die hij te dien opzichte beging. De hiervoor bedoelde misbruiken zullen de Raden van de Orde ter kennis gebracht worden door de Dienst voor Geneeskundige Controle. Zodra de beslissing van de Raad der Orde niet meer vatbaar is voor beroep, zal zij de Dienst voor Geneeskundige Controle medegedeeld worden." Het afgeslankte artikel 35 van de wet van 8 april 1965 gaat nog verder. Het luidt als volgt: "de geneesheer oordeelt *in geweten en in volle vrijheid* over de te verlenen zorgverlening. De onrechtmatige verstrekkingen die in strijd zijn met de *plichtenleer*, worden ter beoordeling voorgelegd aan de Raden van de Orde der geneesheren." Men kan het belang van deze verschuivingen in de wetgeving tussen 1963 en 1965 moeilijk overschatten. Het betekent dat in de ziekteverzekering met betrekking tot de vrijheid van diagnose en therapie professionele normen als richtsnoer worden genomen en de controle op overtredingen ter zake uitsluitend in de handen ligt van een orgaan dat in belangrijke mate door verkiezingen werd samengesteld en zeker in die tijd syndicaal werd beïnvloed.

De administratieve structuur van de Dienst voor Geneeskundige Controle werd in de periode 1963-1965 herhaaldelijk gewijzigd.([11]) De DGC zou aanvankelijk worden bestuurd door een Comité dat samengesteld was uit een voorzitter (magistraat), uit een gelijk aantal artsen voorgedragen door de ziekenfondsen en door de artsensyndicaten, uit artsen voorgedragen door de hoge raad van de Orde van geneesheren en uit artsen gekozen uit de ambtenaren van het Ministerie van Sociale Voorzorg en uit de ambtenaren van het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin. Twee

regeringscommissarissen, benoemd door de Koning op voordracht van de minister van Sociale Voorzorg, respectievelijk de minister van Financiën, zouden de vergadering van het Comité bijwonen.([12]) In de oorspronkelijke formulering van de wet van 9 augustus 1963 was er uitsluitend sprake van de DGC.([13]) In de wet van 24 december 1963([14]) werd over de oprichting van kamers gesproken en in de wet van 8 april 1965([15]) was er uitdrukkelijk sprake van de Beperkte Kamers. Het aantal magistraten in het Comité werd van één naar drie gebracht, de aanvankelijk voorziene ambtenaren van het Ministerie van Sociale Voorzorg en van Volksgezondheid en van het Gezin werden geschrapt.([16]) De aanwezigheid van de in die periode zeer dominante SK en van vertegenwoordigers van de Orde van geneesheren in het Comité en in de Beperkte Kamers maken dat ook in overheidsorganen belast met geneeskundige controle de artsenorganisaties, in het bijzonder de SK nadrukkelijk aanwezig waren.

Tot slot werden de aanvankelijk voorziene sancties gemilderd. Het verbod op tegemoetkomingen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen werd van een periode van één maand tot één jaar gereduceerd tot een periode van één dag tot één jaar.([17]) Van gevangenisstraffen was er geen sprake meer.

Na de turbulente periode die eindigde in 1965 werden tot 1989 kleine, eerder technische aanpassingen aan de wet aangebracht maar aan de oorspronkelijke beginselen werd niet meer geraakt.

De voornaamste kritieken op de werking van het controlesysteem in deze periode betreffen de eenzijdige controle van de diagnostische en therapeutische vrijheid in een sociaal verzekeringssysteem door de Orde van geneesheren; syndicale beïnvloeding van zowel de DGC als de Orde van geneesheren; onduidelijkheden inzake nomenclatuur en gebrek aan informatie.([18]) ([19])

DE OPRICHTING VAN DE CONTROLECOMMISSIE IN 1989

De programmawet van 22 december 1989([20]) heeft belangrijke wijzigingen aan de wet van 9 augustus 1963 aangebracht. In de memorie van toelichting werd onder de titel 'Beoordeling van de kwantiteit van de door de geneesheren voorgeschreven of verleende verzorging' toegelicht waarom wijzigingen noodzakelijk waren. Het principe van diagnostische en therapeutische vrijheid van artsen bleef het uitgangspunt. Bovendien werden een aantal beperkingen die aan dit recht 'onvermijdelijk' waren verbonden, opgesomd. "Het

principiële recht (kon) niet onbegrensd worden uitgeoefend ten aanzien van een geneeskunde die zich integreert in een sociaal zekerheidsstelsel. In een stelsel van verplichte ziektekostenverzekering (…) is het recht op geneeskundige verzorging, middels een tegemoetkoming in de kostprijs van bepaalde geneeskundige verstrekkingen, immers het resultaat van de sociale bijdragen van werkgevers en werknemers enerzijds, en van het toekennen van gemeenschapsgelden anderzijds." De grenzen van de toen geldende wetgeving waren echter niet in de wet op de ziekteverzekering maar wel in de Code van medische plichtenleer te vinden. Het overtreden van de gestelde normen werd uitsluitend door de Raden van de Orde van geneesheren beoordeeld en eventueel met tuchtsancties bestraft. De regering was echter van mening dat de gedragscode waaraan de arts zich binnen de verplichte ziektekostenverzekering diende te houden, niet enkel het voorwerp kon uitmaken van tuchtrechtelijke regels, maar in een ruimer sociaalrechtelijk kader moest worden omschreven. Na de inwerkingtreding van de wet zou de evaluatie van het productie- of prescriptieprofiel van de arts niet meer uitsluitend het voorwerp uitmaken van een beoordeling door de raden van de Orde van geneesheren maar ook aan administratieve commissies worden onderworpen. Met deze wet zag de Controlecommissie het licht. De Orde verloor haar monopoliepositie inzake de controle op de vrijheid van diagnose en therapie.

Uit artikel 35 (misbruik diagnostische en therapeutische vrijheid) verdween de verwijzing naar de raden van de Orde van geneesheren.([21]) Hij (sic) beschikt nog steeds over het principiële recht op vrijheid van diagnose en therapie. "In geweten en in volle vrijheid" wordt echter vervangen door "in het belang van de patiënt en rekening houdend met de door de gemeenschap ter beschikking gestelde middelen." Hij moet zich onthouden van het voorschrijven van onnodig dure onderzoeken en behandelingen, en ook van het verrichten of laten verrichten van overbodige verstrekkingen ten laste van de regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Ook artikel 77, gedurende 27 jaar ongewijzigd gebleven, werd vervangen door een nieuwe bepaling.([22]) Nog steeds stelde dit artikel de Dienst voor Geneeskundige Controle in, maar bovendien preciseerde het nu de opdracht van deze Dienst. En deze opdracht bestaat erin, enerzijds de prestaties van de verzekering voor

geneeskundige verzorging en de uitkeringsverzekering te controleren op het vlak van realiteit en conformiteit met de voorschriften van de wet van 9 augustus 1963 en haar uitvoeringsbesluiten én anderzijds de kwantiteit van de voorgeschreven of verleende verzorging te beoordelen en uitvoering te geven aan de beslissingen van de provinciaal en nationaal opgerichte afdelingen van de Controlecommissie.

Een aantal nieuwe artikelen werd in de programmawet ingevoegd; zij hebben alle betrekking op de Controlecommissie.([23]) Art. 79bis stelde bij de Dienst voor Geneeskundige Controle een Controlecommissie in die, onverminderd de bevoegdheden van de Orde van geneesheren, werd belast met het vaststellen van de tekortkomingen inzake de bepalingen van artikel 35, in het bijzonder het voorschrijven van onnodig dure onderzoeken en behandelingen en het laten verrichten van overbodige verstrekkingen ten laste van de verplichte ZIV en dit in vergelijking met de onderzoeken, behandelingen en verstrekkingen die een geneesheer voorschrijft, verricht of laat verrichten in gelijkaardige omstandigheden.([24]) De Controlecommissie is samengesteld uit leden gekozen uit de magistraten, uit twee leden van de artsensyndicaten en uit twee artsen van de ziekenfondsen. Met andere woorden, de traditionele dominantie van de SK werd in de Controlecommissie doorbroken. Dat is echter niet het geval in de Commissie van beroep die samengesteld is uit een tweetalige voorzitter en een tweetalige plaatsvervangende voorzitter gekozen uit de magistraten bij de hoven van beroep en de arbeidshoven. Zij bestaat tevens uit leden gekozen uit de magistraten, en uit vier leden uit de artsensyndicaten en uit de ziekenfondsen. Alleen de leden-magistraten hebben een beslissende stem.([25]) Artikel 90bis ten slotte handelt over de sancties van de Controlecommissie en de Commissie van Beroep. De sanctie kan erin bestaan dat de uitgaven voor de overbodige prestaties geheel of gedeeltelijk van de arts worden teruggevorderd. Dit wordt door de overheid overigens niet als een sanctie maar als een rechtzetting beschouwd. Ook de toepassing van de derdebetalersregeling voor de verrichtingen van de betrokken arts kan worden verboden.

Met de wet van 15 februari 1993([26]) werd de wet van 9 augustus 1963 hervormd. De titel van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering werd vervangen door een 'wet tot instelling en

organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen' (GVU-wet). De thans geldende wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen werd gecoördineerd op 14 juli 1994.([27]) Zoals het opschrift het reeds zegt, gaat het hier om een coördinatie van de veranderingen die zijn aangebracht sinds de oorspronkelijke wet van 1963.([28]) ([29])

DE CONTROLE OP DE VRIJHEID VAN DIAGNOSE EN THERAPIE IN DE PRAKTIJK

Uit het voorgaande blijkt dat sedert de jaren negentig – om precies te zijn 1993 toen de Controlecommissie in werking trad – een overheidsorgaan en een beroepsorgaan, belast zijn met respectievelijk de kwantitatieve en kwalitatieve controle op de vrijheid van diagnose en therapie.([30]) In eerdere publicaties werd de werking van beide toegelicht.([31]) De conclusies komen kort samengevat hierop neer.

Circa één percent artsen komt jaarlijks tuchtrechtelijk in contact met de Orde van geneesheren. In de toptien van tuchtzaken behandeld door de provinciale raden van de Orde komt controle op de vrijheid van diagnose en therapie op de vierde plaats, na plichten tegenover de patiënt, welwillendheidattesten en collegiale plichten. Bij een nadere analyse van 'zware' tuchtrechtelijke beslissingen behandeld door de raden van beroep van de Orde van geneesheren bleek vrijheid van diagnose en therapie in vele gevallen een belangrijke norm te zijn, overigens aangevuld met andere criteria. Opvallend is wel dat deze norm in vrij specifieke omstandigheden, zoals marginale geneeskunde, commerciële geneeskunde – bijvoorbeeld vermageringsdiëten – en klinische biologie, wordt aangehaald. Gewetensvolle en zorgvuldige behandeling conform de hedendaagse stand van de wetenschap wordt eveneens als een belangrijke norm in de dossiers gehanteerd. Van de beperkte groep artsen die met de Orde tuchtrechtelijk in aanraking komt, krijgt 'slechts' 36% een tuchtmaatregel opgelegd. De tuchtmaatregelen zijn doorgaans – in de ogen van leken – aan de lichte kant, in het bijzonder waarschuwing, schorsing tussen één dag en vijftien dagen en berisping.

In vergelijking lijkt de effectiviteit van de Controlecommissie gering. Zoals boven aangehaald beoordeelt de Controlecommissie het onnodig dure en overbodige karakter van verstrekkingen in vergelijking met de onderzoeken, behandelingen en verstrekkingen die

een 'naarstig en voorzichtig' zorgverlener (als goede huisvader) voorschrijft, verricht of laat verrichten in dergelijke omstandigheden. Van 1993 tot en met 2000 heeft de Controlecommissie in totaal 110 dossiers van artsen in verband met overconsumptie onderzocht.([32]) Het totaal aantal terugbetalingen is gelijk aan 107. Maar de feitelijke terugbetalingen zijn aanzienlijk lager dan de teruggevorderde bedragen. In 35% van de gevallen (of 39 dossiers) werd een schorsing van de derdebetalersregeling uitgesproken. Opvallend is dat dit aantal schorsingen de laatste vier jaren beperkt is tot in totaal drie. De sancties zijn zwaar, meer bepaald schorsingen langer dan drie maanden. In totaal werden 34 zaken door de commissie van beroep behandeld. We hebben geen informatie over de inhoud van de dossiers van de controlecommissie, behalve dat zij zeer omvangrijk zijn. Het bewijs van overconsumptie leveren blijkt erg moeilijk, onder meer als gevolg van de grote complexiteit en gebrekkige informatie.

De laatste drie jaren is de werking van de Controlecommissie nagenoeg stilgevallen. De kosteneffectiviteit van de Controlecommissie wordt door sommige insiders als quasi nihil beoordeeld.

TEKORTEN VAN DE BESTAANDE REGULERING EN PLANNEN TOT HERVORMING VAN DE GENEESKUNDIGE CONTROLE IN 2002

In de memorie van toelichting bij het recente wetsontwerp([33]) over de responsabilisering van artsen worden drie problemen inzake de bestaande wetgeving op de DGC opgesomd: onaangepastheid van straffen aan de werkelijkheid, juridische onzekerheid en logge structuur.([34])

Allereerst de sancties. Het opschorten van de derdebetalersregeling treft niet alleen de betrokken arts maar ook diens patiënten: dezen worden gedwongen óf van arts te veranderen óf tijdens het consult het volledige honorarium te betalen en zich vervolgens door het ziekenfonds te laten vergoeden in plaats van alleen het remgeld te betalen. De sancties zijn daarenboven discriminerend. De derdebetalersegeling is bij een huisarts slechts van toepassing op een zeer beperkt gedeelte van zijn/haar activiteit in tegenstelling tot de medisch specialist. De terugbetaling van nodeloze of onnodige dure verstrekkingen is daarenboven geen sanctie maar herstel van schade. De arts die 'te veel' (onnodige of onnodig dure) zorgen verstrekt loopt enkel het risico dat hij deze moet terugbetalen. De juridische

onzekerheid vervolgens verwijst naar de onduidelijkheid van het criterium inzake overconsumptie. Zoals boven uiteengezet bepaalt artikel 73 van de GVU-wet dat de arts zich moet onthouden van het voorschrijven van onnodig dure onderzoeken en behandelingen en van het (laten) verrichten van overbodige verstrekkingen ten laste van de verplichte ZIV. Om hierover te oordelen wordt een vergelijking gemaakt met wat een 'normaal voorzichtige en toegewijde' arts doet in gelijkaardige omstandigheden. Grote bron van discussie is of de praktijk van de betrokken arts vergelijkbaar is met de gehanteerde referentiepraktijk inzake cliëntèle, opleiding, uitrusting of omstandigheden. Met een logge structuur ten slotte wordt in de memorie van toelichting bij het recente wetsontwerp verwezen naar de samenstelling van de beperkte kamers, de commissie van beroep en de controlecommissie. Deze zijn alle samengesteld uit magistraten, (respectievelijk één, twee of drie) vertegenwoordigers van de twee artsenorganisaties – de Belgische Vereniging van Artsensyndikaten (BVAS) (de vroegere SK) en de Confederatie, waaronder het ASGB – en vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars. Voor alle leden zijn er ook plaatsvervangers. In het totaal zou het gaan om 48 magistraten en meer dan 250 leden.

Omwille van deze tekorten wordt de Dienst geneeskundige controle omgevormd tot een Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC). Het Comité van de Dienst kan administratieve geldboetes opleggen. De Beperkte Kamers worden opgeheven. Tegen beslissingen van het Comité kan beroep ingesteld worden bij een Kamer van beroep. De taak van de Controlecommissie wordt door het Comité overgenomen.

Aan artikel 73 van de GVU-wet van 14 juli 1994 wordt toegevoegd dat het onnodig dure of overbodige karakter van onderzoeken of behandelingen wordt geëvalueerd in vergelijking met aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering die door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie([35]) (NRKP) zijn aanvaard. De norm 'goede huisvader' wordt met andere woorden in eerste instantie vervangen door aanbevelingen van een goede medische praktijkvoering. Deze aanbevelingen zullen zowel kwalitatieve als kwantitatieve overwegingen bevatten. Bij gebrek aan dergelijke aanbevelingen wordt het huidige criterium van normaal voorzichtige en toegewijde zorgverlener in gelijkaardige omstandigheden door de DGEC gehanteerd. Hierbij wordt onder meer rekening gehouden met de

wetenschappelijke informatie aanvaard door wetenschappelijke verenigingen of instellingen die een algemene bekendheid genieten. Inzake sancties wordt het verbod om de derdebetalersregeling toe te passen opgeheven en door administratieve geldboetes vervangen. De geldboete zal na een procedure waarbij de 'verdachte' arts wordt verwittigd en onder versterkt toezicht wordt geplaatst (monitoring gedurende een periode van minimum zes maanden en maximum vier kalenderjaren), gelijk zijn aan een deel van de waarde van de verstrekkingen die door de betrokken zorgverlener gedurende een referentieperiode zijn aangerekend.

Alhoewel de reacties van de artsenorganisaties officieel pas einde augustus 2002([36]) worden verwacht reageerden zowel de Unie van Huisartsenkringen (UHAK) als BVAS al negatief op de voorstellen inzake responsabilisering. "Het laat zich raden dat de vervolgde artsen de inhoud van de aanbevelingen zullen betwisten en de opstellers ervan viseren. Het gezag waarmee de aanbevelingen opgesteld worden is daarom cruciaal", schrijft Bax in de *Artsenkrant*.([37]) Op basis van de geschiedenis is het niet onredelijk te verwachten dat dit gezag medebepaald zal worden door de samenstelling van de NRKP. Deze ziet eruit als volgt: zes huisartsen, zes medisch specialisten, zeven leden die de universiteiten en zeven leden die de wetenschappelijke verenigingen vertegenwoordigen, twaalf vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars en drie leden die de minister van Sociale Voorzorg en drie die de minister van Volksgezondheid vertegenwoordigen. Alle leden zijn artsen. Er zijn evenveel plaatsvervangers voorzien. Het wetenschappelijk segment van het artsenberoep is sterker vertegenwoordigd dan in andere commissies binnen het RIZIV. De NRKP is nog niet in werking getreden.

Volgens het wetsontwerp kan de DGEC, indien de NRKP geen aanbevelingen uitvaardigt, zelf tot actie overgaan. De vrees is dat de (Dienst voor) geneeskundige controle in plaats van het veld de criteria voor goede praktijkvoering gaan bepalen. Daarenboven zou Minister Vandenbroucke instrumenten van kwaliteitsborging inpassen in een 'repressief controlesysteem', iets wat door de minister zelf werd ontkend en inmiddels werd veranderd.([38]) Over de hoogte van de administratieve geldboetes en over de wijze van toepassing van de aanbevelingen wordt nog heftig gediscussieerd. Op dit punt werden al toegevingen gedaan.([39]) Knelpunten voor de minister betreffen

volgens *Artsenkrant* "de band tussen kwaliteitspromotie en controle" en de aard van de sancties.([40])

SAMENVATTING EN BESLUIT

In dit artikel wordt weergegeven hoe de definitie van de vrijheid van diagnose en therapie – de kern van het medisch handelen – in België binnen de verplichte Ziekte- en invaliditeitsverzekering evolueerde. Het is duidelijk dat deze definitie in interactie met de omgeving totstandkwam. Het hoogtepunt van de klinische autonomie valt te situeren in de 'gouden' jaren zestig en zeventig. Professionele normen – de eer en de waardigheid van het beroep – vormden het richtsnoer en de controle lag nagenoeg volledig in handen van 'het medische beroep'. Specifieker zelfs, in handen van door de basis verkozen artsen die de belangenbehartiging van artsen centraal stelden. Naar het einde van de jaren tachtig werd de overheid actiever en werden nieuwe normen aan de bestaande toegevoegd, namelijk de belangen van de patiënt en de gemeenschap. De middelen die door de samenleving ter beschikking werden gesteld werden – opnieuw – als kader gehanteerd. De reflectie van de grotere overheidsactiviteit is te vinden in de oprichting van de Controlecommissie in 1989. Maar tussen droom en daad staan wetten in de weg en praktische bezwaren. De Controlecommissie – in het jongste wetsontwerp weer opgeheven – zal in de geschiedenis van de gezondheidszorg in België in de toekomst wellicht niet meer dan een voetnoot waard zijn. Niettemin blijft de overheid proberen om meer greep te krijgen op de kern van het medische handelen, zowel kwalitatief als kwantitatief.

Tot slot nog enkele opmerkingen. Vrijheid van diagnose en therapie is een sociale constructie, dit wil zeggen iets dat binnen een gegeven maatschappelijke context met andere belangrijke partijen wordt onderhandeld. Wie spreekt van een eeuwenoud ethisch principe moet ermee rekening houden dat dit beginsel vaker niet dan wel werd toegepast. Het is typerend voor de twintigste eeuw dat aan de vrijheid van diagnose en therapie groot belang wordt gehecht. Het hierboven geschetste 'Belgische' verhaal is een variante van het Europese verhaal: overheden proberen de klinische autonomie te verzoenen met niet snel genoeg groeiende budgetten. Standaarden, protocollen, richtlijnen en aanbevelingen worden overal ontwikkeld en soms aan kosteneffectiviteit gekoppeld. Binnen de zich snel ontwikkelende medische wetenschappen en gezondheidszorg bieden zij een houvast

en hebben zij allereerst educatieve waarde. Of zij daarenboven al dan niet dwingend worden gehanteerd is een beslissing van onder meer de overheid en zorgverzekeraars. Gezien het onbepaalde karakter van het medische werk zou dwingende oplegging van regels de kwaliteit kunnen schaden.

([1]) Klein, R. (1990). The state and the professions: the politics of the double bed. *British Medical Journal*, 301, 700-2. Klein, R. (2001). *The new politics of the NHS*, Prentice Hall Harlow, 245p.

([2]) Elston, M.A. (1991). The politics of professional power: medicine in a changing health service. In: J. Gabe, M. Calnan & M. Bury (eds.). *The sociology of the health service*; London: Routledge, p. 58-89.

([3]) Schepers, R. (1989). *De opkomst van het medisch beroep in België. De evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisaties in de 19de eeuw*. Amsterdam: Rodopi, 267p.

([4]) Schepers, R (1993). The Belgian medical profession, the order of physicians and the sickness funds (1900-1940). *Sociology of Health and Illness*, *15* (3), 375-392.

([5]) Wet 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, *B.S.* 1 – 2 november 1963, 10555.

([6]) Zie onder meer Joostens, N. (2000). *De totstandkoming van de wet tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (9 augustus 1963)*. Leuven: K.U.Leuven, Departement Geschiedenis, 209 p. en Veraghtert, K. & B. Widdershoven (2002). *Twee eeuwen solidariteit. De Nederlandse, Belgische en Duitse ziekenfondsen*; Amsterdam: Aksant, 358 p.

([7]) In vele gevallen waren de wensen van de artsen in de wetswijzigingen van 24 december 1963 en 8 april 1965 terug te vinden. Soms waren de toegevingen moeilijker op te sporen: inzake de afschaffing van het verstrekkingenboekje kregen ambtenaren de opdracht een wettekst op te stellen die onuitvoerbaar was. Joostens, N. *o.c.* p.184.

([8]) Wet 24 december 1963 ter aanvulling van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, *B.S.* 26 – 27 – 28 december 1963, 12538.

([9]) Wet 8 april 1965 tot wijziging van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963 en 6 juli 1964, *B.S.* 20 mei 1965, 6045.

([10]) Art. 35 Wet 24 december 1963 ter aanvulling van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering: "De geneesheer houdt regelmatig voor ieder rechthebbende een geneeskundig dossier bij onder de door de Koning, op voorstel

van de Technische geneeskundige raad, bepaalde voorwaarden. De verzorging wordt verstrekt aan de rechthebbenden onder zuinige en doeltreffende voorwaarden welke verenigbaar zijn met de noodzakelijkheid tot het behoud of het herstel van hun gezondheid. Het komt uitsluitend de Raden van de Orde van geneesheren toe de betwistingen van medische aard betreffende de toepassing van de bepaling van het vorige lid te beslechten tussen, enerzijds, de geneesheer en, anderzijds, de verzekeringsinstellingen of de Dienst voor Geneeskundige Controle en, gebeurlijk, de geneesheer een tuchtstraf op te leggen wegens de fouten die hij te dien opzichte beging. De hiervoor bedoelde misbruiken zullen de Raden van de Orde ter kennis gebracht worden door de Dienst voor Geneeskundige Controle. Zodra de beslissing van de Raad der Orde niet meer vatbaar is voor beroep, zal zij de Dienst voor Geneeskundige Controle medegedeeld worden."

([11]) De DGC gaat na of de geneeskundige verstrekkingen waarvoor de zorgverleners worden vergoed, werkelijk zijn uitgevoerd (realiteit) en op de wijze die in de ZIV-wetgeving is vastgesteld (conformiteit). De controle van realiteit en conformiteit wordt uitgevoerd door het Comité, de Beperkte Kamer en de Commissie van Beroep.

([12]) Art. 78 Wet 9 augustus 1963.

([13]) Art. 79 Wet 9 augustus 1963.

([14]) Art. 79 Wet 24 december 1963.

([15]) Art. 79 Wet 8 april 1965.

([16]) Art. 78 en art. 79 Wet 8 april 1965.

([17]) Art. 90 Wet 9 augustus 1963. Art. 44, 24 december 1963. Art. 44, 8 april 1965. In de wet van 7 juli 1976 tot wijziging van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (*B.S.* 15 juli 1976, 9161) wordt de duur van het verbod op tegemoetkoming verhoogd tot 15 dagen tot één jaar (art. 44). In de wet van 15 februari 1993 tot hervorming van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (B.S. 6 maart 1993, 4867) wordt de duur van verbod opnieuw verlaagd tot vijf dagen tot één jaar (art. 90).

([18]) In dit artikel gaan we niet nader in op de kritiek op de ziekenfondsen die samen met artsenvertegenwoordigers de ZIV stuurden. Eén van de kritieken luidde dat in het Comité de twee partijen zetelen die door de Dienst zouden moeten worden gecontroleerd, namelijk degenen die het geld verstrekken en degenen die met dat geld worden begunstigd.

([19]) Zie onder meer Bottequin, J. (1988). *Verslag van de leidend ambtenaar van de dienst geneeskundige controle*. Ronde tafel. Werkgroep betreffende de geneeskundige controle, RIZIV, 27p. Petit J. (1976). *Verslag over de ziekteverzekering*. Brussel: Kamer van Volksvertegenwoordigers, 535p. Schutyser, K. (1973). *De geneeskundige controle in de sociale zekerheid*. Gent: Story-Scientia, 359p.

([20]) Programmawet 22 december 1989, *B.S.* 30 december 1989, 21382.

([21]) Art. 35 Wet 12 december 1989: De geneesheer oordeelt in geweten en in volle vrijheid over de aan de patiënten te verlenen verzorging. Hij zal erover waken toegewijde en bekwame geneeskundige verzorging te verstrekken in het belang van de patiënt en rekening houdend met de door de gemeenschap ter beschikking gestelde globale middelen. Hij moet zich onthouden van het voorschrijven van onnodig dure onderzoeken en behandelingen, alsook van het verrichten of laten verrichten van overbodige verstrekkingen ten laste van de regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Het in het vorig lid bedoeld onnodig dure karakter van onderzoeken en behandelingen en het overdreven karakter van verstrekkingen dient geëvalueerd te worden in vergelijking met de onderzoeken, behandelingen en verstrekkingen die een geneesheer voorschrijft, verricht of laat verrichten in gelijkaardige omstandigheden.
([22]) Art. 77 Wet 12 december 1989.
([23]) De artikelen 79bis tot en met 78quinquies en art. 90bis.
([24]) Art. 79bis Wet 22 december 1989: Op provinciaal vlak bestond deze Commissie uit tien afdelingen waaronder één per provincie en twee (één Nederlandstalige en één Franstalige) voor de provincie Brabant. Op nationaal vlak wordt een Commissie van Beroep ingesteld bestaande uit een Nederlandstalige en een Franstalige afdeling met als opdracht uitspraak te doen over de hogere beroepen, ingesteld tegen de beslissingen van de Controlecommissie.
([25]) Artikelen 79bis, 79ter, 79 quater en 79 quinquies Wet 22 december 1989.
([26]) Wet 15 februari 1993 tot hervorming van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, B.S. 6 maart 1993, 4867.
([27]) Gecoördineerde wet 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, *B.S.* 27 augustus 1994.
([28]) Artikel 35 is artikel 73 geworden, artikel 77 werd artikel 139, artikel 79 § 2 is artikel 142 § 2 geworden, de artikelen 79bis t.e.m. quinquies werden de artikelen 142 t.e.m. 145 en de artikelen 90 en 90bis zijn de artikelen 156 en 157 geworden.
([29]) De wet van 28 december 1999 tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (*B.S.* 28 januari 2000) wijzigde de artikelen 142 tot en met 145 m.b.t. de Controlecommissie en voerde een nieuw lid in artikel 156 in met betrekking tot de sancties die door de Beperkte Kamer genomen kunnen worden. De voornaamste wijziging betrof de vereenvoudiging van de structuur van de Controlecommissie. Van een systeem van tien provinciale afdelingen (en twee gewestelijke voor Brussel hoofdstad) werd overgestapt naar een Commissie bestaande uit twee afdelingen, de ene voor de behandeling van Nederlandstalige zaken, de andere voor de behandeling van Franstalige zaken.
([30]) Het onderscheid kwantiteit - kwaliteit is in theorie mogelijk maar in de praktijk weinig zinvol. Té veel, nodeloze verrichtingen zullen vaak de kwaliteit van zorg ondermijnen. Overigens wordt in de wetgeving in nagenoeg identieke

bewoordingen gesproken over kwaliteits- en kwantiteitscontrole. Zie H. Nys, P. Mokos, I. Van Bael & R. Schepers (2002). De Orde van geneesheren en de handhaving van de tucht (1990-1999). *Tijdschrift voor Geneeskunde, 58* (8), 526-540.

[31] Nys, H. e.a. *o.c.* (2002a) en H. Nys, H., Van Bael, I., Mokos, P. & Schepers, R. (2002). Oordelen volgens de eer en de waardigheid van het beroep. Analyse van 'zware' tuchtrechtelijke beslissingen in de periode 1990 – 1999 door de Raden van Beroep van de Orde van geneesheren. *Rechtskundig Weekblad, 65* (39), 1445-1457. Schepers, R., Mokos, P., Nys, H. & Van Bael, I. *De Dienst voor Geneeskundige Controle van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Controle op de realiteit, conformiteit en overconsumptie in de jaren negentig.* In behandeling.

([32]) In de periode van 1991 tot en met 1999 behandelden de provinciale raden van de Orde 4.199 en de Raden van Beroep 677 zaken. Het aantal tuchtmaatregelen bedroeg respectievelijk 1.501 en 394.

([33]) Voorontwerp van wet van mei 2002 van de minister van Sociale Zaken, Frank Vandenbroucke houdende maatregelen inzake de individuele responsabilisering van de zorgverstrekkers en de hervorming van de geneeskundige controle.

([34]) Hier, zoals elders in het artikel, wordt enkel gerefereerd aan artsen en niet aan andere beroepsbeoefenaren.

([35]) De Nationale raad voor kwaliteitspromotie werd opgericht bij KB van 13 juli 2001.

([36]) De datum van het schrijven van dit artikel.

([37]) *Artsenkrant*, 14 juni 2002.

([38]) *Artsenkrant*, 14 juni 2002.

([39]) De voorgestelde administratieve boetes zijn: a) wanneer een zorgverlener aan de verzekering voor geneeskundige verzorging niet uitgevoerde verstrekkingen heeft aangerekend, kan de administratieve geldboete gelijk zijn aan minimum 150% en maximum 300% van de waarde van de betrokken verstrekkingen. b) wanneer de aangerekende verstrekkingen niet overeenstemmen met deze wet of haar uitvoeringsbesluiten, dan bedraagt de voorgestelde geldboete minimum één procent en maximum 150% van de waarde van de betrokken verstrekkingen. c) wanneer de zorgverlener de medische en administratieve bescheiden niet heeft opgesteld conform de regels van deze wet of haar uitvoeringsbesluiten, is de voorgestelde geldboete gelijk aan minimum één procent en maximum 50% van de waarde van de betrokken verstrekkingen.

([40]) *Artsenkrant*, 21 juni 2002, 30 augustus 2002.