

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 252 t/m 258/2016

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissingen d.d. 9 juni 2017 naar aanleiding van de op 12 oktober 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klachten van

Coöperatie VGZ U.A. ,
ASR Basis Ziektekostenverzekering N.V. ,
Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraarsgroep C.Z. U.A. ,
Menzis Zorgverzekeraar N.V. ,
Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. ,
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. ,
ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. ,
bijgestaan door mr. H.J. Arnold, advocaat te Den Haag,

k l a a g s t e r s

-tegen-

A, huisarts, werkzaam te B,
bijgestaan door mr. R.F.A. van der Mark, advocaat te Utrecht,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de aanvullende repliek met bijlage;
- de dupliek met de bijlagen;
- een door klaagsters ingezonden verklaring.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid mondeling te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 25 april 2017. Aan de zijde van klaagsters waren aanwezig C (VGZ), D (ASR), E (Zorg en Zekerheid), F (Zilveren Kruis), G (Menzis) en H (CZ), bijgestaan door mr. Arnold. Verweerder is eveneens verschenen, bijgestaan door mr. Van der Mark.

De zaken zijn gelijktijdig doch niet gevoegd ter zitting behandeld. Omdat de feiten en standpunten in de zaken vrijwel gelijk zijn, worden alle beslissingen in één document weergegeven.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klaagsters zijn zorgverzekeraars in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Een van de taken die de uitvoering van deze wet met zich brengt, is het verwerven van voldoende zekerheid omtrent rechtmatigheid en doelmatigheid van gedeclareerde zorg.

Verweerder heeft sinds november 2009 een huisartsenpraktijk te B. Sinds oktober 2010 is verweerder aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur. Van 2010 tot 2013 had verweerder een assistent in dienst die mede de administratie verzorgde en toegang had tot het declaratieproces.

In de jaren 2011 tot en met 2015 heeft verweerder met Achmea (nu: Zilveren Kruis) een overeenkomst 'zorgverzekeraar-huisarts' gesloten. In deze overeenkomst waren onder meer de vergoedingen vastgesteld die verweerder mocht declareren. Achmea is preferente zorgverzekeraar, hetgeen betekent dat de andere zorgverzekeraars de tussen haar en verweerder gemaakte afspraken volgen.

Op 8 juli 2014 heeft Achmea een fraudesignaal afgegeven bij Zorgverzekeraars Nederland naar aanleiding van door haar uitgevoerd onderzoek. Alle thans klagende zorgverzekeraars hebben vervolgens onderzoek uitgevoerd. Daaruit kwam het volgende naar voren:

- bij de declaraties paste veelal niet een in het patiëntendossier op dezelfde datum vermelde aantekening. Ook stond gedeclareerde zorg veelal niet op die datum in de agenda van verweerder;
- vele tientallen patiënten hebben desgevraagd laten weten dat zij de gedeclareerde zorg niet hebben ontvangen;
- veel van de gedeclareerde consulten bestonden uit zogenaamde lange consulten (meer dan 20 minuten), volgens de statistische gegevens uit het Vektis-systeem kwamen deze in het jaar 2011 in de praktijk van verweerder ongeveer 25 keer vaker voor dan in een vergelijkbare praktijk en voor zover gedeclareerde lange consulten correspondeerden met aan een patiënt verleende zorg in diens dossier, bestond die volgens het dossier vaak uit een telefoongesprek of een afspraak van 10 minuten met een dokters-assistent;

- uit de Vektis-gegevens blijkt dat verweerder in de jaren 2011 t/m 2014 op 61% van alle dagen meer dan 17 uur heeft gedeclareerd, waarvan op sommige dagen 70, 71, 73, 98 en 135 uur.
- uit een agenda-reconstructie blijkt dat verweerder in week 40 van 2012 bij acht verschillende zorgverzekeraars gemiddeld 27 uur aan lange consulten heeft gedeclareerd en in week 10 van 2013 16,3 uur per dag, naast de korte, telefonische en e-mailconsulten, de korte en de lange visites.
- verweerder heeft ANW-zorg (avond-, nacht en weekendzorg) gedeclareerd naast de vergoeding die hij ontving voor het deelnemen in een huisartsendienstenstructuur;
- volgens de patiëntendossiers uitgeschreven herhaalrecepten zijn gedeclareerd als consult;
- volgens de patiëntendossiers verrichte uitstrijkjes bevolkingsonderzoek zijn gedeclareerd als consult huisarts;
- volgens de patiëntendossiers gegeven grieprikken zijn gedeclareerd als (lang) consult.

Achmea heeft een melding gedaan bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa heeft de praktijk van verweerder op 13 maart 2015 onaangekondigd bezocht en een onderzoek ingesteld. De NZa kwam in september 2016 tot de conclusie dat verweerder de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) heeft overtreden. De NZa legde verweerder een boete op van € 100.000,- wegens het veelvuldig in rekening brengen van onjuiste declaraties en gebreken in de administratieve verslaglegging. Het boetebesluit van de NZa is gepubliceerd. Hierin is onder meer het volgende vermeld:

- over 2012 betrof 77% van alle gedeclareerde consulten een lang consult terwijl dat landelijk ongeveer 17,5% is;
- daarna zijn 68 patiëntendossiers nader onderzocht;
- in bijna 3000 gevallen was van een gedeclareerde consultprestatie op de desbetreffende datum geen aantekening van de verrichte zorghandeling in het patiëntendossier te vinden;
- in ruim 2800 gevallen leken de gedeclareerde consultprestaties te kunnen worden gekoppeld aan bijna 800 clusters van zorgverrichtingen op een andere datum in het dossier van de patiënten;
- in twee gegeven voorbeelden waren respectievelijk 8 en 9 (lange en/of ANW-) consulten in een cluster vermeld met maar in één geval enige omschrijving van de inhoud van het consult; in een groot deel van de 700 clusters ontbrak een omschrijving van de verleende zorg;
- de NZa kwam tot de conclusie, mede omdat de zorg soms voor en soms na de vermelding in het patiëntendossier is verricht, dat de bijna 3000 onderzochte consultprestaties ten onrechte zijn gedeclareerd;
- in de patiëntendossiers vermelde grieprikken, herhaalrecepten, administratieve handelingen zoals overleg over ontvangen informatie of een bespreking met specialisten, no shows en telefonische contacten (niet telefonische consulten) met huisarts of doktersassistent zijn in honderden gevallen ten onrechte gedeclareerd;
- er zijn 9.547 ANW-prestaties gedeclareerd terwijl verweerder geen aanspraak kan maken op ANW-vergoedingen;
- de in artikel 36, eerste lid van de Wmg vereiste wijze van administratie voeren is niet gevolgd.

Klaagsters VGZ en ASR hebben in de periode 2012 tot 2015 het verzoek gekregen om de betalingen voor verweerder over te maken naar een andere rekening. Deze rekening bleek de privérekening van verweerders (voormalige) assistent te zijn waarop VGZ en ASR ruim € 275.000,- aan gedeclareerde bedragen hebben overgemaakt. Klaagster VGZ is in 2015 een civiele procedure gestart tegen de assistent van verweerder om de bedragen terug te vorderen.

Verweerder heeft op 16 maart 2016 bij de politie aangifte gedaan van oplichting, valsheid in geschrifte en verduistering tegen zijn voormalige assistent.

De assistent heeft in een door klaagsters overgelegde verklaring deze beschuldigingen ontkend en verklaard dat hij alles in overleg met verweerder heeft verricht, ook het leiden van een deel van de betalingen via zijn rekening.

De gegevens van verweerder zijn wegens verdenking van fraude in juli 2015 opgenomen in het incidentenregister en het Extern Verwijzingsregister (EVR).

Tot nu toe hebben klaagsters ruim € 550.000,- aan uitbetalingen verrekend met latere declaraties, die verweerder inmiddels laat uitvoeren door een administratiekantoor. Klaagsters hebben nader onderzoek verricht of aangekondigd naar andere categorieën declaraties die huns inziens onrechtmatig zijn gedeclareerd.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTERS EN DE KLACHT

Klaagsters verwijten verweerder - zakelijk weergegeven - dat hij in zijn hoedanigheid van huisarts klaagsters bewust en stelselmatig op diverse wijzen heeft opgelicht, en wel door het indienen van declaraties voor zorg die niet heeft plaatsgevonden. In concreto en in het licht van de hiervoor weergegeven bevindingen komen de verwijten op het volgende neer:

- verweerder heeft meer consulten gedeclareerd dan werkelijk hebben plaatsgevonden (VGZ, ASR, CZ, Menzis, ZZ, ONVZ);
- verweerder heeft bij de gedeclareerde lange consulten geen historie van de patiënt en geen behandeldatum vermeld terwijl de afspraak van de patiënt niet in de agenda van verweerder stond (Zilveren Kruis);
- verweerder heeft griepvaccinaties als lange consulten gedeclareerd (Zilveren Kruis);
- verweerder heeft een griepvaccinatie als een gewoon consult gedeclareerd (ZZ);
- verweerder heeft telefonische consulten gedeclareerd als gewone consulten (CZ, ONVZ);
- verweerder heeft een telefonisch consult en het ophalen van een drankje gedeclareerd als een consult huisarts langer dan 20 minuten (VGZ);
- verweerder heeft lange consulten gedeclareerd terwijl het ging om korte consulten (VGZ, ASR, CZ, Menzis, Zilveren Kruis);
- verweerder heeft het uitschrijven van herhaalrecepten gedeclareerd als een 'consult huisarts' (VGZ, CZ, ZZ);
- verweerder heeft telefoongesprekken met de doktersassistente voor het inplannen van een afspraak gedeclareerd als telefonisch consult (CZ, Menzis, Zilveren Kruis);
- verweerder heeft het maken van een uitstrijkje door de doktersassistent als consult huisarts gedeclareerd (CZ, Zilveren Kruis);

- verweerder heeft vergoedingen voor ANW-zorg gedeclareerd terwijl die zorg niet is geleverd (VGZ, ASR, CZ, Menzis, ZZ, ONVZ);
- verweerder heeft vergoedingen voor ANW-zorg gedeclareerd terwijl dit volgens de beleidsregels en tariefbeschikking van de NZa niet is toegestaan (VGZ, ASR, CZ, Menzis, ZZ, ONVZ);
- verweerder heeft meer uren dan mogelijk is gedeclareerd (VGZ, ASR, CZ, Menzis, Zilveren Kruis, ZZ, ONVZ).

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert - zakelijk weergegeven - aan dat klaagsters niet-ontvankelijk zijn in hun klacht omdat zij niet onder de klachtgerechtigden vallen als vermeld in artikel 65 lid 1 Wet BIG. Indien het college van oordeel is dat klaagsters wel klachtgerechtigd zijn dan maken zij misbruik van hun bevoegdheid een klacht in te dienen. Met het indienen van een klacht maken klaagsters oneigenlijk gebruik van het tuchtrecht. Het indienen van een klacht is naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar nu klaagsters geen belang hebben bij het indienen van een tuchtklacht. Het indienen van een tuchtklacht bovenop de reeds ingestelde bestuursrechtelijke procedure, civielrechtelijke maatregelen, registraties in het EVR en bij Zorgverzekeraars Nederland samen met de publiciteit over de opgelegde boete is in strijd met het recht om niet onevenredig zwaar of disproportioneel te worden bestraft of vervolgd. Met het indienen van een tuchtklacht is het algemeen belang van de individuele gezondheidszorg niet gediend. Verweerder betwist dat hij klaagsters stelselmatig en op diverse wijzen heeft opgelicht. Verweerder heeft een grote praktijk met relatief veel (buitenlandse) patiënten met psychische problemen, patiënten met verslavingsproblematiek en patiënten zonder vaste woning. Door de groei van de praktijk en een gebrekkige administratieve ondersteuning schoot de administratieve verwerking van de verrichtingen tekort. Dit betekent niet dat patiënten de zorg die gedeclareerd is niet hebben gekregen. Verweerder had een assistent in dienst die, zo naderhand bleek, veel fouten heeft gemaakt en verweerder heeft opgelicht. De handelwijze van de assistent is verweerder tuchtrechtelijk niet te verwijten. Dat klaagsters VGZ en ASR hun betalingen op de privérekening van de assistent van verweerder hebben gestort is een gevolg van hun eigen nalatigheid. Zij hebben verzuimd bij verweerder te verifiëren of het rekeningnummer juist was. Verweerder betwist dat hij voor het geven van grieprikken en het uitschrijven van herhalingsrecepten consulten heeft gedeclareerd. Hij heeft uitsluitend een consult gedeclareerd als er zorginhoudelijk contact is geweest met de patiënt over een medische klacht. Verweerder betwist dat hij lange consulten in rekening heeft gebracht voor consulten die korter dan 20 minuten duurden. Hij erkent dat het kan zijn voorgekomen dat één lang consult is berekend voor patiënten die in één week een aantal keren voor dezelfde klacht bij hem langs kwamen. Verweerder heeft in de gevallen dat hij patiënten 's avonds, 's nachts of in het weekend acute zorg verleende het ANW-tarief gerekend. Verweerder was aangesloten bij de huisartsenpost maar veel patiënten wilden hier geen beroep op doen en liever de zorg krijgen van verweerder. Op grond van de overeenkomsten die verweerder met klaagsters heeft gesloten is het toegestaan om ANW-tarieven te berekenen. De regelgeving ten aanzien van het berekenen van ANW-tarieven is in elk geval verwarrend en onduidelijk. Verweerder kan van de overtreding van deze regels, nu deze voor tweeërlei uitleg vatbaar zijn, geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt. Aan de enquêtes die klaagsters hebben gehouden onder hun verzekerden, kan geen betekenis worden toegekend. Niet is na te gaan of de reacties van de verze-

kerden kloppen, nu de enquêteformulieren anoniem zijn ingevuld. Dat verweerder meer uren declareert dan mogelijk is, komt door de afwijkende patiëntenpopulatie in zijn praktijk en door de handelwijze van zijn assistent. Verweerder heeft klaagsters niet bewust en stelselmatig opgelicht en van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen is geen sprake.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

De ontvankelijkheid

5.1

Het college gaat voorbij aan hetgeen verweerder heeft aangevoerd met betrekking tot ontbrekende adressen en volmachten van onder de vlag van sommige klaagsters opererende ziektekostenverzekeraars en het ontbreken van (ondertekende) overeenkomsten. Voldoende is dat vaststaat dat verweerder bij klaagsters heeft gedeclareerd op basis van een kennelijk ook door verweerder aanwezig geachte rechtsverhouding die hem daartoe het recht gaf. Door de betaling van die declaraties is er van de kant van klaagsters in zoverre ook een erkenning van die rechtsverhouding.

5.2

Volgens de tweede tuchtnorm (art. 47 lid 1, aanhef en onder b, Wet BIG) is verweerder onderworpen aan tuchtrechtspraak ter zake van enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in de hoedanigheid van arts in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg. Op het door klaagsters gestelde handelen of nalaten van verweerder is deze tweede tuchtnorm van toepassing om de volgende redenen. De gedraging heeft ten eerste voldoende weerslag op de individuele gezondheidszorg, nu het kort gezegd gaat om de vraag of verweerder bewust onjuist heeft gedeclareerd aan klaagsters. De financiële afwikkeling tussen zorgverzekeraar en -verlener is integraal onderdeel van de individuele gezondheidszorg. Terecht is dan ook bij de totstandkoming van de Wet BIG de zorgverzekeraar als klachtgerechtigde en fraude jegens de zorgverzekeraar *als voorbeeld* van schending van de tweede tuchtnorm (MvT, *kamerstukken* II, 1985/86, 19522, 7, p. 97) aangemerkt. Voorts begeeft een huisarts zich bij het declareren op het terrein waarop hij de deskundigheid bezit, behorende bij zijn inschrijving in het BIG-register. Het organiseren van mensen en middelen binnen de praktijk behoort ingevolge artikel 4.2 van het 'Competentieprofiel van de huisarts' immers tot de competenties waarover een huisarts dient te beschikken en hij dient bij delegatie de eindverantwoordelijkheid te nemen. Wat verweerder als BIG-geregistreerd arts door klaagsters wordt verweten is overigens ook te beschouwen als handelen dat wordt bestreken door de eerste tuchtnorm (art. 47 lid 1, aanhef en onder a, Wet BIG) die kort gezegd betrekking heeft op de relatie tussen een zorgverlener en een patiënt; de individuele patiënt kan immers geconfronteerd worden met de gevolgen van onjuist declareren als in de klacht aan de orde gesteld, bijvoorbeeld omdat het declaratieoverzicht met betrekking tot de hem verleende huisartsenzorg bij de zorgverzekeraar niet strookt met de werkelijkheid en de patiënt noodzakelijkerwijs wordt betrokken in een onderzoek naar de rechtmatigheid daarvan. En ten slotte wordt door het aan het college voorgelegde handelen van verweerder als huisarts het vertrouwen dat diens patiënten in zijn handelen en van patiënten in dat van huisartsen in het algemeen moeten kunnen stellen wezenlijk aangetast, en ook dat is een belang dat in de individuele patiëntrelatie van wezenlijke betekenis is. Evenals het belang dat een individuele

patiënt erbij heeft dat zijn premie niet wordt opgedreven door kosten veroorzaakt door onrechtmatig declaratiegedrag van zorgverleners en -instellingen.

5.3

De eigen positie van het tuchtrecht betekent dat de bestuursrechtelijke handhaving, met alle publiciteit van dien, zowel als de civiele (terug)vordering en zelfs een eventuele strafvervolgning niet meebrengen dat klagers oneigenlijk gebruik of zelfs, zoals gesteld, misbruik maken van hun bevoegdheid een tuchtklacht in te dienen. Het 'una via'-beginsel waarop verweerder een beroep doet is niet geldend in het tuchtrecht in de gezondheidszorg, nog daargelaten of deze casus bij vormen van tuchtrecht waar dat wel is ingevoerd zou voldoen aan dat beginsel. Ook de wijze waarop sommige klaagsters de gedeclareerde bedragen hebben uitbetaald aan de assistent en hun wijze van berekenen van hun civielrechtelijke schade raakt hun ontvankelijkheid in deze tuchtrechtelijke procedure niet. Dat door patiënten enquêteformulieren geanonimiseerd zijn staat evenmin aan hun ontvankelijkheid in de weg, al was het maar dat CZ ongeanonimiseerde enquêteformulieren heeft overgelegd waar verweerder niets anders mee heeft gedaan dan eerst ter zitting betogen dat alle betrokkenen dement of psychiatrisch patiënt zijn. Ten slotte valt verweerder niet te volgen in zijn betoog dat het algemene belang van de individuele gezondheidszorg niet is gediend met deze klacht, gelet op hetgeen hierboven is overwogen over het belang van patiënten om te worden gevrijwaard van onrechtmatig declaratiegedrag.

5.4

Klaagsters zijn dus ontvankelijk in hun klacht.

Inhoudelijk

5.5

Klaagsters hebben met statistische en eigen onderzoeksgegevens aannemelijk gemaakt en onderbouwd dat er door (de praktijk van) verweerder op grote schaal onrechtmatig is gedeclareerd. Ook uit het boetebesluit van de NZa, dat verweerder meer vertrouwt dan het onderzoek van klaagsters, blijkt dat op grote schaal onrechtmatig is gedeclareerd. Het lag op de weg van verweerder om hiertegen concreet en onderbouwd verweer te voeren. Nu hij dat heeft nagelaten, moet van de juistheid van de onderzoeksresultaten worden uitgegaan. Alleen al het feit dat verweerder niet, en al helemaal niet gemotiveerd, heeft ontkend dat zijn praktijk over een periode van vier jaar op 61% van alle dagen meer dan 17 uur heeft gedeclareerd noopt tot de conclusie dat onrechtmatig is gedeclareerd. Het wel gevoerde verweer, dat verweerder patiënten in zijn praktijk heeft die veel tijd en zorg eisen, geeft geen verklaring voor het feit dat verweerder, werkend met één of twee assistentes, over een langere periode meer dan de helft van de dagen boven 17 uur uitkomt. Verweerder heeft voorts wisselend en niet geheel duidelijk voorafgaand aan en in deze procedure verklaard over de rol van zijn assistent. Voor zover hij heeft willen betogen dat zijn assistent voor alle onjuiste declaraties verantwoordelijk is geweest en niet hij, geldt dat het voor verweerder zowel op grond van de hoogte van door klaagsters overgemaakte bedragen, als (voor zover die bedragen aan de assistent zijn overgemaakt) de verstrekte overzichten daarvan zonneklaar moet zijn geweest dat te veel werd gedeclareerd. Het gaat om stelselmatige en zeer omvangrijke onrechtmatige declaraties over een lange periode. Verweerder moet zich daar naar het oordeel van het college terdege bewust van zijn geweest. Het verweer slaagt niet en de klachten van alle klaagsters zijn dus volledig gegrond.

5.6

Het college merkt terzijde op dat de patiëntendossiers kennelijk voor een aanzienlijk deel geen inhoudelijke informatie over verleende zorg bevatten. Hierdoor loopt de continuïteit van de zorg gevaar, omdat niet alleen verweerder zelf maar ook een waarnemer of opvolger moet kunnen vertrouwen op een correct bijgehouden dossier, hetgeen om die reden ook wettelijk verplicht is en in het Competentieprofiel van de huisarts is opgenomen. Nu de klacht van klagsters vanuit hun positie van zorgverzekeraars zich hier niet op richt, laat het college dit aspect bij de beoordeling van de gegrondheid van de klachten en de zwaarte van de maatregelen buiten beschouwing.

5.7

De conclusie is dat verweerder bewust, stelselmatig, over een langere periode en grootschalig onjuist heeft gedeclareerd of laten declareren. Hierbij past gelet op de ernst van dit geval geen lichtere maatregel dan een doorhaling. Het college laat een schorsing als ordemaatregel achterwege omdat verweerder inmiddels een administratiekantoor heeft ingeschakeld, klagsters en de IGZ (die ter zitting aanwezig was) hem volgen en klagster hem via verrekening laten afbetalen op de door klagsters (en daarmee door hun verzekerden) geleden schade.

5.8

Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal deze beslissing worden gepubliceerd.

6. DE BESLISSING IN ELK VAN DE KLACHTZAKEN

Het college:

- beveelt de doorhaling van verweerdere inschrijving in het BIG-register dan wel ontzegt verweerder, voor het geval hij op het moment van onherroepelijk worden van deze beslissing niet is ingeschreven in het BIG-register, het recht om wederom in dit register te worden ingeschreven;
- bepaalt dat deze beslissing nadat deze onherroepelijk is geworden in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften 'Tijdschrift voor Gezondheidsrecht', 'Gezondheidszorg Jurisprudentie' en 'Medisch Contact'.

Aldus gedaan door mr. A.L. Smit, voorzitter, mr. Th.C.M. Willemse, lid-jurist, J.M. Komen, dr. A.P.E. Sachs en R.O. Rischen, leden-arts, in tegenwoordigheid van mr. G.E. Bart, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 9 juni 2017 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aan gelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.