

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 100/2020

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 26 maart 2021 naar aanleiding van de op 24 juni 2020 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**ASR Basis Ziektekostenverzekering B.V.**, gevestigd te Utrecht,  
bijgestaan door mr. E. Kallenberg, advocaat te Den Haag,

k l a a g s t e r

-tegen-

**A**, tandarts met (tot 22 januari 2019) de specialisatie mondziekten en kaakchirurgie,  
(destijds) werkzaam te B,

b e k l a a g d e

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- de op 16 juli 2020 ontvangen inhoudsopgave bij het klaagschrift;
- de brief van IGJ d.d. 23 juli 2020;
- de op 10 augustus 2020 ontvangen aanvullende stukken bij het klaagschrift;
- de op 29 januari 2021 ontvangen stukken van de zijde van beklagde.

Bij brief van 17 september 2021 is beklagde verzocht schriftelijk verweer te voeren. In deze brief is ook een uitleg gegeven van de procedure en is de mogelijkheid van een mondeling vooronderzoek genoemd. Ook naar klaagster is op die dag een brief gestuurd met een beknopte uitleg van de procedure. Toen na het verstrijken van de termijn niets van beklagde was vernomen, is beklagde bij brief van 20 oktober 2020 herinnerd aan het verzoek om schriftelijk verweer en is hem nogmaals een termijn geboden voor het indienen van verweer. Daarbij is aangegeven dat als niets van hem zou worden vernomen, ervan uit zou worden gegaan dat hij geen schriftelijk verweer wilde voeren en afzag van de mogelijkheid zijn standpunt mondeling toe te lichten in het vooronder-

zoek. Bij brief van 27 oktober 2020 heeft beklagde laten weten (op dat moment) niet in de gelegenheid te zijn schriftelijk verweer te voeren. Beklagde heeft in deze brief voorts verzocht “aan te sturen op een openbare zitting om wel de mogelijkheid te krijgen om verweer te voeren en tevens om getuigen te horen”. Bij brief van 5 november 2020 heeft de secretaris meegedeeld dat geen van partijen heeft aangegeven gebruik te willen maken van de mogelijkheid van een mondeling vooronderzoek. In overeenstemming met het verzoek van klager heeft de secretaris voorts laten weten dat een openbare zitting zou plaatsvinden op 8 januari 2021. Daarbij is beklagde nog een laatste termijn gegeven voor het voeren van schriftelijk verweer, en wel tot 4 december 2020. Partijen hebben hier niet meer op gereageerd. Op 8 januari 2021 werd van de zijde van beklagde wegens een vermoeden van coronagerelateerde klachten om uitstel van de behandeling ter zitting verzocht. Het college heeft dit verzoek om uitstel gehonoreerd.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 12 februari 2021. Voor klagster zijn verschenen, mr. Kallenberg, voornoemd, G (fraude-coördinator bij ASR) en H (betrokken medisch adviseur bij ASR). Beklagde is in persoon verschenen.

Op dezelfde dag is een eveneens tegen beklagde gerichte klacht behandeld van een andere zorgverzekeraar. Die zaak is bekend onder dossiernummer 102/2020.

## 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.

Klaagster is een zorgverzekeraar in de zin van artikel 1 aanhef en onder b 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.

Beklagde werkt sinds 2013 bij C, een door hem begin 2013 opgericht Zelfstandig Behandelingcentrum Kaakchirurgie, waarvan hij ook bestuurder is.

Klaagster en beklagde hadden geen overeenkomst gesloten over de (wijze van) vergoeding van door beklagde geleverde zorg aan bij klagster aangesloten verzekerden. Ondanks het ontbreken van een overeenkomst diende C wel rechtstreeks declaraties in bij klagster via Vektis en/of via Netpoint Factoring. Ook verzekerden zelf dienden declaraties in. Klagster heeft op deze wijze ingediende declaraties vergoed.

Op 21 oktober 2015 is via Zorgverzekeraars Nederland een door Achmea Zorg (nu: Zilveren Kruis) gedane melding ontvangen. De melding had betrekking op een “onjuiste voorstelling van zaken” door C/beklagde. Beklagde zou volgens de melding onder meer behandelingen “knippen” en er mogelijk een dubbele boekhouding op nahouden.

Klaagster heeft hierna een data-analyse uitgevoerd. De uitkomsten van deze data-analyse waren voor klagster aanleiding een fraudeonderzoek te starten. In dat kader heeft op 24 januari 2017 een gesprek plaatsgevonden tussen beklagde enerzijds en twee medewerkers van klagster anderzijds.

Met het oog op het uitvoeren van een detailcontrole vroeg klager bij verschillende verzekeren een machtiging op voor het opvragen van hun dossier. Klager ontving van twintig verzekeren die machtiging.

Beklaagde is op 17 oktober 2017 op de hoogte gesteld van het voornemen van klager een detailcontrole uit te voeren. Beklaagde, die herstelde was na een hartinfarct, heeft in verband met zijn gezondheidstoestand gevraagd om uitstel voor het indienen van een reactie, waarna klager – kort gezegd – aangaf begin 2018 op de kwestie terug te komen.

Bij brief van 26 april 2018 heeft klager beklaagde verzocht een afspraak te maken voor het inzien en ophalen van informatie. Bij brief van 29 mei 2018 heeft klager laten weten dat zij op 1 juni 2018 bij C zou langskomen om dossiers op te halen en mee te nemen. De dossiers werden op de bewuste dag door de aanwezige medewerkster niet afgegeven.

Op 19 juni 2018 zijn de dossiers door C digitaal verstrekt aan klager, waarna door klager onderzoek is gedaan.

Bij brief van 23 oktober 2018 heeft klager beklaagde een lijst gestuurd waarop ontbrekende foto's en technieknota's vermeld waren, met het verzoek deze vóór 7 november 2018 aan klager te leveren.

Met een brief van 11 februari 2019 heeft klager een verslag van de onderzoeksbevindingen toegestuurd aan beklaagde met het verzoek om een reactie vóór 18 maart 2019. Ook heeft klager een viertal specifieke vragen gesteld.

Beklaagde heeft op zijn verzoek een aantal malen uitstel gekregen voor het geven van zijn reactie, voor de laatste maal tot 6 juni 2019, via een ingebrekestelling van 22 mei 2019, gevolgd door een aansprakelijkstelling bij brief van 20 augustus 2019.

In een e-mail van 9 september 2019 heeft beklaagde aan klager – kort gezegd – laten weten dat hij vanwege een hartinfarct in 2017 niet in staat is geweest te reageren op het voorlopig onderzoeksrapport en dat hij verwachtte zes weken nodig te hebben voor een reactie op de aansprakelijkstelling.

Klager heeft een verslag van het door haar en haar medisch adviseurs gedane onderzoek en conclusies vastgelegd in het "Rapport Onderzoek D" van 10 januari 2020 (hierna: het rapport).

In het rapport is vastgelegd dat de beoordeling van de 20 verzekerdossiers is gedaan door een adviserend tandarts, in dienst van klager en twee kaakchirurgen (van wie één niet praktiserend). De afzonderlijke verzekeren zijn in het rapport anoniem weergegeven onder de letters A tot en met T. Per verzekerde is uitgewerkt of declaraties rechtmatig waren.

Samenvattend concluderen de beoordelaars ten aanzien van een groot deel van de uitgevoerde röntgenonderzoeken dat de indicatie en de bevindingen niet zijn vastgelegd in het dossier. Voor een aanzienlijk deel van deze onderzoeken is geen rechtvaardiging.

Daarnaast kon niet van elke (gedeclareerde) foto worden vastgesteld dat deze daadwerkelijk gemaakt was.

Ten aanzien van diverse verzekerden wordt benoemd dat implantologische zorg wordt gedeclareerd terwijl dit geen verzekerde zorg betreft.

Verder constateren de beoordelaars bij verschillende verzekerden een onterecht gebruik van diverse declaratiecodes zoals 234070 (al dan niet in combinatie met code 234041) 234030, 238022, 235033, 239961, R40 etc. Daarnaast werden patiënten onnodig opgeroepen voor controleafspraken.

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt beklagde - zakelijk weergegeven – dat hij haar bewust en stelselmatig op diverse wijzen heeft opgelicht door declaraties bij haar in te dienen voor zorg die in werkelijkheid niet of niet als zodanig is geleverd door beklagde. Zo heeft beklagde in een aanzienlijke hoeveelheid gevallen een zwaardere verrichting gedeclareerd dan de verrichting die daadwerkelijk is uitgevoerd. Er is sprake van “upcoding”. Een ander voorbeeld is het (laten) declareren van niet-verzekerde zorg als verzekerde zorg.

Klaagster licht toe dat in het onderzoek van ASR de volgende modus operandi naar voren komen waarop beklagde zorg heeft gedeclareerd die in werkelijkheid niet of niet als zodanig is geleverd:

- a. de (grote) hoeveelheid röntgenfoto's kan niet worden gerechtvaardigd;
- b. er is niet-verzekerde zorg als verzekerde zorg gedeclareerd;
- c. er is gebrek aan transparantie over de kosten van behandelingen c.q. patiënten zijn onjuist voorgelicht door beklagde;
- d. er is sprake van 'upcoding' door middel van onterecht gebruik van prestatiecodes;
- e. er is sprake van onjuist gebruik van technieknota's;
- f. er zijn onnodige consulten uitgevoerd;
- g. er is sprake van onvolledige dossiervorming en twijfels over feitelijke levering.

### 4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde heeft geen schriftelijk verweer gevoerd. Ter zitting heeft hij aangevoerd dat er onvoldoende grondslag was voor de controle. Verder voert beklagde aan dat hij bij zijn declaraties heeft gehandeld zoals voorgeschreven door de NZa. Op het verweer van beklagde wordt hieronder nader ingegaan.

### 5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

#### 5.1

Beklaagde heeft twee weken voorafgaand aan de zitting van 12 februari 2021 per e-mail te kennen gegeven dat hij het aanbod van het tuchtcollege voor een mogelijkheid voor een mondelinge toelichting door partijen voorafgaand aan de openbare zitting heeft gemist. Zoals blijkt uit wat hiervoor onder “het verloop van de procedure” is weergegeven, zijn partijen gewezen op de mogelijkheid van een mondeling vooronder-

zoek. Na de mededeling bij brief van 20 oktober 2020 dat, bij uitblijven van een reactie, ervan zou worden uitgegaan dat beklagde af zag van de mogelijkheid zijn standpunt tijdens een mondeling vooronderzoek toe te lichten, heeft beklagde niet laten weten dat dit uitgangspunt onjuist was, maar verzocht een openbare zitting te plannen. Geconcludeerd moet dan ook worden dat beklagde de mogelijkheid van een mondeling vooronderzoek bewust niet heeft benut. Dit geldt te meer, nu beklagde ook na de mededeling in de brief van 5 november 2020, dat geen van partijen had aangegeven gebruik te willen maken van mogelijkheid van een mondeling vooronderzoek, niet heeft laten weten dat hij dat wel wilde.

## 5.2

Volgens de tweede tuchtnorm (art. 47 lid 1, aanhef en onder b, Wet BIG) is beklagde onderworpen aan tuchtrechtspraak ter zake van enig ander dan in dat artikel 47 lid 1 onder a bedoeld handelen of nalaten in strijd met hetgeen een behoorlijk beroepsbeoefenaar betaamt. Bij de totstandkoming van de Wet BIG is als voorbeeld van schending van de tweede tuchtnorm (MvT, kamerstukken II, 1985/86, 19522, 7, p. 97) geweest op fraude jegens de zorgverzekeraar en is de zorgverzekeraar als klachtgerechtigde genoemd. Daarbij is overwogen dat de financiële afwikkeling tussen zorgverzekeraar en zorgverlener onderdeel is van de individuele gezondheidszorg. Bij de totstandkoming van de Wet BIG is dan ook de zorgverzekeraar als klachtgerechtigde aangemerkt. Deze klachtgerechtigdheid geldt ook voor de kwaliteit van dossiervoering en het meewerken aan onderzoek naar vermeende onregelmatigheden bij het indienen van declaraties; ook daarmee is de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg direct gemoeid. Klaagster is daarom ontvankelijk in haar klacht.

## 5.3

In deze zaak moet worden beoordeeld of voldoende aannemelijk is dat de verweten gedragingen hebben plaatsgevonden. De vraag of er al dan niet voldoende grondslag was voor het uitvoeren van een detailcontrole hoeft in deze tuchtprocedure niet beantwoord te worden. Zelfs als de conclusie zou moeten zijn dat dit niet het geval is, zou dat namelijk geen aanleiding zijn om het gedane onderzoek, de daarvan gemaakte rapportage en de overgelegde patiëntendossiers uit te sluiten van het in deze procedure door klaagster aangedragen bewijs van de verweten gedragingen.

## 5.4

Klaagster heeft een eigen onderzoek gedaan en de resultaten daarvan vastgelegd in haar rapportage van 10 januari 2020. Het college zal hiernavolgend de klacht beoordelen aan de hand van een aantal in de toelichting op het desbetreffende verwijt beschreven 'modus operandi'.

### *Beeldvormend onderzoek*

Bij het onderzoek wordt geconstateerd dat zeer vaak beeldvormend onderzoek wordt gedaan zonder dat de indicatie daarvoor in het dossier is genoteerd. Ook ontbreekt de motivering/indicatie van het gebruikmaken van een CB-CT met een hoge stralingsbelasting in plaats van een OPT of solo-opname met een aanzienlijk lagere stralingsbelasting. Voorts wordt geconstateerd dat niet alle gedeclareerde foto's in het dossier zijn terug te vinden en dat de beoordeling van een bepaalde foto meerdere malen wordt gedeclareerd.

Beklaagde heeft hiertegen aangevoerd dat de CB-CT meer informatie biedt dan een OPT of solo-opname en dat hij deze methode van röntgenonderzoek ondanks de hogere stralingsbelasting daarom vaak toepast. Bij een apexresectie is een (lokale) CB-CT volgens hem bijvoorbeeld van toegevoegde waarde omdat hieruit kan blijken dat een apexresectie niet de juiste behandeling zou zijn. Dit is informatie die uit een solo foto niet altijd is te herleiden, aldus beklagde. Beklaagde heeft voorts beschreven dat hij de beoordeling van een röntgenfoto soms bij een volgend consult voor een tweede keer doet en deze dan ook voor een tweede keer kan declareren. Bij een implantologische behandeling wordt naast een OPG aanvullend een CB-CT gemaakt en vervolgens opnieuw een CB-CT gemaakt direct na plaatsen van het implantaat, bij de controle na 2-3 weken, bij de nulmeting en bij de controle na 1 jaar. Daarnaast zijn de niet aange troffen röntgenfoto's volgens beklagde gewoon aanwezig op de praktijk.

Het college overweegt dat de conclusies in het onderzoeksrapport ten aanzien van de röntgenfoto's voldoende onderbouwd en inzichtelijk zijn. Uit de rapportage, maar ook uit wat beklagde daarover ter zitting naar voren heeft gebracht, blijkt dat beklagde zeer vaak beeldvormend onderzoek laat doen zonder dat daarvoor een rechtvaardiging bestaat. Ook voor het type onderzoek dat beklagde uit laat voeren bestaat regelmatig geen rechtvaardiging. Beklaagde handelt in dit opzicht niet volgens de geldende richtlijnen, en daarmee niet in overeenstemming met de geldende principes waarop de stralingsbescherming is gestoeld, waaronder het ALARA-principe (As Low As Reasonably Achievable). Dat beklagde heeft gehandeld volgens een in zijn eigen praktijk geldend protocol verandert niets aan deze conclusie. Beklaagde heeft dit protocol niet overgelegd, maar gezien de uitwerking daarvan in de praktijk, kan niet anders dan worden aangenomen dat dit protocol evenmin in overeenstemming is met de geldende radiologie richtlijnen en de basisprincipes van stralingsbescherming. Om te blijven bij het eerder aangehaalde voorbeeld: Het maken van een CB-CT voorafgaand aan een apexresectie zoals hiervoor beschreven is simpelweg veelal niet geïndiceerd. Waar dit vanwege bijzondere omstandigheden wel het geval zou zijn, had beklagde dit expliciet dienen te noteren. Het college constateert dan ook dat beklagde (zeer) veel vaker dan gerechtvaardigd beeldvormend onderzoek doet en daarbij ook veel vaker dan gerechtvaardigd kiest voor kostbaarder (en voor de patiënt belastender) onderzoek. Hiermee kan beklagde een hogere vergoeding incasseren. Dat gaat ten koste van de (rechts)persoon die deze vergoeding moet betalen, maar ook ten koste van de patiëntveiligheid. De patiënt wordt namelijk zonder noodzaak blootgesteld aan (veel hogere) stralingsbelasting. Ook het meermaals declareren van de beoordeling van (dezelfde) röntgenfoto is niet gerechtvaardigd. Dat bijvoorbeeld bij een vervolgbehandeling eerder beoordeelde foto nogmaals bekeken wordt, neemt immers niet weg dat deze beoordeling al eerder is gedaan en gedeclareerd. Het ontbreken van diverse röntgenfoto's rechtvaardigt voorts de conclusie dat deze niet zijn gemaakt en ten onrechte zijn gedeclareerd. Aan de stelling van beklagde dat deze röntgenfoto's er wel zouden zijn gaat het college voorbij. Beklaagde is ruimschoots in de gelegenheid geweest de röntgenfoto's te overleggen. Beklaagde heeft dat tot op heden echter niet gedaan en ook niet voldoende onderbouwd uitgelegd waarom dat niet mogelijk was.

*Declareren niet-verzekerde zorg als verzekerde zorg/onvoldoende transparantie richting patiënt*

Klaagster heeft in haar onderzoeksrapportage voldoende inzichtelijk gemaakt dat beklagde niet-verzekerde zorg als verzekerde zorg declareerde bij de verzekeraar. Daarbij ging het met name om declaratiecodes die zowel onder verzekerde zorg als

onder niet-verzekerde zorg kunnen vallen, maar waarbij uit het dossier blijkt dat op het moment van declareren duidelijk was dat het geen verzekerde zorg betrof (bijvoorbeeld omdat de zorg werd geleverd in het kader van het plaatsen van implantaten in kaken waarin nog eigen gebitselementen aanwezig zijn). Ook is voldoende inzichtelijk gemaakt dat patiënten hierover niet (volledig) werden geïnformeerd en dat een kloppende begroting vaak ontbrak. Illustratief voor deze handelwijze is de door beklaagde verzonden begroting aan één van zijn patiënten (e-mail van 9 september 2015 aan patiënt 'G'), waarin hij enerzijds de kosten voor het plaatsen van een implantaat voor de patiënt begroot en vervolgens schrijft *“Andere verrichtingencodes worden gedeclareerd ten laste van de basisverzekering, zoals bij uw inschrijving reeds is aangegeven. Dat geldt dus ook voor de eerdere behandelingen en foto’s.”* Beklaagde heeft tegen deze bevindingen van klaagster geen onderbouwd verweer gevoerd. De enkele stelling ter zitting dat de bevindingen van klaagster niet juist zijn is onvoldoende om aanleiding te geven tot twijfel aan de juistheid van de in het rapport vastgelegde conclusies op dit punt.

#### *Onterecht gebruik van prestatiecodes*

Klaagster heeft in haar onderzoek onder meer beschreven dat beklaagde onrecht prestatiecodes combineert. Klaagster wijst op het gebruik van code 234041 in combinatie met 234161, 234050 of met 234070.

Beklaagde heeft geen gemotiveerd verweer gevoerd tegen de feitelijke bevindingen van klaagster. Wel heeft beklaagde uiteengezet waarom naar zijn mening code 234041 wel samen met, bijvoorbeeld, code 234070 gecombineerd mag worden. Beklaagde verwijst in dat verband naar een aan hem gerichte brief van de NZa van 17 september 2014. De NZa reageert in deze brief op door beklaagde gestelde vragen. NZa schrijft onder meer: *“[wij] kunnen [u] melden dat er binnen de kaakchirurgie geen combinaties van prestaties per definitie zijn uitgesloten om gelijktijdig geregistreerd te worden indien zij beide ook daadwerkelijk zijn uitgevoerd.”* Hieruit leidt beklaagde af dat als hij bijvoorbeeld bij het operatief verwijderen van een gebitselement (234041) ook een oneffenheid aan het kaakbot moet verhelpen, hij ook de code 234070 (alveolotomie) mag declareren.

Het college is van oordeel dat dit verweer niet slaagt. In de eerste plaats is het citaat onvolledig, nu NZa in haar brief ook wijst op het uitgangspunt dat het niet is toegestaan om meerdere prestaties voor één verrichting vast te leggen. En dat is precies wat beklaagde wel doet. De operatieve verwijdering van een gebitselement en het uitvoeren van een als gevolg daarvan noodzakelijke botcorrectie moet worden aangemerkt als één verrichting, waarvoor de daarop van toepassing zijnde code moet worden gebruikt en dat is de code 234041. Dat genoemde verrichting op deze wijze moet worden gedeclareerd is daarnaast in overleg tussen NZa en vertegenwoordigers van de beroepsgroep afgestemd en ook als zodanig met regelmaat door zowel de beroepsvereniging als de wetenschappelijke vereniging richting haar leden gecommuniceerd. Binnen de beroepsgroep bestaat consensus dat een andere manier van declareren niet rechtmatig is. Dat beklaagde daadwerkelijk de overtuiging heeft dat zijn manier van combineren van codes wel rechtmatig is, is niet goed voorstelbaar. Klaagster wijst in dit verband terecht op de beslissing van het Scheidsgerecht Gezondheidszorg van 4 december 2012 in de zaak tussen klager en een voormalig werkgever van hem, waarin ook deze wijze van declareren uitgebreid aan de orde is geweest en uitgebreid is toegelicht dat de wijze van declareren die beklaagde hanteert, niet rechtmatig is. Nu beklaagde tegen de overige door klaagster geconstateerde bevindingen over het onrecht gebruik van prestatieco-

des feitelijk geen verweer heeft gevoerd, moet het ervoor worden gehouden dat deze bevindingen juist zijn.

#### *Onvolledige dossiervoering/feitelijke levering*

In het onderzoeksrapport wordt meermaals opgemerkt dat indicaties en verslagen van wel gedeclareerde foto's of behandelingen niet in de dossiers zijn terug te vinden en dat hierdoor twijfel bestaat aan de feitelijke levering daarvan. Beklaagde heeft tegen deze bevindingen geen verweer gevoerd. Het college heeft geconstateerd dat deze bevindingen juist zijn. De patiëntendossiers zijn zeer summier, röntgenfoto's ontbreken, evenals de indicatie voor het maken van deze foto's. Dat geldt ook voor de indicatie van een behandeling en het achterwege blijven van een deugdelijk verslag daarvan. Hiermee is het niet goed mogelijk te controleren of een bepaalde prestatie was geïndiceerd en ook daadwerkelijk is geleverd.

#### 5.5

Gelet op het voorgaande is voldoende aannemelijk gemaakt en onderbouwd dat er door (de praktijk van) beklagde systematisch onrechtmatig is gedeclareerd. Het lag op de weg van beklagde hiertegen concreet en onderbouwd verweer te voeren. Beklaagde heeft dit nagelaten. Hij heeft in deze tuchtprocedure geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid schriftelijk verweer te voeren naar aanleiding van de klacht. Ondanks herhaalde verzoeken van klagster heeft beklagde ook in de periode voor indiening van de tuchtklacht niet inhoudelijk gereageerd op de door klagster gedane bevindingen. Voor zover beklagde zich wel heeft verweerd heeft dit met name bestaan uit een bevestiging van de verweten handelwijze, waarbij hij deze handelwijze, tegen beter weten in, heeft verdedigd. Uit wat beklagde zelf heeft verklaard over zijn wijze van declareren, waaronder het combineren van codes maar ook het laten maken en declareren van beeldvormend materiaal, leidt het college af dat het niet bij de afwijkingen in (al) de bij het onderzoek betrokken twintig patiëntendossiers is gebleven. Aangenomen moet dan ook worden dat het onrechtmatig declareren op grote schaal gedurende een langere periode heeft plaatsgevonden. Beklaagde moet zich daar naar het oordeel van het college terdege bewust van zijn geweest. De klacht is dus gegrond.

#### 5.6

Bij de conclusie dat beklagde op grote schaal gedurende een lang tijdsbestek bewust systematisch onjuist heeft gedeclareerd of laten declareren past geen lichtere maatregel dan een doorhaling.

Beklaagde heeft met zijn (onjuiste) declaratiegedrag gehandeld in strijd met het algemeen belang van de individuele gezondheidszorg en door zijn handelen schade aan de beroepsgroep toegebracht door kernwaarden van de professie, waaronder betrouwbaarheid, zorgvuldigheid en maatschappelijke verantwoordelijkheid met voeten te treden. Daarbij heeft beklagde ook de patiëntveiligheid in gevaar gebracht door patiënten meer dan nodig bloot te stellen aan straling. Dit met, het college kan niet anders concluderen, als voornaamste doel het kunnen incasseren van een hogere vergoeding.

Nu ter zitting is gebleken dat beklagde nog steeds actief is, al is dit niet meer als kaakchirurg maar als tandarts, en beklagde geen inzicht heeft getoond in het onjuiste van zijn handelen, is het college van oordeel dat toepassing dient te worden gegeven aan artikel 48 lid 9 Wet BIG en zal het na te melden voorlopige voorziening treffen, nu het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg dit vordert.



Om redenen aan het algemeen belang ontleend, bepaalt het college dat deze beslissing op na te noemen wijze zal worden gepubliceerd.

## 6. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart de klacht gegrond;
- beveelt de doorhaling van de inschrijving van beklaagde in het BIG-register, en schorst die inschrijving bij wijze van voorlopige voorziening;
- 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', 'Medisch Contact' en 'NT/Dentz'.

Aldus gegeven door S.B. Boorsma, voorzitter, M. Mostert, lid-jurist, Th.J.M. Hoppenreijns, M.E. Geertman en R. Rowel, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van M. Keukenmeester, secretaris

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als

- het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard of
- als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.