

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2021.1037

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg Beslissing in de zaak onder nummer C2021/1037 van: A., Tandarts met (tot 22 januari 2019), de specialisatie mondziekten en kaakchirurgie, (destijds) werkzaam te B., appellant, verweerder in eerste aanleg, tegen C., gevestigd te D., verweester in beroep, klaagster in eerste aanleg, gemachtigde: mr. H.J. Arnold, advocaat te Den Haag. 1. Verloop van de procedure C. – hierna klaagster – heeft op 3 juli 2020 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen A. – hierna de tandarts – een klacht ingediend. Bij beslissing van 26 maart 2021, onder nummer 102/2020, heeft dat college de klacht gegrond verklaard, aan de tandarts de maatregel van doorhaling van zijn inschrijving in het BIG-register opgelegd, en bij wijze van voorlopige voorziening de inschrijving geschorst. De tandarts is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. Klaagster heeft een verweerschrift in beroep ingediend. Op 7 januari 2022 heeft het Centraal Tuchtcollege nog een brief ontvangen van klaagster (brief van 6 januari 2022 met bijlagen). De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaak E./A. (C2021/1038) behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 24 januari 2022, waar is verschenen namens klaagster mr. Arnold, en de tandarts. Ook waren namens klaagster aanwezig F. (vertegenwoordiger C.), G. (medewerker Speciale Zaken C.) en H. (adviserend tandarts). Partijen hebben hun standpunten nader toegelicht. Mr. Arnold heeft dat gedaan aan de hand van spreek aantekeningen die hij aan het Centraal Tuchtcollege en de wederpartij heeft overhandigd. 2. Beslissing in eerste aanleg Het Regionaal Tuchtcollege heeft het volgende overwogen en geoordeeld. “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. Beklaagde werkte in de periode 2003 tot en met 2012 als kaakchirurg in maatschapsverband in het I. in B. (hierna: het ziekenhuis). Klaagster had als verzekeraar een overeenkomst met het ziekenhuis. Beklaagde diende via het ziekenhuis rechtstreeks elektronische declaraties in bij klaagster, die door haar werden voldaan. Beklaagde werkt sinds 2013 bij de Stichting J. (hierna: J.), een door hem begin 2013 opgericht Zelfstandig Behandelcentrum Kaakchirurgie, waarvan hij ook bestuurder is. Voor de werkzaamheden die beklagde voor J. verrichtte bestond geen overeenkomst met klaagster. Patiënten hebben door of namens beklagde gestuurde facturen ter declaratie ingediend bij klaagster, die deze – in ieder geval deels – vergoed heeft. Ten aanzien van werkzaamheden in het ziekenhuis Op 12 april 2012 ontving een medewerkster van klaagster een interne melding over sterk afwijkende declaraties. De verrichting “poliepen verwijderen” zou door beklagde 1000 keer vaker dan het landelijk gemiddelde zijn gedeclareerd. Volgens de melding

heeft het ziekenhuis in een reactie aangegeven dat de declaraties geen relatie hadden met feitelijk geleverde zorg. Uit de melding blijkt voorts dat het ziekenhuis op dat moment via een interne procedure de overeenkomst van beklaagde met het ziekenhuis wenste te ontbinden, omdat beklaagde implantaten uit het ziekenhuis zou hebben weggenomen. Klaagster heeft vervolgens een benchmarkonderzoek gedaan waaruit blijkt dat de gemiddelde honorariumbedragen per verzekerde bij beklaagde in de jaren 2010 en 2011 afweken ten opzichte van andere kaakchirurgen, dat bij 99% van alle verzekerden röntgenfoto's werden gedeclareerd, dat het gemiddeld aantal röntgenfoto's per verzekerde hoger lag dan bij andere kaakchirurgen én dat het gemiddeld aantal keer dat door beklaagde per verzekerde een verrichting werd gedeclareerd ver bovengemiddeld was. De uitkomsten van dit onderzoek zijn vastgelegd in een rapportage van 2 maart 2016 met nummer 2012-00377. Per e-mail van 3 maart 2017 aan de advocaat van het ziekenhuis heeft klaagster een zogenaamd "controleplan dossieronderzoek declaraties" gestuurd. Met medewerking van het ziekenhuis heeft klaagster dossieronderzoek uitgevoerd over (via een aselechte steekproef aangewezen) 116 dossiers, waarbij specifiek gekeken is naar de verrichting 234070 (grote alveolotomie), de verrichting 234196 (tijdelijke intra-orale voorzieningen) en een aantal specifieke röntgengerelateerde verrichtingen zoals de röntgenfoto's (239455), röntgenschedelonderzoek (239457) en de uitgebreide analyse ten behoeve van röntgenschedelonderzoek (239458). De wijze van onderzoek en de bevindingen zijn vastgelegd in het bevindingenrapport van 30 juni 2017. Bij brief van 29 december 2017 heeft klaagster beklaagde geïnformeerd over de uitkomsten van het dossieronderzoek en aangegeven dat zij € 365.994,37 terugvordert. In de brief is de volgende samenvatting gegeven van genoemde uitkomsten: 1) Van de 78 declaraties met zorgactiviteitcode 234070 heeft onze adviserend tandarts: a. in 7 gevallen geconstateerd dat de zorg feitelijk niet geleverd is; b. in 33 gevallen beoordeeld dat deze onrechtmatig zijn op grond van het dossier, de verwijzing, de röntgenfoto's en samenloop met andere declaraties (zoals bijvoorbeeld de 234041). 2) Van de 65 declaraties met zorgactiviteitcode 234196 heeft onze adviserend tandarts: a. In 13 gevallen geconstateerd dat de zorg feitelijk niet geleverd is; b. In 33 gevallen beoordeeld dat er wel zorg geleverd is. In 18 gevallen is de prothese elders gemaakt en is er geen techniek nota aangetroffen in het dossier. Daarmee is deze verrichting onrechtmatig. In 15 gevallen komt de gedeclareerde code niet overeen met de geleverde zorg. Deze zijn ook afgekeurd. 3) Van de 543 beoordeelde declaraties met de zorgactiviteitscodes 239455, 239457 en 239458 (röntgengerelateerde declaratiecodes) heeft onze adviserend tandarts in 195 gevallen geconstateerd dat de zorg feitelijk niet geleverd is. De foto's waren niet aanwezig in het medisch dossier en/of systeem en in een groot aantal dossiers is vastgesteld dat de patiënt niet op de afspraak geweest is, terwijl er wel röntgenfoto's gedeclareerd zijn voor deze patiënt. Klaagster heeft beklaagde verzocht om te reageren op de uitkomsten van het dossieronderzoek. Bij brieven van 16 februari, 20 maart en 1 november 2018 heeft klaagster dit verzoek herhaald. Beklaagde heeft niet gereageerd. Ten aanzien van werkzaamheden voor J. Op 19 november 2014 maakte een medewerker van klaagster melding van een dubbele betaling, waarbij gedeclareerd is via een papieren nota en een declaratie via V. In het dossier zit ook een notitie van 29 september 2014 waarin verslag wordt gedaan van een gevoerd telefoongesprek met een tandartspraktijk, waarbij de praktijk aangaf dat patiënten zich bij de praktijk meldden in verband met een hoge nota van J., waarbij de nota's hoge bedragen bevatten en de combinatie van codes niet klopte. Met de tandartspraktijk werd afgesproken dat de praktijk verzekerden die zich zouden melden zou verzoeken

om een kopie van de nota's aan mevrouw G. (hiervoor genoemd) te sturen. Op 2 oktober 2014 en 8 oktober 2014 ontving de medewerker speciale zaken een e-mail met declaraties van (in totaal) drie patiënten. Op 4 juni 2015 is telefonisch contact geweest met L., die de facturering voor J. verzorgde. Volgens de telefoonnotitie was de werkwijze ten aanzien van nota's van J. als volgt: "de verzekerde dient de nota, die hij van L. ontvangen heeft, in bij C. Verzekerde ontvangt van ons een gehele of een gedeeltelijke vergoeding. Wanneer een deel van de nota niet vergoed wordt door C. dan spreekt [beklaagde] het volgende af met onze verzekerde: Stuur de nota met het deel dat afgewezen wordt naar L. Dit is geen mailadres van L. maar van de kaakchirurg zelf. [Beklaagde] heeft het verzoek gedaan bij L. om de verschillen tussen het notabedrag en het uitbetaalde bedrag aan hem te crediteren/af te boeken. De verzekerde hoeft het niet vergoedde deel dmv deze werkwijze niet te betalen. [Beklaagde] heeft gevraagd of L. dit middels een geautomatiseerd proces kan laten verlopen. L. heeft hier geen gehoor aan gegeven." Na een geschil is de samenwerking tussen L. en beklagde beëindigd. Klager is hierop een fraudeonderzoek gestart. Met het oog op het uitvoeren van een detailcontrole vroeg klager op 10 november 2016 bij verschillende verzekerden een machtiging op. Klager ontving van 76 verzekerden een machtiging. De tekst van de machtiging luidt als volgt: "[gegevens verzekerde] Machtigt hierbij de betrokken artsen, medisch specialisten en andere medische instanties alle gevraagde informatie met betrekking tot behandelingen kaakchirurgie over de periode 01-01-2013 t/m 13-12-2015 te verstrekken aan: Mevrouw K., senior medisch adviseur van C., De betrokkenen zullen van de verkregen informatie een strikt vertrouwelijk gebruik maken. [...]" Bij brief van 24 januari 2017 aan beklagde heeft klager aangegeven dat zij een dossiercontrole zou uitvoeren naar misbruik en oneigenlijk gebruik ten aanzien van declaraties over de periode 2012 tot en met 2015. Klager heeft beklagde verzocht voor 14 februari 2017 medische dossiers toe te sturen. In een reactie van 20 februari 2017 schrijft beklagde dat hij eerst een opgave wenst van wat klager heeft onderzocht en geconstateerd en dat hij een kopie wenst van de brief van klager waarin zij aan de verzekerden heeft gevraagd om medewerking aan het onderzoek en het overdragen van het medisch dossier. Onder meer op 30 maart 2017 heeft klager nogmaals verzocht om toezending van de medische dossiers. Op 4 mei 2017 heeft klager een laatste verzoek om toezending van de medische dossiers gedaan. Bij brief van 2 juni 2017 heeft beklagde onder meer aangegeven zich niet te herkennen in de aantijgingen en het onderzoek door klager disproportioneel te achten, omdat klager nalaat eerst onderzoek te doen op ander niveau dan het patiëntendossier of in ieder geval de bevindingen met beklagde te delen. Beklaagde biedt wel medewerking aan onder de volgende voorwaarden:

- wij leveren u de dossiers zo snel mogelijk doch wel gefaseerd aan. Dat is voor ons m.n. een logistiek gegeven
- u beoordeelt het dossier binnen 2 weken
- uiterlijk 2 weken na de beoordeling van het dossier krijgen wij van u bericht over de beoordeling van het betreffende dossier
- indien u geen onvolkomenheden heeft vastgesteld, volgt een schrijven aan de betreffende patiënt, waarin u dit aan hem/haar mededeelt
- indien uit uw onderzoek geen onvolkomenheden blijken, in ieder geval geen frauduleus handelen, volgt binnen 6 weken een schrijven hierover van u aan onze verwijzers.

Klager is met deze voorwaarden niet akkoord gegaan en heeft bij schrijven van 30 juni 2017 nogmaals om toezending van de dossiers gevraagd. Bij brief van 20 juli 2017 aan klager heeft beklagde onder meer geschreven: "Uiteraard zijn wij bereid reeds nu nadere informatie te verstrekken aangaande de vermeende fraudegevallen. Daarbij één kanttekening: Indien de betreffende patiënt zijn of haar rekening niet heeft voldaan,

waarbij wij veronderstellen dat u ook geen uitkering aan de patiënt heeft gedaan, dan verstrekken wij voorsnog geen informatie. Deze treft nl. geen doel. Indien u nadere informatie wenst, om tot een uitkering te kunnen komen, hetgeen iets anders is dan een fraudeonderzoek, dan kunnen wij daar natuurlijk wel medewerking aan verlenen, zolang dat ook niet van structurele aard is."In reactie op deze brief heeft klaagster bij brief van 15 augustus 2017 beklagde in de gelegenheid gesteld de medische dossiers voor 5 september 2017 in te sturen. Hierop is geen reactie van beklagde ontvangen. Bij brief van 5 december 2017 aan beklagde heeft klaagster aangekondigd dat zij een bedrag van € 122.188,58 gaat terugvorderen. De onderzoeksbevindingen zijn vastgelegd in een eindreportage van 2 maart 2018. 3.

HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHTKlaagster verwijt beklagde - zakelijk weergegeven - dat hij:a. 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, bijvoorbeeld door in een aanzienlijke hoeveelheid gevallen een zwaardere verrichting te declareren dan de daadwerkelijk uitgevoerde verrichting (zogenaamde "upcoding");b. niet meewerkt aan een fraudeonderzoek door klaagster, wat in strijd is met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. 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 heeft beklagde bij zijn declaraties gehandeld zoals voorgeschreven door de NZA. Op het verweer van beklagde wordt hieronder nader ingegaan. 5. **DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE**5.1Beklaagde 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 geweest op de mogelijkheid van een mondeling vooronderzoek. 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. 5.2Volgens 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) gewezen 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. Onjuiste declaraties5.3Bij de beoordeling van klachtonderdeel a moet

worden getoetst 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 als vastgelegd in de door klaagster opgestelde rapportages uit te sluiten van het in deze procedure door klaagster aangedragen bewijs van de verweten gedragingen. Het college merkt nog op dat gelet op de verjaringstermijn van tien jaar en het moment van ontvangst van de klacht, aannemelijk moet zijn dat de verweten gedragingen ook na 9 juli 2010 hebben plaatsgevonden. 5.4 Klaagster heeft eigen onderzoek gedaan en de resultaten daarvan vastgelegd in een bevindingenrapport van 14 juli 2017 en 15 mei 2018. Op basis van de onderzoeksbevindingen zou, aldus klaagster, blijken dat:- zorg is gedeclareerd die niet is geleverd;- in een aanzienlijke hoeveelheid gevallen een zwaardere verrichting is gedeclareerd dan de verrichting die daadwerkelijk is uitgevoerd (upcoding);- declaraties zijn ingediend voor het op grote schaal maken van röntgenfoto's, zonder dat deze in het dossier aanwezig zijn en zonder vermelding van de indicatie voor deze röntgenfoto's;- uit de dossiers niet valt op te maken dat de gedeclareerde prestaties zijn geleverd.

Beklaagde heeft niet inhoudelijk gereageerd op de door klaagster gedane bevindingen, ook niet nadat hij eind 2017 op de hoogte werd gesteld van de bevindingen en hem werd gevraagd om een reactie. Pas tijdens de zitting heeft beklaagde op een aantal punten inhoudelijk gereageerd op de in de rapportages neergelegde conclusies. Het college zal hiernavolgend de klacht beoordelen aan de hand van de door klaagster beschreven bevindingen en – voor zover gevoerd – het verweer van beklaagde. Daarbij zal het college aan het verweer van beklaagde dat hij geen inzage heeft gehad in de onderliggende patiëntendossiers, voorbijgaan. Beklaagde heeft dit pas ter zitting naar voren gebracht en heeft nooit verzocht om inzage in de (geanonimiseerde) dossiers. Beklaagde heeft hierover aangegeven dat hij en zijn advocaat in de civiele procedure aanvankelijk van plan waren het ziekenhuis te vragen de dossiers in te mogen zien, en dat hij niet meer weet waarom de daarvoor opgestelde conceptbrief nooit is verzonden. Declareren zorg die niet is geleverd. Klaagster heeft van een aantal verrichtingen geconstateerd dat deze wel zijn gedeclareerd maar dat uit het dossier niet blijkt dat deze hebben plaatsvonden. Ook werden 19 röntgenfoto's gedeclareerd, terwijl de patiënt volgens het dossier niet op de afspraak was verschenen. Beklaagde heeft ter zitting aangevoerd dat hem niet kan worden verweten dat een “no show” werd gedeclareerd. Als een patiënt niet verscheen op de afspraak dan voerde hij in het systeem in dat de rekening “voor eigen risico” was. Het ziekenhuis heeft dit volgens hem niet correct verwerkt. Het college overweegt dat beklaagde als zorgverlener verantwoordelijk is voor het invoeren van de juiste declaratiegegevens. De omstandigheid dat de nota's door het ziekenhuis werden verstuurd ontsloeg hem niet van zijn verantwoordelijkheid de verrichting zo te registreren dat het ziekenhuis deze volgens de richtlijnen van de NZa bij de patiënt zelf kon declareren. Als in het dossier genoteerd staat dat een patiënt niet is verschenen en beklaagde voert op dezelfde dag ter declaratie een röntgenfoto op, dan kan dit niet anders dan een opzettelijk onjuiste declaratie zijn waar beklaagde zelf verantwoordelijk voor kan worden gehouden. Het college wijst er daarbij op dat in het rapport van 14 juli 2017 is vermeld dat klaagster heeft gecontroleerd wie de verrichting heeft vastgelegd middels een login van de registratie. Uitkomst van die controle was dat beklaagde de verrichtingen zelf heeft geregistreerd. Voor de bevinding van klaagster dat in 7 van de 78 declaraties met zorgcode 234070 en 13

van de 65 declaraties met zorgcode 234196 is geconstateerd dat de zorg feitelijk niet is geleverd, heeft beklaagde geen verklaring gegeven. Het college zal daarom uitgaan van de juistheid van deze constatering. Declareren zwaardere verrichting dan is uitgevoerd Deze bevinding heeft met name betrekking op de declaratiecode 234070. Van de 78 keer dat deze code is gedeclareerd, is in 19 gevallen niet vermeld dat een alveolotomie is uitgevoerd. In nog eens 14 gevallen is wel vermeld dat een alveolotomie (“alv”) is verricht, maar is naast code 234070 voor de alveolotomie, ook de code 234041 (operatieve verwijdering gebitselement) gedeclareerd. 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 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. De 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 de 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 deed. 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 de NZa en vertegenwoordigers van de beroepsgroep afgestemd en werd ook in de betreffende periode al als zodanig met regelmaat door de beroepsvereniging en de wetenschappelijke vereniging richting haar leden gecommuniceerd. Binnen de beroepsgroep bestond ook ten tijde van de verweten gedragingen consensus dat een andere manier van declareren niet rechtmatig is. Dat beklaagde daadwerkelijk de overtuiging had dat zijn manier van combineren van codes wel rechtmatig was, is niet goed voorstelbaar. Röntgenfoto's Van de 543 beoordeelde röntgengerelateerde declaratiecodes bleek in 195 gevallen dat de foto's niet aanwezig waren in het systeem. Beklaagde bestrijdt deze bevinding niet, maar gaat ervan uit dat de dossiers buiten zijn schuld om niet compleet zijn. Hij wijst er daarbij op dat hij ook in zijn huidige praktijkvoering ervaart dat dossiers van het I. vaak niet compleet zijn. Daarnaast heeft beklaagde 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. Het college overweegt dat beklaagde als behandelend kaakchirurg verantwoordelijk was voor de dossiervoering. Het pas nu gevoerde verweer dat – kort gezegd – het I. de administratie niet op orde heeft, is onvoldoende onderbouwd en overigens ook te laat aangevoerd. De enkele stelling dat beklaagde ook in zijn huidige praktijk dossiers aantreft van het I. waarin niet alle documentatie aanwezig is, is in ieder geval volstrekt onvoldoende als onderbouwing van dit verweer. Voor zover het ontbreken van röntgenfoto's kan worden verklaard door het opnieuw declareren van de beoordeling van een eerder gemaakte en beoordeelde foto kan dit beklaagde niet baten. Dat bijvoorbeeld bij een vervolghandeling de eerder beoordeelde foto nogmaals bekeken wordt, neemt immers niet weg dat de beoordeling al eerder is gedaan en niet opnieuw gedeclareerd kan worden. Het

ontbreken van een groot deel van de gedeclareerde röntgenfoto's rechtvaardigt dan ook de conclusie dat deze, althans een belangrijk deel hiervan, niet zijn gemaakt en ten onrechte zijn gedeclareerd. Uit de dossiers blijkt niet dat de gedeclareerde prestaties zijn geleverd. Uit wat hiervoor is overwogen onder "declareren zorg die niet is geleverd" blijkt genoegzaam dat van een grote hoeveelheid gedeclareerde verrichtingen geen aantekening of ander bewijs is terug te vinden in de dossiers. Beklaagde heeft hiervoor geen afdoende verklaring gegeven.

5.5 Gelet op het voorgaande is voldoende aannemelijk gemaakt en onderbouwd dat er door beklagde in de periode juli 2010 tot en met 2012 systematisch onrechtmatig is gedeclareerd. Dat een deel van de gecontroleerde declaraties betrekking zal hebben op vóór juli 2010 gedane verrichtingen, doet aan deze conclusie niet af, nu de meerderheid van de gecontroleerde declaraties betrekking heeft op verrichtingen die in 2011 en 2012 hebben plaatsgevonden en het onderzoek daarbij een algemeen beeld laat zien van de wijze van declareren door beklagde. 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 klaagster heeft beklagde ook in de periode voor indiening van de tuchtklacht niet inhoudelijk en onderbouwd gereageerd op de door klaagster 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 heeft verdedigd. Gelet op de aanzienlijke hoeveelheid aangetroffen onregelmatigheden moet worden aangenomen 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. Het verweer slaagt niet en klachtonderdeel a is dus gegrond.

5.6 Weigering mee te werken aan onderzoek

Beklaagde heeft in zijn reacties op de verzoeken van klaagster bestreden dat sprake was van fraude en aangegeven dat hij het onderzoek disproportioneel vond. Ter zitting heeft beklagde aangevoerd dat hem niet kan worden verweten dat hij geen medewerking heeft verleend aan het fraudeonderzoek omdat er onvoldoende aanleiding was voor een dergelijk onderzoek. Het college volgt beklagde niet in dit verweer. Voor het fraudeonderzoek waren een aantal concrete aanleidingen zoals hiervoor onder de feiten beschreven (de interne melding van 19 november 2014, de melding van de tandarts van 29 september 2014, de meldingen van verzekerden en de verklaringen van I.). Verder werden in maart 2016 de resultaten uit de benchmark (inzake I.) bekend. Ook was bekend dat door een andere zorgverzekeraar een fraudeonderzoek werd uitgevoerd. Hiermee bestond naar het oordeel van het college voldoende aanleiding een fraudeonderzoek te starten en kon klaagster na het verkrijgen van schriftelijke machtigingen van de betreffende patiënten van beklagde verlangen dat hij de patiëntendossiers zou verstrekken dan wel (de medisch adviseur van) klaagster in de gelegenheid zou stellen deze in te zien. Beklaagde heeft dit echter ondanks herhaalde verzoeken van de zijde van klaagster geweigerd en na 20 juli 2017 niet meer gereageerd op (herhaaldelijk gestuurde) brieven van klaagster. Geconcludeerd moet dan ook worden dat beklagde niet heeft meegewerkt aan het fraudeonderzoek van klaagster terwijl hij daartoe wel verplicht was op grond van artikel 7.4 van de Regeling Zorgverzekering. De conclusie is dat beklagde ook ten aanzien van dit klachtonderdeel in strijd heeft gehandeld met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder b, van de Wet BIG. Ook dit klachtonderdeel dient gegrond verklaard te worden.

5.7 Bij de conclusie dat beklagde op grote schaal bewust systematisch onjuist heeft

gedeclareerd of laten declareren en daar waar het in zijn macht lag niet heeft meegewerkt aan een gerechtvaardigd fraudeonderzoek, dat mogelijk nog meer handelingen van beklagde die in strijd zijn met de belangen van de individuele gezondheidszorg aan het licht had gebracht, 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. 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.”³. Vaststaande feiten en omstandigheden

Het Centraal Tuchtcollege gaat bij de beoordeling van het beroep uit van de feiten die het Regionaal Tuchtcollege heeft vastgesteld, met dit verschil dat waar onder het verloop van de procedure staat dat de tandarts bij brief van 17 september 2021 is verzocht om schriftelijk verweer te voeren, het Centraal Tuchtcollege in plaats daarvan leest 17 september 2020.

4. Beoordeling van het beroep

Omvang van de zaak in beroep

4.1 Klager is het niet eens met de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege. Zijn beroep heeft tot doel dat het Centraal Tuchtcollege de zaak in volle omvang beoordeelt en de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege herzielt en vernietigt. Mocht het Centraal Tuchtcollege oordelen dat er fouten zijn gemaakt, dan verzoekt de tandarts het Centraal Tuchtcollege bij het opleggen van een maatregel ermee rekening te houden dat, zoals hij stelt, een groot deel van de verwijten al lange tijd geleden plaats heeft gevonden, er de afgelopen vijf jaar geen klachten over hem zijn gerapporteerd, dat hij de afgelopen twee en een half jaar onberispelijk als tandarts-implantoloog heeft gefunctioneerd en dat er uit de aard van het werkzaam zijn als tandarts ook geen kans is op recidief.

4.2 Klaagster heeft in beroep gemotiveerd verweer gevoerd en verzoekt het Centraal Tuchtcollege om het beroep te verwerpen. Inhoudelijke beoordeling

4.3 Het Centraal Tuchtcollege heeft kennisgenomen van de inhoud van de aan het Regionaal Tuchtcollege voorgelegde klacht en het debat dat partijen daarover schriftelijk en mondeling bij dat tuchtcollege hebben gevoerd. Het door het Regionaal Tuchtcollege opgebouwde zaaksdossier is aan het Centraal Tuchtcollege gestuurd. In beroep hebben partijen het debat schriftelijk nog een keer gevoerd. Daarbij heeft ieder van hen standpunten ingenomen over de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten en de door dat college gegeven beschouwingen en beslissingen. Tijdens de mondelinge behandeling op 24 januari 2022 is dat debat voortgezet.

4.4 Op grond van de stukken en dat wat door partijen over en weer ter terechtzitting in beroep nog naar voren is gebracht, is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat het Regionaal Tuchtcollege de klacht van klaagster terecht in beide onderdelen gegrond heeft verklaard. Het Centraal Tuchtcollege is het eens met de overwegingen van het Regionaal Tuchtcollege en neemt deze hier over. Dit geldt ook voor het oordeel over de op te leggen maatregel. In aanvulling hierop overweegt het Centraal Tuchtcollege nog als volgt.

Motivering van de maatregel

4.5 Het Centraal Tuchtcollege stelt vast dat de tandarts ook in beroep onvoldoende concreet en onderbouwd verweer voert tegen de door klaagster met statistische en eigen onderzoeksgegevens onderbouwde klachten. In de kern komt zijn verweer slechts

neer op een herhaling van hetgeen ook in eerste aanleg is aangevoerd en een verwijzing naar een aantal wetenschappelijke artikelen waaruit de juistheid van zijn handelen zou blijken. De tandarts vervalt hiermee in algemeenheden en laat na de onderbouwde verwijten van klaagster concreet te weerleggen. 4.6 Ook in beroep heeft de tandarts geen enkel inzicht getoond in het onjuiste en laakbare van zijn handelen. Integendeel, hij blijft erin volharden dat zijn manier van declareren juist is geweest, terwijl hij wist of in ieder geval had moeten weten dat dit niet het geval was. Dit acht het Centraal Tuchtcollege zeer zorgelijk en een grond voor de vrees dat de tandarts op de oude voet zal doorgaan als dit niet wordt verhinderd. Deze vrees wordt versterkt door het volgende. Bij de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege van 26 maart 2021 is de inschrijving van de tandarts in het BIG-register bij wijze van voorlopige voorziening ook geschorst. Echter, in beroep is genoegzaam gebleken dat de tandarts ook na 26 maart 2021 nog tandheelkundige verrichtingen heeft uitgevoerd. 4.7 Het Centraal Tuchtcollege is daarom van oordeel dat niet kan worden volstaan met een lichtere maatregel dan doorhaling van de inschrijving in het BIG-register dan wel het verbod tot herinschrijving in het BIG-register. Het moge zo zijn dat een groot deel van de verweten gedragingen al lange tijd geleden heeft plaatsgevonden en dat er de afgelopen jaren geen klachten over hem zijn ingediend, zoals de tandarts stelt, dit legt - tegenover al het voorgaande - onvoldoende gewicht in de schaal om tot een ander oordeel te komen. Het beroep van de tandarts zal worden verworpen. Gelet op hetgeen onder 4.6 is overwogen hecht het Centraal Tuchtcollege eraan op te merken dat toezicht en handhaving op de naleving van deze maatregel geboden is. 4.8 Om redenen aan het algemeen belang ontleend gelast het Centraal Tuchtcollege de publicatie van deze uitspraak. 5. Beslissing Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg: verwerpt het beroep; handhaaft de maatregel van doorhaling van de inschrijving van de tandarts in het BIG-register; ontzegt de tandarts, als hij op het moment van onherroepelijk worden van deze beslissing niet in het BIG-register is ingeschreven, het recht om opnieuw in het BIG-register ingeschreven te worden en bepaalt dat deze ontzegging onmiddellijk van kracht wordt; bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie, Medisch Contact en NT/Dentz met het verzoek tot plaatsing. Deze beslissing is gegeven door: E.J. van Sandick, voorzitter, E.F. Lagerwerf-Vergunst en R.H. Zijderhoudt, leden-juristen, B. van Noordenne en J. de Lange, leden-beroepsgenoten, en E. van der Linde, secretaris. Uitgesproken ter openbare terechtzitting van 2 maart 2022. Voorzitter w.g. Secretaris w.g.