

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018-204

Datum uitspraak: 22 januari 2019

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A,
gevestigd te B,
klaagster,
gemachtigde: mr. A. Youssuf, werkzaam te Den Haag,

tegen:

C, kno-arts,
destijds werkzaam te D en E,
verweerder,
gemachtigde: mr. C. Velink, werkzaam te Amsterdam.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 4 september 2018;
- het verweerschrift met bijlagen;
- de brief met bijlage d.d. 23 november 2018 van mr. Velink, ingekomen op 26 november 2018;
- de brief met bijlage d.d. 6 december 2018 van mr. Youssuf, ingekomen op 10 december 2018;
- de brief met bijlage d.d. 7 december 2018 van mr. Velink, ingekomen op 11 december 2018.

1.2 De partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

1.3 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 11 december 2018. De partijen, bijgestaan door hun gemachtigden, zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Van de zijde van klaagster is ook verschenen F, medewerker Speciale Zaken, afdeling Veiligheidszaken. De gemachtigden hebben pleitnotities overgelegd.

2. De feiten

2.1 Klaagster is een zorgverzekeraar in de zin van de Zorgverzekeringswet. Zij verricht werkzaamheden die door of krachtens de Zorgverzekeringswet aan de zorgverzekeraars zijn opgedragen. Een van de taken die deze uitvoering van de Zorgverzekeringswet met zich meebrengt, is het verwerven van voldoende zekerheid omtrent rechtmatigheid en doelmatigheid van gedeclareerde zorg.

2.2 Verweerder staat sinds 1998 als keel-, neus- en oorarts (kno-arts) ingeschreven in het BIG-register. Vanaf 2006 heeft verweerder waargenomen in verschillende ziekenhuizen. Eind 2008 startte verweerder een samenwerking met de vakgroep KNO van het (toenmalige) G te E (hierna: het G). In 2009 nam verweerder de buitenpoli van de vakgroep KNO van het G over en verleende hij vanuit zijn besloten vennootschap H medisch-specialistische zorg. Verweerder heeft zijn werkzaamheden als kno-arts inmiddels beëindigd.

2.3 Klaagster en verweerder hebben op 29 mei 2009, 18 februari 2010 en 3 mei 2011 telkens een zogenoemde 'Zorgovereenkomst Medisch Specialistische Zorg I' gesloten voor de duur van één jaar, geldend van 1 januari tot en met 31 december van respectievelijk de jaren 2009, 2010 en 2011. In de van deze overeenkomsten deel uitmakende algemene bepalingen wordt telkens in artikel 5, getiteld "Controle", bepaald dat de zorgverzekeraar de administratie van de zorgaanbieder kan controleren en hierbij de geldende regelgeving in acht neemt, alsmede de op hem rustende verplichtingen op grond van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.

2.4 Naar aanleiding van een melding van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van 26 november 2013 is klaagster een onderzoek begonnen naar door verweerder ingediende declaraties.

In dat verband heeft op 21 januari 2015 een informatief gesprek plaatsgevonden tussen klaagster en verweerder.

2.5 Het door klaagster overgelegde verslag van het gesprek op 21 januari 2015 vermeldt voor zover hier van belang:

"R [CollegeF]: Nou goed. Mijn naam is F, eh, ik leid dus het onderzoek, wij hebben een melding gehad, eh, en er was dus een vermoeden van fraude, eh, ehm, en daar zijn wij mee aan de slag gegaan. Wij zijn het onderzoek gestart en wij hebben u ook op 20 februari die brief gestuurd, en eh, aangegeven, wij zijn gestart met een rechtmatigheids-onderzoek en daarvoor gaan wij, eh, patiënten van u eh, benaderen om, eh informatie te verzamelen. Dat is een onderdeel van ons onderzoek.

(...)

I [College: J]: ja en ehm, wij zij nu dus nog bezig eh, met het onderzoek, ehm u vroeg, ehm, net of wij iets kunnen vertellen wat de gevolgen zijn en mochten wij eh, onrechtmatigheden vaststellen, dan eh, dan gaan wij u uiteraard vertellen en dan kunt u daar op reageren, ehm, het gaat dus wel om een, om een, fraude onderzoek, eh, de gevolgen, ja wat dat zou kunnen inhouden mochten wij onrechtmatigheden vaststellen, ehm, dat kan inhouden dat wij eh declaraties terugvorderen ehm melding ehm doen aan de, aan de NZA ehm, ja andere verzekeraars inlichten over maatregelen, mocht het echt uh. (...)"

Dit gespreksverslag is een door verweerder opgestelde en ondertekende uitwerking van het gesprek.

2.6 Bij brief van 17 maart 2015 (abusievelijk gedateerd 2014) bericht klaagster verweerder

onder andere:

“In het kader van ons rechtmatigheidsonderzoek willen wij een administratieve controle uitvoeren, welke bestaat uit het opvragen van verwijzingen. Graag willen wij verwijzingen inzien die ten grondslag liggen aan de door u uitgevoerde behandelingen. Om de rechtmatigheid van de daaraan gekoppelde declaraties vast te stellen, ontvangen wij voor onderstaande verzekerden uiterlijk 27 maart 2015 een kopie van de verwijzing: (...).”

2.7 Op 20 maart 2015 ontving klaggster een melding van een dochter van een verzekerde dat haar moeder op 18 maart 2015 door verweerder was benaderd met het verzoek om bij de huisarts een verwijsbrief op te vragen die dateerde uit 2011. De huisarts had de verzekerde laten weten hier niet aan mee te willen werken. De meldster is op 24 maart 2015 telefonisch geïnterviewd.

Op 7 april 2015 heeft (de medisch adviseur van) klaggster de bij brief van 17 maart 2015 verzochte verwijsbrieven van verweerder ontvangen. Daarbij bevond zich ook een verwijsbrief voor de genoemde verzekerde, afkomstig van het G. Vanwege verschillende kenmerken van deze verwijsbrief ontstond bij klaggster het vermoeden dat deze valselijk was opgemaakt.

2.8 In een brief van 24 april 2015 schrijft klaggster aan verweerder:

“(...) Wij kunnen u mededelen dat onze medisch adviseur de door u toegezonden verwijzingen in goede orde heeft ontvangen.

Om de administratieve controle, in het kader van ons rechtmatigheidsonderzoek, te kunnen afronden zouden wij graag nog 25 verwijzingen inzien. Het gaat hierbij wederom om controle van verwijzingen die ten grondslag liggen aan de door u uitgevoerde behandelingen en de daaraan gekoppelde declaraties.

(...).”

2.9 Op 19 mei 2015 ontving (de medisch adviseur van) klaggster de gevraagde verwijsbrieven van verweerder. Daarvan waren er (ogenschijnlijk) twaalf afkomstig van het G, ondertekend door twee aldaar werkzame KNO-artsen. Uit onderzoek van het Bureau Interne Controle van het G is naar voren gekomen dat de handtekeningen niet van de betreffende artsen afkomstig waren. Vervolgens is de kwestie via de NZa doorgeleid naar de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (ISZW), die een strafrechtelijk onderzoek is gestart naar de vermoedelijk valselijk opgemaakte verwijsbrieven. Op 11 februari 2016 heeft klaggster bij ISZW aangifte gedaan van valsheid in geschrifte door verweerder.

2.10 Klaggster schrijft verweerder bij brief van 2 augustus 2016:

“Met betrekking tot uw declaraties aan Coöperatie K en het lopende rechtmatigheidsonderzoek vragen wij uw aandacht voor het volgende.

(...) In onze brief van 17 maart 2015 (...) hebben wij u verzocht om voor in totaal 35 verzekerden een kopie van de verwijzing te overleggen (...). Voor alle 35 verzekerden heeft u een kopie aangeleverd. De verwijzingen zijn beoordeeld en de resultaten hiervan hebben ons doen besluiten om de administratieve controle, als onderdeel van het rechtmatigheidsonderzoek, uit te breiden.

Om de rechtmatigheid van uw declaraties nader te kunnen beoordelen, ontvangen wij van de in de bijlage genoemde verzekerden uiterlijk 23 augustus 2016 een kopie van de verwijzing.

(...).”

Het verzoek betreft ongeveer 200 verwijsbrieven.

2.11 Bij brieven van 16 augustus 2016 van L en van 19 september 2016 van M verzoeken zij namens verweerder om duidelijkheid omtrent het ingestelde onderzoek en

de resultaten tot dat moment. In de brief van M vermeldt zij dat duidelijk moet worden wat het doel is van de controle die nu loopt, over welke jaren de controle zich uitstrekt en wat het normenkader is dat A met betrekking tot de onderzoeksjaren hanteert.

2.12 In reactie op de laatstgenoemde brief schrijft A op 14 oktober 2016 aan M:

“In 2014 hebben wij C (...) meerdere malen gewezen op het feit dat wij een rechtmatigheidsonderzoek uitvoeren. Dit onderzoek zijn wij gestart naar aanleiding van een melding. Het betreft een onderzoek zoals genoemd in artikel 7.10 van de Regeling Zorgverzekering en dus geen formele of materiële controle. Tevens is C meerdere malen verwezen naar de memorie van toelichting van voornoemd artikel. In de memorie van toelichting staat dat fraudeonderzoek geen ‘onderdeel’ is van materiële controle, en evenmin een stap in het kader van de reguliere specifieke risicoanalyse zoals die plaatsvindt bij materiële controle. Om die reden worden de onderdelen a, b en c zoals genoemd in artikel 7.8 onder lid 1, bij fraudeonderzoek niet voorgeschreven. (...)”

2.13 Bij vonnis van 24 november 2016 van de meervoudige kamer voor economische strafzaken van de rechtbank E is verweerder veroordeeld tot een maand gevangenisstraf, welke straf niet ten uitvoer zal worden gelegd op – onder andere – de voorwaarde dat hij zich niet voor het einde van een proeftijd van drie jaar aan een strafbaar feit zal schuldig maken. De veroordeling betreft het feitelijk leiding geven aan het door een rechtspersoon begaan van het opzettelijk gebruik maken van een vals geschrift als ware het echt en onvervalst, meermalen gepleegd. Zakelijk weergegeven heeft de rechtbank bewezen verklaard dat de besloten vennootschap van verweerder, H, in de periode van 1 januari 2015 tot en met 31 maart 2016 een viertal valse verwijskaarten heeft verstuurd naar klaagster en naar N en dat verweerder daarin feitelijk de hand heeft gehad. De verwijskaarten wekten de indruk dat zij door twee kno-artsen van het G waren opgesteld, hetgeen niet het geval was. De kaarten zijn opgemaakt met gebruikmaking van de naamstempels van de betreffende collega-kno-artsen van verweerder in het G en door een andere collega, O, voorzien van parafen die voor die van de betreffende kno-artsen moesten doorgaan. Verweerder was daarvan op de hoogte. O is voor het vervalsen van de betreffende verwijskaarten bij vonnis van de economische politierechter te E van 13 april 2017 veroordeeld tot een voorwaardelijke taakstraf van 120 uur met een proeftijd van twee jaar.

2.14 Verweerder heeft de gevraagde ongeveer 200 verwijsbrieven niet overgelegd.

3. De klacht

Klaagster verwijt verweerder dat hij, in strijd met zijn wettelijke, contractuele en tuchtrechtelijke verplichting tot medewerking, weigert de gevraagde verwijsbrieven over te leggen.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klachten en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

Ontvankelijkheid

5.1 Kort gezegd komt de klacht erop neer dat verweerder onvoldoende meewerkt aan onderzoek naar fraude met declaraties. Ten aanzien van de ontvankelijkheid van klaagster oordeelt het College – ambtshalve – als volgt.

Volgens de zogenoemde 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 van dit artikellid bedoeld handelen of nalaten in de hoedanigheid van arts in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. Op het door klaagster 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 klaagster. De financiële afwikkeling tussen zorgverzekeraar en zorgverlener is integraal onderdeel van de individuele gezondheidszorg. Bij de totstandkoming van de Wet BIG is de zorgverzekeraar expliciet als klacht-gerechtigde aangemerkt en is fraude jegens de zorgverzekeraar genoemd als voorbeeld van schending van de tweede tuchtnorm (MvT, kamerstukken II, 1985/86, 19522, 7, p. 97). Voorts begeeft een (kno-)arts zich bij het declareren op het terrein waarop hij de deskundigheid bezit die behoort bij zijn inschrijving in het BIG-register.

Wat verweerder als BIG-geregistreerd arts door klaagster 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 norm heeft kort gezegd betrekking op de relatie tussen een zorgverlener en een patiënt. De individuele patiënt kan geconfronteerd worden met de gevolgen van onjuist declareren – zoals in de klacht aan de orde gesteld voor wat betreft de medewerking aan onderzoek daarnaar –, bijvoorbeeld omdat het declaratieoverzicht met betrekking tot de hem verleende zorg bij de zorgverzekeraar niet strookt met de werkelijkheid of de regels en de patiënt noodzakelijkerwijs wordt betrokken in een onderzoek naar de rechtmatigheid daarvan. In deze zaak is daarvan daadwerkelijk sprake, gelet op hetgeen hiervoor onder 2.8 is vermeld. Ten slotte wordt door het door klaagster gestelde, aan het College voorgelegde handelen van verweerder als (kno-)arts het vertrouwen dat zijn patiënten in zijn handelen moeten kunnen stellen en het vertrouwen van patiënten in artsen in het algemeen wezenlijk aangetast. Ook dat is een belang dat in de individuele patiëntrelatie van wezenlijke betekenis is. Dat geldt evenzeer voor het belang dat een individuele patiënt erbij heeft dat zijn premie niet wordt opgedreven door kosten, veroorzaakt door onrechtmatig declaratiegedrag van zorgverleners en -instellingen.

Het College komt derhalve tot de conclusie dat klaagster ontvankelijk is in haar klacht jegens verweerder.

Inhoudelijke beoordeling

5.2 Klaagster heeft gesteld dat verweerder er van meet af aan van op de hoogte was dat er een fraudeonderzoek gaande was en dat hij uit hoofde hiervan had moeten meewerken aan het onderzoek, ook door de laatste gevraagde verwijskaarten over te leggen. Klaagster heeft in reactie op het verweer aangevoerd dat zij, nu sprake was van een fraudeonderzoek en dit ook voor verweerder kenbaar was, niet gehouden was een specifiek controleplan en specifiek controledoel op te stellen. De onderdelen van de Regeling Zorgverzekering (hierna: RZV) die hierin voorzien, zijn volgens klaagster niet van toepassing op fraudeonderzoeken. Klaagster heeft ter onderbouwing van dit standpunt ter zitting een Memorie van Toelichting (MvT) uit 2010 op de RVZ overgelegd en daarbij toegelicht dat op grond daarvan de onderdelen b en d van artikel 7.8 RZV niet van toepassing zijn bij fraudeonderzoek.

5.3 Verweerder heeft aangevoerd dat hij zich in het kader van het onderzoek door klaagster steeds toetsbaar heeft opgesteld en ook steeds bereid is geweest om mee te werken. Alvorens nog meer aanvullende medische gegevens aan klaagster te verstrekken, wilde en wil verweerder zich er – in verband met zijn geheimhoudingsplicht – van verzekeren dat dit onderzoek voldoet aan het geldende juridische kader. Volgens

verweerder behoort klaagster hem eerst op de hoogte te stellen van de resultaten van het onderzoek naar de reeds overgelegde verwijskaarten en nader toe te lichten waarom zij deze als onrechtmatig heeft bestempeld, alsook van het doel van het onderzoek naar de thans opgevraagde ongeveer 200 verwijskaarten. Ook dient klaagster hem te informeren over het normenkader waarbinnen de beoordeling van de betreffende kaarten zal plaatsvinden. Hij heeft klaagster daartoe herhaaldelijk een gesprek aangeboden, maar klaagster is daarop, eveneens zonder toelichting, niet ingegaan. Verweerder stelt dat onder de gegeven omstandigheden op hem geen verplichting rust(te) tot het verstrekken van de opgevraagde ruim 200 verwijsbrieven.

5.4 Het College overweegt het volgende.

Partijen verschillen van mening over de vraag wanneer verweerder ervan op de hoogte is geraakt dat sprake was van een fraudeonderzoek. Het College acht dit niet van belang, gelet op het volgende.

Anders dan klaagster in haar brief van 14 oktober 2016 aan verweerder heeft gesteld en ter zitting heeft toegelicht, is onderdeel b van artikel 7.8 lid 1 van de RZV ook bij fraudeonderzoek voorgeschreven en was dit ook reeds het geval toen klaagster haar onderzoek startte. Artikel 7.10 RZV bepaalt (en bepaalde) dat bij fraudeonderzoek de voorwaarden bedoeld in artikel 7.8, eerste lid, onderdelen b en d, van overeenkomstige toepassing zijn, en ook de in onderdeel e bedoelde voorwaarde, voor zover het onderzoeksbelang of het belang van de persoonlijke levenssfeer van de betrokken verzekerde zich daar niet tegen verzet. De uitleg en de tekst van de ter zitting overgelegde MvT kan daaraan niet afdoen, nu deze niet strookt met de duidelijke tekst van de regeling zelf. Overigens is de MvT zelf ook niet geheel consistent, waar deze enerzijds vermeldt dat de onderdelen a, b en c van het eerste lid van artikel 7.8 bij fraudeonderzoek niet zijn voorgeschreven, terwijl anderzijds wordt vermeld – met verwijzing naar onderdeel b – dat wel de eis dient te gelden dat de zorgverzekeraar een specifiek controledoel vaststelt en aangeeft welke gegevens hij wil inzien met welk doel. De MvT biedt dan ook niet het geschikte kader voor de beoordeling van de verplichtingen van een verzekeraar bij het instellen van fraudeonderzoek.

5.5 Het voorgaande brengt mee dat klaagster een specifiek controleplan en een specifiek controledoel had moeten – en nog steeds kan – opstellen, waarin de objecten van materiële controle en de methoden van detailcontrole waren opgenomen, en verweerder daarover ook had behoren te informeren. Niet in geschil is dat klaagster dit niet heeft gedaan, terwijl verweerder voldoende heeft onderbouwd waarom hij daarbij belang had en heeft. Hij heeft ter zake aangevoerd dat het normenkader ten aanzien van verwijzing in de jaren waarop de opgevraagde verwijskaarten betrekking hebben (2009 tot en met 2011) niet duidelijk is. Hij heeft deze stelling gestaafd met een brief van 13 december 2017 van N, bij welke zorgverzekeraar twee van de onder de feiten bij 2.13 genoemde vervalste verwijskaarten zijn ingediend. In de betreffende brief schrijft N dat er verschillen van inzicht bestaan omtrent de noodzaak van een verwijzing van de huisarts in de periode vóór 2012 en na 2012 en dat tussentijds aanpassingen hebben plaatsgevonden in contracten, polisvoorwaarden en wet- en regelgeving. Verder heeft verweerder verwezen naar uitspraken van de rechtbank E van 21 januari 2015 [.....] en van het gerechtshof P van 6 september 2016 [.....], waarin overwegingen zijn opgenomen over de eis van verwijzing en de consequenties van het ontbreken daarvan voor het recht op vergoeding van de zorgverlener jegens de verzekeraar in de voor de onderhavige zaak relevante jaren.

Gelet hierop heeft klaagster naar het oordeel van het College niet voldoende gemotiveerd weersproken dat er voor de in deze zaak relevante periode geen duidelijk normenkader

bestaat ten aanzien van de eis van verwijzing door een bevoegde verwijzer. Zij heeft geen duidelijkheid gegeven over eventuele in de jaren 2009, 2010 en 2011 geldende voorschriften ten aanzien van (schriftelijke) verwijzing voor het verlenen van medisch-specialistische zorg en de manier waarop er in de jaren 2009 tot en met 2011 in de praktijk met die voorschriften werd omgegaan. Dat betekent dat op voorhand niet duidelijk is welke conclusies getrokken zouden kunnen worden als verweerder niet in staat zou blijken te zijn alle of een deel van de gevraagde verwijskaarten over te leggen. Het is evident dat verweerder daarbij wel belang heeft.

5.6 Het College overweegt verder dat, naar aanleiding van de vragen van de leden-beroepsgenoten ter zitting, naar voren is gekomen dat de vervalste verwijskaarten waarschijnlijk geen verwijskaarten of -brieven betreffen in de zin dat deze toegang gaven tot specialistische kno-zorg en daarmee een recht op vergoeding van die zorg creëerden. De bewuste verwijskaarten wekten de indruk van kno-artsen in het G afkomstig te zijn, terwijl een 'verwijzing' van de ene specialist naar de andere niet een verwijzing is in de zin van de polisvoorwaarden van klaagster c.q. de tussen partijen gesloten overeenkomsten. Nu klaagster ter zitting heeft erkend dat dit ook voor haar de situatie heeft verhelderd, klemmt te meer dat zij niet in een eerder stadium met verweerder om de tafel is gegaan. Klaagster en verweerder hebben weliswaar op 21 januari 2015 met elkaar gesproken, waarbij klaagster ook heeft benoemd dat sprake is van een fraudeonderzoek, maar tot aan de zitting van 11 december 2018 heeft er geen nader gesprek meer plaatsgevonden tussen partijen, terwijl duidelijk sprake is van complexe materie. Bovendien heeft klaagster, blijkens het door haar overgelegde gespreksverslag – dat zij inhoudelijk niet heeft weersproken – in het gesprek van 21 januari 2015 ook aangekondigd dat bij de constatering van onrechtmatigheden dit aan verweerder zou worden verteld en hij daar dan op zou kunnen reageren. Klaagster is echter zelfs tot strafrechtelijke aangifte overgegaan zonder dit voornemen eerst behoorlijk aan verweerder kenbaar te maken, hem een toelichting te vragen op de gebeurtenissen of hem in de gelegenheid te stellen een reactie te geven op haar bevindingen. Het College heeft er uiteraard oog voor dat verweerder volstrekt onjuist en onoorbaar heeft gehandeld door schriftelijke stukken aan verzekeraars over te leggen waarvan hij wist dat zij waren vervalst. Ook onder die omstandigheden kon klaagster verweerder echter in de gelegenheid stellen om een toelichting en een reactie te geven op haar constatering dat sprake leek te zijn van een aantal vervalste verwijsbrieven. Weliswaar is klaagster belast met wettelijke taken, maar zij is ook contractspartner van verweerder en als zodanig rust op hen beiden de verplichting uit artikel 6:2 van het Burgerlijk Wetboek om zich jegens elkaar te gedragen overeenkomstig de eisen van redelijkheid en billijkheid. Nu verweerder herhaaldelijk aan klaagster heeft aangeboden in gesprek te gaan over de kwestie, had klaagster dit redelijkerwijs niet zonder afdoende toelichting – die zij niet heeft gegeven – mogen weigeren. Ook vanwege de contractuele relatie had klaagster na de analyse van de in totaal 35 opgevraagde verwijsbrieven hierover dus met verweerder dienen te spreken, alvorens zij opnieuw ruim 200 verwijsbrieven opvroeg.

Dit alles brengt met zich mee dat het verdedigbaar en invoelbaar is dat verweerder, (mede) in het licht van de op hem rustende geheimhoudingsplicht, tot op heden terughoudend is geweest in het overleggen van de ruim 200 opgevraagde verwijsbrieven.

5.7 Uit het voorgaande volgt dat verweerder klaagster op goede gronden herhaaldelijk heeft verzocht om gevolg te geven aan haar verplichting ex artikel 7.8 lid 1 aanhef en onderdeel b RZV, terwijl klaagster dit niet heeft gedaan. Daarom kan niet geconcludeerd worden dat verweerder zijn medewerking aan het door klaagster ingestelde onderzoek zonder redelijke grond heeft geweigerd. Verweerder kan met betrekking tot de

klacht dus geen verwijt worden gemaakt zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a of onder b, van de Wet BIG. De klacht zal dan ook als ongegrond worden afgewezen.

5.8 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, op de voet van artikel 71 van de Wet BIG bekend worden gemaakt op de hierna te vermelden wijze.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag beslist als volgt:

wijst de klacht af;

bepaalt dat om redenen, aan het algemeen belang ontleend, deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Deze beslissing is gegeven op 22 januari 2019 door N.B. Verkleij, voorzitter, G.P. van de Beek, lid-jurist, R.A. Scheeren, J.F. Hamming en H.C. Baak, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door T.C. Brand, 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 Gezondheidszorg en Jeugd, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gericht beroepsschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.