

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk

2344253-1006385-PZO

Bijlage(n)

1

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum 26 mei 2021
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u, mede namens de minister voor Rechtsbescherming, de antwoorden op de vragen van de leden Van Nispen en Hijink over de problemen met het halen van je recht na een medische misser (2021Z05459).

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg
en Sport,

T. van Ark

Ons kenmerk
2344253-1006385-PZO

Antwoorden op Kamervragen van de leden Van Nispen en Hijink (beiden SP) aan de ministers voor Rechtsbescherming en voor Medische Zorg en Sport over de problemen met het halen van je recht na een medische misser (2021Z05459).

Vraag 1.

Bent u op de hoogte van het feit dat het voor mensen die het slachtoffer zijn geworden van een medische misser vaak heel lastig is om hun recht te halen? Wat vindt u hiervan? Kunt u zich het gevoel van onmacht en ontevredenheid bij de mensen die dit overkomt, slachtoffers van medische missers, voorstellen? 1) 2)

Antwoord vraag 1.

Als een medische ingreep niet naar wens verloopt, kunnen de gevolgen voor de patiënt groot zijn. Letselschade is fysiek en mentaal ingrijpend, de mogelijkheden van herstel kunnen onzeker zijn en het herstel zelf langdurig. Dit alles kan een grote weerslag hebben op het leven van de betrokkene en zijn naasten. Het is om deze redenen van groot belang dat patiënten op de juiste manier worden ondersteund na een medisch incident.

Als een patiënt van mening is dat de geleden schade te wijten is aan een fout van de zorgverlener, kan een schadeclaimprocedure worden gestart. In deze procedures moet de oorzaak van een medisch incident achterhaald worden om vervolgens een causaal verband met de geleden schade en aansprakelijkheid vast te stellen. Dit is complex en vaak ook tijdrovend. Deze procedures worden als emotioneel belastend ervaren door zowel de patiënt als de betrokken zorgverlener. Voor aansprakelijkheidsstelling is het echter van belang gedegen onderzoek uit te voeren en de juiste stappen te volgen.

Vraag 2.

Wat vindt u van de gemiddelde doorlooptijd van 29,8 maanden? Hoe beoordeelt u het feit dat in meer dan 50 procent van alle gesloten dossiers de aansprakelijkheid werd afgewezen? Wat zegt dit?

Antwoord vraag 2.

De gemiddelde doorlooptijd van ongeveer 2,5 jaar is een lange tijd, zeker voor de betrokkenen. Met een lange doorlooptijd zitten de betrokkenen lange tijd in onzekerheid en het streven moet dan ook zijn om de doorlooptijd zo kort mogelijk te houden. Er kunnen verschillende redenen zijn voor een lange doorlooptijd. In het algemeen geldt dat het beoordelen van causaliteit tussen medisch handelen en de geleden schade een complex vraagstuk is. In sommige gevallen kan het een tijd duren voor de medische eindtoestand is bereikt en de schadeomvang bepaald kan worden. Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van schade door een medisch incident bij een kind, kan het in het belang van de ouders en het kind zijn om te kijken hoe het kind zich in de loop der jaren ontwikkelt.

De genoemde doorlooptijd betreft bovendien de gemiddelde doorlooptijd van zaken die worden behandeld door Centramed en Medirisk. Deze verzekeraars behandelen claims voor hun leden, veelal ziekenhuizen. Met de invoering van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in 2016 worden steeds meer kleinere claims beoordeeld en behandeld door de zorginstellingen zelf. Kleinere claims zullen doorgaans sneller en laagdrempeliger geregeld worden dan grote, omdat ze vaak minder complex en minder ernstig zijn. Ook blijft hierdoor een veel directer contact tussen patiënt en zorgverlener en wordt er minder gejuridiseerd. Eén van de effecten daarvan is wel dat verzekeraars een steeds groter deel van de

claims niet meer zien. Een deel van de claims zal dus sneller geregeld worden dan de genoemde doorlooptijd.

Dat in 50% van de door medische aansprakelijkheidsverzekeraars behandelde zaken de aansprakelijkheid wordt afgewezen, zegt dat in deze gevallen niet is vastgesteld dat de geleden schade het gevolg is van verwijtbaar handelen door de zorgverlener. Desondanks is de uitkomst van deze behandelingen niet de gewenste geweest, bijvoorbeeld door een complicatie, en ik kan mij voorstellen dat ook de uitkomst van een niet toegewezen schadeclaimprocedure niet bevredigend is. Een complicatie betekent echter niet altijd dat er ook fout gehandeld is door de zorgverlener.

Vraag 3.

Acht u het acceptabel dat mensen soms jaren moeten strijden voor een erkenning van door hen geleden schade als gevolg van een medische misser? Zo nee, wat acht u dan wel een wenselijke afhandelingstermijn?

Antwoord vraag 3.

Het is belangrijk dat patiënten, indien er schade is geleden door fout handelen van een zorgverlener, hier snel erkenning voor krijgen. Ook voor zorgverleners is het van belang dat een zaak snel en degelijk wordt afgehandeld. Een aansprakelijkstelling is ook voor hen een emotionele aangelegenheid, omdat zij zich doorgaans met hart en ziel inzetten voor hun patiënten.

Wat de juiste termijn is, is afhankelijk van de omstandigheden van een individueel geval. Het belangrijkste is een adequate schade-afhandeling, waarbij het belang van de gedupeerde centraal staat, de gedupeerde zich gehoord weet, en houvast wordt geboden over onder meer over het verloop van de schade-afhandeling.

Vraag 4.

Kunt u uiteenzetten wat de invoering van de Gedragscode Openheid medische incidenten: betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA), die in 2010 ingevoerd is, heeft bijgedragen aan een snellere afwikkeling van zaken waarbij medische missers spelen? Wat heeft dit voor slachtoffers concreet verbeterd? Bent u daar tevreden over?

Antwoord vraag 4.

De GOMA betreft een richtlijn die in 2010 is opgesteld door De Letselschade Raad (DLR) en heeft als doel de afwikkeling van een medische schadeclaim te verbeteren door open en transparante communicatie met goed inzicht in het traject voor alle betrokken partijen. De in de richtlijn opgenomen aanbevelingen betreffen enerzijds het handelen van degenen die betrokken zijn bij de afwikkeling van de gevolgen voor een patiënt van een incident in de gezondheidszorg, en anderzijds een adequate afwikkeling van verzoeken om schadevergoeding. De richtlijn geeft patiënten meer duidelijkheid over het proces en met de richtlijn wordt een open cultuur omtrent medische incidenten bevorderd. Ik vind het goed dat het veld met deze vorm van zelfregulering een bijdrage levert aan de afwikkeling van medische schadeclaims. Momenteel wordt gewerkt aan GOMA 2.0. Naast deze richtlijn is in 2016 de Wkkgz van kracht geworden. Mensen kunnen sinds 1 januari 2017 gratis terecht bij de klachtenfunctionaris van de zorgaanbieder. De patiënt kan altijd een rechtszaak aanspannen, maar de wet biedt ook een laagdrempelig alternatief: de onafhankelijke geschilleninstantie. De geschilleninstantie kan een schadevergoeding toekennen tot een bedrag van in ieder geval 25.000,- euro. Ook is de informatiepositie van de patiënt wettelijk versterkt met de Wkkgz.

Vraag 5.

Herkent u het beeld dat verzekeraars van de tegenpartij letselschadezaken nog steeds bewust trainen om maar geen schadevergoeding te hoeven uitkeren, zoals dhr. Brekelmans van de stichting Letselschade en Gerechtigheid stelt? Wat is uw reactie op de opmerking dat na ruim 20 jaar duidelijk is geworden dat zelfregulering door verzekeraars niet werkt?

Antwoord vraag 5.

De professionele branche- en beroepsverenigingen in de letselschadebranche zijn verenigd in De Letselschaderaad. Bij deze onafhankelijke koepelorganisatie zijn Slachtofferhulp Nederland, de ANWB, het Verbond van Verzekeraars, maar ook letselschade-experts, geneeskundig adviseurs en arbeidsdeskundigen aangesloten. In opdracht van DLR heeft de Universiteit Utrecht onderzoek gedaan naar langlopende letselschade.¹ De onderzoekers hebben 201 zaken geanalyseerd bij 13 verschillende verzekeraars. In deze zaken blijkt de lange duur van de afhandeling veelal te wijten aan onvermijdelijke, niemand na te dragen redenen (medische eindtoestand, re-integratie, onduidelijkheid over de door het ongeval ontstane beperkingen). In een beperkter aantal zaken blijkt niet voortvarend handelen door de verzekeraar (8%) of de belangenbehartiger van het slachtoffer (14%) mede een rol te spelen.

Het belang van het slachtoffer bij een adequate en voortvarende schadeafhandeling maakt dat er in de afgelopen 20 jaar onverminderd aandacht is voor mogelijke verbeteringen in regulering en zelfregulering. Zo heeft de wetgever het deelgeschil mogelijk gemaakt. Dit biedt slachtoffers en verzekeraars een snelle en eenvoudige procedure om tijdens een onderhandeling een deel van het geschil dat hen verdeeld houdt aan de rechter voor te leggen. Ook heeft de wetgever de vergoeding van affectieschade voor (nabestaanden van) slachtoffers geïntroduceerd.

Daarnaast stelt DLR onder meer richtlijnen op voor de betrokken professionals, die bijdragen aan duidelijkheid, voorspelbaarheid en transparantie bij de schaderegelingen. Een belangrijke, recente maatregel ter verbetering van de afhandeling van letselschade is het Nationaal Keurmerk Letselschade, dat op 1 januari jl. is gelanceerd. Dit zorgt ervoor dat slachtoffers met letselschade kunnen vertrouwen op gekwalificeerde dienstverleners.²

Al deze maatregelen dragen bij aan de verbetering van de afhandeling van letselschade. Dit neemt niet weg dat er verdere verbeteringen mogelijk en nodig zijn. Het belang van het slachtoffer vereist voortdurende aandacht en inzet. Het onderzoek van de Universiteit Utrecht maakt duidelijk dat de mogelijkheid tot verbetering van de kwaliteit van de schadeafhandeling primair ligt in heldere communicatie, het juiste verwachttingsmanagement bij gedupeerden, goede bevoorschotting en samenwerking tussen de betrokkenen op basis van wederzijds vertrouwen en empathie. DLR werkt voortvarend aan nieuwe initiatieven die gericht zijn op verbetering van deze aspecten van de afhandeling van

¹ Het rapport is te raadplegen via de volgende link: <https://deletselschaderaad.nl/wp-content/uploads/Langlopende-letselschadezaken-rapport.pdf>). Dit rapport betreft letselschade in het algemeen en is dus breder dan medische aansprakelijkheid.

² <https://deletselschaderaad.nl/nkl/nationaal-keurmerk-letselschade/>

letselschadezaken.³ Het belang van het slachtoffer bij een adequate en betrokken schadeafhandeling staat daarbij voorop.

Vraag 6.

Ziet u ook dat het bewijzen van de medische aansprakelijkheid vaak heel moeilijk is en dat dossiers daarop vastzitten, terwijl het voor het leed van het slachtoffer eigenlijk niet uitmaakt of het fout is gegaan ('een ongeluk'), of dat er iets fout is gedaan (met mogelijk aansprakelijkheid tot gevolg)? Moet dat juridisch grote verschil voor het aansprakelijkheidsvraagstuk voor slachtoffers eigenlijk wel zulke enorme consequenties hebben?

Antwoord vraag 6.

In alle gevallen – met of zonder aansprakelijke partij – kan het leed groot zijn. Bij aansprakelijkheidsvragen gaat het echter niet alleen om het leed, maar ook over de vraag wie daarvoor verantwoordelijk is. Zorgverleners zijn alleen aansprakelijk als er een verwijtbare medische fout is gemaakt. Een systeem waarin de aansprakelijkheidsvraag voor de patiënt een minder dominante rol speelt, is een no fault-compensatiesysteem. Voor een appreciatie van de invoering van een no fault-compensatiesysteem verwijs ik naar het antwoord op vraag 9.

Vraag 7.

Wat gaat u doen om verzekeraars aan te sporen zo snel als mogelijk zaken van slachtoffers van medische missers af te handelen? Wat is uw reactie op de suggestie een onafhankelijk loket - los van verzekeraars - op te richten om langlopende letselschadedossiers te beoordelen en snel af te handelen?

Antwoord vraag 7.

Het tijdig afhandelen van schadeclaims na medische incidenten heeft reeds de aandacht van de verzekeraars en de minister voor Medische Zorg en Sport zal hier aandacht voor blijven vragen. In 2012 hebben Centramed en Medirisk speciale teams opgericht om zeer langdurig lopende zaken versneld af te handelen. Verzekeraars zelf zijn overigens ook gebaat bij een spoedige afhandeling, zeker nu het aantal claims en de schadelast de afgelopen jaren toeneemt. DLR heeft een Kamer voor Langlopende Letselschadezaken ingesteld om bestaande langlopende letselschadezaken versneld tot een oplossing te brengen.⁴ Het kabinet volgt deze pilot met veel interesse. Na de afronding hiervan zal in samenspraak met DLR worden bekeken of het wenselijk is om deze Kamer te bestendigen.

Vraag 8.

³ Zie de persberichten van De Letselschade Raad van 20 september 2020 (link: <https://deletselschaderaad.nl/wp-content/uploads/Persbericht.pdf>) en van 22 april 2021 (link: <https://deletselschaderaad.nl/actueel/de-letselschade-raad-stelt-kamer-voor-langlopende-letselschadezaken-in/>). Uit het persbericht van 22 april 2021: "De Letselschade Raad wil het aantal langlopende letselschadezaken in de toekomst verder beperken. Daartoe worden de komende tijd langs drie lijnen diverse maatregelen uitgewerkt:

1. Bestaande langlopende zaken versneld tot een oplossing brengen door middel van de Kamer LLZ.
2. Het bieden van systeemoplossingen om de aanpak in nieuwe zaken te verbeteren.
3. Het verbeterde proces blijvend monitoren met klanttevredenheidsonderzoeken onder slachtoffers."

⁴ Uit persbericht De Letselschade Raad van 22 april 2021

(<https://deletselschaderaad.nl/actueel/de-letselschade-raad-stelt-kamer-voor-langlopende-letselschadezaken-in/>): "In reactie op het rapport van de Universiteit van Utrecht naar de kenmerken van langlopende letselschadezaken, heeft de Minister voor Rechtsbescherming De Letselschade Raad gevraagd uitvoering te geven aan de geformuleerde aanbevelingen. Eén van de aanbevelingen betreft het instellen van een Kamer voor Langlopende Letselschadezaken."

Wat is de stand van zaken met de uitvoering van de aangenomen motie van het lid Van Nispen c.s. over een wettelijke verankering van de Gedragscode Behandeling Letselschade en de aangenomen motie van het lid Kuiken c.s. over een wettelijke verankering van tuchtrecht en een tuchtraad voor letselschadeprofessionals? 3) 4)

Antwoord vraag 8.

Samen met de Minister van Financiën werkt de Minister voor Rechtsbescherming op dit moment aan de uitvoering van de moties van uw Kamer, die zien op de afhandeling van langlopende letselschadezaken. De Ministers voor Rechtsbescherming en van Financiën streven ernaar uw Kamer voor het zomerreces te informeren over de stand van zaken.

Vraag 9.

Wat vindt u van het idee om een medisch letselschadefonds in het leven te roepen, waardoor slachtoffers of nabestaanden niet jarenlang hoeven te procederen om financiële genoegdoening te krijgen, maar het medisch letselschadefonds slachtoffers of nabestaanden snel en adequaat compenseert voor de geleden schade bij medische misers en het schadebedrag vervolgens door het fonds wordt verhaald op de hulpverlener, het ziekenhuis of de zorginstelling? Welke voor- en nadelen zouden er aan zo'n systeem zitten?

Antwoord vraag 9.

Het voorgestelde systeem vertoont grote gelijkenis met het in België ingevoerde tweesporensysteem, dat naast het klassieke aansprakelijkheidsrecht een *no fault*-compensatiesysteem omvat. Dit tweesporensysteem is in 2010 in België ingevoerd in de hoop dat dit zou voorzien in een snelle, laagdrempelige en eenvoudige klachtenafhandeling. Uit onderzoek⁵ is gebleken dat dit systeem weinig tot niets toevoegt aan de huidige vergoedingsmogelijkheden, omdat de grote knelpunten zoals deskundigenanalyses en causaliteitsvraagstukken ook bij een *no fault*-compensatiesysteem onverminderd aanwezig blijven. In ieder systeem zal namelijk de omvang van de schade en het verband met het medisch handelen aangetoond moeten worden. Met name de doorlooptijd blijkt in België niet te zijn verbeterd, de gemiddelde doorlooptijd is drie jaar. De onderzoekers concluderen dat de geschetste emotionele en procedurele knelpunten inherent zijn aan de aard en complexiteit van medische ongevallen. Bij medische ongevallen gaat het om een categorie schadeveroorzakende gebeurtenissen waarin (de integriteit van) het menselijk lichaam centraal staat. De juridische beoordeling is daardoor vaak sterk afhankelijk van medisch deskundigenadvies. Tot slot stellen de onderzoekers dat het huidige Nederlandse aansprakelijkheidsrecht, zeker na de invoering van de GOMA en de Wkkgz én met de – door de rechter benutte – ruimte tot (patiëntgerichte) interpretatie van de wetgeving, de noodzakelijke instrumenten biedt om in een goede klacht- en claimbehandeling te kunnen voorzien. Alles in aanmerking nemende ben ik geen voorstander van het in het leven roepen van een fonds voor schade na medische incidenten.

1) Radar, 29 maart 2021, 'Hoe haal je je recht bij een medische misser?', <https://radar.avrotros.nl/uitzendingen/gemist/item/hoe-haal-je-je-recht-bij-een-medische-misser/>

⁵ D.M.T.V. Klemann, M.M. ten Hoopen en H.J.M.M. Mertens (2019) *Medische aansprakelijkheid in Nederland* NJB 2019/2416.

2) 1Limburg, 2 maart 2021, 'Web van procedures na mislukte penisoperatie: 'Pijn blijft'', <https://www.1limburg.nl/web-van-procedures-na-mislukte-penisoperatie-pijn-blijft?context=default>

3) Kamerstuk 33552, nr. 74

4) Kamerstuk 33552, nr. 77