

Zorgvuldige schadeafwikkeling hoort ook bij goede zorg

# Behandeling claim in eigen hand

mr. M.G. Roessingh,  
advocaat gezondheidsrecht,  
Bentham Gratama advocaten  
te Zwolle

Correspondentieadres: mgroes-  
singh@benthamgratama.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Bij Bentham Gratama Advoca-  
ten zijn geen zaken in behan-  
deling die direct of indirect  
betrekking hebben op de zaak  
van de disfunctionerende neu-  
roloog in Medisch Spectrum  
Twente.

Bij het afwikkelen van schadeclaims heeft de verzekeraar nu alle touwtjes in handen. Een slechte zaak, zo blijkt uit het rapport over de disfunctionerende neuroloog in Twente. Het eenzijdige financiële belang van de verzekeraar staat het verlenen van goede zorg in de weg.

**D**e commissie-Lemstra II heeft onder-  
zoek gedaan naar het bestuurlijk  
handelen van de raad van bestuur van  
Medisch Spectrum Twente (MST) omtrent het  
disfunctioneren van een neuroloog. Daarbij is  
vastgesteld dat gedupeerde patiënten jarenlang  
aan hun lot zijn overgelaten. Het rapport van de

commissie, getiteld 'Heel de patiënt', geeft enig-  
zins antwoord op de vraag hoe dat heeft kunnen  
gebeuren, maar niet waarom het is gebeurd.  
Het antwoord op die vraag moet worden  
gezocht in de definitie van 'goede zorg'. Dat die  
verder gaat dan adequate medische behande-  
ling is inmiddels breed geaccepteerd. Ook



beeld: Getty Images

zaken als correcte bejegening, acceptabele wachttijden en bereikbaarheid tellen mee. Lemstra II toont aan dat goede zorg ook betrekking heeft op het behandelen van schadeclaims. Dit omdat de manier waarop met de gevolgen van mogelijk incorrect medisch handelen wordt omgegaan, de relatie tussen arts en patiënt beïnvloedt.

### Strijdige belangen

Complicerende factor is dat het behandelen van claims niet tot de kerntaken van een zorgverlener behoort. Die besteedt dit maar wat graag uit. Hierbij worden twee dingen uit het oog verloren. In de eerste plaats dat de zorgverlener zelf verantwoordelijk is voor de manier waarop hij met schadeclaims omgaat. Het feit dat een verzekering de aansprakelijkheid voor schade van een patiënt dekt, is voor de patiënt niet relevant. In de tweede plaats wordt vaak vergeten welke functie een verzekeraar vervult, namelijk het met premies creëren van een zo groot mogelijke pot met geld waaruit zo min mogelijk schade moet worden vergoed. Het belang van de verzekeraar – zo min mogelijk uitkeren – strookt daardoor niet met het belang van het ziekenhuis – het verlenen van goede zorg. Dit komt in ‘Heel de patiënt’ duidelijk naar voren. Daarin staat dat patiënten de bejegening door de verzekeraar als ‘afwerend, soms agressief en/of achterdochtig’ ervaren. Dit past bij een verzekeraar die haar schadelast wil beperken. Maar het past niet bij een ziekenhuis dat goede zorg wil verlenen. De eisen van goede zorg kunnen met zich meebrengen dat actief wordt gezocht naar patiënten die mogelijk schade hebben geleden. Voor een aansprakelijkheidsverzekeraar is dit volstrekt ondenkbaar. De verzekeringsmaatschappij heeft alleen een overeenkomst met het ziekenhuis en geen ver-

plichting tegenover patiënten. Zorgverleners moeten zich bewust zijn van deze strijdige belangen. Voor de patiënt, en overigens ook in juridische zin, is de verzekeraar immers de vertegenwoordiger van de

zorginstelling. Gedrag van de verzekeraar kan aan de instelling worden toegerekend en haar raad van bestuur is daarvoor verantwoordelijk. Het uitbesteden van de claimbehandeling verandert daar niets aan.

### Buitenspel gezet

Het ontbreken van het besef dat adequate claimbehandeling onderdeel is van goede zorg,

is niet de enige oorzaak dat zorgverleners zich daarmee niet bezighouden. Op grond van de polisvoorwaarden heeft de aansprakelijkheidsverzekeraar de volledige zeggenschap over de inhoudelijke en procedurele behandeling van claims. Hiermee heeft de verzekeraar zijn eigen belangen veiliggesteld. Dit verhindert echter dat het ziekenhuis invulling kan geven aan zijn zorgverplichting jegens de patiënten. Het betreft een standaardbepaling waarmee het zorgverleningsaspect volledig buitenspel is gezet ten faveure van financiële belangen. Het is begrijpelijk dat een verzekeraar volledige zeggenschap verlangt. Het is niet begrijpelijk dat zorgaanbieders dat accepteren.

De zorgvuldige behandeling van claims is een bestuurlijke verantwoordelijkheid die niet bij voorbaat door een verzekeringsovereenkomst mag worden ingeperkt, zo volgt uit Lemstra II. Raden van bestuur van ziekenhuizen moeten claims behandelen op een manier die voldoet aan de eisen van goede zorg. Hierover moeten zij verantwoording afleggen aan de raad van toezicht. Het overdragen van de behandeling van claims blijft mogelijk, mits ook dan de zorgvuldigheid in acht wordt genomen die een patiënt van zijn zorgverlener mag verwachten.

### Gedragscode

Een interessante vraag is of bij naleving van de recent vastgestelde ‘Gedragscode Openheid over medische incidenten en betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid’ (GOMA) automatisch wordt voldaan aan de eisen van goede zorg.<sup>1</sup> Dit is niet het geval. Positief is dat in de gedragscode uitdrukkelijk staat dat uit de aard van de relatie tussen arts en patiënt volgt dat de zorgaanbieder verantwoordelijk blijft voor zorgvuldige en voortvarende afwikkeling van schade. Daaraan wordt echter toegevoegd dat de verzekeraar de verantwoordelijkheid heeft om een ingediende claim zorgvuldig en voortvarend te beoordelen en te behandelen. Het verschil tussen de afwikkeling van schadeclaims en de beoordeling en behandeling ervan, is gekunsteld. Hierin komt het misverstand over de rol van de verzekeraar duidelijk naar voren. Zoals gezegd heeft een verzekeraar geen afdwingbare verantwoordelijkheid tegenover een patiënt. Door de verzekeraar toch een eigen verantwoordelijkheid toe te kennen, ontstaat ten onrechte de indruk dat de verzekeraar voorbij mag gaan aan de bijzondere relatie tussen arts en patiënt. Dat is geen winst voor de patiënt die schade lijdt en ook niet voor de zorgaanbieder die goede zorg wil leveren.

## Ziekenhuizen moeten claims behandelen volgens de eisen van goede zorg

## SAMENVATTING

- Het rapport 'Heel de patiënt' van de commissie-Lemstra II onderstreept dat het adequaat behandelen van schadeclaims onderdeel is van het verlenen van goede zorg.
- Een aansprakelijkheidsverzekeraar heeft een eigenbelang waarbij goede zorgverlening niet op de voorgrond staat.
- Zorgverleners moeten actief zorg dragen voor adequate reacties op claims. Dit mag niet door een verzekeringsovereenkomst worden ingeperkt.




Daarnaast zijn de aanbevelingen in GOMA over de behandeling van schadeclaims puur procedureel. Ze voorkomen niet dat de verzekeraar alle touwtjes in handen houdt. De gedragscode lost het belangenconflict tussen zorgaanbieder en verzekeraar dus niet op.

### Patiënt of tegenpartij

Een andere vraag is of de behandeling van schadeclaims vanuit het perspectief van de zorgverlener – waarbij zorg voor de patiënt centraal staat – tot hogere kosten leidt. Dat hoeft niet zo te zijn. Patiëntgerichte claimbehandeling betekent niet dat schadevergoeding wordt uitbetaald aan claimanten die daar geen recht op hebben, of dat er meer wordt betaald dan redelijk is. De vereiste zorgvuldigheid moet zich toespitsen op de manier waarop met de patiënt wordt omgegaan. In de kern brengt dat met zich mee dat de patiënt als patiënt wordt behandeld en niet als tegenpartij. In dat geval is de kans groter dat hij zich redelijk zal opstellen en eerder bereid is tot een compromis. Ook een afwijzende reactie zal hij dan eerder aanvaarden. Een patiëntgerichte benadering van claims kan op die manier gunstig uitpakken voor aansprakelijkheidsverzekeraars.

### In eigen hand

De raad van bestuur van het MST heeft inmiddels haar verantwoordelijkheid genomen. De instelling benadert ex-patiënten van de neuroloog nu actief, en handelt claims onder 10.000 euro zelf af, zonder tussenkomst van de verzekeraar. Feitelijk is voor dat deel van de schadegevallen de rol van de verzekeringsmaatschappij geëlimineerd. Kennelijk is dat nodig om de claims af te handelen op een manier die de raad van bestuur zorgvuldig acht. Dit roept de vraag op of het MST niet de behandeling van alle schadeclaims bij deze verzekeraar moet weghalen.

De commissie-Lemstra II heeft het MST aanbevolen haar aansprakelijkheidsverzekering zodanig aan te passen dat zij kleine schades zelf mag afhandelen. Het is te hopen dat ook andere zorgaanbieders deze aanbeveling overnemen. En sterker: zorgaanbieders moeten bij alle schadeclaims zorg gaan dragen voor een wijze van behandeling die past binnen de context van de arts-patiëntrelatie. Dit is het best gewaarborgd als ze de behandeling zoveel mogelijk in eigen hand houden. Zorgverlening is te belangrijk om uit handen te geven aan een aansprakelijkheidsverzekeraar. 



Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

### Literatuur

1. Lutke Schipholt I. Fout toegeven betekent niet perse betalen. Medisch Contact 2010; 25: 1176.

# praktijkperikel

## Verzekeringstechnisch

Brief van lokale ouderen-ggz, uitsluitend aan mij als huisarts gericht. Het betreft een 76-jarige vrouw met alzheimer, zonder ziekte-inzicht.

'....Gedurende drie maanden hebben wij geen contact gehad met uw cliënte, waardoor wij haar om verzekeringstechnische reden moeten uitschrijven. Het gaat hier om een administratieve uitschrijving.

Indien cliënte de behandeling wil hervatten, zullen wij haar verzoeken een nieuwe verwijsbrief bij u aan te vragen. Deze kunt u faxen naar...'

Uiteraard heb ik per omgaande een zeer korte verwijsbrief teruggestuurd met het verzoek de behandeling te hervatten. Het leek mij minder zinvol om dat aan het initiatief en oordeel van cliënte (in onze praktijk heet dat nog patiënte) over te laten.