

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

354

Vragen van het lid **Bouwmeester** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn Sport over *het bericht dat 60% van de claims bij medisch verzekeraars niet wordt uitgekeerd* (ingezonden 3 oktober 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 25 oktober 2012).

Vraag 1

Kent u de TV-uitzending over medisch verzekeraars?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Hoe beoordeelt u het gegeven dat 60% van de claims niet wordt uitgekeerd?

Antwoord 2

Ik heb daar geen oordeel over. Medirisk heeft aangegeven dat 52% van de claims niet wordt uitgekeerd. Centramed heeft aangegeven dat dit geldt voor 55% van de claims. Beide partijen lichten toe dat in een groot aantal van de gevallen er geen sprake is van een verwijtbare fout, maar van een complicatie die niet voorkomen kon worden.

Beide partijen geven eveneens aan deel te nemen aan het onderzoek «opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen.» Dit onderzoek vindt plaats op initiatief van het Fonds Slachtofferhulp. Naar verwachting wordt dit onderzoek over een half jaar afgerond.

Vraag 3

Wat is uw oordeel over de situatie waarbij mensen met een klacht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg in hun gelijk zijn gesteld, en vervolgens geen vergoeding krijgen van de medisch verzekeraars?

Antwoord 3

De IGZ ziet toe op de kwaliteit van de zorg in algemene zin. De individuele meldingen (klachten) die de IGZ behandelt moeten in dat perspectief worden geplaatst. Indien de IGZ uit zo'n melding afleidt dat nader onderzoek op zijn plaats is, zal de IGZ hiertoe overgaan. Het is aan de klachtencommissie van

¹ Radaruitzending van 1 oktober 2012

de betreffende zorgverlener om een patiënt al dan niet in het gelijk te stellen. Een klachtencommissie kan geen schadevergoeding toekennen. Dit is voorbehouden aan de verzekeraar dan wel de rechter. De verschillende vertrekpunten van waaruit met klachten wordt omgegaan (toezicht/tucht/civiel) verklaart dat in sommige gevallen, ondanks het oordeel van de IGZ, niet tot vergoeding van de schade wordt overgegaan. Overigens wordt met het wetsvoorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) het klachtrecht zelf verbeterd en wordt het voor de patiënt gemakkelijker om een schadevergoeding te ontvangen.

Vraag 4

Hoe beoordeelt u de directe verbondenheid tussen zorgpersoneel en medewerkers van de medisch verzekeraar, zoals medisch specialisten die commissaris zijn bij een medisch verzekeraar?

Antwoord 4

Deze verbondenheid heeft een historische achtergrond. Medirisk en Centramed zijn onderlinge waarborgmaatschappijen die destijds zijn opgericht door de ziekenhuizen zelf. Het is aan de verzekeraars zelf om hun organisatie vorm te geven en te zorgen voor onafhankelijk toezicht. De Nederlandsche Bank ziet hierop toe.

Beide schadeverzekeraars hebben aangegeven naar aanleiding van de kritiek op de verbondenheid scherp naar hun eigen organisatie te zullen kijken. Beide partijen hebben ook aangegeven mogelijkheden te onderzoeken om patiëntenbelangen mee te laten wegen in het interne toezicht.

Vraag 5

Bent u ervan op de hoogte dat in de gedragscode voor medisch verzekeraars (goma) o.a. staat dat een klacht onderbouwd, tijdig en transparant moet worden behandeld, maar dat dit in de praktijk niet gebeurt? Hoe kan dit voor patiënten verbeteren?

Antwoord 5

Ik ben op de hoogte van de inhoud van de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA). De GOMA is door de Letselschaderaad in juni 2010 gelanceerd en is relatief jong. Medirisk en Centramed hebben de code vanaf het begin onderschreven. De NVZ en de NFU hebben zich per maart dit jaar aan de code gecommitteerd. De Letselschaderaad controleert de naleving van de GOMA via audits. Daarnaast geeft de Letselschaderaad trainingen met betrekking tot de GOMA. Ik vind het belangrijk dat het veld zelf de verantwoordelijkheid neemt en hecht er veel waarde aan dat de code wordt nageleefd. Ik zal de ontwikkelingen volgen.

Vraag 6

Hoe beoordeelt u de uitspraak dat met patiënten wordt «gepokerd», omdat de medisch verzekeraars niet eerlijk en transparant zijn naar patiënten die leed hebben ondergaan?

Antwoord 6

Ik kan dit niet beoordelen. Beide verzekeraars hebben aangegeven zich de kritiek zeer aan te trekken en alles op alles te zullen zetten om meer vertrouwen van de patiënt te winnen en duidelijkheid te verschaffen. Alle bij de GOMA betrokken partijen hebben daarin een verantwoordelijkheid.

Vraag 7

Bent u bereid onderzoek te laten doen naar de praktijk van klachtafhandeling bij medische missers door medische verzekeraars, met als doel de knelpunten helder te krijgen en praktijk voor patiënten te verbeteren?

Antwoord 7

Nee, daar zie ik op dit moment onvoldoende aanleiding voor. Bij beide verzekeraars lopen onderzoeken (audits) naar de wijze waarop met de GOMA wordt omgegaan. De uitkomsten van deze onderzoeken worden medio volgend jaar verwacht. Beide partijen geven aan de uitkomsten via de Letselschaderaad openbaar te zullen maken.

Daarnaast wordt op dit moment op initiatief van het Fonds Slachtofferhulp onderzoek gedaan naar mogelijke procesverbetering van het systeem van schadeafhandeling. Ik wil de uitkomsten van deze onderzoeken afwachten en zal de ontwikkelingen volgen. Daarnaast ligt er sinds 14 juni 2010 een wetsvoorstel in de Tweede Kamer (Wet Cliëntenrechten Zorg, 32 402) waarin de positie van de cliënt/patiënt sterk wordt verbeterd en een geschillencommissie laagdrempelig schadevergoeding kan uitkeren.