RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2006/009 WA

i n d e k l a c h t nr. 2005.0949 (030.05)

ingediend door:

hierna te noemen 'klager',

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer. De Raad heeft aanleiding gevonden, alvorens uitspraak te doen, verzekeraar in een zitting van de Raad te horen.

Uit de stukken is, voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, het navolgende gebleken.

Inleiding

Klager heeft in 1997 in een ziekenhuis een chemonucleolyse ondergaan. Deze behandeling houdt in het inspuiten van een vloeistof ter hoogte van de tussenwervelschijven waar zich een hernia bevindt. Daarbij is echter vloeistof met het zenuwweefsel in aanraking gekomen, waardoor klager schade heeft geleden. Klager heeft bij brief van 19 september 2001 van zijn belangenbehartiger het ziekenhuis aansprakelijk gesteld. Deze heeft de aansprakelijkstelling op 18 juni 2002 aan verzekeraar doorgezonden, bij wie het ziekenhuis het risico van aansprakelijkheid had verzekerd.

De klacht

Hoewel het ziekenhuis op 18 juni 2002 het complete dossier aan verzekeraar zou hebben toegezonden, verzocht deze op 26 juni 2002 om een machtiging van klager om medische informatie op te vragen en te laten beoordelen door zijn medisch adviseur. Om vertraging te voorkomen heeft de belangenbehartiger van klager op 1 juli 2002 nogmaals het complete dossier opgestuurd, nu rechtstreeks aan verzekeraar.

Alvorens verzekeraar een standpunt innam, wilde hij klager doen bezoeken om de schade te inventariseren. Dat bezoek vond op 11 september 2002 plaats. De schade van klager is aanzienlijk, omdat hij wegens zijn klachten en beperkingen geheel arbeidsongeschikt is en inmiddels ontslagen is. Bovendien zijn er verlies van zelfwerkzaamheid en andere schade. Nog op 11 september 2002 wees verzekeraar de aansprakelijkheid af.

2006/009 WA

Vervolgens hebben de medisch adviseur van verzekeraar en van de belangenbehartiger van klager langdurig over de kwestie gediscussieerd.

Op 4 augustus 2003 stelde de medisch adviseur van klagers belangenbehartiger voor om een onafhankelijke deskundige te vragen een medische expertise te verrichten en noemde de te kiezen expertisearts.

Op 18 augustus 2003 antwoordde verzekeraar dat de voorgestelde arts geen optie was en stelde een orthopedisch chirurg voor. Alvorens over de expertise te beslissen moest verzekeraar echter met de verzekerde overleggen.

Bijna 3 maanden later deelde verzekeraar mee dat het overleg met de verzekerde was afgerond en dat de expertise in gang kon worden gezet. Intussen was de medisch adviseur van klagers belangenbehartiger akkoord gegaan met de door verzekeraar genoemde expertisearts. Toch gaf verzekeraar vervolgens aan te kiezen voor een andere arts. Op 11 december 2003 deelde verzekeraar mee dat de door de medisch adviseur van klagers belangenbehartiger geconcipieerde vraagstelling aan de expertisearts niet deugde. Om vertraging te voorkomen zond deze medisch adviseur op 9 januari 2004 een gecorrigeerde vraagstelling. Pas op 1 maart 2004 gaf verzekeraar zijn goedkeuring aan de expertiseaanvraag.

Op 7 mei 2004 vond de expertise plaats. Op 9 augustus 2004 is het rapport ervan aan verzekeraar toegezonden. De conclusies in het rapport zijn duidelijk en in klagers voordeel.

Omdat verzekeraar niet reageerde, is deze op 22 september 2004 aan de kwestie herinnerd. Op 29 september 2004 gaf hij aan dat het expertiserapport aan de verzekerde was gezonden en dat overleg plaatsvond met de verzekerde.

Omdat wederom niets werd vernomen, is verzekeraar op 12 november 2004 nogmaals verzocht de zaak adequaat te behandelen.

Op 17 november 2004 bood verzekeraar zijn excuses aan voor de vertraging. Hij gaf aan dat het rapport al die tijd voor commentaar bij de verzekerde lag. Deze zou zijn gerappelleerd. Klagers belangenbehartiger heeft toen meegedeeld vóór 15 december 2004 het standpunt van verzekeraar te willen ontvangen.

Op 15 december 2004 deelde verzekeraar mee dat die dag overleg zou plaatsvinden met de betrokken arts. Klagers belangenbehartiger zou spoedig vernemen.

Op 22 december 2004 heeft laatstgenoemde verzekeraar verzocht om het resultaat van het overleg mee te delen en om het advies van diens medisch adviseur te mogen ontvangen.

Op 29 december 2004 gaf verzekeraar aan dat in verband met vakantie van zijn medisch adviseur pas op 6 januari 2005 overleg kon plaatsvinden.

Voor klager was de maat vol. Daarom is verzekeraar op 4 januari 2005 gevraagd om binnen een week het advies van zijn medisch adviseur en de resultaten van de bespreking van 15 december 2004 mee te delen.

Op 6 januari 2005 deelde verzekeraar mee dat hij die week niet kon reageren in verband met de vakantie van de contactpersoon van de verzekerde, maar dat hij hoopte op 10 januari 2005 te kunnen reageren. Hij weigerde de medische adviezen over te leggen.

Op 10 januari 2005 gaf verzekeraar aan dat het overleg tussen zijn medisch adviseur en de verzekerde was afgerond. Die week werd het verslag ervan verwacht en zou een inhoudelijke reactie volgen.

Op 26 januari 2005 deelde verzekeraar echter mee dat het verslag nog niet binnen was maar dat hij hoopte binnen 10 dagen inhoudelijk te kunnen reageren.
Wederom werd niets vernomen. Daarom heeft klagers belangenbehartiger op 22 februari 2005 contact opgenomen met verzekeraar. Deze deelde mee dat overleg gaande was met een arts in Zuid Afrika en met de Raad van Bestuur van het ziekenhuis. Zodra dat was afgerond zou de belangenbehartiger vernemen.
Al 5 jaar lang lijdt klager schade door verlies van arbeidsvermogen. Om aan zijn financiële verplichtingen te voldoen moet hij geld lenen. Het is dan ook hard dat de zaak (mede) wordt vertraagd door vakanties van medisch adviseurs en contactpersonen van verzekeraar.
Door hem niet bekend te maken met de adviezen van de medisch adviseur van verzekeraar, wordt klager onnodig informatie onthouden waardoor hij wellicht meer inzicht zou hebben gekregen in de reden van de vertraging.
Klager heeft er geen enkel begrip voor dat zoveel overleg moet plaatsvinden tussen verzekeraar, diens medisch adviseur, specialisten en de directie van het verzekerde ziekenhuis alvorens een standpunt bekend kan worden gemaakt.
Primair klaagt klager er dan ook over dat verzekeraar de zaak traineert en geen voorschot verstrekt. Dit terwijl uit het onafhankelijk deskundigenonderzoek blijkt dat medische fouten zijn gemaakt en verzekeraar door het rapport van zijn schaderegelaar op de hoogte is van de schade van klager. Bovendien lopen de buitengerechtelijke kosten voor klager daardoor onnodig op.
Voorts gaf klager wel de adviezen van zijn medisch adviseur aan verzekeraar, maar krijgt hij niet de adviezen van de medisch adviseur van verzekeraar.
Met verzekeraar was een onafhankelijk deskundigenonderzoek overeengekomen ter beslechting van de bestaande verschillen van inzicht. Klager heeft ingestemd met de door verzekeraar voorgedragen expertisearts. Verzekeraar heeft duidelijk een stempel mogen drukken op de vraagstelling aan deze arts. Niettemin verwerpt verzekeraar de uitkomsten van de expertise en heeft hij op 2 maart 2005 opnieuw de aansprakelijkheid afgewezen.

<u>Het standpunt van verzekeraar</u>
Klager wijst met name op de vertraging en de lange tussenpozen waarmee verzekeraar zou hebben gereageerd op de aan hem gerichte brieven vanaf het moment dat is besloten om in gezamenlijk overleg (na eerdere gemotiveerde afwijzing van de aansprakelijkheid door verzekeraar) tot een expertise te komen. Met name komt daarin naar voren de periode na ontvangst van het expertiserapport. In de daarvoor liggende periode is geen sprake van onredelijk lange termijnen. Verzekeraar heeft na het in behandeling nemen van de zaak op 26 juni 2002, op 11 september 2002 zijn afwijzend standpunt kenbaar gemaakt. Op 5 maart 2003 ontving hij voor het eerst een inhoudelijke reactie van de belangenbehartiger van klager daarop. Hierop heeft verzekeraar bij brief van 19 maart 2003 afwijzend gereageerd. Na ontvangst van het voorstel van de belangenbehartiger van klager van 4 augustus 2003 is verzekeraar binnen twee weken akkoord gegaan met een gezamenlijke expertise.
Daarna heeft het overleg met de verzekerde over de persoon van de expertisearts geruime tijd geduurd, maar dit is omdat de claim door het eigen risico voor rekening van de verzekerde blijft. Verzekeraar is dus gehouden de verzekerde te informeren en met hem overleg te voeren. Daarnaast is met de verzekerde over de keuze van de arts overleg gevoerd ter voorkoming van

(opleidings- of andere) banden met elkaar, waardoor de onafhankelijkheid gegarandeerd kan blijven.

Aangezien met de belangenbehartiger van klager geen overeenstemming kon worden bereikt over de expertisearts, heeft de medisch adviseur van verzekeraar een orthopedisch chirurg voorgesteld als expertisearts, met name om de voortgang in het dossier te behouden. Achteraf gezien was het beter geweest om hierover eerst met de verzekerde te overleggen, omdat deze bezwaar bleek te hebben tegen de keuze. Uiteindelijk heeft verzekeraar de verzekerde toch kunnen overtuigen.

Gebruikelijk is dat in gezamenlijk overleg een vraagstelling wordt opgesteld. In dit geval wilde de medisch adviseur van de belangenbehartiger van klager een eerste voorzet voor de vraagstelling doen. Daarom is het niet vreemd dat verzekeraar vervolgens een aantal wijzigingen in die vraagstelling wilde. Verzekeraar heeft niet gezegd dat de vraagstelling niet deugde.

Nadat een gewijzigde vraagstelling was ontvangen heeft verzekeraar deze opnieuw voorgelegd aan zijn - externe - medisch adviseur. Derhalve was het noodzakelijk stukken toe te sturen en was verzekeraar afhankelijk van de tijd die de medisch adviseur nodig heeft om te adviseren, waarbij verzekeraar uiteraard kan rappelleren. Een periode van 6 tot 7 weken is daarbij erg lang, maar door de complexiteit van de zaak en de noodzakelijke afstemming met de verzekerde kon deze termijn niet of nauwelijks bekort worden.

Vervolgens is de expertise verricht en is het expertiserapport door de belangenbehartiger van klager op 9 augustus 2004 aan verzekeraar toegezonden. Verzekeraar heeft het rapport eerst voor commentaar voorgelegd aan zijn medisch adviseur en vervolgens aan de verzekerde. Het commentaar van de verzekerde bleef uit. Wegens verblijf van de aangesproken orthopedisch chirurg in het buitenland heeft verzekeraar de verzekerde gevraagd om een orthopedisch maatschaplid naar de zaak te laten kijken. Uiteindelijk bleek een collega orthopeed - na zijn vakantie - bereid om een inhoudelijke reactie op het rapport te geven. Omdat de schade volledig valt binnen het eigen risico van de verzekerde heeft deze het rapport uitvoerig willen bestuderen. Verzekeraar heeft de verzekerde diverse malen gerappelleerd. Verzekeraar heeft de redenen van de vertraging aan de belangenbehartiger van klager steeds meegedeeld, waarbij tevens is aangegeven op welke termijn wél een reactie kon worden verwacht. Uiteindelijk heeft de verzekerde het gezien zijn belang en zijn twijfels met betrekking tot het rapport wenselijk gevonden om de aangesproken arts uit Zuid-Afrika te laten overkomen voor overleg. Dit heeft onacceptabel lang geduurd, aangezien verzekeraar pas op 2 maart 2005 uitsluitsel kon geven aan de belangenbehartiger van klager.

De belangenbehartiger van klager heeft verzekeraar in januari 2005 met klem verzocht om een standpunt met betrekking tot het rapport. Gezien het tijdverloop, het commentaar van de aangesproken arts, die gemotiveerd aangaf dat er een indicatie voor een chemonucleolyse was, en het bevestigende advies van de medisch adviseur heeft verzekeraar toen een afwijzend standpunt ingenomen.

Omdat de belangenbehartiger zich niet met dit standpunt kon verenigen heeft verzekeraar het door een externe deskundige laten toetsen. Deze is van mening dat de expertisearts terecht tot de conclusie is gekomen dat de indicatiestelling voor de verrichte chemonucleolyse te zwak was. Verzekeraar heeft de aansprakelijkheid van de verzekerde voor de door een complicatie opgetreden

gevolgen van de chemonucleolyse daarom erkend en zal op korte termijn overgaan tot regeling van de daaruit voortvloeiende schade van klager.

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd. Klager veronderstelt dat het indienen van een klacht nodig was om verzekeraar aansprakelijkheid te laten erkennen.

Het verdere verloop van de klachtprocedure

Bij brief van 18 november 2005 heeft klager aan de Raad bericht dat na de erkenning van de aansprakelijkheid verzekeraar een voorschot van € 65.000,- heeft verstrekt en dat een buitendienstmedewerker van verzekeraar op 30 augustus 2005 de kwestie met de belangenbehartiger van klager heeft besproken. In deze bespreking is overeenstemming bereikt over een slotbetaling van€ 325.000,-. Verzekeraar deelde pas op 15 november 2005 mee het rapport van zijn buitendienstmedewerker te hebben ontvangen. Verzekeraar heeft vervolgens een andere buitendienstmedewerker opdracht gegeven om de kwestie wederom te beoordelen en klager nogmaals te bezoeken. Klager vindt dat onaanvaardbaar.

Het overleg met verzekeraar

Ter zitting is de klacht met verzekeraar besproken.

Het oordeel van de Raad

1. Wat betreft de klacht over de wijze waarop de schadevordering van klager door verzekeraar is behandeld, kan de Raad kort zijn: deze klacht is gegrond. Zeker in een geval als het onderhavige, waarin klager aanzienlijke beperkingen ondervindt en ook zijn schade aanzienlijk is, had verzekeraar niet mogen nalaten om alles in het werk te stellen om de schade van klager op voortvarende wijze af te wikkelen. Daaraan heeft het in het geval van klager, naar verzekeraar heeft erkend, ontbroken. Aan de gegrondheid van de klacht doet niet af dat, zoals verzekeraar heeft aangevoerd, ook de belangenbehartiger van klager niet steeds voortvarend is geweest. Evenmin doet daaraan af dat de schade, naar opgave van verzekeraar, door de hoogte van het geldende eigen risico geheel voor rekening van de verzekerde is gebleven: ook in dat geval behoort een verzekeraar, die geroepen is om de schade met de benadeelde wederpartij af te wikkelen, dat op voortvarende wijze te doen. Uitgaande van de juistheid van de mededeling van verzekeraar ter zitting van de Raad dat de schade van klager inmiddels is afgewikkeld, ziet de Raad geen aanleiding om aan de gegrondverklaring voor verzekeraar financiële consequenties te verbinden.
2. Niet gegrond is daarentegen de klacht voorzover deze inhoudt dat verzekeraar niet het advies van zijn medisch adviseur aan klager heeft overgelegd. Verdedigbaar is het standpunt dat verzekeraar niet gehouden was dat advies, dat voor interne advisering was bestemd, aan klager over te leggen.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht deels gegrond, deels ongegrond.

2006/009 WA

Aldus is beslist op 12 december 2005 door mr. B. Sluijters, voorzitter, mr. H.C. Bitter, mr. D.H.M. Peeperkorn, dr. D.F. Rijkels, arts, en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. S.N.W. Karreman, secretaris, en uitgesproken op 6 februari 2006.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. S.N.W. Karreman)