

Visiedocument

Hoe haalbaar is een medisch haalbaarheidsonderzoek?

Inleiding

Na het oplopen van een letsel door bijvoorbeeld een bedrijfsongeval, verkeersongeval of mishandeling is het soms noodzakelijk om te onderzoeken of het wel of niet haalbaar is om een rechtszaak (een letselschadezaak) te beginnen. Dat onderzoek wordt een Medisch HaalbaarheidsOnderzoek (MHO), ook wel Quickscan, genoemd.¹ Als het slachtoffer een relatief laag inkomen heeft, dan geeft de Raad voor Rechtsbijstand (RvR) sinds 2005 een subsidie voor het laten uitvoeren van een MHO. De subsidie voor het MHO is momenteel maximaal € 200,- euro (exclusief btw).

Vanuit zowel juridisch als praktisch oogpunt is het MHO anno 2017 niet meer haalbaar. Bovendien brengt het MHO ook nog ongewenste risico's met zich mee. In dit visiedocument wordt beargumenteerd waarom het MHO anno 2017 niet meer haalbaar is.

Juridisch onhaalbaar

Toen het MHO in 2005 geïntroduceerd werd, golden er andere tuchtrechtelijke eisen dan nu. Destijds belde de medisch adviseur, na beoordeling van de medische stukken, de opdrachtgever met de mededeling: "mogelijk wel haalbaar" of "mogelijk niet haalbaar". Vanwege jurisprudentie is anno 2017 mondelinge beoordeling van medische stukken echter niet meer opportuun.

Volgens prof. mr. A.C. Hendriks van de Universiteit Leiden en KNMG zal men in het medisch tuchtrecht de kwaliteit van het MHO beoordelen als ware het een medisch advies, omdat partijen zich op het MHO moet kunnen beroepen.^{2,3} Daarvoor gelden vier kwaliteitseisen opgesteld door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en zoals genoemd in de beroepscode van zowel de Werkgroep Advocaten en Artsen (WAA) als de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV). De conclusies die de medisch adviseur trekt na bestudering en beoordeling van medische stukken, dienen nog afgezien van inzichtelijk, zowel consistent als verifieerbaar te zijn. Hierbij gaat men overigens per definitie uit van een schriftelijke rapportage en niet van mondelinge mededelingen.

¹ http://www.rvr.org/binaries/content/assets/rvrorg/nieuws/kenniswijzer/werkinstructie-mho_-mdb-versie-2.00_preview.pdf

² Congres Werkgroep Artsen & Advocaten, 25 november 2016

³ Letsel en Schade, 2017;1:5-13

Ook de Medische Paragraaf (met verwijzing naar CTG uitspraken) bij de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL) van de Letselschade Raad stelt: “Het voorgaande impliceert dat medische adviezen waarop partijen zich beroepen te allen tijde op schrift gesteld moeten worden. Een medisch adviseur kan zich enkel open en toetsbaar opstellen als hij schriftelijk adviseert. Medische adviezen kunnen alleen worden uitgewisseld als zij op schrift gesteld zijn en ook voor het weergeven van alle geraadpleegde medische informatie en de aan de medisch adviseur voorgelegde vraagstelling, lijkt een schriftelijk advies te zijn vereist. Het verdient dan ook de voorkeur dat de medisch adviseur zo veel mogelijk schriftelijk adviseert. Zo maakt de medisch adviseur zijn adviezen controleerbaar en reproduceerbaar voor zichzelf, zijn opdrachtgever, zijn eventuele opvolgers en derden. Bovendien kan (weer) worden voorkomen dat de inhoud van eventuele mondelinge adviezen door de opdrachtgever wordt gedenatureerd.”⁴

en:

“Zoals in § 2.5 al aan de orde kwam – en in § 4.6 nogmaals zal worden toegelicht – is (telefonisch) overleg tussen de medisch adviseur en zijn opdrachtgever altijd mogelijk en erg belangrijk. In die zin zal medische advisering dus vaak voor een deel mondeling plaatsvinden en daar is ook niets op tegen. Medische adviezen waarop partijen zich jegens elkaar beroepen dienen echter schriftelijk te worden vastgelegd.”⁴ Ook op een MHO beroepen partijen zich jegens elkaar, want de uitkomst van het MHO kan met de wederpartij gedeeld worden en gebruikt worden ter onderbouwing van ingenomen stellingen bij een rechtbank. Bovendien is traceerbaar welke arts het MHO heeft uitgevoerd, omdat het BIG nummer van de betreffende arts wordt ingevuld op het aanvraagformulier voor de MHO bijdrage.⁵

Praktisch onhaalbaar

Ten eerste is het MHO niet meer haalbaar, omdat er steeds minder medisch adviseurs bereid zijn om een MHO uit te voeren. Vanuit juridisch (tuchtrechtelijk) oogpunt is het namelijk niet meer conform de huidige KNMG-vereisten en beroeps- en gedragscodes om een mondeling beoordeling van medische stukken uit te brengen aan een opdrachtgever. Tegelijkertijd geldt een vergoeding van ten hoogste € 200,- exclusief btw voor een MHO en ongeacht de dikte van het te beoordelen medisch dossier niet meer als redelijk. Deze vergoeding is sinds 2005 nimmer aangepast. De GOMA (Gedragscode Openheid Medische Incidenten) stelt op haar website dan ook: “In het kader van de Regeling subsidiëring medische haalbaarheidsonderzoeken in letselschadezaken is het voor patiënten, wanneer

⁴ Medische Paragraaf (met verwijzing naar CTG uitspraken) bij de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL) van de Letselschade Raad, 2012: pag 58

⁵ http://www.rvr.org/binaries/content/assets/rvrorg/nieuws/kenniswijzer/werkinstructie-mho_-mdb-versie-2.00_preview.pdf

aan bepaalde voorwaarden is voldaan, mogelijk om aanspraak te maken op een subsidie. Deze subsidie bedraagt ten hoogste € 238,-- (inclusief btw) per medisch haalbaarheidsonderzoek. Niet alleen is een medisch haalbaarheidsonderzoek nog geen medisch deskundigenonderzoek, de praktijk leert dat het voor dit bedrag onmogelijk is een advies te verkrijgen. Het is belangrijk dat hier een oplossing voor komt, maar dit behoort niet tot de mogelijkheden van de betrokken GOMA-partijen.”⁶

Ten tweede leidt een MHO in de huidige vorm tot onvoldoende onderbouwing voor een gerechtelijke procedure en onderhandeling met de wederpartij. Vanwege het mondeling gegeven advies na beoordeling van de medische stukken door de medisch adviseur is het immers vervolgens aan de advocaat van het slachtoffer om deze beoordeling schriftelijk te vertalen richting een rechtbank en / of wederpartij. De kans op onvolledigheid of onjuiste vertaling van de medische naar juridische feiten is dan aannemelijk.

Risico's

Ten slotte brengt het MHO ook twee risico's met zich mee. In de eerste plaats is een risico van de huidige MHO-systematiek dat diverse slachtoffers die voor een MHO-subsidie in aanmerking komen, geen hulp meer krijgen voor de beoordeling van de medische stukken, omdat er steeds minder medisch adviseurs beschikbaar zijn voor het verrichten van een MHO en deze slachtoffers zelf de kosten niet kunnen betalen. In de tweede plaats leidt het niet-beschikbaar zijn van medisch adviseurs om het MHO uit te voeren tot frustraties bij letselschadeadvocaten, zoals moge blijken uit recente bestuursvergaderingen en een gezamenlijk bezoek (afgevaardigden van de LSA, ASP, GAV en WAA) aan het Ministerie van Veiligheid en Justitie. De frustraties uit zich in het veel tijd kwijt zijn met zoeken naar een medisch adviseur of, in het ergste geval, het niet-beschikbaar zijn van een medisch adviseur.

Nog afgezien van de hiervoor genoemde argumenten leidt het huidige MHO tot ongewenste innovatieve declaratiemethoden tussen medisch adviseurs en letselschadeadvocaten. Zo hebben diverse medisch adviseurs bevestigd dat zij alsnog uren declareerden om die eerder gemaakte onbetaalde werkuren financieel vergoed te krijgen indien de aansprakelijkheid in een letselschadekwesitie uiteindelijk wel erkend werd.

Ten slotte

Het medisch haalbaarheidsonderzoek kan anno 2017 niet meer als “een quickscan” uitgevoerd worden waarbij de beoordeling van de medische stukken mondeling en voor

⁶ Gedragscode Openheid Medische Incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA); 2012: pag. 28

€ 200,- geschiedt. Het medisch haalbaarheidsonderzoek is zowel juridisch als praktisch niet haalbaar en leidt bovendien tot ongewenste risico's.

Nog afgezien van de hiervoor genoemde juridische en praktische onhaalbaarheid van het MHO en de risico's die het MHO met zich meebrengt, bestaat er een reden waarom het MHO plotseling kan verdwijnen als regeling. Het MHO is initieel namelijk tot stand gekomen als een "Donner-dealtje", zoals dat benoemd werd tijdens het overleg op 01 juni 2017.⁷ Dit hield in dat de afschaffing van de "no cure no pay"-betalingssystematiek voor letselschadeadvocaten vergezeld ging met een "gift", het MHO. Voormalig minister Donner heeft dan ook schriftelijk vastgelegd dat het niet-bestaan van de "no cure no pay"-betalingssystematiek gekoppeld is aan het bestaan van het MHO, en omgekeerd. De eventuele herinvoer van de "no cure no pay"-betalingssystematiek in de letselschade betekent dus sowieso de afschaffing van het MHO. Momenteel is een pilotstudy gaande naar de voor- en nadelen voor herinvoering van de "no cure no pay" betalingssystematiek. De uitkomst van dit onderzoek kan betekenen dat het "no cure no pay"-betalingssystematiek opnieuw zal worden ingevoerd.

29 juni 2017

Dr. M.F. Meek

Plastisch chirurg niet praktiserend

Verzekeringsarts i.o.

Medisch adviseur (lid WAA en GAV)

Bestuurslid WAA

⁷ Document H. Gielen tijdens gesprek op 01-06-2017 op het Ministerie van Veiligheid en Justitie