

Waar staan we op dit moment in de letselschadepraktijk

Het vergoedingsstelsel bij letselschade is in de basis steeds rechtvaardiger en effectiever, maar de financiële draagkracht van de verzekeraars laat niet meer toe het adequaat te blijven doen.



Door Marc Punt,
To The Point Expertise

Op 25 maart 2019 was er een uitzending van Radar waarin wederom aandacht werd gevraagd voor de letselschade afwikkeling in Nederland.

In het programma kwam ter sprake dat dat het probleemgebied rond de afhandeling van letselschade verschuift van een financieel economisch belang naar een aandachtspunt voor de minister van Rechtsbescherming. Dat komt doordat er groeiende onvrede is over de wijze waarop de branche (met zelfregulering) tracht het hoofd boven water te houden.

Gesignaleerd wordt dat er sprake is van verharding en polarisatie. Dat leidt tot ellenlange processen in de zaken waar partijen geen overeenstemming bereiken over de toerekenbaarheid van schade. De inschakeling van deskundigen over

en weer die een uitspraak moeten doen over de knellende vraag of het letsel ongevalsgevolg is.

Discussie laten voortbestaan

Men signaleert dat er opvallend veel verdiend wordt door deze en andere deskundigen die betrokken zijn in dit proces. Er is zelfs een perverse prikkel om de discussie te laten voortbestaan, zodat er meer kosten gemaakt en vergoed kunnen worden.

Aan de andere kant is er ook een perverse prikkel om de zaak zo lang mogelijk te rekken, want dan valt het uit te keren bedrag uiteindelijk mee, omdat het slachtoffer ten einde raad toch instemt met een te lage schadewaardering. Deze financiële prikkel heeft zelfs een impact op de kwaliteit en oordeelsvorming van de deskundigen. Gesteld wordt dat een medisch adviseur, die de schade te hoog inschat, niet meer als deskundige gekozen zal worden door de verzekeraar.

Meeste zaken binnen 2 jaar afgewikkeld

Bij de verzekeringsbranche heerst echter de overtuiging dat het grosso modo redelijk goed gaat, en dat verreweg de meeste zaken binnen 2 jaar zijn afgewikkeld. Slechts 3% tot 4% van de zaken lopen vast, vooral bij medisch lastige kwesties en medische fouten. Die worden wel erkend als de oorzaak van groeiende onvrede over de handelwijze van verzekeraars en het niet voldoende naleven van de GBL. Richard Weurding, directeur van het Verbond van Verzekeraars, laat weten dat er wordt nagedacht over andere vormen van schade vaststellen, zoals een normatieve benadering die in sommige Europese landen ook wordt gebruikt. Dan moet het principe van concrete schade worden los gelaten, ook bij niet objectiveerbaar letsel of medische fouten. Verder wordt voorgesteld om de groep bijzondere dossiers te isoleren en hier te zoeken naar een fundamenteel andere aanpak.

Er is een onderzoek op initiatief van De Letselschade Raad gestart naar de praktijk. De Universiteit van Utrecht zal met een onafhankelijk rapport komen met aanbevelingen. Ook dit wordt gezien als een initiatief vanuit de verzekeringsbranche, terwijl de roep om in dit werkveld te komen tot overheidsingrijpen steeds groter wordt. Verder pleit Antoinette Hertenberg voor een (nieuwe) vorm van tuchtrecht.

Dit alles zou moeten maken dat er een kritische waakhond op dit systeem komt, een snelle afhandeling van alle zaken met rechtszekerheid voor de slachtoffers van letselschade.

Wat is de werkelijke oorzaak

Er kan niet worden ontkend dat het inderdaad vooral draait om geld. Tenslotte verwacht het slachtoffer compensatie door een geldbedrag. De opdracht aan de betrokken deskundige partijen is om zo snel als het kan in redelijkheid en billijkheid te komen tot bepaling van de omvang van het bedrag ter compensatie van het de materiële schade door het letsel en het aangedane leed, al zijn bejegening en erkenning ook belangrijke onderdelen van het proces.

Ik zet even een stapje terug om een helder antwoord te vinden op de vraag wat de wezenlijke rol van de verzekeraar nu is, en waar de schoen wringt.

Ooit ontstond een oplossing voor grote en ernstige risico's, door de financiële last te verdelen over grote aantallen risicodragers (verzekerden). Daarmee kon een individuele polishouder terugvallen op een grote financiële buffer zodra er een "onzeker voorval" leidde tot een schadeclaim. Je verzekerde zo je eigen schade en je eigen fouten. Een schade-expert adviseerde de polisverstrekker over de schadeomvang en de uitkering volgde.

Betaling uit samengebrachte premiegelden

Tegenwoordig is het beroep op deze financiële buffer door de Nederlandse wetgever zo ver uitgebreid, dat alle betrokkenen die helpen bij het in kaart brengen van de schadeomvang, dus ook de advocaat/ belangenbehartiger van de claimende partij, betaald worden uit de samengebrachte premiegelden. Maar diezelfde wetgever en ook de rechter verwachten dat dit niet klakkeloos gebeurt. Er moet gekeken worden naar zaken als polisdekking, aansprakelijkheid, fiscaliteit, medische zorgvuldigheid, bescherming persoonsgegevens, verhaalbaarheid, fraude, witwassen, terrorismebestrijding en talloze andere facetten, voordat een schadebedrag uitbetaald kan worden. En dan kijkt de overheid nog steeds over de schouders mee wanneer het bedrag uiteindelijk op de rekening van een rechthebbende staat en handhaaft dan de eigen regels van belasting, verlaging toeslag of verhoging eigen bijdrage. Aspecten die de verzekeraar ook

weer mee moet nemen in het proces van schadebegroting. Ondanks de komst van digitalisering en andere communicatiemiddelen is dit proces dus niet vereenvoudigd. Nee, het proces is in de loop der jaren stapsgewijs verzaamd door de toegenomen complexiteit rond vorderbare schade en het vaststellen van de uiteindelijke uitkering. Deze complexiteit neemt nog steeds toe en wordt doorlopend vergroot door enerzijds wetgeving en anderzijds de creativiteit en vindingrijkheid van de vorderende partijen. De vraag of een rechter een vordering zal toewijzen is niet eens de belangrijkste vraag: er wordt heel veel geld verdiend met alleen al de discussie over nieuwe en creatieve vorderingen en (nog steeds) niet geobjectiveerde klachten. Dit geld wordt collectief opgebracht en komt niet bij een slachtoffer terecht, zoals men bij Radar toch graag zou zien.

Normering en sanctionering

Ik vind het mooi dat de politiek nu denkt aan normering en het sanctionering van het schaderegelingsproces door de overheid. Dat noopt de overheid en de politiek immers ook om dit schaderegelingsproces tegen het licht te houden en een inhoudelijke toets uit te voeren op alle (rand-)voorwaarden en struikelblokken die van invloed zijn op dit proces. Dat moet eerst opgelost worden, en dan moet onze maatschappij vervolgens een norm vaststellen voor de compensatie van door een ander veroorzaakt leed. En ook wat het proces hier omheen mag kosten, want bij normering zal ook dat op de één of andere manier moeten worden meegenomen.

Tot die tijd is het zaak om te kijken naar de betaalbaarheid van het systeem en de benodigde deskundigheid om het goed te kunnen laten draaien. De verzekeringsbranche heeft (als financiële dienstverlener) een zware klap gehad in de recente economische crisis en is als enige bedrijfstak deze klap nog niet te boven. De werkdruk bij de behandeling van letselschadedossiers is al vele jaren extreem hoog, terwijl de behandel- en transactiekosten omlaag moeten om aan de economische marktregels te voldoen.

De opbouw van ons huidige vergoedingsstelsel bij letselschade is in de basis steeds rechtvaardiger en effectiever geworden. Het zou zonde zijn wanneer dit systeem niet auto-noom verder zou kunnen, doordat de financiële draagkracht van de verzekeraars het niet meer toelaat om dit adequaat te blijven doen. <

Er is een perverse prikkel om de zaak zo lang mogelijk te rekken