

UITLOOPDEKKING VERZEKERING

Geschillenbehartiging

3 december 2024



Belangrijke informatie voor beroepsverenigingen en zorgaanbieders

Verstrekking informatie aan cliënten

Cliënten informeren over de Geschillencommissie Complementaire Gezondheidszorg

Het afgelopen jaar (2024) heeft het bestuur van de SCAG, samen met juriste Annemarie Smilde, twee keer rond de tafel gezeten met de Geschillencommissie Complementaire Gezondheidszorg (GCG) in Den Haag om ervaringen uit te wisselen en stil te staan bij de situatie na een praktijkbeëindiging.

Een tweetal onderwerpen is direct van belang voor bij de SCAG aangesloten zorgaanbieders. Vandaar dat wij hier de beroepsverenigingen en zorgaanbieders hier aandacht voor vragen.

Procedure bij de GCG

Een klager (meestal de cliënt, maar soms ook een vertegenwoordiger of nabestaande van de cliënt) kan de GCG vragen om een bindend oordeel over zijn klacht, als hij na bemiddeling door de klachtenfunctionaris van de SCAG nog onvrede heeft. Zorgaanbieders die bij de SCAG zijn aangesloten hebben zelden te maken met een geschil bij de GCG na een traject bij de klachtenfunctionaris.

De GCG doet een uitspraak over een klacht en/ of vordering tot schadevergoeding in de vorm van een bindend advies. Dit betekent dat zowel de klager als de zorgaanbieder zich hieraan moeten houden. Zo zal een zorgaanbieder bij toewijzing van een vordering tot schadevergoeding deze moeten betalen. En kan een klager bij een afwijzing van deze vordering door de GCG geen schadevergoeding meer vorderen.

Dringend advies om cliënten te informeren

Een zorgaanbieder is op basis van de aansluitovereenkomst met de SCAG (bij een collectieve aansluiting met zijn beroepsvereniging) aangesloten bij de GCG. Hiermee verplicht de zorgaanbieder zich al gehoor te geven aan een bindend advies van de GCG. Toch is het dringende advies van het GCG dat zorgaanbieders ook nog zelf hun cliënten informeren dat zij zich onderwerpen aan het bindend advies van de GCG.

Toelichting

Dit is van belang vanwege een bepaling in het geschillenreglement van het GCG, waarin staat dat partijen (cliënt en zorgaanbieder) moeten zijn overeengekomen zich aan het bindend advies van de commissie te onderwerpen. De klager bindt zich aan het oordeel door vooraf in het formulier van de GCG dit expliciet te verklaren.

De zorgaanbieder kan op twee manieren aan een cliënt laten weten dat hij zich in geval van een geschil het bindend advies van de GCG volgt:

1. Als een zorgaanbieder met een cliënt een schriftelijke behandelingsovereenkomst sluit, kan hij hierin de volgende tekst opnemen:

“Indien u de Geschillencommissie Complementaire Gezondheidszorg (GCG) vraagt om een oordeel over uw klacht, is dit oordeel voor mij bindend. Dat wil zeggen dat ik hieraan gehoor zal geven”.

2. Sluit een zorgaanbieder geen schriftelijke overeenkomst met cliënten, dan kan hij de onder 1 beschreven tekst opnemen in een mail/ brief bij aanmelding van een cliënt, bijvoorbeeld ter bevestiging van het eerste (behandel) consult.

Is er sprake van een lopend behandeltraject dan kan de zorgaanbieder zowel in situatie 1 als 2 een brief dan wel mail met de voorgaande tekst aan de cliënt sturen.

NB. De zorgaanbieder moet ook de klachten- en geschillenregeling op passende wijze onder de aandacht van hun cliënten te brengen door publicatie hiervan op de website of de vermelding in een praktijkfolder.

Wij verzoeken de beroepsverenigingen om het volgende te delen met de bij de SCAG collectief en individueel aangesloten leden:

De GCG adviseerde de SCAG in de collectieve en individuele aansluitovereenkomsten op te nemen dat de zorgaanbieders zich verplichten het bindend advies van de GCG te volgen én om zorgaanbieders hun cliënten over deze verplichting te informeren. De SCAG zal in navolging van dit advies de aansluitovereenkomsten voor 2025 op dit punt aanpassen.

Verzekeringsdekking voor geschillen na praktijkbeëindiging

Een ander onderwerp dat in de gesprekken met de GCG aan de orde kwam, betreft de behandeling van geschillen, nadat een zorgaanbieder zijn praktijk heeft beëindigd. De wet (Wkkgz) bevat voor deze situatie geen regeling. De GCG neemt deze geschillen in behandeling, als blijkt dat de zorgaanbieder bij de SCAG was aangesloten (en dus ook bij de GCG) op het moment van het aangaan van de behandelingsovereenkomst, waarop het geschil betrekking heeft.

Dit betekent voor zorgaanbieders dat zij in geval van een geschil na de praktijkbeëindiging, te maken krijgen met de kosten van behandeling door de GCG en de plicht om schadevergoeding te betalen, bij toewijzing van een vordering tot schadevergoeding (van maximaal €25.000,-) Zorgaanbieders dienen zich te realiseren dat zij ook de kosten van behandeling door de GCG moeten betalen als een klacht niet ontvankelijk wordt verklaard. Daarbij is het ook van belang om zich te realiseren dat het beëindigen van een praktijkvoering niet betekent dat een zorgaanbieder niet meer aansprakelijk kan worden gesteld voor ervaren leed van een cliënt! Zorgaanbieders hebben er dus belang bij dat zij, ook na het staken van hun praktijk, aanspraak kunnen maken op dekking van deze kosten/schadevergoeding op grond van hun verzekering. De dekking nadat een verzekering is opgezegd (bijvoorbeeld in verband met een praktijkbeëindiging) wordt ook wel uitloopdekking genoemd.

Gezien het voorgaande doet SCAG een dringend verzoek aan zorgaanbieders en de beroepsverenigingen (in geval van een collectieve polis) navraag te doen bij hun verzekeraar(s) of de verzekering uitloopdekking biedt, zo ja waarvoor precies en voor welke termijn. Is deze dekking er niet, dan is het dringende advies om een uitloopdekking mee te verzekeren. Vraag om een schriftelijke bevestiging van de verzekeraar.

Toelichting

Het is bekend dat een aantal verzekeraars een verzekering biedt aan complementair werkende zorgaanbieders, die in alle gevallen dekking geeft voor behandelkosten van de geschillencommissie, ongeacht of er een schadeclaim is ingediend. De gebruikelijke beroepsaansprakelijkheidsverzekering biedt echter alleen dekking voor de kosten van een procedure in een geschillenprocedure, als deze gaat over een schadeclaim en dus niet bij andere 'klachten', zoals een klacht over een bejegening. Een zorgaanbieder kan in het laatste geval voor de vergoeding van de behandelkosten een rechtsbijstandverzekering afsluiten. Heeft een zorgaanbieder twee aparte verzekeringen afgesloten, voor aansprakelijkheid en rechtsbijstand, dan zal hij dus navraag moeten doen naar de uitloopdekking van beide verzekeringen.

De SCAG heeft contact gehad met een aantal verzekeraars, waar een groot deel van de zorgaanbieders in de complementaire zorg verzekerd is voor de behandelingskosten bij een geschil en schadeclaims. De meeste geven aan dat zij voor deze kosten/ schadeclaim uitloopdekking bieden. Toch is het van belang dat de zorgaanbieders dan wel bij een collectieve polis, de beroepsverenigingen, zelf checken of en waarvoor uitloopdekking bestaat.

Termijn voor uitloopdekking

Voor de termijn van de uitloopdekking is van belang te weten welke termijnen de GCG hanteert bij de behandeling van klachten en schadeclaims.

Er gelden twee termijnen. De eerste termijn gaat over de ontvankelijkheid van een klager volgens het geschillenreglement. Dit bepaalt dat de GCG op verzoek van de zorgaanbieder de klager niet ontvankelijk verklaart (dus de klacht afwijst zonder behandeling), als de klager het geschil niet binnen 12 maanden na de datum van het indienen van de klacht bij de zorgaanbieder heeft gemeld. Het moment van indienen van de klacht is het moment waarop een klacht is ingediend bij de beroepsvereniging, waarvan de zorgaanbieder lid is of- als de zorgaanbieder geen lid meer is na een praktijkbeëindiging- het moment van indiening van de klacht bij het klachtenloket van de SCAG.

NB. Volgens artikel 6 lid 2 van het geschillenreglement kan de GCG toch besluiten het geschil in behandeling te nemen, als de cliënt naar het oordeel van de GCG geen verwijt kan worden gemaakt van de het niet naleven van deze termijn.

Het geschillenreglement bevat afgezien van genoemde bepaling geen regeling voor de ontvankelijkheid in verband met het verstrijken van een termijn. In het gesprek met de CGC bleek dat de CGC wel verjaringstermijnen hanteert bij de beoordeling van een klacht, als door de zorgaanbieder een beroep op verjaring wordt gedaan.

Bij een schadeclaim bedraagt deze termijn 5 jaar en bij andere klachten 20 jaar. De termijn begint te lopen vanaf het moment, waarop de gedraging heeft plaats gevonden, waarop de klacht betrekking heeft.

Als een klacht naar het oordeel van de CGC is verjaard, wordt deze afgewezen zonder inhoudelijke beoordeling van de klacht.

Geen verjaringstermijn klachtenregeling SCAG

De klachtenregeling van de SCAG bevat geen harde termijn voor de ontvankelijkheid van de klacht. Van de klager wordt wel verwacht dat hij zijn klacht binnen bekwame tijd, nadat hij het gebrek in de dienstverlening van de zorgaanbieder heeft ontdekt of redelijkerwijs had moeten ontdekken, aan de zorgaanbieder meldt.

Mede naar aanleiding van het gesprek met GCG zal de SCAG de klachtenregeling aanpassen (met instemming van Zorgbelang Inclusief), zodat deze aansluit bij de behandeling van geschillen. Ook zal de SCAG het gesprek met GCG voortzetten over het opnemen van een termijn voor de ontvankelijkheid van een klacht vanaf het moment van de gedraging, waarop deze betrekking heeft.